

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE ANTROPOLOGÍA



**Interpretar los significados de la enfermedad en los Procesos de
Rehabilitación de consumidores/as abusivos/as de drogas a partir de la
Autoatención en el centro de rehabilitación: Narcóticos Anónimos.
La Paz-Bolivia 2009- 2010**

Tesis de Grado

Universitaria: Ivonné Jael Barrios Ascarrunz

Docente: Mg. Cs. Waldo Jordán

La Paz- Bolivia

Dedicada a mis padres, Nicolás Barrios y Janeth Ascarrunz de Barrios, por su amor manifiesto en un apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por qué mi mente y mi corazón reconocen que de Él mana la sabiduría y el conocimiento, ambos, amorosamente otorgados a la humanidad.

Gracias infinitas a todas aquellas personas que colaboraron en la realización de esta tesis.

A Gabriela Behoteguy por ayudarme a encauzar mi universo investigativo. También por tener el privilegio de su amistad.

A mi tío, el licenciado Arturo Moscoso por su apoyo y la bibliografía que me facilitó, cuyos usos fueron indispensables en la elaboración de esta tesis, También por sus aportes con comentarios fructíferos al momento de plantear mis conocimientos no solo en esta investigación, sino a lo largo de mi experiencia antropológica durante la carrera.

A mi asesor de tesis, “mi profesor” Waldo Jordán por su dedicación y paciencia las cuales generaron diálogos valiosos que encaminaron mi investigación y me orientaron hasta la culminación de esta tesis.

A los tribunales electos para la revisión de esta tesis, al doctorante Juan Carlos Arce por las enseñanzas vertidas con paciencia y rigor, cuyas instrucciones me hicieron comprender, aún más, la realidad epistemológica de la antropología. También al Licenciado Iban Zabaleta por sus aportes no solo bibliográficos, sobre referencias teórico metodológicas, sino también por sus acotaciones reflexivas a la hora de abordar mi campo de estudio.

A todos y todas mis amigos/ as informantes de Narcóticos Anónimos, quienes me permitieron involucrarme en sus nuevas formas de concebir la realidad socio cultural que los y las envuelve.

También a la familia Paredes, mis amorosas tías María y Maruja, por la confianza puesta en mí y en esta investigación, por acogerme no solo en la comodidad de su casa, sino en el seno de su hogar.

Ciertamente a la familia Nogales Ascarrunz quienes confiaron en mi desde el principio apoyándome hasta el final, a pesar de lo truncado en el camino.

A mi familia, a mis padres por su apoyo no solo económico sino moral en momentos duros a lo largo de mi carrera, a mi abuelita Jael por confiar incondicionalmente en mi y apoyarme desde la distancia, a mi hermano por sus llamadas telefónicas dándome aliento cuando estuve a punto de rendirme.

A Gabriel por su amor y su fidelidad.

**INTERPRETAR LOS SIGNIFICADOS DE LA ENFERMEDAD EN
LOS PROCESOS DE REHABILITACIÓN DE CONSUMIDORES/AS
ABUSIVOS/AS DE DROGAS A PARTIR DE LA AUTOATENCIÓN
EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN:
NARCÓTICOS ANÓNIMOS.
LA PAZ-BOLIVIA 2009- 2010.**

RESUMEN

Durante muchos años Latinoamérica y el mundo entero, han intentado combatir el problema del consumo y tráfico ilícito de drogas. Muchas estrategias se han difundido para cumplir este objetivo, desde políticas de prevención hasta políticas de rehabilitación, pero evidentemente aún nuestra sociedad sigue sufriendo los estragos de un consumo descontrolado de drogas. La prevención es un punto clave para evitar la lucha contra este fenómeno, pero ¿qué se hace con las estrategias de rehabilitación fallidas? Ciertamente los procesos de rehabilitación han estado en manos de entes médicos, quienes incansablemente buscan “la cura” para terminar con los efectos que causa este fenómeno.

La tesis que presento a continuación, por un lado plantea el estado de una sociedad consumidora de drogas en situación de dependencia, aquella que no estaría llegando a asimilar los procesos rehabilitadores, esto, debido a que existiría una discrepancia entre los conceptos manejados por el modelo biomédico-penal y la construcción de realidades socio-culturales propias de los y las sujetos involucrados/as.

Entonces, lo que se pretende en este estudio es tratar de interpretar la realidad socio-cultural subyacente en el proceso de rehabilitación sobre concepciones de “enfermedad” y los criterios de “curación” .propuestos por Narcóticos Anónimos, cuyo programa consiste en ofrecer terapias de rehabilitación a consumidores/as abusivos/as de drogas a partir de experiencias propias, es decir, sin necesidad de especialistas médicos. Para esto es necesario indagar sobre los conceptos de enfermedad manejados por los y las involucrados/as, proponiendo como objetivo principal de esta investigación: **Interpretar los significados de la enfermedad en los procesos de rehabilitación de consumidores/as abusivos/as de drogas a partir de la autoatención en el centro de rehabilitación: Narcóticos Anónimos.**

La referencia sobre la posición teórica metodológica de esta investigación, reside en el **sistema médico de autoatención**, cuyos planteamientos no solo conceptuales sino también metodológicos propios de la **antropología médica** propuesta por Eduardo Menéndez y Byron Good.

INDICE

PRIMERA PARTE

Introducción	1
Capítulo I	
Consideraciones Teóricas Y Método	8
1.1 Antropología Médica	10
A. Modelo y/ o Sistemas Médicos	12
“Modelo de auto atención y automedicación”: Sistema de Autoatención	13
“Modelo Alternativo Subordinado”: Sistema Médico Religioso	15
“Modelo Médico Hegemónico”: Sistema Biomédico	15
B. Consumo “abusivo” de Drogas	19
C. “Construcción Social de la Realidad”	21
1.2 Consideraciones Metodológicas	22
A. Universo de Investigación	22
B. Método	24
Capítulo II	
Antecedentes Legales	27

SEGUNDA PARTE
HALLAZGOS

Capítulo 1

Narcóticos Anónimos: Descripción Etnográfica	36
---	-----------

Capítulo II

PROCESO DE REHABILITACIÓN: “CAMINO HACÍA LA CURACIÓN”

2. Modelo de Autoatención: Narcóticos Anónimos y su Programa	43
2.1. Itinerario Terapéutico	45
2.2 La dimensión Socio-cultural de la Enfermedad: Autodiagnóstico	47
2.3 El Psicoanálisis: Reconociendo el “Poder Superior”	52
2.3.1 “Poder Superior” = Superego	56

Capítulo III

Realidades Construidas	60
-------------------------------	-----------

3.1 Mi entrevista con Jaz	61
3.1.1 Una Construcción subjetiva	62
3.1.2 Ego = Realidad en Crisis	64
3.1.3 Rol de Jaz como “adicta a las drogas”	66
3.2 Interactuando con Gabo	69
3.2.1 Id= Múltiples Realidades	71

Capítulo IV

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

- 1. Entrevistas y Transcripciones**
- 2. Glosario**
- 3. Material Bibliográfico: Narcóticos Anónimos**

INTRODUCCIÓN

Desde siglos pasados el uso y/ o consumo de drogas se ha visto involucrado en diversas formas de asimilación por parte de diferentes realidades socioculturales. En sociedades como la nuestra, la ingestión de estas puede traducirse en serenos hábitos diarios; como una taza de café por la mañana muy temprano o la ingestión de un energizante antes de ir a trabajar. En la noche al acostarse y lograr un sueño reparador gracias a la eficacia química de un somnífero recetado por el médico. Un ejemplo del estudio exhaustivo sobre el consumo de drogas, es el uso de alucinógenos en el chamanismo¹, cuyos usos se convertían en una especie de “vehículo” para constar un estado de trance logrado a través del éxtasis producido por dichas drogas.

De esta manera se confirma que no solo las sociedades con patrones de comportamiento comunes sobreviven a este fenómeno como parte activa del mismo, se considera así otras formas de uso, esto, dependiendo de los filtros culturales que las sostengan. Es decir, el consumo e ingestión de drogas se ha dado de diferentes maneras, por un lado el Chamanismo con su consumo de alucinógenos en organizaciones de carácter indígena, y por el otro la ingestión de sustancias tranquilizantes en sociedades occidentalizadas.

La sociología, la psiquiatría, y la farmacología, entre otras ciencias, han demostrado que el consumo de drogas, no solo está relacionado con sociedades urbanas o culturas indígenas que consumen estas sustancias con fines religiosos, como el chamanismo por ejemplo. Ciertamente existen vínculos racionales que permiten estudios desligados de enfoques místicos, religiosos e inclusive netamente médicos.

Dentro de este contexto es posible observar que existen un sin fin de justificaciones en torno a este fenómeno, argumentos concedidos por las mismas sociedades respecto al consumo de drogas y toda la producción simbólica que estas experimentan. En Bolivia el uso y /o “consumo abusivo”² de drogas sufre de prohibiciones tanto por el consumo, con

¹ Para las referencias explícitas revisar Mircea Eliade 1960.

² Para una mayor comprensión de esta catalogación es imprescindible la revisión del capítulo dos referente a las Consideraciones Teóricas páginas 17-18.

sus programas de prevención y rehabilitación como por el tráfico, ambos sustentados por la ley mil ocho, cuyos principios se han ido modificando de acuerdo a los intereses de los gobiernos de turno³.

Sin embargo, este tipo de manifestaciones refieren ciertas funciones que permiten deslindar aspectos cuyos usos coinciden con una división del campo social⁴. Es decir, manifestaciones que podrían representar dicotomías configuradas a partir de distintas categorías; salud y enfermedad, lícito e ilícito, usos y abusos, entre otros. Categorías que serán desarrolladas a lo largo de la investigación como ejes estructurales tanto para la interpretación y comprensión del fenómeno en cuestión, como de la identificación sobre las diferencias existentes entre los diversos sistemas médicos; sistema biomédico, sistema de autoatención y sistema alternativo⁵.

Mucha de estas reflexiones, algunas con el afán de erradicar y controlar el consumo ilegal de drogas o el consumo de drogas ilegales, todas a partir de intereses económicos y comerciales, y otras tratando de manifestar las diversas atrocidades como consecuencias de un “consumo abusivo” y “descontrolado” de drogas, convirtiendo su salud en una realidad menesterosa de servicios médicos. Aunque ambas son situaciones reales, sólo una permitirá a esta investigación consolidarse como aporte, de alguna manera, a nuevas formas de comprender e interpretar la realidad que envuelve este fenómeno.

La investigación que presento a continuación estará anclada en un punto específico de estudio, esto, dentro de nuestra disciplina: los procesos de rehabilitación o tratamientos de “consumidores abusivos de drogas”, aspectos, cuyos alcances conceptuales serán **abordados desde el sistema de autoatención**, a partir de interacciones con los otros sistemas o saberes médicos, todos, bajo la cobertura de la antropología médica.

³ Como referencia revisar el capítulo tres, Antecedentes Legales páginas 26-27

⁴ Micheael Perrin 1992; 1.

⁵ Para una mayor comprensión de esta catalogación es imprescindible revisar el capítulo dos Consideraciones Teóricas, en su acápite referente a los Modelo y/ o Sistemas Médicos páginas 12-15.

Para este efecto ha sido necesario indagar sobre los diferentes programas de rehabilitación existentes en la ciudad de La Paz. Muchos de estos programas o centros de rehabilitación proceden a internar a las personas con problemas de consumo abusivo de drogas, tal es el caso del Centro Psiquiátrico de Rehabilitación San Juan de Dios o el centro de rehabilitación Remar, entre otros. Sin embargo también existen otras alternativas como Narcóticos Anónimos, cuyos principios de rehabilitación están basados en una terapia que propone “una manera de vivir sin drogas”⁶ solamente asistiendo a reuniones durante cinco días a la semana vale decir, no siendo necesario internarse para rehabilitarse.

Narcóticos anónimos representará en adelante mi universo de estudio, puesto que su itinerario terapéutico consiste en ofrecer terapias de rehabilitación a consumidores/ abusivos/ as de drogas a partir de experiencias propias. Es decir, no cuentan con el apoyo de especialistas médicos, más bien, dicho grupo está formado por “adictos en recuperación”⁷ quienes, en determinado momento de su vida han atravesado por un consumo abusivo de drogas, por lo cual “tienen la capacidad” de ayudar a los y las demás a partir de su experiencia; cuyo consumo abusivo y la forma de “superar la infelicidad de la adicción”⁸ sirve de referencia para los/as nacientes miembros del grupo de auto-ayuda y/o auto-atención.

Tras ese contexto entiendo que el programa propuesto por Narcóticos Anónimos pretende no solo rehabilitar a las personas con problemas de consumo abusivo, sino también aportar formas diferentes de concebir el consumo abusivo de drogas. La “construcción sociocultural de la enfermedad” como punto fundamental para re-definir los significados de enfermedad y el criterio de curación a partir de su programa, representan fundamentales en la construcción de esta tesis.

Quiero aclarar que dicho perfil terapéutico es apto, de alguna manera, como vehículo para identificar los significados de enfermedad y los criterios de curación existentes entre los diversos sistemas médicos, cuyos principios acogen enfoques no solo biomédicos sino

⁶ Revisar anexo # 3

⁷ Revisar anexo # 3

⁸ Revisar anexo # 3

también enfoques alternativos a las expresiones netamente biologicistas, es decir de carácter cultural, dando luz verde a nuevas formas de concebir el consumo abusivo de drogas como parte de una categorización de características médicas y en consecuencia sujeta a un análisis de nuestra disciplina con especialización en la medicina.

Detrás de estas reflexiones, he considerado ciertas categorías que a partir de la antropología médica servirán para responder mi principal cuestionamiento: ¿Cuáles los significados que le otorgan a la enfermedad en los procesos de rehabilitación los consumidores/as abusivos/as de drogas a partir de la autoatención en el centro de rehabilitación: Narcóticos Anónimos? aspecto que lleva consigo un sin fin de preguntas secundarias, cuyas bases se centran principalmente en las formas de concebir la enfermedad y en los criterios de curación.

En este sentido, el objetivo general de esta investigación es: Interpretar los significados de la enfermedad en los procesos de rehabilitación de consumidores/as abusivos/as de drogas a partir de la autoatención en el centro de rehabilitación: Narcóticos Anónimos. La Paz-Bolivia 2009- 2010. Cuyo cumplimiento se dará a través de los siguientes objetivos específicos.

*Establecer los significados de enfermedad que manejan los Narcóticos Anónimos dentro del sistema de autoatención en su interacción con otros saberes médicos

*Describir e interpretar el programa de rehabilitación que Narcóticos Anónimos usa dentro de sus terapias.

*Identificar el criterio de curación que Narcótico Anónimos propone dentro de sus terapias.

*Identificar la realidad socio- cultural que envuelve a los/ as consumidores/ as abusivos/ as de drogas.

*Interpretar la forma de auto representación de los y las consumidores/ as abusivos/ ad de drogas durante el proceso terapéutico.

En este contexto, la postura de nuestro estudio se posesiona en la Antropología Médica, tendencia cuyo principal teorizador, Eduardo Menéndez, estructura “modelos médicos”; concibiendo como tales “las construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen la consideración no solo de la producción teórica, técnica e ideológicas de las instituciones específicas ...sino también la participación en todas las dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento” (Menéndez 1.990: 85).

Se plantea este estudio de investigación con el fin de aportar desde la antropología a nuevas formas de enfocar la “enfermedad” y así mismo desenredar dichos conceptos. De esta manera los conceptos a desmitificar giran en torno al manejo que determinados sistemas médicos, en interacción con el modelo médico de autoatención, representado en este caso por Narcóticos Anónimos, usan para desarrollar tratamientos destinados a solucionar determinado padecimiento. Es decir encontrar conceptos que involucren construcciones culturales por los mismos/ as actores/ as y no solo por los y las representantes de los distintos sistemas médicos.

Por otro lado, propone un análisis exhaustivo sobre las propuestas teórico-metodológicas desarrolladas por diversos sistemas médicos, así denominados por la antropología, cuyas bases teóricas me han permitido ver desde otra lente la realidad que envuelve este fenómeno, y en consecuencia determinar una fragmentación entre el sistema biomédico y las formas de concebir la salud- enfermedad, a través de las diferentes configuraciones culturales, representadas por los y las sujetos a ser investigados/ as.

Ambos ejes representan primordiales dentro de esta tesis, el primero capaz de identificar o reconocer los significados existentes entre los saberes médicos respecto a sus concepciones de “enfermedad” y “criterios de curación”, y el segundo que pueda interpretar la realidad socio- cultural de los y las sujetos involucrados/ as en dicha problemática. Esto podría,

como consecuencia, representar un aporte metodológico para quienes perseverantemente ha decidido luchar contra este fenómeno.

La siguiente investigación representa una propuesta antropológica para el abordaje de esta temática, respondiendo a un estudio exploratorio desarrollado en la ciudad de La paz, Bolivia. Para esto, la etnografía sirvió de herramienta metodológica utilizada para la observación de casos empíricos en Narcóticos Anónimos. El trabajo etnográfico se realizó gracias a la representación de este grupo social, cuyos principios están basados en formas integradoras de conceptualización sobre las diferentes “problemáticas” que forman parte del entorno de consumo abusivo de drogas.

En base a esta realidad, el presente estudio plantea nuevos enfoques, no solo sobre enfermedad sino también sobre el criterio de curación que el programa de Narcóticos Anónimos propone en sus terapias; se pretende enfocar con nuevas lentes a partir de una interpretación de dicho programa, desde el sistema de autoatención en interacción con otros sistemas o saberes médicos.

Esta investigación se llevó a cabo en dos fases, la primera que tuvo un lapso de dos meses, entre noviembre y diciembre de la gestión 2008, representado así el trabajo de campo piloto o de exploración preliminar. La segunda fase se realizó en el lapso de dos años, 2009 y 2010. La muestra estuvo conformada por ocho integrantes, una dama y siete varones. Cuyas edades oscilan entre 24 y 33 años, todo/ as ellos/ as residentes en la ciudad de La Paz- Bolivia. De entre los/ as ocho integrantes, cuatro eran adictos/as a la pasta base de cocaína y a la marihuana. Tres de ellos a la cocaína y uno a la marihuana.

Dentro de todo esto, esta tesis pretende ser puntual y útil. Es por eso que esta investigación está fragmentada en dos partes:

PRIMERA PARTE

1º Capítulo.- Esta primera parte pretende anclar el enfoque teórico metodológico que me ayudó a plantear y explicar cómo se realizó el proceso investigativo sobre el universo de estudio, el aspecto bibliográfico y la reflexión crítica sobre las mismas.; por eso el primer

capítulo será denominado como Consideraciones Teóricas y Método en el cual se exponen los aportes teórico metodológicos y su aplicación en la especificidad de estudio.

2° Capítulo- Antecedentes legales, acápite referido a sucesos históricos cuyos antecedentes giran en torno a largos debates sobre consumo de drogas y prohibicionismo, realizando un análisis exhaustivo sobre cada una de las enmiendas estatales; tratando de interpretar la realidad subyacente de estas leyes y tratar de comprender la verdadera esencia de las mismas.

SEGUNDA PARTE: HALLAZGOS

1° Capítulo.- Este primer punto estará referido a la descripción etnográfica sobre el espacio, no sólo físico, que contiene mi universo de estudio, sino también las características socioculturales como parte de nuestra especificidad de estudio en un contexto urbano.

2° Capítulo.- Este capítulo permite identificar los significados existentes entre los diversos sistemas o saberes médicos; representa un análisis interpretativo sobre consumo abusivo de drogas con enfoques sobre enfermedad y los criterios de curación que Narcóticos Anónimos maneja en representación del sistema de autoatención, en interacción con otros sistemas médicos.

3° Capítulo.- En este último capítulo se explicita un análisis interpretativo sobre la realidad socio cultural que envuelve a los y las consumidores/ as abusivos/ as de drogas tanto en su cotidianidad como en la forma de autorepresentarse durante y fuera de los procesos terapéuticos.

4° Capítulo.- Conclusiones, cuyos fundamentos estarán sustentados en el cumplimiento de cada uno de los objetivos propuestos dentro de esta tesis.

Capítulo I

CONSIDERACIONES TEÓRICAS Y MÉTODO

En primera instancia es necesario definir qué es la Antropología y qué estudia. En efecto, durante muchos años los antropólogos han ido manifestando diferentes puntos de vista respecto a la Antropología y al estudio de la misma, sin embargo en este punto pretendo ser puntual y concreta concentrándome en la siguiente consideración:

“La Antropología es la ciencia que estudia a la Especie Humana en forma integral”
(San Martín; 1999; 134).

La cuál fue sustentada por Marvin Harris al decir que “La antropología es el estudio de la humanidad”, y de ellos su cultura. (Harris; 1996; 13). Ciertamente para ambos autores el estudio hace referencia a todo tiempo y todo lugar. Sin embargo por el tipo de investigación en su naturaleza epistemológica es necesario dejar de lado el aporte conceptual de Harris, puesto que no se acomoda a los parámetros determinados por el paradigma interpretativo, definido a continuación.

Ahora bien, el presente estudio se centra en el paradigma Interpretativo, ya que este presenta a la etnografía interpretativa como el método válido dentro de la antropología; es así porque las descripciones se las realiza a los seres humanos y de ellos a la cultura⁹, sumándose al fin las concepciones de cultura coherentes con el paradigma que servirá para analizar la realidad a ser estudiada. En este afán muchos antropólogos interpretativistas como Glifford Geertz, Victor Turner y David Schneider recaen en una misma concepción, la cultura como sistema de símbolos y significados...Schneider define ciertamente la cultura como un sistema de símbolos y significados” (Rossi; 1997; 133).

⁹ “...el naturalismo sostiene que es posible construir un relato de la cultura estudiada en el que ésta aparezca como independiente y externa al investigador ... De hecho, la principal finalidad es la descripción de culturas, se renuncia a la búsqueda de leyes universales” (Atkinson y Hammersley; 1994:22).

De esta manera se infiere el uso de este enfoque, ya que el mismo produce el conocimiento interpretando sistemas de signos y ritos, para que, a través de ellos alcance mi objetivo inicialmente planteado.

Ya aclarado el paradigma en que esta investigación estará ubicada, es necesario considerar teorías que me ayuden en el abordaje de este estudio. En primera instancia quiero manifestar que la estructura analítica de esta tesis será sostenida por la Antropología Médica.

Ahora bien, antes de desarrollar el aporte teórico metodológico de la Antropología Médica, tratare de exponer concisamente las corrientes antropológicas que han alimentado el debate de la Antropología Médica desde lo planteado en cuanto a la construcción socio- cultural del padecimiento y/ o enfermedad.

Inicialmente la medicina estaba fuertemente ligada a las concepciones de salud, “puesto que la constitución de la Antropología de la Medicina fue la consecuencia del intento surgido desde la Antropología aplicada norteamericana de atribuir a los dispersos estudios antropológicos sobre salud” (Comelles y Martínez; 1998; 66) con sus respectivos aportes teórico metodológicos. Sin embargo más tarde, el aporte de inminentes antropólogos “como Fábrega, Good, Kleiman, Twaddle o Young, [formularon]¹⁰ en términos de teoría antropológica la dimensiones de la enfermedad, y aportar a la biomedicina una serie de instrumentos de análisis como la hermenéutica o el análisis simbólico que hasta entonces habían sido recuperados parcialmente por la psiquiatría” (Comelles y Martínez; 1998; 66).

Algunos de estos autores dicen que “en la medida en qué el objeto de estudio de la antropología de la medicina son las dimensiones de la enfermedad, la primera conduce necesariamente a desmenuzar las condiciones de emergencia de la Medicina y las determinaciones históricas de su práctica en cualquier sociedad, mientras que la segunda

¹⁰ El uso de corchetes servirá para hacer referencia al cambio de una cita textual por una frase o palabra, incluyendo el cambio de mayúsculas a minúsculas y viceversa, diseñada de acuerdo al contexto o formato del párrafo.

conduce inevitablemente una teoría de la enfermedad, que no es posible aislar de la teoría de la enfermedad que genera la Medicina, puesto que la implicación inmediata de la misma es la reformulación de estrategias de intervención, de priorización, y el diseño de modelos de práctica distintos”. (Comelles y Martínez; 1998; 68).

Tras este contexto quiero plantear diversos enfoques, los cuales a través de sus aportes teórico metodológicos gozan de una serie de discusiones dentro antropología médica, cuyos principales teorizadores debaten y comparten criterios respecto a las representaciones de la enfermedad y los parámetros que se usan para definirla a través de los diferentes sistemas de atención a la salud.

1. 1 Antropología Médica

Para la antropología médica el aporte de Fabrega¹¹ constituye un avance prominente en la ciencia misma de la antropología. De alguna manera los criterios conceptuales, metodológicos (Comelles y Martínez; 1998; 53) ya no eran suficientes en relación a lo propuesto por Fabrega, los cuales trataban de determinar el contenido, más que de método, que debería tener la antropología en cuestión.

Para este efecto, Fabrega propone contenidos que iban más allá de las necesidades que abarcara solamente el mundo occidental, es decir, habiendo diversidad cultural a nivel mundial el propósito consistía en clarificar dimensiones de la “enfermedad” que abarcara el mundo occidental y “estudios que son conducidos en grupos no occidentales y que descansan en el concepto de cultura” Produciendo una “escisión entre el espacio antropológico y el biomédico con una demarcación clara entre dos dimensiones de la enfermedad: el (disease) y el (illness)” (Comelles y Martínez; 1998; 54).

¹¹ “En los setenta y bajo la influencia de aportaciones en Antropología biológica Alland Fábrega, un médico con formación antropológica que había realizado trabajo de campo entre los indígenas del Sureste mexicano, elabora una primera propuesta teórica “ (Comelles y Martínez; 1998; 53)

La “enfermedad” desde la biomedicina: “Disease”; este estado, para Young, refiere: “a anomalías en la estructura y/ o funciones de los órganos y los sistemas de órganos; estados patológicos que son o no culturalmente reconocidos” (1982; *passim*)

La “enfermedad” desde la medicina alternativa: “Illness; designa que alguien está enfermo, pero los criterios son sociales y psicológicos y lógicamente separados por aquellos empleados por la medicina occidental (...) se asume que los distintos tipos de illness producirán la organización de actividades médicas (...) que en una extensión indeterminada de las unidades socioculturales proveerán modelos para tales illness (...) estrictamente y sin embargo, todas las illness son folk en el sentido de que las categorías nativas siempre estructuran la forma, contenido e interpretación dada a una illness” (Fabrega; 1972; 213).

Ciertamente he considerado menester ampliar mi categoría de análisis a partir no solo de enfoques biológicos o culturales, sino también sociales, a partir de una reconciliación entre ambas dimensiones, determinando el estado de la persona como “sickness o no saludable”, como una clara representación de la “incapacidad para enfrentarse a las obligaciones sociales” (Twaddle; 1981; 112). Es decir, ambos autores convienen adoptar la definición de Sickness no como “un término general en referencia a Disease dimensiones biológicas de la enfermedad e Illness dimensiones culturales de la enfermedad. Sickness esta definida como el proceso por el cual a conductas preocupantes y a signos biológicos, particularmente aquellos originados en Disease, se les es dado un significado reconocido socialmente. Es un proceso para socializar la Disease e Illness” (Young; 1982; 270). Es decir “entre la práctica de la medicina, y la estructura social en que esta se realiza, existe tan íntima conexión en que la práctica se impregna, ineludiblemente, con los valores característicos de la estructura, y a tal punto se identifica con ellos que llega a considerarlos como propios” (Aguirre; 1986; 217).

Sin embargo, concentrándome un poco en las nociones sobre la salud, coincido con el trazado de qué “no todas las culturas, ni los grupos sociales manejan los mismos parámetros para determinar cuando una persona esta sana o enferma” (Lara y Mateos;

1997; 219) existiendo cierto relativismo a la hora de abordar conceptos de salud. Por ejemplo la OMS define “la salud como un estado de completo bienestar físico, mental, social y de capacidad para la función, y no solo la ausencia de enfermedad o de invalidez”, reafirmando las posturas de algunos especialistas en ramas sociales, psicológicas, biológicas e incluso médicas cuyas raíces no están casadas precisamente, con el “biologicismo, han llegado a concluir que la salud y la enfermedad son expresiones netamente culturales” (Lara y Mateos; 1997; 223) y en consecuencia el uso de servicios médicos deberá satisfacer necesidades de acuerdo a la realidad sociocultural a la que pertenezcan.

A partir de esto Byron Good plantea cuatro corrientes¹² teórico metodológicas para abordar las representaciones sociales de los padecimientos; esta corriente, refiere a qué la misma considera a las representaciones de la enfermedad como una realidad socialmente construida, es decir, “para los antropólogos interpretativos el eje analítico está en la relación entre la cultura y los significados del padecimiento” (Ramírez; 2005; 31).

El aporte de Good respecto a esta corriente, considera a “la enfermedad como un modelo explicativo, donde los sistemas médicos deben ser atendidos como sistemas culturales”, (cit. en Ramírez 2005:31) su eje está centrado en “cómo el significado y las actividades interpretativas se hallan en relación con los procesos sociales, psicológicos y fisiológicos para poder traducir diferentes formas de enfermedad y de trayectorias de dolencias” (Good; 1994; 54).

A. Modelo y/ o Sistemas Médicos

“Por modelos médicos, incluido el hegemónico, entendemos aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen la consideración no sólo de la producción teórica, técnica e ideológica de las instituciones específicas – incluidos los “curadores” – sino también la

¹² Para las referencias explícitas revisar Good 1994.

participación en todas estas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento” (Menéndez; 1990; 84-85)

Eduardo Menéndez¹³ estructura los diversos modelos médicos llevados a la praxis en los estudios que Susana Ramírez¹⁴ presenta en sus diferentes tesis. Menéndez menciona tres modelos de atención a la salud; Modelo Médico Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado y el Modelo de Auto atención (Menéndez; 1990; 86). Constituyendo al modelo biomédico como el único, que la historia de la ciencia ha instituido como Modelo Médico Hegemónico, ya que este, subordina a la demás diversidad de atención a la salud que pudiera existir en una u otra realidad sociocultural.

Sin embargo el planteamiento de los diferentes sistemas médicos se regirá a un orden establecido de acuerdo a la estructura analítica de esta tesis, cuyos principios no pretenden alterar el contenido teórico- metodológico de los diferentes modelos propuestos por el autor mencionado. Para este efecto, el Modelo Alternativo Subordinado será representado por el Sistema Medico Religioso. En este punto es menester aclarar que los diferentes sistemas médicos serán analizados como elementos componentes dentro de la antropología médica, no como fenómenos a ser analizados desde una óptica individual; refiriendo el caso del sistema médico religioso el cual será abordado como sistema a ser utilizado por las diferentes realidades socioculturales, dejando de lado el análisis en sí como fenómeno religioso.

¹³ Eduardo L. Menéndez, antropólogo, de nacionalidad Mexicana, plantea aportes teórico- metodológicos en un sin fin de obras publicadas desde hace más de dos décadas, cuyos principios se fundamentan principalmente en la Antropología Médica.

¹⁴ Susana Ramírez Hita, antropóloga, de nacionalidad Española, ha realizado estudios en Antropología Médica, cuyos aportes plantean “una creativa metodología con la que realiza un análisis epidemiológico socio- cultural” de la comunidad de gitanos catalanes del barrio de St Jaume, en el centro Histórico de Perpinya,, departamento francés llamado Languedoc- Rousillon. Por otro lado tiene “sus aportes “teóricos puestos a prueba en otro contexto” sobre “Sistemas y Prácticas de Salud en la ciudad de Potosí” titulado “Donde el Viento llega Cansado” (2007; 20- 21).

“Modelo de auto atención y automedicación”: Sistema de Autoatención

La siguiente postura terapéutica se da como opción médica respecto a la itinerancia de lo/ as consumidores/ as abusivos/ as de drogas, puesto que “la autoatención y la automedicación son las primeras respuestas ante la enfermedad en nuestro país y a nivel mundial. (Soto Pérez y Roa Nava)¹⁵

Menéndez explica cómo:

“Denominamos así el modelo basado en el diagnóstico y atención (prevención) llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas pertenecientes al grupo familiar y/o a los diferentes grupos comunitarios. En este no interviene directamente un curador profesional (...) La auto atención permea la estructura de toda sociedad y es su primer nivel real de atención. Este modelo esta en la base de todos los anteriores y su estructuración se fundamenta en funciones curativas- preventivas y, sobre todo, socioeconómicas.” (Menéndez; 1999; 88)

Ramírez lleva a la praxis el modelo constituido por Menéndez centrándose principalmente en las mujeres, ya que sus referencias muestran que son “las que desempeñan un papel fundamental en la atención de la salud familiar, así como las que toman las decisiones en la búsqueda de atención a la salud (Ramírez; 2005; 117) tal es el caso de Narcóticos Anónimos que tienen como principio fundamental la reafirmación del/ la individuo/ a como “adicta/ o” , poniendo bajo su responsabilidad y como única opción a rehabilitarse, un reencuentro con “un Poder Superior” este, le hará entender que tiene problemas con la “adicción” pero que puede rehabilitarse. De alguna manera, este principio representa un modelo de autoatención, ya que el “enfermo” diagnostica su “enfermedad” y de alguna forma busca el método para subsanar dicho padecimiento, aún cuando este requiera de otros saberes médicos.

¹⁵ <http://www.elementos.buap.mx/num55-56/pdf/43.pdf>

“Modelo Alternativo Subordinado”: Sistema Médico Religioso

“El sistema medico religioso surge dando un nuevo significado al proceso de salud/enfermedad/ atención, apareciendo como una manera propia de curación que viene a sustituir a la medicina tradicional (refiriéndose específicamente en la iglesia evangélica) e incorpora un cambio ideológico en la/ os portadores de esta cultura” (Ramírez; 2005; 162).

El propósito de este sistema es plantear la postura terapéutica “religiosa” a fin de comprender para poder interpretar el proceso de rehabilitación de enfermedades que no solo se traducen en físicas, sino también almáticas, mentales y espirituales, como el tema del consumo “abusivo” de drogas.

Ramírez dice que la religión evangélica posee un discurso sanitario mas amplio y que el eje de su doctrina esta sustentado en la “sanación” del cuerpo y alma (Ramírez; 2005; 139-140).

Las terapias espirituales como modelos para programas de rehabilitación, proponen un sistema de principios y valores, inmersos en el ser humano, como alternativa para la solución de este problema.

“Modelo Médico Hegemónico”: Sistema Biomédico

La biomedicina es una ciencia basada en las ciencias naturales, como Menéndez escribe; su estructura está basada en el biologismo, se constituye al sistema biomédico en un Modelo Médico Hegemónico, como dice Menéndez:

“Por MMH entendemos el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del s. XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e

ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada por criterios científicos como por el Estado.” (Menéndez; 1990; 83).

Esta disciplina ha ayudado a comprender muchas enfermedades y lesiones para proponer soluciones capaces de evaluarlas, prevenirlas y desarrollar técnicas reparadoras o que por lo menos reduzcan el daño, como por ejemplo las cirugías.

En el caso de esta tesis, los/ as consumidores/ as “abusivos/ as” de drogas, en el caso de la adicción a sustancias fuertes como la heroína, la cocaína¹⁶ o el caso de cierto tipo de anfetaminas que tiene como benéficos adelgazar, produce “dependencia” si se las usa mal (Alcazar; 1989; 70) Personas que en determinado momentos deberán acudir a este sistema, cuyos principios determinarán “anormalidades en la estructura y/ o funciones de los órganos y los sistemas de órganos; estados patológicos que son o no culturalmente reconocidos “ (Young; 1982; passim).

Abordando mi Campo de Estudio: Aproximación Teórica

Tras una breve descripción sobre los diferentes aportes teóricos que hacen a la antropología médica, respecto no solo a las dimensiones de la enfermedad a través de las representaciones sociales de los padecimientos, sino también a los diferentes sistemas médicos, me centraré en aquellos cuyos aportes conforman mi estructura analítica. Evidentemente, esta, se halla sumamente ligada a la articulación de los diferentes sistemas médicos desarrollados no solo en el manejo de conceptos que giran en torno a los padecimientos de los y las involucrados/ as, sino en la construcción socio cultural que estos/ as realizan a través de sus enfoques de enfermedad y sus criterios de curación.

¹⁶ “Se considera una de las drogas adictivas mas potentes, es uno de los estimulantes mas fuertes del sistema nervioso central. Su nombre científico es Erytroxilum coca. Se uso para uso Medicinal de la década de los 50 como anestésico local. Sus “propiedades benéficas” ahora están en desuso, posteriores investigaciones han explotado mas propiedades, es el caso de la procaína, hasta hoy se constituye como elemento base para la anestesia local” (Yugar; 2008; 23-24-25).

Como lo mencioné al principio de este acápite, he considerado necesario usar aquellas corrientes cuyos aportes teórico- metodológicos, pienso, son los más relevantes dentro del abordaje de mi problemática en sí. Para ello he considerado la Antropología Médica, desarrollando así las propuestas teóricas de Byron Good y Eduardo Menéndez.

De alguna manera el estudio realizado por Menéndez, permite enfocar el consumo “abusivo” de drogas y sus procesos consecuentes, como categorías que pueden ser abordadas desde la práctica médica a partir de un claro reconocimiento de este fenómeno como “enfermedad”. Sin embargo, afirma también que “la práctica y los saberes médicos, no tienen que ver solo con la curación y con la prevención de padecimientos, sino con toda la serie de funciones (normar, controlar, legitimar) que pueden adquirir carácter dominante a nivel profesional, del sector salud y/o de los conjuntos sociales” (Menéndez; 1990; 12). Afirmando que el “modelo [biologicista] entra en crisis en la medida en que el reduccionismo biológico empieza a sufrir reveses como en la gestión clínica del alcoholismo o de las toxicomanías, y en que desde algunas instancias ha ido creciendo el interés por la influencia de variables sociales y culturales en relación con las biológicas” (Comelles y Martínez; 1998; 69).

Aunque Menéndez es quien estructura los modelos médicos con carácter antropológico, es Ramírez quien los lleva a la praxis, sistema medico religioso, sistema biomédico y sistema de auto atención y auto medicación, a través de su aplicación en el estudios sobre “Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí” en su obra titulada “Donde el Viento llega cansado” publicada en el año 2005. Más tarde plantea, desde un interés “en el estudio de los fenómenos que las dinámicas de salud/ enfermedad asumen en el propio entorno social” (Ramírez; 2005; 13), en materia de consumo de drogas o “drogodependencia”, en otra de sus obras denominada “Entre calles estrechas”, cuyo contenido refleja la realidad “de prácticas y saberes médicos” entre los Gitanos de Perpinya, la cual sale a la luz el año 2007.

Puesto que el objetivo principal de esta tesis es precisamente el de interpretar la realidad subyacente a los procesos de rehabilitación, a partir de una búsqueda de significados de la enfermedad, es pertinente la propuesta de Good, puesto que sus “trabajos

están vinculados a la literatura constructivista simbólica, interpretativa y social” (Ramírez; 2005; 31), donde “La enfermedad aparece no sólo como una realidad significativa per se sino también contextualizada en el marco sociohistórico que la determina como por medio de la acción del cuerpo de las concepciones inherentes a los sistemas médicos” (Good; 1981).

En este punto quiero aclarar que mientras las dimensiones de la enfermedad refieren su campo de estudio a una ruptura entre lo cultural, lo social y lo biomédico, para luego hallar una reconciliación a través de “sickness”, la “illness” estaría produciendo un conflicto epistemológico, puesto que se estaría limitando al estudio antropológico del “otro”, y en consecuencia se daría paso a una incoherencia gnoseológica dentro de mi universo de estudio. De esta forma es pertinente considerar la propuesta de Good, quien por ejemplo, “en el caso de la enfermedad (illness) permite analizarla como símbolo central a partir del cual se desenvuelve en forma de una red semántica un universo de valores, creencias, emociones y experiencias. Estas redes o campo semánticas proporcionan instrumentos hermenéuticos alternativos a la lectura empirista biomédica de la enfermedad y los síntomas” (Good; 1977; 3). Aseverando la aplicación de dicho concepto a sociedades occidentales¹⁷.

Entonces, mientras la corriente teórica se posesiona en la Antropología Médica considero, necesario profundizar en mis categorías de estudio a partir de un instrumento que permita un análisis interpretativo de la realidad inherente a los sistemas médicos, los cuales a la vez están íntimamente sujetos a los procesos de rehabilitación contenidos en mi universo de estudio. Para esto, he considerado, como fuente secundaria, pertinente la teoría psicoanalítica de Sigmund Freud¹⁸. Puesto que “toda la construcción teórica de Freud esta centrada en la clínica, esto es, deriva del ejercicio de la medicina en Viena entre enfermos de la clientela particular que exteriorizan trastornos o psicopáticos graves” (Aguirre Beltrán; 1982; 69).

¹⁷ Para las referencias explícitas revisar Good 1994

¹⁸ Sigmund Freud, “médico judío nacido en Freiberg en 1856 y muerto en Londres en 1939, autor de una teoría coherente de la personalidad” (Aguirre Beltrán; 1981; 69)

Aunque, el antropólogo Edward Sapir en una de sus obras publicadas en 1.934, “infiere con absoluta corrección, la índole limitativa del psicoanálisis. Esta mengua hace imposible cualquier tratamiento serio de la relación de cultura y personalidad; pero la teoría elaborada por Freud es una fuerza arrolladora” (Aguirre; 1981; 68- 69) que evidentemente, como método, permite un análisis estricto de la mente humana y en consecuencia la comprensión del comportamiento en determinada realidad socio- cultural.

A continuación es necesario presentar una elaboración conceptual sobre lo que he considerado un “consumo abusivo de drogas”, en afán de dejar claro los elementos conceptuales que guiarán el presente estudio antropológico.

B. Consumo “abusivo” de Drogas

Si uno pregunta del porque del consumo “abusivo” de drogas, encontrará muchas respuestas, “escape de la realidad”, “estaba tratando una enfermedad”, etcétera. A la vez existen varias justificaciones como Menéndez¹⁹ explica: “el uso de drogas en la actualidad tiene, en muchos casos, un tinte de resignación y adormecimiento, de huida de la realidad más que de respuesta. Esa huida paradójicamente permite enfrentar las presiones cotidianas, los malestares de la cultura que se multiplican...”²⁰. Es decir, “diferentes drogas producen distintos efectos y consiguen así que la gente se sienta diferente de maneras variadas” (Weil y Rosen; 2002; 295), en consecuencia, los distintos efectos que dichas sustancias puedan producir en los y las consumidores de drogas determinará su desenvolvimiento dentro de una u otra realidad socio- cultural.

La asimilación a la “cultura de consumo de drogas” desde sociedades occidentalizadas, como el consumo de sustancias en sociedades indígenas, han afirmado que las drogas “están aquí para quedarse y que la historia [ha] enseñado que es vano esperar que las drogas desaparezcan algún día y que todo esfuerzo para erradicarlas esta condenado al fracaso”

¹⁹ María Menéndez, Lic. En Ciencias Antropológicas, docente de Posgrado en la Universidad de Buenos Aires. Actualmente realiza una investigación sobre “Violencia asociada al uso de drogas en jóvenes”. Fuente: (Etnografía de la Droga 1998; datos curriculares)

²⁰Fuente Virtual: María Isabel Menéndez “Consumo de drogas. Una perspectiva antropológica”

(Weil y Rosen; 2002; 15). En este sentido, se hace referencia a estudios antropológicos que demuestran que el consumo de drogas está ligado a los valores que “cada sociedad mantiene, los cuales influyen en las ideas que se forman sobre ellas” (Escohotado; 2000; 23). O sea, se puede lidiar con las drogas, el “problema” radica en el uso que las personas puedan darle a estas sustancias.

En este contexto es importante dejar en claro que existe una gran diferencia entre; consumo de drogas y consumo “abusivo” de drogas. Es decir, si se afirma que se vive inmerso en un consumo inevitable de la droga, ¿cuál es la razón para prohibirlas?, ¿dónde radica el problema con el consumo de drogas? Definitivamente no es lo mismo consumir sustancias con fines curativos o terapéuticos que usar estas sustancias con fines festivos o lúdicos (Escohotado; 2000; 26) Un estudio farmacológico de sustancias ilícitas, escribe sobre el uso y acción de las drogas, haciendo hincapié en que si la administración de la droga está dentro de los parámetros establecido por el médico, entonces está dentro del uso apropiado y natural de las drogas (Yugar; 2008; 14). Definiendo entonces que el abuso de las drogas, está ligado a uso desmedido de la droga ya no, con el afán de calmar dolores físicos, sino con el fin de satisfacer placeres o sentirse bien (Yugar; 2008; 15).

En este sentido quiero definir esta diferenciación a partir del siguiente enunciado: El **“consumo de cualquier sustancia se hace abusivo cuando amenaza la salud o dificulta el buen desempeño social o el desarrollo económico”**. Comprendiéndose como una “la mala relación con la droga a partir de su incapacidad para abandonarla” (Weil y Rosen; 2002; 289). Ligada a la idea de “dependencia”. Ciertamente la biomedicina define este estado como “drogadicción”, caracterizado este, por modificaciones del comportamiento, y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible al tomar la droga en forma continua o periódica con el fin de experimentar sus efectos síquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación” (Extraído 05/11/08)²¹. En efecto, para algunos entendidos en materia de consumo abusivo de drogas, “la adicción representaría un tipo especial de dependencia marcada por cambios físicos; tolerancia que requiere dosis

²¹ www.bipolarweb.com/Articulos/drogadiccion.htm - 16k

crecientes de la droga para lograr los mismos efectos y síndrome de privación si se abandona la droga” (Weil y Rosen; 2002; 290).

Aunque no existen discrepancias respecto al efecto de las drogas en el cuerpo de los/as individuos/as, la diferencia radica en la percepción y óptica de los diferentes entes médicos al analizar este fenómeno. “Las personas se pueden hacer también dependientes de ciertas experiencias – tales como enamorarse o hacer el amor-, y buscar esta experiencias de manera compulsiva que excluya cualquier otra actividad”.(Weil y Rosen; 2002; 288-290). Recayendo una vez más en qué las nociones sobre enfermedad y salud son expresiones socio- culturalmente construidas.

C. “Construcción Social de la Realidad”

Finalmente es preciso dirigir este último punto, en una categoría que me permita obtener un instrumento teórico ulterior al análisis interpretativo de las realidades socio-culturales a ser estudiadas, cuyos principios residen en la “construcción social de la realidad” que Peter Berger y Tomás Luckmann proponen en su basto intento de definir la "realidad como una cualidad propia de los fenómenos que reconocemos como independientes de nuestra propia volición (no podemos “hacerlos desaparecer”)” (2001; 13).

Berger y Luckmann (2001) plantean “la construcción social de la realidad” a partir de “[un] doble carácter de la sociedad como "facticidad objetiva" y como "complejo de significados subjetivos", cuyos aportes teóricos fueron otorgados por las teorías sociológicas de Durkheim y de Weber dando paso, sobre todo a partir de Alfred Schuti, en cuya obra se cimenta la posición de los autores, a este nuevo interrogante: ¿Cómo es posible que los significados subjetivos se vuelvan facticidades objetivas?

Efectivamente, “la realidad construida socialmente” da paso a nuevas formas de comprenderla, alcances que encauzarán el contenido teórico a partir un punto específico de análisis, “el mundo de la vida cotidiana”²², cuyos principios residen precisamente en “la realidad establecida como realidad por los miembros de la sociedad en el comportamiento subjetivamente significativo de sus vidas. En un mundo que se origina en sus pensamientos y acciones, y que esta sustentada como real para éstos (...) las objetivaciones de los procesos (y significados) subjetivos por medio de los cuales se construye el mundo intersubjetivo del sentido común” (Berger y Luckmann; 2001; 13- 37).

1.2 Consideraciones Metodológicas

A. Universo de Investigación

La investigación se ubicó en el campo de la Antropología Médica, en un espacio urbano, puesto que estudié significados de la enfermedad y el criterio de curación, dentro de los procesos de rehabilitación de consumidores/ as abusivos/ as de drogas a partir del programa de Narcóticos Anónimos²³ en la ciudad de La Paz.

El trabajo exploratorio de dicho proceso de rehabilitación estuvo relacionado con una búsqueda de elementos teóricos sobre la temática en sí, también se reflexionó sobre el programa que se usa en el proceso terapéuticos de rehabilitación. Ambos puntos me ayudaron en la construcción de la especificidad de esta investigación.

La elección de Narcóticos Anónimos como universo de estudio me ayudó a responder muchas de mis preguntas, vertidas a lo largo de mi planteamiento temático. La presencia de diversas realidades socio culturales que giran en torno a las concepciones sobre enfermedad y criterios de curación dentro de estos procesos, protagonizados por

²² “El análisis fenomenológico de la vida cotidiana, o más bien de la experiencia subjetiva de la vida cotidiana, es un freno contra todas las hipótesis causales o genéticas, así como contra las aserciones acerca de la situación ontológica de los fenómenos analizados” (Berger y Luckmann; 2001; 37)

²³ Para una mejor comprensión de mi universo de investigación revisar la segunda parte en la página 35

personas de mediana edad, permitió dilucidar la realidad subyacente al problema del consumo abusivo de drogas.

El anonimato como proceso de autoidentificación fue un factor preponderante para acceder a las sesiones terapéuticas y entrevistas con algunos/ as de ellos/ as. Ciertamente mi universo de estudio se redujo a ocho personas, una dama y ocho varones, cuyas edades oscilan entre 24 y 34 años, todos/ as ellos/ as residentes en la ciudad de La Paz- Bolivia. Efectivamente el motivo del porqué mi universo de estudio reducido a ocho personas, esta relacionado a la permanencia de estos/ as en el proceso terapéutico, cuyo delimitante en los procesos de curación se determina luego de tres meses “estado real de abstinencia”. De entre estos/ as ocho integrantes, cuatro eran adictos/ as a la pasta base de cocaína y a la marihuana, tres de ellos a la cocaína y uno a la marihuana. Efectivamente algunos eran consumidores/ as, a la vez, de las tres sustancias mencionadas.

Entonces, este estudio toma en cuenta un periodo de tiempo de tres meses, sin embargo la investigación se realizó durante los años 2009 y 2010 puesto que mis informantes asistían a las sesiones terapéuticas aún después de los tres meses, ya que se afirma que no es posible “curar la enfermedad de la adicción” pero si es posible controlarla y para eso es necesario seguir asistiendo a las sesiones terapéuticas. Se realizaron cuatro entrevistas formales: dos especialistas médicos y dos consumidores/ as abusivos/ as de drogas.

Aunque mi trabajo de campo formal se realizó en los años mencionados, mi experiencia exploratoria o trabajo campo piloto se realizó el año 2008, donde tuve mi primera experiencia informal al entrevistar a un varón que asiste a las sesiones de Narcóticos Anónimos, quien relató un poco de su experiencia y también preguntó que pensaba respecto al tema en cuestión. La idea misma de confrontación con él sujeto de alguna manera me ponía en ventaja como etnógrafa con respecto a él, puesto que se dio una especie de “relaciones de poder, cuyo comportamiento se pudo traducir en opresión” (Rance; 1998; 8), esto, respecto a estudios previos en temas de uso y prevención de drogas por mi parte.

B. Método

La siguiente investigación presenta a la etnografía como método propio de la antropología, esta lleva idónea el carácter descriptivo de las sociedades humanas que constituye el fundamento del conocimiento antropológico

Este método me ha permitido estudiar, describir y analizar, desde la observación participante y el análisis de los datos observados, a través del interpretativismo los significados de la enfermedad y el criterio de curación que Narcóticos Anónimos propone dentro del proceso de rehabilitación de consumidores/ as abusivos/ as de drogas, y el carácter de sus realidades a partir de sus propias construcciones, cómo fenómenos socio-culturales. Esto se realizó gracias los aportes propuestos por Atkinson y Hammersley quienes plantean el enfoque emergente²⁴ y el enfoque progresivo²⁵ como estrategias metodológicas para analizar la tarea etnográfica.

Ahora, este método presenta técnicas de investigación basadas en la observación no participante, donde la descripción del contexto²⁶ fue necesaria para apartar mis propias concepciones y concentrarme en lo que esta pasando, describiendo ese espacio tal y como pude percibirlo a simple vista.

²⁴ El enfoque emergente dice que la investigación se convierte en un proceso interactivo, “El análisis de la información no es un proceso diferente de la investigación. Se inicia en la fase anterior, al trabajo de campo, en la formulación y definición de los problemas de la investigación, y se prolonga durante el proceso de redacción del texto (Atkinson y Hammersley; 2001; 223). La idea central está enfocada en que la itinerancia del etnógrafo liga lo empírico con el desarrollo teórico, la investigación avanza equiparando de manera temporal el trabajo empírico y el “estado de la cuestión”. Elaborar el trabajo de campo, codificar, categorizar, y transcribir son tareas paralelas dentro de una investigación científica.

²⁵ El enfoque progresivo en cambio, pretende de alguna manera llevar al etnógrafo a la reflexión respecto de los datos obtenidos. El impacto que han causado a nivel cognitivo, los cuales deben ser desarrollados a medida que la investigación avanza. (Atkinson y Hammersley; 2001; 224) La reflexión acerca de los datos es importante para la tarea etnográfica, es imprescindible no solo codificar sino, analizar aspectos importantes que podrían resolverse dudas implícitas en nuestro trabajo etnográfico.

²⁶ Para una mejor comprensión del contexto en que se desarrollo mi campo de estudio revisar el capítulo I de la segunda parte de esta tesis en la página 36-37

Así mismo quiero citar, la observación participante como otra técnica, la cual me permitió acceder a dos entrevistas formales realizadas, a los/ as consumidores/ as abusivos/ as de drogas, en el proceso de trabajo de campo; este momento no solo me ayudo con la parte observable sino a la vez con mi participación e interacción con mis informantes, cuyas entrevistas me permitieron captar datos y códigos propios del sujeto. Considero menester abordar estas entrevistas, cómo las únicas realizadas dentro del proceso de investigación, puesto que no tuve la oportunidad de entrevistar a ningún otro/ a miembro de Narcóticos Anónimos de manera formal y personal, los demás datos fueron recogidos en las sesiones realizadas grupalmente.

Entonces, la primera interacción me consintió extraer algunos datos, los cuales me sirvieron para relacionar el consumo de drogas no solo con la cuestión subjetiva, sino también con otros aspectos, cómo una cotidianidad de manera construida objetivamente. Al respecto, me parece prudente mencionar que dichos aspectos, fueron abordados como bases analíticas en todo el proceso de elaboración del tercer capítulo de la segunda parte de esta tesis, es por eso que el título lleva por nombre “Realidades Construidas” bajo las estructuras conceptuales de Peter Berger y Thomas Luckmann.

Bajo estas consideraciones, el primer punto en consideración plantea “el escape de la realidad”, cómo un mero “adormecimiento”, por ende, una ruptura de la realidad cotidiana. Asumiendo en consecuencia que el consumo de drogas, esta ligado a una construcción subjetiva a nivel individual. Recayendo en aquel cliché explicativo del consumo de drogas: “las drogas son propuestas a la vez para ayudar a soportar los aspectos negativos de una determinada civilización o para negarla”²⁷.

Por eso el siguiente sub acápite, nace en base a mi reflexión respecto a la existencia de las “múltiples” formas de construir la realidad, abordando mi segunda entrevista, con algunos extractos de alguna sesión realizada grupalmente. De esta manera puedo explicar la relación de la construcción cultural respecto del consumo de drogas, bajo una misma estructura, pero con diferentes nociones por parte de los/ as involucrados/ as, estos basados

²⁷ Britto García 1996; 82

en su autopresentación. Es decir, a la manera en que ellos “involucran siempre en la formulación de su presentación de acuerdo a sus propias agendas de cómo desean ser representados”²⁸. Este punto aborda otras formas de categorización dentro del esquema analítico, es decir, respecto a asumir la “adicción” como enfermedad, ligado a mi principal objetivo, interpretar los significados de enfermedad. De esta manera usaría el concepto de “rol” propuesto en la obra de Comelles y Martínez.

En la segunda entrevista por ejemplo, analizando mis datos, me quede en la palabra “monstruo”, forma en que mi informante se autorepresentaba; esto me llevó al texto de Byron Good, después de leer un poco su “enfoque fenomenológico del dolor crónico” comprendí la forma en que los relatos de Good se acomodaban a la realidad representada por Gabo, mi segundo informante. Y en consecuencia la forma de construir dentro de las “múltiples realidades”, su realidad en proceso de rehabilitación a partir de una autorepresentación marcada por consumo abusivo de drogas.

Concluyendo con aspectos metodológicos quiero aclarar que tanto las entrevistas formales e informales, como la información vertida en las sesiones terapéuticas, fueron recogidas en mi diario de campo a través de transcripciones realizadas a veces en el momento de la interacción y a veces después. Trabajé también con una guía de preguntas, la cual me fue muy útil al momento de entrevistar a médicos especialistas en materia de consumo abusivo de drogas, puesto que las pautas delineadas dentro del programa presentado por Narcóticos Anónimos, me llevaba a reflexionar en los diversos significados existentes en los enfoques sobre “enfermedad” y “criterios de curación” propuesto por el sistema de autoatención y en este caso en interacción con otros saberes médicos, como el biomédico y el sistema médico religioso, este último en representación del sistema médico alternativo.

Evidentemente en el proceso de recolección de datos fue pertinente el uso de grabadora, siempre con el consentimiento de mis informantes.

²⁸ Rance y Salinas Mulder ; 2001; 21

Capítulo II

ANTECEDENTES LEGALES

Una vez concretadas mis directrices teóricas que guían esta investigación, este acápite me permitirá mostrar algunos aspectos sobre los antecedentes legales que de alguna manera tratarán de contextualizar la realidad que envuelve el consumo abusivo de drogas. Así mismo tratare de analizar e interpretar desde aspecto legales leyes más generales hasta las enmiendas más concretas. Cuyo objetivo pretende investigar, a modo de antecedente, la realidad subyacente de dichas leyes involucradas con el fenómeno en cuestión

Ciertamente existen diferentes entes orgánicos que han desarrollado estrategias de lucha contra este fenómeno, uno de los más grandes aportes a la humanidad es la reunión de las Naciones Unidas²⁹, con la oficina dedicada a la lucha contra el uso indebido de drogas. En Bolivia, ésta organización ha ido desarrollando diferentes estudios, no solo sobre el alto índice de consumo de drogas lícitas e ilícitas, sino también analizando las diferentes enmiendas internas involucradas con el consumo abusivo de drogas. Desde este punto de vista es menester ahondar en aspectos jurídicos, puesto que esto permitirá profundizar, desde un enfoque específico, las razones del por qué el consumo y abuso de drogas representa, en determinados ámbitos socioculturales, un problema que debe ser erradicado

En efecto, el consumo de drogas de una u otra forma esta matizado de cargas judiciales y legales, es por eso que se dice que existen ambas formas y/ o usos de drogas, oscilando estas en el marco de lo lícito e ilícito. Aunque esta dicotomía responda a cierto tipo de “orden social”, no queda exento el consumo de drogas lícitas del abuso de las mismas, y en consecuencia constituya parte fundamental de la problemática en cuestión.

²⁹ Al finalizar la segunda guerra mundial el mundo quedó destruido y devastado y la gente estaba sedienta de paz y de justicia. El 24 de octubre de 1945, 51 países, entre ellos Bolivia, resueltos a mantener la paz mediante la cooperación internacional y la seguridad colectiva, crearon la Organización de las Naciones Unidas (ONU), con el mandato explícito de que todos sus miembros trabajasen por la paz y los derechos humanos, entre otros. (Sistema de las Naciones Unidas; 2007; 6).

Es preciso reflexionar, en primera instancia, en el control que el Estado ejerce sobre el consumo y abuso de drogas. En efecto, las leyes que se han promulgado están ligadas a toda una serie de atribuciones cuyos planteamientos están basados no solo en el consumo sino también en el tráfico de sustancias ilícitas. En consecuencia el trabajo que entes jurídicos realizan atiende a una población que rompe con modelos pre- concebidos dentro de los marcos de lo legal e ilegalmente aceptado.

Estas jurisdicciones responden a un orden internacional de características severas, es por eso que la legislación interna atiende a tratado y acuerdos amparados por Estados Unidos. Aludiendo a esta afirmación es pertinente citar desde la Convención³⁰ sobre estupefacientes de 1961, hasta la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988³¹, pasando por el Protocolo de 1972 de Modificación de La Convención Única de 1961³², hasta ahí se observa todo un régimen jurídico internacional que prohíbe en forma absoluta la producción, el uso y tráfico de ciertas drogas cuando se perpetran con finalidades ajenas a la realidad médica y/ o científica.

Ahora, dentro de la legislación interna igualmente los estatutos han ido sufriendo transformaciones de acuerdo a criterios jurídicos asentados en “necesidades de determinada población”. Así tenemos la Ley del Régimen de la Coca y Sustancias Controladas, Ley 1008 de julio de 1988 y reglamento Decreto Supremo N° 22099, desembocando en, adicionalmente, la Ley del Nuevo Código de Procedimiento Penal, Ley 1970 de marzo de

³⁰ “La Convención extendió la fiscalización de drogas, que previamente sólo cubría el opio y la coca, para incluir también la cannabis y cualquier sustancia con efectos similares a aquellas especificadas en el tratado. La Convención única busca limitar la posesión, uso, distribución, importación, exportación, manufactura y producción de drogas, exclusivamente para fines médicos y terapéuticos” Convención Única sobre Estupefacientes de 1961. Viena 25 de noviembre a 20 de diciembre de 1988. Vol 1. (“Declaración Política”; 1998; 3)

³¹ “Esta convención provee medidas exhaustivas contra el tráfico de drogas, incluyendo provisiones contra el lavado de dinero y el desvío de precursores químicos. El tratado inicial recalca la importancia de la cooperación internacional en áreas tales como la extradición de traficantes de drogas. (Recopilación bibliográfica en Trabajo de campo piloto, La Paz, noviembre 2008. Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (ONDD). Extraído de: “La ONDD en Bolivia, ¿Qué es y qué hace?”, Convenciones de la Naciones Unidas con respecto a las Drogas, el Delito y la Corrupción. Pág.16

³² “A fines de la década de los 60, aumentó el abuso del consumo de alucinógenos, como el LSD, que no fueron cubiertos por la Convención Única. En respuesta, la Convención sobre sustancias sicotrópicas fue escrita de tal manera que incluyera casi cualquier droga concebible que pudiera alterar la mente” (Recopilación bibliográfica en Trabajo de campo piloto, La Paz, noviembre 2.008. Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (ONDD). Extraído de: “La ONDD en Bolivia, ¿Qué es y qué hace?”, Convenciones de la Naciones Unidas con respecto a las Drogas, el Delito y la Corrupción. Pág.16

1999³³. Ambos planteamientos jurisdiccionales apuntaban a normas destinadas a ejercer cierto control sobre la producción, la distribución y comercialización de la hoja de coca. La prevención del uso indebido de drogas también era considerada como uno punto importante dentro esta gama legal. Por otro lado la Ley del Nuevo Código de Procedimiento Penal establecía tácticas judiciales y sanciones para los delitos relacionados con el narcotráfico.

Hasta aquí el régimen prohibicionista denota principios análogos a los mundialmente establecidos, cuyas manifestaciones reposan en la idea de tener control absoluto sobre estrategias comerciales y la producción de dichas sustancias, planteando la posibilidad de que sin drogas no hay consumo y en consecuencia no hay abuso. Dentro de este contexto existen muchos puntos en consideración y es menester ahondarlos, sin embargo una verdad inminente es que las condiciones de acceso, para obtener las drogas, son tan decisivas como su consumo (Escohotado; 2000; 25). En efecto, “las leyes sobre la droga de nuestra sociedad constituyen el problema social de la gente que elige consumir drogas ilegales (...), [ya que estas ponen] automáticamente en conflicto a la persona con las autoridades, padres maestros y empleadores” (Weil y Rosen; 2002; 282- 283). Es posible que dentro de este cuadro contextual el por qué del consumo abusivo de drogas, ilegales en este caso, represente un punto fundamental dentro del análisis del marco prohibicionista tanto desde entes jurídicos, cuyos objetivos plantean limitar las formas de consumo, como la población que decide consumir drogas con el afán de satisfacer cierto tipo de necesidades.

Mientras la realidad sociocultural de dichos consumidores/ as se limita a necesidades netamente individuales o más bien de carácter único en sus niveles de consumo, la situación jurídica desemboca en múltiples efectos, cuyos fines se traducen, según Szasz, en trucos para promulgar leyes e imponer prohibiciones torpemente hipócritas, con el consentimiento de la población victimizadas, consistentes en no decir lo que se pretende y evitar, así, una norma legal directa. (Szasz; 2001; 43).

³³ Recopilación bibliográfica en Trabajo de campo piloto, La Paz, noviembre 2008. Documento de Proyecto (ONDD). (“Proyecto de Gobierno de Bolivia” ; 2007; 4).

La realidad de nuestra sociedad y su forma de contextualizar el consumo abusivo de drogas suele alertar a la población que lucha contra este fenómeno; la pobreza, la falta de empleos, la falta de oportunidades para acceder a servicios básicos de salud y educación, factores que, al final de cuentas, muestran el alto índice de vandalismo, violencia, inseguridad ciudadana (ONUDD 2007)³⁴ y así un sin fin de situaciones que al parecer son los encargados de la proliferación de individuos/ as consumidores/ as abusivos/ as de drogas. De esta manera existe la necesidad de convertir la venta y/ o consumo de drogas en enmiendas constitucionales a partir, estas, de parámetros delictivos. De una u otra forma el Estado a través del Congreso necesita tomar control y poder sobre la nación en su totalidad, con el afán de erradicar “actividades susceptibles de poner en peligro el bienestar público” (Szasz; 2001; 43).

Por otro lado existen otros rumbos para prohibir las drogas, y estos radican en aspectos que protegen el comercio e intereses netamente económicos dejando de lado, una vez más, no solo el carácter médico y terapéutico del uso de drogas, sino también de realidades culturales cuyas “pautas de administración dependen enormemente de lo que se piensa sobre ellas [en] cada tiempo y lugar” (Escohotado; 2000; 25)

Un ejemplo claro es “La Marcha Histórica del 19 de septiembre de 1994” movimiento social que se avecinó para protestar por la “despenalización e industrialización de la hoja de coca” (Contreras; 1994; 1). Abriendo así amplios debates para modificar la Ley 1008. Desde aquel entonces la coca se fue convirtiendo en tema de interés político a nivel mundial³⁵.

El mismo año “el gobierno nacional se había comprometido erradicar antes del 31 de marzo de 1994, 5 mil hectáreas de coca a cambio de un apoyo estadounidense a la balanza de pagos de 20 millones de dólares” (Contreras; 1994; 17). El carácter polémico de la coca en Bolivia es solo un ejemplo de las formas en que los gobiernos deciden someter los intereses

³⁴Recopilación bibliográfica en Trabajo de Campo Piloto. La Paz, noviembre 2008. Documento de Proyecto “Oficina de las Naciones Unidas”; 2007; 3.

³⁵ Haciendo un pequeño paréntesis, es menester considerar desde un punto de vista antropológico las concepciones adversas que giran en torno a la hoja de coca, Contreras afirma que: “la coca en la cultura andina es un mito, considerado alimento, medicamento y ritual. Desde la cultura foránea, se la confunde – intencionalmente con cocaína” (1994; 3).

nacionales a los propios o individuales. Así lo expresa Szasz “...el deseo de los políticos de controlar el uso de determinadas plantas comunes y sus ingredientes biológicamente activos, junto con la fascinación del público y el miedo a determinadas sustancias ingenuamente idealizadas y convertidas en chivos expiatorios, han conducido a inventar ficciones legales análogas para justificar que se prohíba la producción, incluso para uso privado, de plantas o sustancias consideradas peligrosas para el gobierno”(Szasz; 2001; 43).

La realidad de esta afirmación parece molestar a las autoridades a la hora de dilucidar aspectos concernientes a la comercialización, distribución y consumo de coca u otras sustancias como las denominadas “adormideras” u “opioideas”³⁶. Sin embargo “el estado terapéutico así engendrado no es una ficción (...), por un lado ver el derecho a las drogas como algo que nos ofrece control sobre nuestro destino médico y fisiológico, o como algo que nos ofrece gente que abusa de las drogas en medio de horrores catalogados, es decir, ambas imágenes son reales, ambas son verdaderas” (Szasz; 2001; 45- 47), aunque el segundo punto no sea considerado a la hora de plantear enmiendas prohibicionistas.

Hurtado³⁷, médico eminente en psiquiatría afirma que los debates vertidos en torno a la coca y sus usos son sólo una muestra clara de aspectos económicos manejados por gobiernos cuyos intereses solo velan “*un monopolio por el alivio del dolor, o sea las transnacionales farmacéuticas son las que [prohíben] esas plantas porque se venden sustitutos sintéticos de las mismas(...) no tienen patentes sobre las plantas, pero tienen patentes sobre los derivados de estas plantas, lo que hacen es generar un monopolio que*

³⁶ El opio es el Latex desecado de frutos inmaduros de la amapola *Papaver Somniferum*. En 1806 Sertúner, aísla el polvo de opio de las sustancias que ha sido denominada Morfina cuyo nombre proviene del nombre del Dios Morfeo = Dios del sueño, por el efecto que producía. Sus usos datan desde hace muchos años atrás por sus propiedades medicinales”. (Yugar Flores; 2008; 19).

³⁷ El Dr. Jorge Hurtado es psiquiatra, graduado de la UMSA en la ciudad de La Paz, desde 1980 se ha interesado por el tema de la hoja de coca, su consumo y sus derivados. Sus investigaciones han dado lugar a varios productos derivados de la hoja. También ha trabajado en el tratamiento de farmaco-dependientes incluyendo al akulliku para consumidores de pasta básica y de cocaína. Fuente: Revista Nacional N° 3, “Sustancias controladas” Abril 2005.

tiene absolutamente fines comerciales, no tiene nada que ver con el tema de salud la prohibición". (Hurtado; 2010)³⁸.

Se puede vislumbrar que el prohibicionismo aún carece de credibilidad frente a la población que lucha, de una u otra forma, contra este fenómeno. La "guerra a las drogas" adquiere un tinte oscuro gracias al manejo de estructuras jurídicas por parte de los gobiernos de turno. Durante casi una década centenares de personas de distintos lugares de Bolivia lucharon por la despenalización de la hoja de coca, arguyendo no solo el desplome de su economía a causa de las políticas de erradicación, sino un quiebre en sus representaciones culturales.

En diciembre de 2006, un año después de que Evo Morales fuera elegido máximo mandatario de Bolivia, aquel que en antaño encabezara "La Marcha Histórica de 1994" como líder sindicalista, se aprobó la Estrategia de Lucha contra el Narcotráfico y Revalorización de la Hoja de Coca, cuyas políticas se han sustentado en cuatro pilares interdependientes que actúan simultáneamente: 1) Medidas de control e interdicción. 2) La prevención integral del consumo de estupefacientes, incluidos el alcohol y el tabaco, el tratamiento y la reinserción social. 3) Nacionalización, control social y revalorización de la coca. 4) El desarrollo integral de las zonas de producción de coca y la industrialización de materias primas"³⁹. La modificación a la antigua Ley 1008 aún responde a ciertos criterios vertidos en la primera enmienda, por otro lado se hallan aspectos adicionales cuyas condiciones permiten ubicarnos en un punto específico para analizar las implicancias y complejidades del fenómeno en cuestión.

Para determinar la dimensión en que se desarrolla el carácter prohibicionista he considerado dos aspectos fuertemente cimentados en sus planteamientos: el jurídico- penal y en menores proporciones el médico integral, exactamente en ese orden. Primero la norma jurídica penal basada en la ilegalidad del consumo y el tráfico de sustancias ilícitas y en segunda instancia un consumo abusivo de drogas, legales e ilegales, reconocidas por la

³⁸ Revisar Anexo # 1. Entrevista # 1.

³⁹ Recopilación bibliográfica en Trabajo de campo piloto, La Paz, noviembre 2.008. Documento de Proyecto (ONDD). "Proyecto de Gobierno de Bolivia" 2007; 5.

sociedad como “realidad enferma” y en consecuencia concerniente a la medicina integral y salud pública. Evidentemente esta afirmación hace referencia al segundo punto fundamental dentro de las políticas prohibicionistas manifestadas en el párrafo anterior.

El segundo planteamiento le concede una gran importancia a los programas de prevención y rehabilitación cuyo anclaje se centra en las terapias, resultando estas como alternativas que resuelvan la problemática en cuestión.

En materia de drogas existe un sin fin de aportes de diferentes disciplinas que eligen obedecer las normas prohibicionistas establecidas, contribuciones que han considerado seriamente la complejidad de las interdicciones desde sus diferentes manifestaciones; la farmacología por ejemplo, con estudios sobre el “daño” que el exceso de drogas causa al organismo, o la pedagogía con sus aplicaciones de carácter transversal en el ámbito educativo institucional⁴⁰ para prevenir el consumo de drogas en poblaciones de riesgo.

Haciendo un pequeño paréntesis en este punto quiero manifestar que el alto índice consumo de drogas en nuestro país, está ligado a personas en edad escolar afirmando así que el consumo de marihuana, por ejemplo, es de uso corriente en los colegios y escuelas de las ciudades de El Alto y La Paz⁴¹.

Es posible que la razón, para abordar estudios relacionados con el consumo de drogas en la adolescencia, esté ligada a la concepción dicotómica entre los cambios a nivel biológico y social, considerando la posibilidad de que algunos de esos cambios puedan ser resultado de una serie de transformaciones hormonales internas; sin embargo el paso a la edad adulta también representa cambios, en cuyo caso “estas expectativas cambiantes son más rigurosas a nivel socio- cultural” (Weil y Rosen; 2002; 287). Por esas razones y más,

⁴⁰ La oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (ONDD) en año 2007 presento al gobierno boliviano una serie de proyectos para que “puedan diseñar políticas e implementar programas de prevención contra el Uso Indebido de Drogas y el Delito”, cuyos alcances abarcarían instituciones educativas y organizaciones de base para el desarrollo del Municipio del Alto en la ciudad de La Paz. Recopilación bibliográfica en Trabajo de campo piloto, La Paz, noviembre 2008. Documento de Proyecto (ONDD). “Proyecto de Gobierno de Bolivia” 2007; 1.

⁴¹ Extraído de: “Documento de Proyecto”. Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (ONDD) 2007; 8.

las organizaciones ocupadas en el asunto del uso abusivo de drogas, se han visto obligadas a participar en acciones que promuevan de concientización respecto al uso y abuso de drogas, esto, a nivel educativo institucional, tratando así de establecer políticas que sustenten los esfuerzos por minimizar los factores de riesgo en la población referida.

Por otro lado, “[e]l programa Nacional de Abuso de Sustancias Psicotrópicas de la Dirección de Salud Mental y Rehabilitación” busca minimizar el abuso de drogas en la población que se comprenden entre los 10 y 40 años de edad. El motivo por el que ellos buscan la reducción del consumo y prevención de las drogas entre las edades mencionadas, es porque “[d]e acuerdo a los datos actuales de prevalencia del consumo y el uso indebido de drogas, se alberga un alarmante incremento en la sociedad de consumo, sobre todo en la población adolescente, en quienes la edad de inicio de consumo es cada vez más precoz” (Dr. Antonio Arnéz)⁴²

La situación medico/ sanitaria en Bolivia; siendo este un país en vías de desarrollo y a pesar de haber alcanzado mejoras estos últimos 20 años, respecto por ejemplo a la erradicación de la viruela y de la poliomielitis, el control del mal de chagas y entre otras la malaria (Dr. Guillermo Rivera)⁴³, aún sufre de crisis respecto a los altos índices de carácter epidemiológico que se han multiplicado en el país. Las enfermedades como derivados consecuentes de este consumo abusivo de drogas, han alcanzado índices alarmantes en el país. Las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH sida.

Ahora, mientras los organismos gubernamentales están trabajando en programas y políticas preventivas en sectores de carácter educativo institucional, existen otros proyectos dedicados a la recuperación de individuos/ as inmersos/ as en el mundo del consumo abusivo de drogas, los cuales han derivado en programas de auto-ayuda y centros terapéuticos de rehabilitación.

⁴² Fuente virtual: Atención y Promoción de la salud Integral al adolescente en Santa Cruz: Análisis Situacional y Propuestas desde un enfoque de la Medicina General. Elaborado por Dr. Antonio Arnéz. www.monografias.com.

⁴³ Fuente virtual: Panorama de la salud mental en Bolivia. Pág. 1. www.saludmental.com.

Los centros de rehabilitación especializados en la atención de personas con problemas de consumo abusivo de drogas se han multiplicado en la ciudad de La Paz, ahora no solo existen dichos centros sino también programas de autoayuda que permite que la población sea parte de estos procesos sin ningún tipo de coerción. Es decir, existen centros dedicados a este rubro, en los que recluyen a los y las consumidores/ as abusivos/ as de drogas para luego tratar su problema con terapias especializadas e importadas desde el extranjero.

Hoy en día los casos de consumo de drogas se han multiplicado, los índices tanto de consumo abusivo de drogas como de iniciación en jóvenes a ese mundo es cada vez más alarmante. Estudios realizados entre 1992 y el año 2000 muestran que se ha incrementado el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, inhalantes y otras sustancias psicotrópicas en la población general (Celin 2000)

Es difícil comprender cómo pudieron multiplicarse los/ as consumidoras/ es abusivos/ as de drogas, tanto jóvenes- adolescentes como jóvenes- adultos/ as, o simplemente cómo es que aún después de las terapias o procesos de rehabilitación algunos/ as de los y las consumidoras/ es abusivas/ os han vuelto al viejo consumo, como si dichos procesos no hubieran servido para nada. La ciudad de La Paz tiene aproximadamente 38⁴⁴ centros de rehabilitación y anualmente se realizan campañas preventivas organizadas por entes orgánicos estatales. Parece plausible el intento de los gobiernos de turno para erradicar con esta problemática, sin embargo es evidente la “ausencia de programas integrales de tratamiento, rehabilitación y reintegración social diversificados en función de las necesidades del [la] usuario [a]”, afirmado así “fracaso en las políticas estatales”⁴⁵.

El siguiente capítulo representa la descripción etnográfica del espacio físico donde se desarrolló la mayor parte de este estudio.

⁴⁴ “Entre centros tanto reclusorios como de terapias abiertas y programas de autoayuda existen mas o menos 38 centros registrados en nuestra base de datos” Extraído del diario de campo. (Noviembre de 2.008)

⁴⁵ PROGRAMA ONDC

SEGUNDA PARTE

HALLAZGOS

Capítulo 1

Narcóticos Anónimos: Descripción Etnográfica

Viernes 28 de noviembre del año 2.008, fecha en que inicié mi trabajo de campo buscando programas y centros de rehabilitación con el fin de investigar los procesos por los que atraviesan los y las consumidores/ as abusivos/ as de drogas tanto para reconocer su problemática relación con las drogas como para tratarla. Debo reconocer que aquella tarde no salí de casa, sino más bien hice una llamada telefónica a “INFODROGAS”, cuyo número me había sido facilitado por una amiga que seguía de cerca mis pretensiones investigativas.

Entre las 4h00 y las 4h30 p.m. Tuve primera entrevista informal con la operadora de “INFODROGAS”. Aquella tarde pensé que yo sería la que iniciara con las preguntas, pero al final la que terminó avasallada por dichas preguntas fui yo; “¿Cuál es tu nombre?”, “¿tienes problemas con las drogas?”, “¿quién cercano a ti tiene problemas con las drogas?”, “¿alguna vez trataste de ayudarlo?”, “¿esa persona sabe que estas buscando ayuda para él?”, “¿él reconoce que tiene problemas con las drogas?”, “¿él esta dispuesto a ir a los programas o centros de rehabilitación?”, y así un sin fin de preguntas que respondí sutilmente, esto, con el único objetivo de averiguar los nombres y las direcciones de dichos programas y/ o centros de rehabilitación, específicamente, de consumidores/ as de drogas.

Después de casi media hora de charla, conseguí un par de direcciones y teléfonos no solo de centros de rehabilitación, sino también de programas de rehabilitación en la ciudad de La Paz. Debo agregar que no solo me dio direcciones sino también a grandes rasgos me informó sobre el sistema que manejan dichos espacios.

Lista de Lugares:

***Narcóticos Anónimos.**

Reuniones; lunes, martes, jueves, viernes y sábado. Jueves reunión abierta (familiares y amigos “co- dependientes”).

Media cuadra de la Iglesia de San Francisco, en calle Sagárnaga, vereda derecha. Frente al Hotel Palace. Cartel N. A. en la parte superior de la puerta. Sin número telefónico. Horas de reunión entre 7h30 a 9h00 pm

***Asociación Movida Bolivia:**

CDSR Centro Boliviano Solo Vida. Sánchez Lima # 2520 Edificio Anibal. Oficina # 8 planta baja. Teléfono 2416702.

***REMAR**

2312106.

Llamé inmediatamente a las oficinas que tienen número telefónico, ninguno contestó, entonces mientras esperaba la hora para visitar Narcóticos Anónimos (pues era el único que no tenía teléfono) decidí pasar la hora en un café, a un par de cuadras del lugar que más tarde se convertiría en mi universo de investigación. Llegó la hora y me dirigí a la calle Sagárnaga, a media cuadra a de la iglesia de San Francisco.

La descripción que presento a continuación representa mi primera experiencia como etnógrafa en la construcción de esta tesis. Vale decir que no solo expondré el contexto espacial en el que se desarrolló toda mi investigación, sino también presentaré como ejemplo la primera reunión de terapia a la que asistí el primer día de mi trabajo de campo.

Contexto:

Ingresé por un inmenso portón de madera color café, pase por el primer salón, allí se encontraba un grupo de personas reunidas en una sesión de “Alcohólicos Anónimos”. Allí frente a un atril un varón, de entre 35 y 40 años aproximadamente, precedía la reunión frente a cinco personas sentadas en sillas de plástico color guindo. Me detuve por un instante mientras trataba de decidir por una de las tres puertas que tenía en frente, al fin,

después de saludar atravesé la primera, contigua al pequeño atril, esta puerta conducía a un pasillo cuyas luces estaban apagadas. Camine un par de metros, a oscuras, y al fin una pequeña luz lejana se vislumbraba a unos pasos de donde yo me hallaba de la sala de los Narcóticos Anónimos.

Al fin llegué a una pequeña habitación, allí encontré a uno de los integrantes de Narcóticos Anónimos. Éste, se hallaba escribiendo algo en una pizarra acrílica y cuando me vio a través de los cristales me invitó a pasar.

La habitación era pequeña, en el medio había una gran mesa cuadrada que abarcaba casi todo el espacio, alrededor de ella se hallaban ocho sillas de madera. En seguida aquella mesa color café madera fue cubierta por un mantel azul cuyo logo central decía N.A. A la mano izquierda de la puerta principal había una especie de aparador de madera con vidrios transparentes, ahí se alcanzaba a ver no solo libros y cuadernos, sino también vajilla entre tazas y platillos, los cuales eran usados por los y las miembros/as de Narcóticos Anónimos a la hora en que se ejecutaban las terapias. Las paredes estaban cubiertas por cuadros con compendios extraídos de la bibliografía que Narcóticos Anónimos utilizaba como parte del programa de rehabilitación.

Luego del pequeño recorrido me presenté y le expliqué el motivo de mi visita y las pretensiones de la misma. El silencio era evidente, seguí hablando, le dije que no era necesario poner nombres ni nada, solo que me permitieran asistir a las reuniones y escribir sobre lo que oía.

Argüí que la idea de escribir los relatos en las sesiones tenía como objetivo desechar los hechos y enfocarme más en mi búsqueda de significados, y por ende desentrañar las capas que esconde la realidad de los adictos y comprender en que consisten “las terapias de rehabilitación”. La charla se torno amena, a él le interesó mucho saber quien era y porqué trataba de estudiar el “*conflictivo mundo de las drogas y sus consumidores/as*”⁴⁶. Pasaron

⁴⁶ Registrado en el cuaderno de campo. Ivonne Barrios Ascarrunz, noviembre 2008.

varios minutos y aún éramos él y yo, conociéndonos mientras esperábamos la llegada de lo/as miembros/ as de Narcóticos Anónimos

Tenía muchas dudas, inicialmente me cuestionaba ¿qué era “Narcóticos Anónimos”?, y ¿Cómo se compone o quienes lo componen?. Rápidamente fueron respondidas por aquel varón que amablemente mientras me las contestaba me regalaba un par de folletos para corroborar lo que me decía.

Inicialmente mencionó que *“Narcóticos Anónimos representa una confraternidad o asociación sin ánimo de lucro, compuesta por hombres y mujeres para quienes las drogas se habían convertido en un problema muy grave”*⁴⁷. Seguidamente me dijo que *“Narcóticos Anónimos es un centro para rehabilitación de adicción a las drogas, el programa consiste en terapias basadas en la experiencia de otros y otras adictas puesto que la antigüedad que seamos nosotros mismos los que ministren a otros”*⁴⁸.

Nuestra pequeña entrevista fue interrumpida cuando entro un varón de 25 años de edad. Entonces, era hora de empezar con la reunión, mientras fueron llegando algunos miembros concluí haciendo hincapié en el permiso para asistir a las sesiones por lo menos tres veces a la semana.

La sesión inició al sonar la campanilla color bronce como a la 8h15 de la noche.

Inicio de Transcripción

(Cuatro jóvenes todo varones de entre 24 y 33 años estaban sentados alrededor de una mesa y empezó uno por uno con una pequeña parte de su historia, me limito solo a los comentarios como testimonios, no a las lecturas respecto de sus principios, he adherido en un anexo los pasos por los que debe seguir cada miembro/ a)

⁴⁷ Registrado en el cuaderno de campo. Ivonne Barrios Ascarrunz, noviembre de 2008. Debo añadir que aquellas palabras fueron sustentadas gracias a la bibliografía otorgada en forma de tríptico por mi entrevistado. Para una mejor comprensión, revisar anexo # 3.

⁴⁸ Registrado en el cuaderno de campo. Ivonne Barrios Ascarrunz, noviembre de 2008.

M: hola soy M, y soy adicto en recuperación

Todos: hola M.

M: Consumo desde los 12 años, empecé con alcohol, ahora tengo 25 años y supongo que lo hacía porque quería escapar de la realidad., provengo de una familia disfuncional.

A medida que paso el tiempo mi consumo aumentaba, cuando pasaron los años, yo tenía problemas de conducta en el colegio. Luego, estuve en Llalagua, recuerdo que me levantaba y mente pensaba solamente en droga.

Tenía mi propia vida, mi mente solo era la sustancia, pensaba en salir rápido de clases para ir a mi casa y consumir. Llegue a tener problemas con la policía, y todo eso ¿no? problemas de tránsito, casi llego a matar a un amigo.

Perdí mi memoria a corto plazo, leía de drogas y todo lo que leía me pasaba en la realidad

Antes jugaba fútbol, después era una “pata chueca”.

Cuando llegaba a mi casa entraba como una rata, cuando todos se levantaban iba a comer las sobras, para que no se dieran cuenta de mi aspecto.

Estaba solo, era como un consumidor solitario, al principio mis padres me metieron a un centro de rehabilitación. Entre porque quería recuperarme.

Después un amigo me llevo a una iglesia, no me gustaba

Tuve muchos accidentes, era esclavo de mi propia droga, es una enfermedad que no tiene cura.

Supe que estaba enfermo, algo que entendí y me hizo saber fue el hecho de que no tenía la culpa a pesar de haber dañado a mucha gente.

Así llegue a N.A, al fin pude compartir con otros adictos, los doce pasos, y todo eso, para eso también debo dejar de frecuentar los lugares y cuates con los que me torcía o donde compraba mis sustancias, eso me hace bien para mi rehabilitación.

Gracias compañeros.

Todos: Gracias M

F: hola soy F y soy adicto en recuperación

Todos: Hola F.

F: Asistí a un quince cuando era changuito, nos llamaban “los mugres”, vivía en Santa Cruz, me acuerdo que en esa fiesta todos estaban bebiendo pero mi mesa era la que tenía más botellas de trago.

Cuando terminó la fiesta eran como las cinco de la mañana, yo quería un cigarro, un amigo me ofreció, pero no era cigarro pues, era otra cosa, me gusto y cada vez después de aquella primera vez empecé a pedir más, ya no pedía cigarros, sino cajetillas de ese cigarrillo.

Cuando una vez tenía una chica yo la amaba pero ella no consumía, y un día me pilló en el baño, me dijo que era ella o eso, lo deje por una promesa, lo hice por amor, claro que ahora ya no estoy con ella ¿no?.

He dejado las drogas Ivonne, solo Dios, a través de eso amor ha logrado que yo las deje

He dejado de consumir, y pienso que nada de lo que pase a mi alrededor puede llevarme a otra vez al consumo y por ejemplo ahora me siento deprimido por todo lo que me pasa, pero no voy a volver a tras.

A veces quiero explotar, y lo único que me calma es mi Fe en Dios, en ese “ser Superior” cuando tengo frío voy a Dios, cuando tengo hambre voy a Dios, trato de tenerlo siempre conmigo.

Sino tuviera a Dios creo que ya habría explotado, solo Dios puede oírme, ningún humano puede, aunque las reuniones son para eso ¿no? para apoyarnos, pero Dios es mi centro, siempre que camino habló con él, le cuento todo, es todo lo que necesito para estar bien.

Gracias.

Todos: gracias F.

Después de aquellos testimonios, como parte del “ritual terapéutico” todos dieron paso a uno de los mandatos del texto básico de estudio (ver anexo # 3), después con una pequeña oración todos nos despedimos dándonos un abrazo con la frase: “un buen solo por hoy”.

El próximo capítulo se pretende profundizar, a través de la hermenéutica, en el proceso terapéutico del programa de rehabilitación de los Narcóticos Anónimos, cuyas condiciones socio- culturales, de los y las consumidores/ as abusivos/ as, permitan soslayar el manejo de conceptos sobre enfermedad y tratamiento del consumo abusivo de drogas, quizás con el afán de comprender pautas que conduzcan a un mejor enfoque sobre el complejo mundo de las drogas y su consumo.

Capítulo II

Proceso de Rehabilitación: “Camino hacía la curación”

“Para los que se detienen mucho en el vino,
para los que van buscando la mistura.

No mires al vino cuando rojea, cuando
resplandece su color en la copa. Se entra
suavemente; mas al fin como serpiente morderá
y como áspid dará dolor. Tus ojos miraran
cosas extrañas, y tu corazón hablará
perversidades”. (Proverbio Bíblico)

2. Modelo de Autoatención: Narcóticos Anónimos y su Programa

Ramírez lleva a la praxis el modelo constituido por Menéndez centrándose principalmente en las mujeres, sus referencias muestran que son “las que desempeñan un papel fundamental en la atención de la salud familiar, así como las que toman las decisiones en la búsqueda de atención a la salud (Ramírez; 2005; 117). Sin embargo, el grupo social a estudiar me permite ver con una lente más amplia, que el uso de este modelo médico no se limita a una atención protagonizada solamente por mujeres, sino por la sociedad en general, reafirmando así que “La autoatención y la automedicación son las primeras respuestas ante la enfermedad en nuestro país y a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la autoatención como “lo que las personas hacen por sí mismas para mantener y preservar su salud y para prevenir y curar las enfermedades”⁴⁹.

Mi trabajo etnográfico no solo me permite afirmar lo referido líneas anteriores, respecto al uso de determinado sistema médico, sino también la necesidad de indagar sobre las formas

⁴⁹ Patrones de autoatención y medicación, entre la población estudiantil de la ciudad de Puebla. Enrique Soto Pérez de Celis y Yolanda Roa Nava. <http://www.elementos.buap.mx/num55-56/pdf/43.pdf>

en que los y las consumidores/ as abusivos/ as de drogas deambulan por los diferentes sistemas médicos, con el único afán de encontrar respuestas para el tratamiento de sus padecimientos. En este sentido, la itineraria podría ser comparada, como menciona Beatriz Loza, con un “laberinto con sus cualidades esenciales, confuso, insoluble peligroso e intrincado por las diversas vías muertas que conducen al enfermo a la búsqueda de rutas simultáneas para salir del dédalo” (2008; 20).

La siguiente reflexión hace referencia a la forma en que cada uno de los y las entrevistados/ as acuden a determinado sistema medico con el solo afán de hallar respuestas a los males que aquejan tanto su estado físico de salud como aquellos padecimientos cuyo origen se basa en características socio culturales y psicológicas. En este caso el sistema de auto-atención representa dicho requerimiento; o sea que cada uno de los y las personas afectadas por el fenómeno que envuelve el consumo abusivo de drogas, camina buscando la forma de desligarse de su problemática relación con las mismas.

El carácter antropológico de mi estudio, estará sustentado en la definición que Menéndez propone, cuya característica esta basada en “las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel sujeto, grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención directa e intencional de curadores profesionales, aún cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención (Menéndez; 2002; 14).

Tal es el caso de Narcóticos Anónimos que tienen como principio fundamental la reafirmación del/ la individuo/ a como “adicta/ o”, sosteniendo entonces, uno de los principios “básicos para la recuperación”, representado así como un modelo de autoatención puesto que es el “enfermo” quien diagnostica su “enfermedad”. Para este efecto es necesario desarrollar conceptos, respecto de las nociones que dicho grupo social elabora en su proceso terapéutico.

Me permitiré hacer un análisis de la terapia y/ o proceso de rehabilitación cuyo objetivo tiende a desentrañar aspectos que consientan una aproximación a la manera en que los y las entrevistados/ as conciben o interpretan el consumo abusivo de drogas como enfermedad/ padecimiento, esto, respecto de sus propias consideraciones y/ o construcciones.

2.1. Itinerario Terapéutico

En el siguiente análisis se perfila claramente una interacción entre los diferentes sistemas de atención a la salud, dándose esta, a partir de una **autoatención** que prevea lo necesario para ocuparse del “padecimiento o la enfermedad” diagnosticada, articulando los distintos saberes médicos que le permitan a los miembros de N.A⁵⁰ solucionar su adicción y / o dependencia a las drogas. Es decir, es necesario determinar la dimensión del tratamiento a partir connotaciones propuestas por diferentes formas de comprender tanto las “enfermedades” como los tratamientos, “igualmente la intervención de técnicas o elementos representantes de otros saberes médicos, me sirven como referencia de la actividad de autoatención” (Ramírez; 2005; 117).

Haciendo un pequeño paréntesis en este punto y para una mayor comprensión de la cultura judeo- cristiana, como representación del sistema médico religioso, voy a referirme a ella como “Teísmo Bíblico” cuyos principios están basados en la existencia de Dios⁵¹, como un ser fundamental y supremo respecto a la vida del Hombre (Miller; 2001; 33), intuyendo sus alcances conceptuales a partir de su manifestaciones bíblicas en cuyo caso evidentemente la enfermedad tiene una naturaleza muy interesante al momento de ser investigada.

Los criterios que se usan para definirla también se ligan a una serie de principios sustentados en creencias de seres sobre naturales encargados, en algunos casos, del advenimiento de enfermedades y males, por otro lado la existencia de Dios como protector

⁵⁰ Referiré con esta sigla al grupo social denominado Narcóticos Anónimos.

⁵¹ Para una mayor comprensión revisar el capítulo sobre Consideraciones Teóricas y Método en la página 14.

para sanar y prevenir estos padecimientos, como se relatan en muchos pasajes de la Biblia. (revisar el evangelio de San Juan, Versión Reina Valera N.T. en su capítulo 5 titulado el Paralítico de Betesda), aludiendo a la enfermedad como la “consecuencia del pecado”. Sin embargo, para la religión judeo- cristiana “la biomedicina es aceptada porque está reconocida en la Biblia, donde los médicos aparecen como representantes de este sistema médico, pero también reconocen que la ciencia se equivoca y es ahí donde entra a jugar un papel importante lo divino” (Ramírez; 2005; 141-142) en cuyo caso tanto el diagnóstico como el tratamiento dependerán de la necesidad de cada uno de los y las creyentes, articulando los diferentes saberes a través del sistema de autoatención

Ya en materia de análisis quiero referirme a que el programa de N.A. esencialmente, propone “Doce Pasos” para superar la “enfermedad”, cuyos principios residen en dos ejes fundamentales y articulados entre sí: Primero, la pérdida de control o el claro reconocimiento de *“que su vida se había vuelto ingobernable”*⁵² a causa de su “adicción” a las drogas, cuyos resultados derivan en el autodiagnóstico del padecimiento y sus formas de concebir el mismo. El segundo eje, radica en *el “reconocimiento de un Poder Superior”*⁵³ cuyos anales etnográficos permiten la interacción entre el sistema médico religioso y el de autoatención, esto, a partir de la construcción de realidades concebidas por los y las miembros de N.A respecto a las formas de concebir su “Poder Superior”.

A continuación voy a desglosar ambos principios en un breve análisis que permitirá, primero, la comprensión de la dimensión de la enfermedad y/ o padecimiento a través del autodiagnóstico, segundo, los criterios que se usarán para determinar el tratamiento a partir del psicoanálisis.

⁵² Extraído del diario de campo, basado en el Folleto “Narcóticos Anónimos”. La Paz. 2010. Revisar Anexo # 3.

⁵³ Extraído del diario de campo, basado en el Folleto “Narcóticos Anónimos”. La Paz. 2010. Revisar Anexo # 3.

2.2. La dimensión Socio-cultural de la Enfermedad: Autodiagnóstico

Las dimensiones de la enfermedad tienen una naturaleza interesante al momento de analizarlas. Básicamente este apartado me permite deslindar concepciones que consientan la creación de condiciones que reconozcan el consumo abusivo de drogas como enfermedad, cuya envergadura esencialmente se dé a través de “adicción”, en cuyo caso los criterios para definir los estados de padecimiento están ligados a aspectos sociales y psicológicos y de alguna forma separados por aquellos empleados por la medicina occidental. Por otro lado, no se deshecha la posibilidad de que tanto la *Illness*⁵⁴ como *Disease*⁵⁵ desarrollen cierta socialización a la hora de dimensionar la enfermedad. Es decir, la construcción del concepto de enfermedad está, de alguna manera, ligada al “síndrome⁵⁶ de dependencia”, de esta forma es dable que la “focalización del concepto medico se base en la dependencia física, respecto de la cual las dimensiones psicológica y social aparecerán secundarias”. (Menéndez 1990: 118 y 119). Desarrollando así una *Sickness*⁵⁷, en cuyo caso la significación estaría reconocida socialmente.

Sin embargo, la “adicción” y/o “dependencia” como parámetro para definir la dimensión de la enfermedad, representa en sí misma una construcción que está ligada, tanto, a aspectos físicos y biológicos como sociales y psicológicos.

Entonces, el análisis se despliega en dos aspectos importantes, primero a partir del carácter “adictivo y /o de dependencia” desde sus representaciones a nivel psicológico-social, y por otro lado la “abstinencia” respecto del consumo abusivo de drogas y sus manifestaciones a nivel físico- biológicas, entre otras, adjudicado como “criterio de curación”. El primer punto en consideración, adicionalmente, me permite revelar la forma en que los y las consumidores/as abusivos/as de drogas auto diagnostican la

⁵⁴ Del inglés *Illness* que significa enfermedad o maldad. Traducida al castellano. Para una mejor comprensión revisar el capítulo sobre Consideraciones Teóricas páginas 10-11.

⁵⁵ Del inglés *Disease* que significa enfermedad; mal, enfermar, contagiar. Traducida al castellano. Para una mejor comprensión revisar el capítulo sobre Consideraciones Teóricas páginas 10-11.

⁵⁶ Conjunto de síntomas característicos de una enfermedad. (Enciclopedia Espasa Calpe; 1997; 383).

⁵⁷ Del adjetivo en inglés *Sick* que significa enfermo, y *Sickness* que significa enfermedad; náusea Traducidas al castellano. Para una mejor comprensión revisar el capítulo sobre Consideraciones Teóricas páginas 10-11.

“enfermedad”. Aunque ambos representan pilares básicos para interpretar y en consecuencia comprender la dimensión del consumo abusivo de drogas como enfermedad, el segundo está íntimamente atado al primero, en afán de una clara confirmación de la enfermedad y su representación como parte del proceso terapéutico en cuestión.

Efectivamente, me atrevería a reafirmar lo que Menéndez planteaba: “las enfermedades producen sentidos y significados subjetivos y colectivos que operan sobre el proceso de salud/ enfermedad” (1990: 103). En consecuencia, estas construcciones me permitirán desarrollar, en adelante, categorías que describan el proceso terapéutico, cuyas estructuras subyacentes me ayuden a interpretar el método utilizado por el sistema médico de auto atención y en consecuencia comprender los alcances rehabilitadores del mismo.

Considerando los parámetros conceptuales y siguiendo con el orden establecido, el siguiente punto a tocar, consiste en el autodiagnóstico de los y las miembros de N.A, esto, con el afán de desarrollar uno de los ejes fundamentales del proceso terapéutico basado en el análisis del padecimiento, cuyos principios radican en las propias construcciones de los y las involucrados/ as.

Autodiagnóstico

N.A resuelve definir el consumo abusivo de drogas a partir del “carácter adictivo” y/ o “síndrome de dependencia” desarrollado por la persona y no por la sustancia ingerida. Sin embargo, es menester aclarar que, por ejemplo, “las personas que se hacen dependientes a la marihuana no demuestran la misma tolerancia o privación que los adictos a la heroína” (Weil y Rosen; 2002; 290), hecho que demuestra una clara “dependencia psicológica”, referencia que recae en la concepción que Ramírez plantea desde un enfoque de atención religiosa, cuyos principios están basados en una “reapropiación de la terminología y ciertos significados de la psicología” (2005; 144), incidiendo estos aspectos que en el caso de las

adicciones o dependencias psicológicas, se muestran como “enfermedades del alma [a] aquellas que atacan las emociones” (Ramírez; 2005; 144)⁵⁸

Uno de los factores que define dicho padecimiento recae precisamente en la forma en que los varones y mujeres miembros de N.A. construyen sus formas de “adicción y dependencia” a partir de cambios en su comportamiento a nivel social. Para esto es necesario ilustrar con los siguientes relatos, extractados de las diferentes sesiones, las experiencias de los algunos miembros de N. A.

“Tenía mi propia vida, mi mente solo era la sustancia, pensaba en salir rápido de clases para ir a mi casa y consumir. Llegue a tener problemas con la policía, y todo eso ¿no? problemas de tránsito, casi llego a matar a un amigo”.

(Marco, 25 años)

“... he cometido delitos, también he asaltado, he robado, y a mano armada ¿no? y nunca me han pescado ¿no? gracias a Dios, no::: pero si cometí hartas barbaridades en consumo(refiriéndose a los momentos en que había ingerido cocaína), algunas veces ni me acuerdo, pero aparecía ensangrentado nomás, y yo no era el que estaba sangrando, yo no era, me tocaba y yo no era ¿no? comenzaba a ver mi ropa lleno de sangre, no sabia que era y yo no era, bueno en realidad mi consumo fue jodido⁵⁹ ...”

(Josh, 24 años)

“He experimentado tocar fondo con las drogas (...) he sido golpeado por policías en la calle, mis manos me dolía por los toletazos⁶⁰, la droga me adormecía, he caminado buscando comida con bolsas...”

(Felipe, 29 años)

⁵⁸ Según la fuente, las enfermedades del alma o psicológicas “abarcan el consciente, el inconsciente y el subconsciente” (Ramírez; 2005; 144).

⁵⁹ Ver glosario en anexo # 2.

⁶⁰ Ver glosario en anexo # 2.

Evidentemente, un factor importante dentro de esta definición parte de los efectos que las drogas tienen en cada uno de ellos y las consecuencias que estas producen en su desenvolvimiento a nivel socio- cultural. Para Good esta noción representa una especie de un “síndrome de experiencias usuales, un conjunto de palabras, experiencias emociones que típicamente van unidas por los miembros de una sociedad y no un simple conjunto de síntomas” (1977; 27). Es decir, cada una de las experiencias manifiestas, representa las diferentes formas de asumir su problemática relación con las drogas, el abuso de determinadas sustancias puede provocar la *“enfermedad de la adicción que sin recuperación termina en cárceles, hospitales, manicomios y la muerte”*⁶¹.

La complejidad que representa definir los alcances conceptuales de la sintomatología del consumo abusivo de drogas como “enfermedad”, me lleva a reflexionar en las formas en que la biomedicina construye estos procesos a partir de los mismos parámetros que el sistema de autoatención ha establecido a partir de su programa de rehabilitación. Es decir, es posible que dentro de los procesos de rehabilitación se considere muy en serio el concepto de abuso de drogas como un proceso de consumo hasta llegar a la dependencia, nivel estimado como la pérdida de control respecto al consumo, el Dr. López lo explica de la siguiente manera:

“...la persona puede entrar en un consumo de diferentes niveles, o sea, ocasional, de acuerdo a la cantidad y la frecuencia que usa, se hace más fuerte y más pesado. Cuando el consumo se vuelve mas fuerte ya le trae problemas, y ya llegamos al primer nivel digamos, que es el nivel del abuso, no hay que pasar esta barrera porque sino se llega a la dependencia o la adicción” (Dr. López)⁶².

Para los/ as consumidores/ as abusivos/ as de drogas los procesos de rehabilitación, desde sus formas de auto atenderse, gozan de una diversidad de posibilidades terapéuticas. Es decir, mientras no se superen los niveles de consumo el/ la consumidor/ a abusivo/ a de drogas se verá exento de tratamiento que consideren aliviar su organismo, por otro lado,

⁶¹ Extraído del diario de campo, basado en el Folleto “Narcóticos Anónimos”. La Paz. 2010. Revisar Anexo # 3.

⁶²Revisar entrevista # 2. Anexo # 1.

sea cual fuere la sustancia que este/a haya ingerido se verá en la peliaguda espera de ser analizado a partir de sus niveles de consumo.

En este sentido el consumo abusivo de drogas como enfermedad, a partir del síndrome de dependencia, también se verá involucrado con matices que expliquen los criterios que se usan para determinarlo. Ilustrando un poco este aspecto, el doctor López asevera que este nivel de consumo, se considera una “enfermedad porque cumple con todos los criterios médicos”, de igual forma, ratifica que:

“...cuando hay dependencia dado que ya no hay control, no puedo decirle, tome menos, porque no hay menos, hay nada. Aquí es la abstinencia y es lo más difícil... esta es la que cumple los criterios, control, tolerancia, abstinencia, compulsión, la pérdida de control es la fundamental. (Dr. López).

En este contexto, además del síndrome de dependencia como criterio para definir la enfermedad, se manejarán conceptos ligados a la “abstinencia”, cuyo origen discurrirá en aspectos de carácter orgánicos y psicológicos, “convirtiéndose en el objetivo central de la mayoría de los tratamientos, así como criterio de curación” (Menéndez; 1990; 120), cuyo análisis será contenido del siguiente acápite.

Finalmente comprendo dos parámetros para definir el consumo abusivo de drogas; el primero basado en el “síndrome de dependencia” como diagnóstico de la enfermedad, y el segundo la “abstinencia” como “criterio de curación. Entendiendo la abstinencia como “objetivo del tratamiento del autocontrol total [sobre el consumo]” (Marlatt; 1983; 1105). En efecto, el último punto se considera el paso obvio que debe caminarse para superar la adicción y/ o dependencia a las drogas, sin embargo, para lograr la abstinencia es necesario comprender la consistencia del itinerario terapéutico cuyas bases radican en el reconocimiento de un “Poder Superior” a su realidad humana como “agente” que permita no solo el reconocimiento de “su problemática relación con las drogas”, sea cual fuere la

naturaleza de esta, sino también la capacidad de *“creer que un Poder Superior podía devolverles el sano juicio⁶³”*.

2.3 El Psicoanálisis: Reconociendo el “Poder Superior”

Este análisis estará protagonizado por cuatro miembros de N.A. cuyos breves extractos de las sesiones, como parte de mi trabajo etnográfico, me servirán como guía para tratar de interpretar el proceso de rehabilitación a partir del reconocimiento del “Poder Superior”.

Partiré aludiendo a la concepción que cada uno de mis entrevistados tiene respecto de su “Poder Superior”, para luego entender como es que cada uno de ellos pone al cuidado de ese poder superior tanto *“su voluntad como su vida misma⁶⁴”*.

Para muchos su “poder superior” solamente es su “poder superior”, para otros es la representación de Dios. Veamos algunos extractos de los relatos compartidos en algunas sesiones:

“A veces quiero explotar, y lo único que me calma es mi Fe en Dios, en ese “ser Superior” cuando tengo frío voy a Dios, cuando tengo hambre voy a Dios, trato de tenerlo siempre conmigo. Sino tuviera a Dios creo que ya habría explotado, solo Dios puede oírme, ningún humano puede, aunque las reuniones son para eso ¿no? para apoyarnos, pero Dios es mi centro, siempre que camino hablé con él, le cuento todo, es todo lo que necesito para estar bien”

(Felipe, 29 años)

“Ahora ya se que existe Dios y que es tu padre, que es a Él al que le debes consultar y que debes creerle porque lo sobre natural apenas tienes el grado de fe que el

⁶³ Extraído del diario de campo, basado en el Folleto “Narcóticos Anónimos”. La Paz. 2010. Revisar Anexo # 3.

⁶⁴ Extraído del diario de campo, basado en el Folleto “Narcóticos Anónimos”. La Paz. 2010. Revisar Anexo # 3.

necesita de ti ¿no ve?, porque apenas tienes ese grado de fe y le pones concientemente así que es tu corazón el que esta hablando, el milagro. Sí, porque si tu sabes que estas en manos de Dios y puedes dejar todo a Él, Él te puede curar totalmente, sí los milagros que existen, que sabes que existen. Ha habido gente que tenía una pierna más corta que la otra y las ha igualado digamos. Esos son los milagros creativos digamos ¿no ve?. (...) Si eso puede hacer Dios y mucho más, sabemos, porque no quitarte del todo, o sea el sabe cuando es tu momento. No creo sinceramente que sea imposible que dejes de ser alcohólico, ¿no?, sino ser un tipo normal, sano o lo que se llama sano, al final que es ser sano vieja ¿no?, la gente confunde, piensan que los vicios son solo las drogas y::: el alcohol por ejemplo”.

(Josma, 33 años)

“En los años que llevo sin consumo, he aprendido a controlarme, aunque no es fácil mi poder superior me ayuda con mis ansiedades. Pienso que siempre hemos sido emocionalmente vulnerables hasta ahora ¿no?, pero ahora estamos apoyados, yo tengo N.A y mi poder superior”.

(Yu, 30 años)

Por ejemplo anoche, mal estaba, sudando, no podía dormir, la abstinencia era creo. Me he masturbado, he visto la compu, jueguitos, música y nada de nada. He visto amanecer siempre, gracias a que quería mantenerme limpio no he salido a la calle a buscar drogas.

(Ever, 24 años)

Siguiendo con algunos itinerarios terapéuticos, el primer caso, me hace reflexionar en la forma en la que decidió atender su “enfermedad de la adicción” en N.A. Al principio “asistía a una iglesia evangélica” el dice que “no fue suficiente para dejar de consumir”, para luego seguir con N.A. donde ya tres meses de terapia lo han ayudado a “mantenerse limpio”, cuyo significado representaría la forma de manifestar su abstinencia. En este

itinerario terapéuticos se puede observar que la posibilidad de superar su adicción se halla dividida entre dos sistemas, el primero que fue el religioso que dentro de sus formas de atención marcaron la necesidad de sujetarse a esa fuerza “supra natural” representada por Dios. En segunda instancia su necesidad de superar su dolencia fue atendida dentro de un grupo social cuales principios reafirmaron su Fe en Dios y las formas de sostener dicha convicción a partir de las “*experiencias de otros adictos*”⁶⁵.

En este punto quiero hacer referencia a la Fe que en los dos primeros casos se profesan, es decir, si para ellos su “Poder Superior” está representado por el Dios de los cristianos, la reflexión en sí es materia de análisis para lo que Ramírez denominará “sistema médico religioso”.

Manifestando lo dicho, Ramírez en su estudio referido a los sistemas de atención médica religiosa dice, “que los evangélicos y su propia condición de creyente, pone al paciente en manos de un poder supra natural y esto hace que se dejen de lado las habituales medidas de prevención sanitaria, descargando en el interior las responsabilidades de la solución del problema” (Ramírez; 2005; 152-154).

Es probable que la representación de un “poder superior” protagonizado por Dios manifieste un comportamiento de características netamente subjetivistas. Sin embargo existen muchos casos de sanación por medio de la Fe⁶⁶. Ciertamente N.A. se ha convertido en una terapia de características eclécticas, cuyas formas de atención obviamente colocan a la persona en situaciones cómodas al momento tanto de reconocer su dolencia como de obtener el criterio para superarla. Esto, respecto a los dos segundos casos, los cuales hacen un reconocimiento del “poder superior” como lo que en adelante denominaré “Superego”.

Básicamente el proceso rehabilitador radica en dos aspectos fundamentales, primero el reconocimiento del padecimiento, recurriendo a pequeños “*inventarios morales sobre ellos/ as mismos/ as*”⁶⁷ o “*haciendo listas de personas que habían hecho daño o habían*

⁶⁵ Revisar Anexo # 3.

⁶⁶ Revisar transcripción # 2 Anexo # 1.

⁶⁷ Extraído del diario de campo, basado en el Folleto “Narcóticos Anónimos”. La Paz. 2010. Revisar Anexo # 3.

*sido afectadas*⁶⁸” a causa del consumo abusivo de drogas. Segundo el reconocimiento del “poder superior” como parte del proceso terapéutico, cuyo encuentro alimentara *“a través de la oración y la meditación mejorar el contacto consciente con Dios, tal y como [ellos y ellas] lo conciben, pidiéndole solamente conocer su voluntad y la fortaleza para cumplirla*⁶⁹” y en consecuencia “mantenerse limpios” o en abstinencia respecto del consumo abusivo de drogas.

Como último punto, he considerado seriamente el criterio de curación asentado en la forma de concebir el “Poder Superior”, efectivamente en ambos casos, tanto los creyentes en un Dios como representación de un “Poder Superior” como aquellos que sólo han conseguido concebirlo como una “realidad interna ajena a su conciencia”, son materia de análisis para lo que Sigmund Freud denominará “Teoría de la Personalidad”.

Acápites anteriores se hace referencia a las concepciones que el sistema médico religioso plantea con los esquemas para determinar las enfermedades alámicas o enfermedades psicológicas⁷⁰, donde lo consciente, lo inconsciente y subconsciente representan los estadios psíquicos que Freud propone, “remodela[ndo] las ideas nebulosas válidas en su tiempo sobre la vida de la mente” (Aguirre 1986: 69)

Ciertamente mi trabajo etnográfico me permite desarrollar aspectos que a través del psicoanálisis podrían representar una forma de interpretar el comportamiento mental de cada uno de los/ as consumidores/ as abusivos/ as de drogas, cuyo criterio de curación se acentúa en la necesidad del reconocimiento del “Poder Superior”. En este contexto es menester ahondar en los esquemas psíquicos que Freud propone para comprender el comportamiento de la mente, cuyos ejes esencialmente gozan de tres componentes, desarrollados a continuación.

⁶⁸ Extraído del diario de campo, basado en el Folleto “Narcóticos Anónimos”. La Paz. 2010. Revisar Anexo # 3.

⁶⁹ Extraído del diario de campo, basado en el Folleto “Narcóticos Anónimos”. La Paz. 2010. Revisar Anexo # 3.

⁷⁰ Para una mejor comprensión de estas categorías revisar el capítulo sobre “Realidades Construidas”.

2.3.1 “Poder Superior” = Superego

Este apartado me permite desarrollar el punto clave de todo el contexto analítico manifiesto a lo largo de estos capítulos, sin embargo la esencia del mismo se ha servido gracias al despliegue armonioso de las diversas propuestas teórico- metodológicas establecidas por los diferentes entes científicos desarrollados a lo largo de rutas interminables de análisis por parte de la antropología médica y sus componentes.

Ya en materia psicoanalítica, quiero referirme a lo que Freud en determinado momento había denominado Superego, cuya esencia está situada en el subconsciente⁷¹, que a menudo “se equipara con la conciencia socializada y tiene una eminente función de censura; forma el código moral (...)” (Aguirre; 1986; 70). La complejidad que representa un análisis de esta magnitud, presupone determinaciones que podrían o no reflejarse en experiencias personales, cuyas concepciones para asumir determinada realidad establecerán un desenvolvimiento a nivel socio- cultural que podría ser premiado o exhortado. Es decir, estas características en palabras de Freud, llegan a constituirse como “representaciones internalizadas de normas sobre lo que es bueno o bello; consecuentemente, sobre lo que es malo o feo. Genera[ndo] remordimientos y sentimientos de culpabilidad” (Aguirre; 1986; 69), siempre y cuando existan quiebres o fisuras en el cumplimiento de las normas de determinada realidad socio- cultural.

El siguiente relato representa un ejemplo no solo de reconocimiento del “poder superior” protagonizado por Dios, como se observa líneas atrás, sino que también podría estar sujeto a los lineamientos determinados por el superego, veamos:

“Al principio me sentía pues el super hombre ¿no?, me sentía muy seguro, muy bueno para todo, yo creo que mucho influía la edad ¿no? porque era mucho más chango y

⁷¹ El análisis de determinadas categorías obedecen un orden establecido de acuerdo a cada contexto. En el caso de la teoría psicoanalítica, evidentemente el subconsciente esta situado como primer punto en consideración dentro de dicho esquema, sin embargo mi contexto de análisis demanda al superego como primer punto como referente para la descripción analítica de los otros dos componentes, igualmente imprescindibles para mi estudio, por esa razón el subconsciente y el ego son materia de análisis del capítulo a continuación denominado “Realidades Construidas”.

no tenía tantas experiencias digamos ¿no? no tenía un cuidado conmigo, digamos no valoraba lo que Dios me había dado digamos, para nada pensaba en Dios por ejemplo, obviamente veníamos de familias católicas ¿no?. Mis hermanos veníamos de tradición todos católicos ¿no?, mi mamá con su virgencita, mi abuelo, mis abuelos con sus crucifijos al pie de la cama como era antes costumbre. Y luego vino un remordimiento interno, algo que no me hacía sentir muy bien del todo, o sea después de acabada la fiesta la caída era horrible, o sea la caída me refiero al término del efecto, o consumes más o te la chupas y aceptas el daun⁷²” .

(Josma, 33 años)

En este relato se puede observar la existencia de cierto tipo de condicionamiento determinado en el seno familiar, patrones de conducta que de una u otra forma han sido heredados a través de generaciones, cuyas formas de desenvolvimiento han establecido características normativas que a causa de un consumo excesivo de drogas han sufrido un quiebre, y la consecuencia se dio a partir del sentimiento de culpabilidad o remordimiento manifiesto al término del efecto de la sustancia ingerida. .

Evidentemente, para nadie es un secreto que tanto las iglesias evangélicas⁷³ como las católicas, proponen un orden normativo respecto de algunos fenómenos como el consumo de drogas o el alcoholismo, ya Ramírez había afirmado que la “Iglesia Evangélica esta enmarcada en normas que incluyen restricciones respecto del tabaquismo y la drogodependencia [entre otros]” (2007; 281)

Hasta aquí tanto el diagnóstico de la enfermedad como el método para superarla recaen implícitamente en una especie de interacciones entre los diferentes saberes médicos representados por el sistema de autoatención. Ciertamente la descripción analítica del proceso rehabilitador manifiesto en el programa de N.A. representa una alternativa en la

⁷² Ver glosario en anexo # 2.

⁷³ Ciertamente desde las tablas de Moisés, en el Antiguo Testamento, hasta las declaraciones de Jesucristo, en el Nuevo Testamento, la condenación por actos inmorales descritos en la Biblia, delinea los parámetros normativos a los que los creyentes deber regirse.

solución para el problema de las adicciones. Que en orden sistemático representaría la culminación del proceso terapéutico en cuestión.

Sin embargo, es necesario hacer un análisis respecto a la forma en que los adictos construyen sus realidades a partir de un consumo abusivo de drogas, profundizando en el “factor subjetivo, el de las emociones” (Torres Angarita; 2008; 128). Sentidos subjetivos que se van construyendo a partir del consumo y experiencia con las drogas. Esto, con el afán de no dejar suelto ningún cabo, es decir, si el consumo de drogas después de una especie de sincretismo, entre los distintos saberes médicos, construye sus formas de concebir la enfermedad, es menester ahondar en detalles sobre la realidad que envuelve el fenómeno de adicción a las drogas en determinados contextos socio- culturales.

Para esto, el uso del esquema psicoanalítico freudiano me permitirá desentrañar tanto el comportamiento caracterizado por las emociones a partir de una adicción a las drogas, como el desenvolvimiento socio- cultural en sus diferentes contextos de consumo, a través de sus otros dos componentes que a la vez han sufrido una especie de reordenamiento al momento de usarlos para realizar el análisis en determinado contexto.

El primero estará representado por el Ello o Id, parte fundamental del subconsciente, representado por “[una]masa impersonal de energía, anclado en las necesidades biológicas básicas, en los impulsos centrados en la supervivencia y la gratificación, es el oscuro dominio de la vocación a la saciedad del instinto sin trabas éticas ni estéticas. En su seno se acumulan deseos insatisfechos, experiencias pungitivas, intereses inconfesables, fuerzas agresivas, desviaciones sexuales, es decir, todo aquello que reprime por no contar con la sanción aprobatoria del código de conducta establecido (explica el comportamiento impulsivo y fenómenos habituales, como los sueños y fantasías)” (Aguirre; 1981; 69).

El segundo componente en el esquema psicoanalítico será representado por el ego, “se le identifica con las operaciones racionales de la vida mental”. Para Freud la “conciencia es condición fugitiva y efímera que se adhiere a ciertos procesos mentales y se distingue de ciertos procesos psíquicos (...) hay sin embargo, representaciones de ideas previamente

adquiridas que son temporalmente subconscientes, o mejor, pre concientes, porque a voluntad pueden ser atraídas al nivel conciente si son requeridas por la simple introspección”. (Aguirre; 1981; 69).

El siguiente capítulo, denominado “realidades construidas” pretende desarrollar ambos elementos cuyos valores me permitirán reflexionar en categorías con características “subjetivistas”. Con la intervención del trabajo etnográfico y si fuera necesario, el reconocimiento de otros enfoques teóricos que ayuden en la comprensión y análisis de dicha categoría, cuyas características pretender desentrañar la realidad que envuelve a los consumidores/ as abusivos/ as de drogas, antes y durante su proceso de rehabilitación.

Cabe mencionar que el orden determinado a lo largo de estos capítulos, me ha consentido establecer una estructura analítica diseñada de acuerdo a los objetivos planificados como puntos de referencia, para la ejecución de esta tesis.

Capítulo III

REALIDADES CONSTRUIDAS

La experiencia muestra que la rehabilitación es posible sólo cuando cada caso de pobreza o dependencia es tomada separadamente y sus dificultades manejadas con estricta visión de las circunstancias envueltas...Esto debe ser analizado en términos de lo individual...No puede efectuarse en masa”

(Comelles y Martínez 1993: 40)

Este capítulo me permite indagar sobre la relación entre una realidad construida y el consumo de drogas. Mi trabajo etnográfico me lleva a reflexionar dos puntos de análisis, el primero representado por Jaz como referencia manifestada a través del Ego, en cuyo caso su consumo de drogas estaría relacionado con una “realidad consciente”. El segundo punto de análisis refiere a dos miembros de N.A, Gabo y Josh, ambos vinculados a una manifestación del Ello o Id a través de una construcción de “realidades múltiples” relacionada con comportamientos indeseados y el segundo protagonizado por Josh que en contraposición al primero, este se vería involucrado en la manifestación de fantasías, ambos causados por la ingestión de sustancias altamente adictivas como la cocaína.

3.1 Mi entrevista con Jaz

Jaz⁷⁴ una mujer de aproximadamente 26 años, a la cual entreviste en mi casa, mencionó que había empezado fumando marihuana a los doce años, también que a partir de ahí, llego a conocer muchas otras drogas como la pasta base. Ella me explicó que el tiempo que había tenido consumo intenso, de todos los días, lo había hecho porque *estás le “adormecían no solamente el cerebro, sino también el corazón”* y que se sentía triste porque había terminado con el chico que compartió muchos momentos de su vida.

Contexto⁷⁵:

La habitación tiene las paredes blancas. La puerta se halla casi al pie de la cama. Una ventana grande escolta la parte derecha de la cama. Del lado izquierdo se halla una pequeña mesa de noche cubierta con un p'ullu⁷⁶, sobre el cual reposa un aparato de sonido. A un metro de distancia aproximadamente colgando, se encuentran un par de lámparas esféricas en colores, azul, celeste y blanco iluminando con luces blancas casi toda la habitación durante las noches. A continuación un mueble naranja opaco, en el que reposa un viejo computador blanco.

El piso recubierto con una alfombra tapizada en color verde. En la parte frontal del computador se halla un librero con seis espacios divisorios de color café. A mano izquierda en frente de la cama, se halla ubicado el ropero empotrado sin puertas, con espacios divididos, incluidos en la parte superior. A mano izquierda del ropero, se ubica el baño, la puerta esta

⁷⁴Seudónimo. La idea de utilizar un seudónimo partió de ella misma, arguyendo que aún no había terminado su carrera en la facultad de ciencias sociales, temiendo “represalias” por parte de los docentes respecto a su consumo de drogas.

⁷⁵La siguiente descripción se realiza en tiempo presente, por qué el momento de la transcripción en limpio, extraje los datos contextuales de mi cuaderno de campo de forma textual. El registro en el cuaderno de campo, se realizó el miércoles 13 de mayo del 2009. La transcripción en limpio se realizó el miércoles 10 de junio del 2009.

⁷⁶Especie de frazada, tejido de origen andino, de fibra gruesa con decoraciones iconográficas propias de sociedades altiplánicas bolivianas. En color café oscuro con bordes rojo opaco.

cubierta con una polera estampada. A mano derecha un mesón que marca el espacio para la cocina.

Al fondo un pequeño lavaplatos y hornalla eléctrica. Todo comprimido en un solo espacio, excepto el baño aunque igualmente forma parte interior de la habitación. Las melodías musicales resuenan en el interior de la casa al sonar las 8 en punto de la noche.

3.1.1 Una Construcción subjetiva

“La vida cotidiana se presenta como una realidad interpretada por los hombres y que para ellos tiene el significado subjetivo de un mundo coherente”(Berger y Luckmann 2001:36)

Durante todo el tiempo que realicé mi trabajo de campo, escuché decir a varios/as de miembros de N.A. que su consumo de drogas se debía a que “querían escapar de la realidad”. Aunque advierto que no es la única explicación, este, está ligado a la “incapacidad” que tiene muchos/as de los/as consumidores/as a superar las situaciones de una vida cotidiana.

María Menéndez, antropóloga de oficio ya lo dijo en su momento: “[e]l uso de drogas en la actualidad tiene, en muchos casos, un tinte de resignación y adormecimiento, de huida de la realidad más que de respuesta. Esa huida paradójicamente permite enfrentar las presiones cotidianas, los malestares de la cultura que se multiplican ”⁷⁷.

Al respecto, quiero ilustrar un poco la manera cómo mi entrevistada, me explicó sobre su experiencia con las drogas:

⁷⁷Registrado en mi cuaderno de campo. Obtención por vía e-mail. Archivo con recomendaciones respecto a mi proyecto de tesis. Por la Licenciada Escarleth Ascarrunz (Octubre del 2008)

- Ivonne:** algo que escucho mucho en mi trabajo de campo es que las drogas te sacan de la realidad. ¿Tú que piensas?
- Jaz:** o sea, claro, y en realidad ni siquiera era algo que me sacaba de la realidad (...) sino que adormecía cierta parte de mi, no solo cerebro, sino de mi corazón y del alma, porque si seguía siendo consiente de todo lo que hago
- I:** ¿cómo adormecida?
- J:** estaba triste por lo del (...) ⁷⁸ en ese tiempo en el que estaba así full...te contado ¿no ve?, que he caído con pasta (...) y me dedicaba a comprar (...)drogas(...) a veces no estaba el tuche ⁷⁹ digamos, no era indispensable(...) si(...) lo era la pasta base ⁸⁰

En éste acápite, lidio con las diferentes maneras de construir la realidad respecto al consumo de drogas. El primer aspecto a desarrollar, esta referido a la relación de pasta base de cocaína con un momento determinado en su realidad cotidiana, ubicando su consumo con el momento en que estaba “*triste por lo de [su pareja]*”, basto motivo de análisis y reflexión. Dentro de los cuales pretendo responder las siguientes preguntas: ¿cómo asume su consumo de drogas, respecto a su cotidianeidad? Y ¿cómo asume su rol de consumidora de drogas?.

Durante mi entrevista con Jaz pude arrebatar algunos de sus conceptos respecto al consumo de drogas. El uso de pasta base, según su explicación como parte de su relato, me hizo dar cuenta que ella relaciona su estado “emocional” con su consumo, en consecuencia la aseveración que hace al respecto está ligada a una subjetividad que permite hablar de su experiencia con las drogas a partir de sus propias construcciones de la realidad.

⁷⁸ En esta parte de mi entrevista, el uso de los paréntesis me permite tener en el anonimato a aquella tercera persona. Aunque no informé a mi entrevistada al respecto, lo asumí como parte de mi ética en la investigación.

⁷⁹ Ver glosario en anexo # 2.

⁸⁰ Ver glosario en anexo # 2.

En primera instancia, pongo en tela de juicio, discurso del siglo pasado que se arrastra hasta el día de hoy, lo que Ernest Spangerberg criminólogo de oficio afirmó en 1820: “más que por el conocimiento y por la voluntad, la acción de las mujeres esta guiada por los sentimientos, dado que sienten realmente más de lo que piensan” (cit. en Torrez Angarita; 2008; 128). Evidentemente hasta el día de hoy se siguen discutiendo este tipo de afirmaciones, donde las explicaciones de la realidad están marcadas por estigmas del momento. “[T]al como ofrece el sentido común de quienes componen ordinariamente la sociedad” (Berger y Luckmann; 2001; 36).

En esta parte, quiero mostrar cómo, Jaz, da luz verde a diferentes construcciones culturales, respecto al consumo de drogas. La crisis por la que atravesaba, la llevó a consumir pasta base de cocaína. Según su explicación, ella, no escapaba de la realidad, de alguna manera solamente “adormecía cierta parte de su ser”. Para Freud, dentro de su esquema psicoanalítico, el Ego juega un papel muy importante en mi estructura analítica.

3.1.2 Ego = Realidad en Crisis

Tomando en cuenta los conceptos de “vida cotidiana como una realidad interpretada por los hombres”, situó el “adormecimiento” de Jaz, en el contexto de su vida cotidiana ha un momento de crisis y la perspectiva que ella tenía consigo misma, respecto a la construcción subjetiva de su realidad cómo consumidora de drogas.

En este sentido, es importante retomar los conceptos de Berger y Luckmann respecto al mantenimiento de la realidad en crisis (2001; 186). Según ambos autores, esta realidad, no varía mucho de la realidad cotidiana, es decir, que ambas realidades proceden del mismo modo, excepto que para el mantenimiento de la realidad, es necesario “poner en juego las técnicas del ritual”⁸¹ (2001; 195- 196), es decir, “construir un ego que sea capaz de enfrentar con fortuna y racionalidad la crisis de la mente” (Aguirre; 1981; 69) en cuyo caso, el entorno socio- cultural jugaría un papel determinante representado por el superego,

⁸¹ Los autores mencionan que en caso de existir una crisis, la sociedad como construcción colectiva, “establece procedimientos para situaciones que presenten (...) riesgo de una ruptura de la realidad” (Berger y Luckmann; 2001; 195).

como instrumento regulador, que en consecuencia le permiten mantener su realidad frente a la crisis. A modo de ilustración presento un pequeño fragmento de la interacción:

J: después me he ido a Trinidad y ahí me ha terminado el (...), ahí me pagaban muy bien, por eso al volver me dedicado a drogarme, he dejado la u, (refiriéndose a la universidad) un año, porque no soportaba verlo al (...) por ahí, después se arreglo con la (...) y no soportaba verlos.

Si, después he salido de las drogas, no quiero ser una drogadicta cualquiera que se deje dominar por las drogas, yo las domino eso es lo rico, poder experimentar... sin que afecte lo que tienes que hacer... tienes que aprender, para mi el aprender es lo mas importante... cada droga te hace aprender...te hace percibir la realidad de maneras diferentes.

Bajo estas consideraciones, concibo la construcción de su consumo, como una pequeña ruptura en su cotidianeidad a partir de su rompimiento amoroso, cuyas bases residen en aspectos de características emocionales puesto que había dejado la universidad porque no soportaba ver a su ex pareja por otro lado le era aún más difícil verlo con otra persona. La noción que ella asume respecto al por qué de su consumo de drogas, se relaciona fácilmente con su negación de la nueva realidad que tenía que empezar a aceptar, “no soportaba verlos”.

Para Berger y Luckmann esta realidad de la vida cotidiana, no solo se asume con construcción de el individuo pensante, sino que esta, “se presenta ya como objetivada, o sea, constituida por un orden de objetos que han sido designados antes de que [ella] apareciese en escena” (Berger y Luckmann; 2001; 39). En este contexto, su consumo no evitaría vedar a su ex pareja de la universidad y en consecuencia, lo único que le restaba era ignorar ciertos aspectos de su realidad cotidiana.

Por otro lado, aunque ella no pudiera quitar ciertas cosas de su realidad, entonces el camino que decidió recorrer era la negación a través del consumo de pasta base. Muchas explicaciones se han desarrollado en torno a este fenómeno, pero la construcción de las mismas, carecía de la intervención del/ la actor/ a en el escenario. Hoy se puede adherir ciertamente algunos conceptos al respecto: las drogas “son propuest[a]s a la vez para ayudar a soportar los aspectos negativos de una determinada civilización o para negarla” (Britto García; 1996; 82).

3.1.3 Rol de Jaz como “adicta a las drogas”

Esta interacción me llevo a reflexionar sobre otros aspectos respecto al consumo de drogas. Por otro lado, ya no asumiría el consumo de drogas en situación de crisis, sino más bien como parte de su cotidianeidad. La manera en cómo van construyendo su consumo, me lleva a la estructuración de un sub- acápite. En el que posiciono a mi informante cómo “adicta”.

I: ¿horrible ha sido?

J: si (...) pero después he salido de las drogas (...) y he vuelto (...) y así

I: ¿después de aquello seguiste consumiendo pasta base?

J: de vez en cuando

I: ¿cómo de vez en cuando? ¿cada cuanto?

J: no podría decirte cada cuanto. Porque a veces pasan meses (...) puede pasar fácilmente un año y yo no me doy cuenta, o sea, no es algo que vaya contando.

I: ¿y::: que droga te gusta más?

J: soy adicta a la marihuana, al San pedro⁸², al alcohol, al tabaco, es que lo soy ves(...) es mentira decirte, nunca mas voy a jalar⁸³(...)es mentira decirte, nunca mas voy a probar pasta ¿me entiendes?(...) yo creo que

⁸² Ver glosario en anexo # 2

⁸³ Ver glosario en anexo # 2

lo voy a hacer(...) me entiendes?, no voy a mentir(...) y eso es de la puta⁸⁴ ves (...) por eso te digo, no me voy a mentir a mi misma.

Este acápite me permite rescatar los conceptos del “rol de enfermo” que Comelles y Martínez plantean: “designa el papel o rol que un individuo adopta o es forzado a adoptar cuando esta enfermo” (1993; 87). En este caso, pretendo analizar el caso de Jaz en su rol de enferma, en cuanto a su autodenominación de adicta a las drogas.

En este sentido, como en el acápite anterior puse en claro que su consumo estaba relacionado con un momento de ruptura de su realidad cotidiana, designo el rol de adicta, ya que dicha “enfermedad viene asociada generalmente a una alteración de la vida cotidiana y envuelve un conjunto de practicas, valores y expectativas sociales” (Comelles y Martínez; 1993; 87).

Retomando lo que ambos autores plantean, quiero explorar los distintos estados de cómo asume, ella, este “rol de adicta” a partir de su desenvolvimiento socio- cultural. Medio en él que se juntaba para practicar el consumo de pasta base.

En este sentido, quiero ilustrar un poco al respecto:

- I:** ¿consideras que el hecho de consumir una droga, te lleva a determinado contexto social?
- J:** si, te permite acceder a diferentes grupos (...) tú sabes ¿no? hay grupos formales y grupos informales (...) los informales son los que se forman, que se yo, a partir de afinidades (...) más que deberes
- I:** ¿por qué informales?
- J:** porque ponte pues (...) te juntas con tus cuates⁸⁵ y se dedican a fumar pasta base(...)y tampoco puedes fumar con quien sea(...)tienes tu grupito especial(...) me entiendes? Yo no puedo

⁸⁴Ver glosario en anexos # 2

⁸⁵ Ver glosario en anexo # 2.

fumar con quien sea(...)que te de paranoia (...) solo ellos te entienden(...)no puedes fumar con cualquiera, como tampoco bebes con cualquiera ni jalas con cualquiera(...)bueno no se(...) ahí viene la diferencia la gran diferencia(...)cuando estas jalado⁸⁶ te cagas⁸⁷ y hablas con quien sea(...)no te importa en realidad(...)en cambio cuando estas con sata⁸⁸, no quieres hablar con nadie(...)sientes paranoia⁸⁹

Para este efecto, quiero hacer referencia a cómo asume el “rol de adicta” en un medio social determinado. Jaz no solo trazaba una realidad construida en un mundo de drogas, gracias a un momento de crisis. Sino que al parecer, estas, ya se habían convertido en parte de su realidad cotidiana. Por otro lado, la convivencia con las drogas, no la posicionaba como “adicta solitaria”, tal cómo explica en su relato, mas bien, aquella nueva construcción de la realidad se “presentaba además, como un mundo intersubjetivo, un mundo que compart[ía] con otros” (Berger y Luckmann 2001: 40). Como ella explica, su rol de adicta no le permitía la posibilidad de involucrarse “*con cualquiera*”, entonces, debía relacionarse con otros/ as individuos/ as en la misma situación que ella, pues argüía que “*solo ellos*” la entendían.

Por otro lado, la intersubjetividad de la que Berger y Luckmann hablan, marcaba una diferencia entre una realidad cotidiana y otras realidades de las que ella misma tenía conciencia (2001: 40). Su realidad como adicta, también estaba inmersa en un mundo, en el cual no sólo cumplía el rol de adicta sino también de estudiante, puesto que volvió a la universidad, y de trabajadora.

Esta construcción me lleva también a ciertas reflexiones respecto al consumo de drogas en su rol de adicta. Un autor mencionaba, que el consumo de droga, permitía integrar “al solitario al grupo” (Britto García; 1996; 81). Tomando en cuenta este enfoque

⁸⁶ Ver glosario en anexo # 2.

⁸⁷ Ver glosario en anexo # 2.

⁸⁸ Ver glosario en anexo # 2.

⁸⁹ Ver glosario en anexo # 2.

y posesionado a la adicta en un plano donde ya no es la persona la que se junta para consumir una droga, sino la droga como integradora de cierto grupo social me atrevería a afirmarla como la protagonista de una realidad construida socio culturalmente.

Quiero concluir el caso de Jaz con la noción de que la construcción de la realidad esta basada en el momento en que, concebimos a la cultura cómo parte de un “proceso dialéctico, entonces de la misma manera, el/ la individuo/ a externaliza su propio ser, y el mundo social llega a internalizarlo como una realidad objetiva, de este modo, este proceso cultural involucra a la persona en su dialéctica”. (Berger y Luckmann; 2001; 161- 164).

A continuación presento el caso de Gabo, con el objetivo de explicar su necesidad de abandonar su adicción a las drogas, manifestando el malestar causado en su entorno socio-cultural. Por otro lado su consumo de drogas como parte de un proceso de construcciones culturales.

3.2 Interactuando con Gabo

En febrero del 2009 conocí a Gabo⁹⁰, en N.A, mientras realizaba mi trabajo de campo asistiendo a las sesiones donde jóvenes que se sientan alrededor de una mesa y cuentan sus experiencias diarias. Durante un par de semanas su asistencia fue permanente, de esa forma entablamos amistad basada en nuestra convivencia en N.A.

La entrevista se realizo el sábado 13 de junio del 2009, oportunidad en la que fuimos almorzar juntos, cuyos apuntes fueron registrados en mi cuaderno de campo minutos entre y después de la interacción.

Gabo es un artista especializado en pintura, tiene 34 años, aproximadamente 1.75 de estatura, piel morena, ojos grandes y verdes, pestañas revueltas y largas, el color de su

⁹⁰ Diminutivo de un nombre que él me autorizo. Apuntes registrados en el cuaderno de campo. Abril del 2009.

cabello es gris. Conversamos muchas veces después de las reuniones, a veces nos encontrábamos antes de las sesiones y hablábamos un poco respecto a su trabajo artístico. Un par de veces le pregunte si un día podía regalarme una entrevista respecto a su consumo de drogas.

Entrevisté a Gabo mientras regresábamos de almorzar un día sábado. Todo surgió cuando decidí preguntar sobre su trabajo como pintor.

I: ¿cómo andas con tus cuadros?

G: te cuento que ayer me han dado un adelanto para comprar pintura (...) te he contado ¿no? él (...) se llevara 20 de mis cuadros a Nueva York

I: sí, claro que me acuerdo, si desde hace mas de un mes que andas con eso (risas). Ché vos (...) no te acuerdas de las cosas ¿no?

G: no es eso

I: ¿entonces qué cosa es?, ¿entonces es cierto eso de que te sales de la realidad cuando estas en un pedal⁹¹ con las drogas?

G: no tanto así, es que no me acuerdo solo eso (...) pero si de alguna manera es cierto.

I: ¿cómo?

G: es que por ejemplo (...) “yo me escapo de la realidad cotidiana”

I: ¿cómo?

G: mi incapacidad de afrontar ciertas cosas (...)

I: ¿puedo escribir lo que me cuentas?

G: obvio nena (...) hasta mi cara se ve diferente (...) por ejemplo cuando lo he do a visitar a mi Rafita (hablando de su sobrinito) tenía cosas tocarle (...) por eso de la fiebre o gripe esa ¿no ve? (...)

⁹¹ Ver glosario en anexo # 2.

cuando estoy en pedo, no me interesa, jodo a las personas, entro a los hospitales sin cuidarme (...) ¿ubicadas?

I: ¿cómo asumes tu “escape entonces”?

G: evadiendo mis responsabilidades ¿ubicadas?,

Evidentemente en este pequeño fragmento me encuentro otra forma de explicar el consumo de drogas. En el análisis anterior me concentré en la relación con el mantenimiento de la realidad cotidiana, y el mantenimiento de la realidad en crisis. Esta entrevista como preámbulo de mi siguiente análisis, me permite construir una de las “múltiples realidades” (Berger y Luckmann; 2001; 38), representado estas como parte del proceso dialéctico, que sufren cada una de sus formas de desenvolvimiento a nivel socio-cultural. Sin embargo el siguiente acápite me permite analizar desde sus “múltiples realidades”, no solo la forma de autorepresentarse desde su consumo de drogas, sino también los alcances del Id, cuyas formas de representación se darán cuando el efecto de la droga sea manifiesto en el comportamiento de Gabo.

3.2.1 Id= Múltiples Realidades

Sin mucho preámbulo quiero referirme a lo anteriormente señalado, con la parte que le continúa a mi entrevista:

G: ¿no te diste cuenta? (...) cuando estoy drogado soy un cabrón⁹²,

I: ¿a que te refieres?

G: o sea, no me interesa nada (...) soy un monstruo, soy como MR. Hide, (...) él [refiriéndose a un amigo] me ha dicho que cuando estoy drogado o borracho me transformo (...) te imaginas, mi cara se deforma.

I: ¿en serio? Pero tu como lo ves.

G: No me gusto (...) y cuando estoy cuadrado⁹³ no me cago⁹⁴ por ejemplo (...) detesto el basurero en el que vivo(...) hoy voy a hablar

⁹² Ver glosario en anexo # 2.

⁹³ Ver glosario en anexo # 2.

con mi padre (...) tengo miedo ¿sabes?. Si estuviera en pedo o borracho me cago y ni voy donde mi hermano (...)

En la mitad de la entrevista Gabo hace referencia a que su consumo de drogas, “lo convertía” en una “monstruo”, ¿qué factores intervinieron para que el representara su consumo de drogas y la relación con su cuerpo?.

Byron Good, en “su enfoque fenomenológico del dolor crónico” trata de explicar el porque de algunas situaciones doloras a nivel emocional y psicológico. Relata algunas experiencias, de las cuales me he permitido extraer una como clave para realizar el análisis de este acápite.

“Algunas veces, si lo tuviera que visualizar pareciera que hay... un demonio, un monstruo dando vueltas y golpeando las entrañas de mi cuerpo (...) estoy tratando de contenerlo para que nadie mas pueda verlo, para que nadie mas pueda ser molestado por el(...) Pareciera que algo muy, muy terrible esta ocurriendo. No tengo ningún control sobre el” (Good 1994: 6)

Cuando relataba parte de experiencia con uno de sus vecinos, “él (...) me ha dicho que cuando estoy drogado o borracho me transformo” “soy cómo Mrs Hide”, refiriéndose a la gran obra del Robert Stevenson titulada “El extraño caso de Doctor Jekyll y Mr. Hide”⁹⁵ cuyo contenido relata la experiencia de un hombre que a través de un experimento químico había logrado cambiar no solo su apariencia física sino también su personalidad.

La explicación de Gabo a diferencia de la experiencia de Good con su paciente, Gabo, a través del consumo de drogas, podía reflejar en su rostro lo que Bryan (paciente)

⁹⁴ Ver glosario en anexo # 2.

⁹⁵ Obra que sale a luz en 1886 publicada en inglés por el señor Robert Louis Stevenson.

trataba de esconder para “*que nadie mas pudiera verlo*” (Good; 1994; 6), de alguna el “monstruo” que aquel paciente quería ocultar, Gabo lo expresaba al extremo de causar desagrado hacia el mismo cuando estaba drogado. Ciertamente el efecto de determinada sustancia conseguía “impulsar” y poner al “descubierto un número grande de procesos mentales de cuya existencia [no se había] percatado” que ciertamente se pasan por alto los niveles de conciencia.

Mi informante estaba asumiendo el papel de un individuo totalmente transformado por las drogas. A diferencia de aquel paciente, Gabo expresaba todo “ese mundo de dolor” (Good; 1994; 6), por extraño que parezca, esta descripción “terrorífica” respecto a su persona, me dejó acceder a ese mundo de “infelicidad” representado en su vida cotidiana, la disconformidad con su realidad, el temor a hablar con su padre. Y al vez un mundo del que Gabo quiere escapar asistiendo a terapias y programas de rehabilitación.

Antes de concluir, no quiero cerrar este capítulo sin antes reflexionar un poco en el caso de Josh, también miembro de N.A, quien me hizo recordar en algún momento, en alguna sesión, sobre la forma en que el se autorepresentaba, aludiendo a algún tipo de fantasía que podía cumplir al ingerir cocaína.

Veamos un pequeño extracto recogido de una de las sesiones:

“yo solo quería ser como esos actores de cine, con auto, con dinero, esos matones⁹⁶ ¿no?, quería tener armas, matar a gentes, usar trajes finos y caros, me sentía como scarface”

(Josh, 24 años)

Ciertamente esta pequeña recopilación hace referencia a ese mantenimiento de realidades múltiples de las que Berger y Luckmann hablan al tratar de explicar el proceso dialéctico de determinada realidad sociocultural. Capítulos anteriores, ya me había servido

⁹⁶ Ver glosario en anexo # 2.

de algún testimonio de Josh respecto a su consumo de drogas, cuya reflexión partía de la búsqueda de un autodiagnóstico de la enfermedad de la adicción.

Recordando un poco aquel testimonio veamos:

“... he cometido delitos, también he asaltado, he robado, y a mano armada ¿no? y nunca me han pescado ¿no? gracias a Dios, no::: pero si cometí hartas barbaridades en consumo[refiriéndose a los momentos en que había ingerido cocaína], algunas veces ni me acuerdo...”

Me detengo en este punto porque al igual que Gabo, Josh en determinado momento sugiere menesterosamente la ayuda del programa de N.A para superar los problemas, que a consecuencia de la adicción a las drogas entorpecían su entorno a nivel sociocultural. Por otro lado, el afán de cumplir con una “fantasía”, posesionaba a este en un dilema, evidentemente regido por un “comportamiento impulsivo” a través de los delirios de convertirse en un “*grande de la mafia*” cuyas “fantasías” se manifestaban a través de la ingesta de la cocaína, puesto que mientras estuviere “sobrio” “todo aquello [se] reprime por no contar con la sanción aprobatoria de código de conducta establecido” (Aguirre; 1981; 69)

Hoy en día Gabo ha dejado de asistir a las terapias en N.A. lo último que supe de él fue que los cuadros que un día pintó serán expuestos en las salas de arte contemporáneo en la ciudad de Nueva York. Por otro lado, Josh a recaído en el consumo abusivo de drogas, aunque estuvo “limpio” durante casi un año, hasta el día de hoy no ha vuelto a pararse en las salas de N.A.

Capítulo IV

CONCLUSIONES

En la actualidad, las formas de manifestar la problemática del consumo abusivo de drogas se reduce a estudios cuantitativos referidos a los índices de prevalencia de dicho consumo. La información no solo cuantitativa, sino igualmente cualitativa, respecto a los datos que las instituciones tanto gubernamentales como no gubernamentales emiten respecto al consumo abusivo de drogas, puede que de alguna manera este ligada a la noción que estas tienen del fenómeno en cuestión, que en mi opinión, puede que de una u otra forma el método utilizado carezca de técnicas o instrumentos ineficaces a la hora de abordar esta problemática.

No puedo dejar de reconocer que el esfuerzo de las instituciones por erradicar la prevalencia del consumo de drogas, a través no solo de la prevención sino también de rehabilitación, es rescatable. Sin embargo cada vez se hace mas imperativo, el adoptar nuevas metodologías de aproximación, que permitan volcar la problemática de la droga hacia una perspectiva más humanizante y menos marginadora de quienes realmente están involucrados/ as en ella. Aceptar la validez de la funcionalidad del consumo, y no seguir en el intento estigmatizado de adjetivos como “la droga mata” o “te has convertido en una lacra”, que operan bajo la política del terror y restan validez a cualquier tipo de intervención que se pretenda impulsar con el fin de erradicar la problemática.

Evidentemente esas imágenes son reales tanto el “bandalismo” como los “fines terapéuticos”, sin embargo mientras sigamos acercándonos con enfoques punitivos, nos alejamos de aquella población frágil a la prevalencia del consumo abusivo de drogas. Ya lo he dicho y lo reitero, el Estado hace grandes esfuerzos por dar una respuesta sobre esta problemática, pero quizás hacen falta estudios de carácter cualitativo más severo, que permitan entregar a la población una comprensión más cercana del fenómeno, que dé una mirada más individual a través de un análisis riguroso de su contexto sociocultural y que en consecuencia, este, permita dejar de lado aquellos estereotipos que provoca un distanciamiento de la sociedad sobre sus propias problemáticas.

Por otro lado, las formas de cosificar a la población involucrada podrían jugar un papel determinante a la hora de elaborar métodos y técnicas que ayuden a superar las adicciones. En algún momento se dijo, que *“cualquier situación de dependencia, podría ser solucionada solo si se la trataba individualmente y no en masa”* la cual a la vez ayude a encontrar el trasfondo subyacente a las tantas realidades que envuelven a cada individuo aún cuando este conviva en un mismo espacio.

A lo largo de la construcción de esta tesis he podido comprobar no sólo que el Estado boliviano no contribuye con métodos capaces de disolver dicha problemática, sino también que sus enmiendas estatales muy poco tienen que ver con aspectos médicos o de salud pública, aunque esto no signifique que la población no busque otras formas de luchar contra esta problemática, esto, fuera de los parámetros de prohibicionismo constituido legalmente.

Fue precisamente en la búsqueda de alternativas, que sean capaces de contener esta problemática, que decidí anclarme en Narcóticos Anónimos, mi universo de estudio, cuyo principio fundamental consiste en un claro reconocimiento de una mala relación con las drogas, diagnóstico realizado por la población involucrada sin la intervención de algún especialista médico.

Cuando hube aterrizado en mi universo de estudio, la antropología médica me ayudó a analizar, en primera instancia, las diferentes formas de concebir la enfermedad y su articulación con esta realidad socio- cultural, como es el consumo abusivo de drogas. Ciertamente los modelos médicos propuestos por Menéndez me ayudaron a encauzar a mi universo de estudio dentro del sistema de autoatención, puesto que el diagnóstico es realizado por ellos/ as mismo/ as y no así por algún especialista médico, esto a partir del principio fundamental de dicho sistema.

Sin embargo, para cumplir con mi principal objetivo que era interpretar los significados de la enfermedad y los criterios de curación que el programa de Narcóticos

Anónimos propone dentro del proceso de rehabilitación de consumidores/ as abusivos/ as de drogas, fue necesaria la intervención de otros saberes o sistemas médicos, esto con el afán de, precisamente, interpretar la relación de enfoques sobre enfermedad que los/ as consumidores/ as abusivos/ as de drogas desarrollaron a partir de su experiencia itinerante con uno u otro sistema médico.

Por otro lado no solo se revisaron los modelos médicos propuestos por Eduardo Menéndez, sino también la corriente teórica de Byron Good cuyo planteamiento trataba de analizar a través de una hermenéutica las dimensiones de la enfermedad o de los padecimientos y qué, estas, de alguna manera estuvieran articuladas con la realidad socio cultural de cada uno/a de los involucrados/ as en los procesos de rehabilitación.

Ciertamente en la construcción de la segunda parte de esta tesis fueron necesarios otros componentes teóricos, cuyos conceptos se acomodaron a la estructura analítica y coherente del paradigma en que se posesionó esta investigación.

Tras el uso de estos instrumentos teórico metodológicos, pude interpretar la forma en que Narcóticos Anónimos concibe el consumo abusivo de drogas como enfermedad y cómo establece el criterio de curación a través de su programa de rehabilitación: primero “El síndrome de dependencia” como diagnóstico de la enfermedad y la “abstinencia” como criterio de curación. El primero íntimamente ligado a las concepciones de adicción, usado no solo por este sistema de autoatención a ser estudiado, sino también por la biomedicina, y el segundo como un reconocimiento de una realidad ajena a su conciencia, es decir, el reconocimiento del “poder superior”, establecido por algunos como Dios, en cuyo caso el criterio comparte enfoques determinados por el modelo médico alternativo representado por el sistema médico religioso.

Mi experiencia etnográfica me hizo comprender de alguna forma que el programa propuesto por Narcóticos Anónimos representa en sí misma la libertad de construir determinada realidad socio- cultural en torno al consumo abusivo de drogas. Es decir, tratar la adicción a las drogas a partir de parámetros determinado por ellos/ as mismo/ as; cuyas

bases residen en un involucramiento de sentimientos, emociones, experiencias placenteras y dolorosas, confusiones, crisis, entre otras, y así un sin fin de signos y significados encontrados en mi trabajo de campo, los cuales debían ser interpretados a través de instrumentos teórico metodológicos planteados en la primera parte de esta tesis para así poder cumplir con el objetivo trazado inicialmente.

La construcción de esta tesis me ha permitido no solamente escudriñar acerca de un método apropiado para emprender la búsqueda de significados sobre enfermedad, cuyos resultados de un consumo abusivo y descontrolado, desembocan en consecuencias sujetas a dos formas de ver la realidad socio-cultural en la que se desenvuelven; la primera ligada a un cambio en su comportamiento frente a su entorno social, ya sea de carácter agresivo y violento o de auto conmiseración; y la segunda sujeta a una autorepresentación configurada subjetivamente.

Durante mi trabajo de campo pude ver algo sumamente interesante, La dinámica grupal es estable, en la mayoría de los casos. Se parte del supuesto de que, *“no consumiendo la sustancia”*, los aspectos de la vida personal del o la adicto/ a mejoren; y aun cuando sea así, esto trae un grave riesgo para el “paciente” ya que paradójicamente puede retornar al consumo ante situaciones repentinas de frustración y fracaso; sobre todo si a pesar de la abstinencia *“las cosas no mejoran”*.

Tengo la certeza de que la ciencia antropológica y sus diferentes enfoques presentados en esta investigación, han sido de gran ayuda para poder interpretar la forma en que diversas realidades, sostenidas por los y las sujetos investigados/as, conciben el consumo de drogas. Desde formas descontroladas de consumir drogas entorpeciendo el entorno en el que se desenvuelven cotidianamente, hasta *“tranquilas”* formas de consumir drogas cuyo único objetivo es desenfascarse de la realidad que los envuelve.

El estudio antropológico- médico analizado a lo largo de esta investigación, da luz verde a nuevas formas de comprender la enfermedad de la *“adicción”*, y consecuentemente, permite otras alternativas metodológicas para abordar la problemática en cuestión. Sin

embargo el trabajo no ha terminado, la ciencia antropología puede que de alguna manera haya encontrado la génesis del deterioro que envuelve a este fenómeno, pero es necesario seguir indagando, y en un futuro plantear otras alternativas de curación basadas en estrategias humanizantes e integradoras que refrenen el mal encontrado.

BIBLIOGRAFÍA

AGUIRRE Beltrán Gonzalo: *“Antropología Médica”*. Ediciones de la Casa Chata

1986

ALCARAZ DEL CASTILLO Franklin. *“Los eslabones de la droga”*, Bolivia.

1989

Editor: Atenas S.R.L

BERGER Peter y LUCKMANN Thomás: *“La construcción social de la*

2001

realidad”. Amorrortu Editores.

BIBLIOMED Servicio Informativo: *Biblioteca Médica Nacional*

2007

EDITORA. Margarita Pobeá Reye

BRITTO García Luis: *“El Imperio Contracultura” Del rock a la postmodernidad.*

1996

Venezuela. Editorial: Nueva Sociedad

COMELLES Josep M. y MARTÍNEZ Ángel: *“Enfermedad, cultura y sociedad”*. Un

1993

ensayo sobre las relaciones entre Antropología Social y la Medicina. EUDEMA

CONTRERAS Baspineiro Alex : *“La Marcha Histórica”*. Editor: CEDIB

1994

Cochabamba. 1995

DICCIONARIO Antropología : *Thomás Barfield* Editor

2000

DICCIONARIO Enciclopédico: “*Espasa Calpe*” .Argentina Editorial: Santiago Ltda.
1997

ELIADE Mircea: “*El Chamanismo*” Fondo de Cultura Económica. México
1960

ESCOHOTADO Antonio: “*Aprendiendo de las drogas*”. Usos y abusos, prejuicios
2000 y desafíos. Editorial Compactos Anagrama

FABREGA Alland: “*Medical Anthropology*”. En *Biennial Review of*
1972 *Anthropology, Stanford University Press, pp. 167- 229*

FIRTH. R/ Leach E.R / I. MAIR I. / S.F. NADEL S. F /PARSONS T: “*Hombre y*
1981 *Cultura. A la obra de Bronislaw Malinowski. Siglo XXI Editores.*

GOOD Byron : “*Medicine, rationality, and experience . Cambridge University Press.*
1994

1977 “*The Heart of What’s the Matter: The Semantics of Illness in Iran*”
Culture, Medicine and Psychiatry, 1: 25- 58

HAMMERLEY Martín y ATKINSON Paul: “*Etnografía: Métodos de*
1993 *investigación*”, México: Editorial Paidós

HARRIS Marvin : “*Antropología Cultural*”. Madrid –España: Edit. Alianza. 4ta Ed.
1996

LARA Y MATEOS Rosa M.: “*Medicina y cultura*”. *Hacia una formación integral*
1997 *del profesional de la salud. Plaza y Valdés Editores*

- LOZA Carmen Beatriz: *“El laberinto de la curación” Itinerarios terapéuticos en la ciudad de La Paz y el Alto, La Paz: Edición ISEAT*
2008
- MAC NALLY María Tereza, MENÉNDEZ María Isabel, NÉLIDA RABETZKU y VIALE Carmen: *“Etnografía de la droga”, Valores y creencias en los adolescentes y su articulación con el uso de drogas.. Buenos Aires: Editorial Buenos Aires*
1998
- MARLATT, G.A: *“The Controled- Drinking Controversy. A Commentary”, en American Psychologist, october: 1097.*
1983
- MENÉNDEZ Eduardo: *“Morir de alcohol” Saber y hegemonía médica, México D. F CP 09860: Editorial Patria*
1990
2002 *“La parte negada de la cultural”. Relativismo, diferencia y racismo. Ediciones Bellaterra. Barcelona*
- MILLER Darrow: *“Discipulando Naciones” El poder de la verdad para transformar culturas. , Nicaragua: Editorial EMCOR (publicado originalmente en inglés en 1998)*
2001
- PÉREZ Serrano Gloria : *“Investigación Cualitativa, Retos e Interrogantes”, Madrid: Editorial La Muralla*
1994
- PERRIN Michel: *“Enfoque antropológico sobre las drogas”. Usos y Abusos de*

- 1991 *Sustancias Psicoactivas y Estados de Conciencia. In: Revista Takiwasi N°1*
- RAMÍREZ Hita Susana 2005. *“Donde el Viento llega cansado” . Sistema y prácticas d e salud en la ciudad de Potosí, La Paz: Editorial Plural.*
2007. *“Entre calles estrechas” . Gitanos: Prácticas y saberes médicos. Ediciones: Bellaterra.*
- RANCE Susanna: *“Dialogo de saberes” presentado para el módulo “Género*
1998 *Conocimiento de la especialidad de Género y Desarrollo”,*
La Paz :CIDES- UMSA..
- RANCE Susanna y SALINAS MULDER Silvia: *“2 Autoubicación: La reflexividad*
2001 *como método” . Investigando con Ética.: Aportes para la reflexión y la acción. La Paz- Bolivia. CIEPP/ Population Council.*
- REVISTA Nacional N° 3. *“Sustancias Controladas” . La Paz-Bolivia. Abril*
2005
- ROSSI Ino. O’HIGGINS Edward : *“Teoría de la Cultura y Métodos Antropológicos” .*
1997 *Barcelona- España. Editorial: Anagrama*
- SAMPIERI Hernández R.. FERNÁNDEZ Collado C. BAPTISTA Lucio P.
2002 *“Metodología de la investigación” Tercera Edición*
México: Edición Litográfica Ingramex
- SAN MARTÍN Javier: *“La Antropología” . Ciencia Humana y Ciencia Crítica.*
1999 *España: Editorial Montesinos.*

SANTA BIBLIA. Reina Valera: *“Antigua versión de Caiodoro de Reina 156. 9
1960* *Sociedades Bíblicas Unidas*

SZASZ Thomás: *“Nuestro derecho a las drogas”*. Barcelona. Editorial ANAGRAMA
2001

TORREZ Angarita Andreina: *“Drogas, cárcel y género en el Ecuador”*. La
2008 *experiencia de las mujeres “mulas”*. Ediciones: Abya- Yala

WEIL Andrew y ROSEN Winifred: *“Del café a la morfina”*. *Todo lo que necesitas
2002* *saber sobre sustancias psicoactivas*. Madrid: Editorial
Mateu Cromo, S.A

YOUNG J. y GARRO L.: *“Variation in the Choice of treatment in Two Mexican
1982* *Communities” En: Socials Science and Medicine, 16*

YÚGAR Flores Elba: *“Drogas de abuso”*, La Paz: Producciones Yúgar
2008

Documentos

Naciones Unidas. 1998. “Declaración Política”. Principios rectores de la reducción de la demanda de drogas y Medidas de fomento de la cooperación internacional en la lucha contra el problema mundial de las drogas.

Proyecto AD/BOL/99/D80 2005. “Educación Preventiva del uso indebido de drogas” Cochabamba: Editorial Etreus.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito “Documento de Proyecto: Proyecto del Gobierno de Bolivia”. 2007. Prevención del Uso Indebido de Drogas y del Delito en el Municipio de El Alto.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC. Programa País para Bolivia (2010-2015) Fortalecimiento de la capacidad de Bolivia para responder a las amenazas de la droga, crimen organizado, el terrorismo, la corrupción y los delitos económicos. La Paz, Marzo 2010

Reglamento de la Ley 1008. “Decreto Supremo N° 22099”. (Del 28 e diciembre de 1988)

Fuente Virtual:

Atención y Promoción de la salud Integral al adolescente en Santa Cruz: Análisis Situacional y Propuestas desde un enfoque de la Medicina General. Elaborado por Dr. Antonio Arnez. www.monografias.com

www.wikipedia.org

www.laprensa.com.bo

www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bmn/jul_2007_drogadiccion.pdf

“La **drogadicción** y su impacto en la **sociedad**”. Rol del trabajador social en la drogadicción www.bipolarweb.com/Articulos/drogadiccion.htm - 16k

Enrique Soto Pérez de Celis y Yolanda Roa Nava. “Patrones de autoatención y medicación” entre la población estudiantil de la ciudad de Puebla. <http://www.elementos.buap.mx/num55-56/pdf/43.pdf>

Panorama de la salud mental en Bolivia. Pág. 1. www.saludmental.com

María Isabel Menéndez “Consumo de drogas. Una perspectiva antropológica

ANEXOS

ANEXO # 1

Transcripción # 1

Nombre de la narradora: Ada Rosa (pastora cristiana)

Hora/ tiempo de registro: 20h40 – 21h30

Fecha de Transcripción: 1 de diciembre 2008

Transcriptora: Ivonne Barrios

Forma de registro: Testimonio cristiano, recogido el 2007 en enero aproximadamente

Fuente: Regalo de una hermana cristiana

Recopilación

Gracias por su atención, deberás que han sido una bendición para mi vida, este:::, hay una historia en la Biblia que a mi me gusta muchísimo y se encuentra en capítulo 5 de Juan, y se trata de un hombre (carraspea) que estuvo enfermo por 38 años, un hombre que fue a buscar ayuda, un hombre que necesitaba algo de Dios, y sabes, nosotros cuando necesitamos algo de Dios, siempre, este::: siempre le suplicamos y le decimos a Dios “Dios ayúdame por favor, necesito tu ayuda” y ya cuando viene el rescate de parte de Dios a nuestra vida y nos aliviana como que nos olvidamos de lo que Dios hizo en ese momento en nuestras vidas, y este hombre que esta aquí en la Biblia, este hombre estaba enfermo necesitaba algo de Dios y dice la Biblia que Jesús lo vio y Jesús conocía o sabía la condición en la cual él se encontraba, que interesante que Dios se interesa de tu vida!! En esta mañana, si tu viniste aquí nomás para cumplir o decir, “bueno hoy hice lo mejor que pude, vine a la iglesia ya cumplí con Dios”, o sea no se vale, no se vale, tenemos que tener una relación personal con Jesucristo, de eso se trata la iglesia.

Y este hombre dice que Jesús lo vio en la condición en la cuál el estaba, y extendió su mano y lo ayudó de una forma maravillosa, vamos a leer un poquito sobre este hombre, dice: después de estas cosas, había una fiesta de los judíos y subió Jesús a Jerusalén y ahí en Jerusalén cerca de la puerta de las ovejas, un estanque llamado en hebreo “Betesta” el cual tenía 5 pórticos y en esos hacía una multitud de ¿que?, de enfermos, de ciegos, de cojos, paralíticos que esperaban el movimiento del agua, porque un ángel descendía de tiempo en tiempo al estanque y agitaba el agua, y él que primero descendía al estanque después del movimiento del agua quedaba ¿qué? sano, ¿de que? De cualquier enfermedad que tuviese y había ahí un hombre que hacía 38 años que estaba enfermo, cuando Jesús lo vio acostado y supo que llevaba ahí mucho tiempo así, le dijo “quieres ser sano”, Señor le respondió el enfermo, “no tengo quien me meta al estanque cuando se agita el agua, y entre tanto que yo voy otro descende antes que yo” Jesús le dijo, levántate toma tu lecho y anda.

En esta mañana yo te quiero decir algo, Jesús esta interesado en tu situación, yo no tanto porque pues yo me voy, yo me voy el miércoles, me la voy a pasar unos días aquí con mi hijo y sus amigos y luego yo me largo, y yo no puedo hacer nada sobre la situación en la cual tu te encuentras en esta mañana, pero hay un hombre llamado Jesús que puede hacer la diferencia en la vida tuya, que puede cambiar el giro de tu vida hacia donde tu vas horita, muchos de nosotros no sabemos ni donde vamos, porque no tenemos al Señor como nuestro Salvador, pero dice la Biblia que Jesús supo de que ese hombre llevaba ahí tantos años y él nomás le hizo una pregunta tan sencilla “¿quieres?”, cada vez que Jesús nos hace a nosotros esa misma pregunta muchas veces lo que hacemos es lo siguiente; damos excusas, excusas antichipofláuticas que no valen absolutamente nada, excusas que muchas veces (...) Dios dice nomás le hice una pregunta, “¿quieres?” y siempre le estamos dando excusas al Señor.

Yo me veo buena gente esta mañana, yo, parezco que::: pues ha sido buena gente toda mi vida, pero no es así, yo::: nací en Nueva York con padres puerto rriqueños, un papá muy estricto, muy fuerte con nosotros, especialmente la mujeres, porque los papás siempre cuidan las mujeres más ¿verdad? como que el hombre no pierde la virginidad, nomás son las mujeres, pero el hombre también pierde la virginidad, lo único es que el hombre no se embaraza, como me gustaría que el hombre se embarazara, sería tremendo si el hombre se embarazaría, pero los hombres, o sea mi papá siempre nos cuidaba y nos protegía y siempre estaba atrás de nosotros “no pueden hacer esto, no pueden hacer aquello” teníamos una lista de reglas que no podíamos hacer absolutamente nada, nomás respirar, pero así era mi papá muy estricto, muy duro con nosotros.

Yo me recuerdo que mi padre me decía, “oye ustedes salen de la escuela alas 3 de la tarde” éramos tres mujeres yo la mayor de cinco y nos decía “vale más que ya a las 3h15 estén aquí porque sino le va a ir mal” y mi papá cuando hablaba, hablaba en serio, él no jugaba juegos, el no daba un “llégueme a donde quiere que estábamos” si estábamos hablando con un muchacho, que no!! teníamos permiso para hablar con muchachos no!!!, donde quiera nos sonaba, él le valía, era un hombre muy machista, muy estricto, y yo siempre decía entre mi “wuaoo, cuando yo llegue a una edad que yo pueda hacer lo que a mi se me pegue la gana, voy a hacerlo”, yo me recuerdo que yo llegaba a mi casa a las 3h15 y me metía en mi recamara y miraba por la ventana hacía abajo, porque en Nueva York vivíamos lo que le llaman proyectos, que son edificios grandes y había 21 pisos, nosotros vivíamos en el 12 pisos y yo miraba hacía afuera, y yo veía que los chavos y las chavas estaban teniendo buen tiempo y yo decía “wuaoo, no puedo esperar que llegue a la edad que puedo hacer lo que a mi se me pegue” (pausa).

Me recuerdo que mi hermana que es un poco menor que yo, comenzó a ya no llegar a la casa a tiempo, ya le valía, ya no entraba al escuela, ya se estaba juntando con personas que no eran muy buenas personas, amigos y::: yo me recuerdo que yo siempre la miraba, porque nosotros íbamos a diferentes escuelas, yo iba a una escuela de puro negros, yo no se porque ¿verdad? pero ahí me metieron y mis hermanos iban a una escuela totalmente diferente que yo, y cada vez que yo pasaba por la escuela de ellos, porque tenía que pasar por ahí para agarrar el camión para ir a mi!! escuela yo me recuerdo que siempre mi hermana Leti me trataba de sonsacar, y me decía “oye sabes qué Ada no vayas a la escuela hoy, para que vas a ir, ni modo, ni va a aprender nada” (pausa)

Y yo le decía no, yo tengo que ir a la escuela, porque si papi sabe lo que estamos haciendo, lo que tú estas haciendo, te va a ir muy mal, no vas a llegar a los 18 años, olvídate, papi te va a matar, y ella decía “que me va a matar ni me va a matar” bueno la cosa fue que mi hermana se puso muy muy rebelde, y un día ella me invito con ella otra vez, siempre que pasaba por ahí, siempre me invitaba y un día para sacármela de encima le digo, “bueno voy contigo, nomás este día y ya no me molestes más”, y me recuerdo que ella se metió en un departamento, en Nueva York hay mucho sótanos que son departamentos, y nos metimos ahí, estaba bien oscuro y había muchachas y muchachos pero casi no se veía las caras, estaba bien, bien oscuro y de repente yo veo que mi hermana se esta amarrando su brazo y viene un joven y le inyecta, ahora, mis papás nunca, nunca nos hablo sobre alcohol, aunque mi papá era alcohólico, nunca nos hablo sobre drogas, sobre::: bueno, todo lo que hay ahí afuera, mis papás nunca me hablo cuando yo iba a ser una señorita, nada!! fue una gran son, sos (teniendo problemas para pronunciar la palabra sorpresa en español) como se dice surprise, son::: hújole su mecha, eso mismo, (respondiéndole desde el auditorio) fue un shock cuando un día yo me levanté en la cama estaba llena de sangre, yo dije “Dios mío me corte y ni me di de cuenta” así de grave era mi familia que nunca nos hablo que la mujer tiene su regla, que ya es una señorita, nada de nada, (pausa) y me recuerdo que cuando este joven vino y le inyectó, yo le dije “¿Leti que estas haciendo?” y ella me dijo “ mira, esto es heroína y si tu te inyectas, te vas a sentir” como dice el puerto riqueno, “bien chévere, bien a todo dar”, yo le dije “no, olvídate”, y nunca yo le dije a mis papás que mi hermana estaba haciendo lo que estaba haciendo, y mi hermana se puso peor, y peor y peor y llegó hasta lo más bajo que una mujer puede llegar.

Yo me recuerdo que nunca le mencione nada a mis papás, nomás por sus acciones ellos vieron la condición de mi hermana y sabían lo que estaba haciendo, yo conocí un joven, yo tenía mas menos como 14, 15 años, yo conocí este joven y yo me enamore de este muchacho, porque el siempre me decía que me quería y que yo era la más bella del mundo, no!!! un rollo ahí, porque los hombres son bien rolleros, bien rolleros, bueno, la cosa fue que yo me enamoré de este chavo y un día él me dijo “Ada si tu deberás me quieres, tú tienes relaciones sexuales conmigo”, y yo dije “bueno como yo te quiero pues me voy a entregar totalmente” esa noche yo perdí mi virginidad. Ya a mi hermana no la veía y cuando le veía siempre la veía en una esquina toda loca ho::: pues consiguiendo dinero para su porción de heroína, estaba muy mal mi hermana, este joven me traicionó, le di lo que quería y el próximo día nunca me hablo jamás, y!! como él fueron muchos muchos más, yo ya me estaba rebelando un poquito, yo ya no quería saber nada de la escuela, me botaron de la escuela porque pues nunca iba, ya comencé a juntarme con personas que no eran muy buenos, estaban haciendo cosas que no eran muy buenas, comencé a fumar marihuana, comencé a fumar pastillas y::: ya yo iba por el mismo camino que mi hermana iba, me recuerdo un día que yo les dije a mis papás, “sabes qué, yo voy a ir a este programa, es un programa del gobierno que todavía existe aquí en los Estado Unidos que se llama (...)” y yo les dije a mis papás “yo me voy a (...) y::: voy a agarrar un oficio ahí, voy a hacer algo de m vida” y ellos dijeron, “esta bien”, me llevaron a un lugar que se llama (...), nunca me olvido de ese lugar, el lugar mas horrible (sonríe) pase experiencias en ese lugar, horribles.

En ese tiempo había mucho racismo, yo me recuerdo que yo caminaba las calles de (...) y todo el mundo me decía “oye negra, regrésate a África” y yo volteaba y yo decía “pero

quien es la negra”, (pausa) pero cuando fui a esta escuela, era una escuela de puras mujeres y había más o menos como 500 de nosotras, yo me juntaba con una puertorriqueña que se llamaba Lili o se llama Lili, no se si este viva o no, y yo y ella siempre estábamos juntas y de repente una negra americana comenzó a hablarnos, y comenzó a tratar, pero bien!! esta muchacha, me gustaba como ella me trataba, en ese entonces yo tenía como 16, 17 y ella tenía como 22, era mucho más mayor que yo, y un día mi amiga Lili me dijo “oye, ¿sabes que?, aguas porque esa chava es lesbiana”, yo dije, “no importa es mi amiga” la cosa fue que nos botaron de la escuela, yo me enamoré de esta mujer, ella se enamoró de mi, estuvimos viviendo juntas por 6, 7 años en una relación de lesbianismo, cuando regresé Nueva York, este::: mis papás supieron lo que estábamos, lo que yo!! estaba haciendo viviendo con otra muchacha y cada rato que me iba a de la casa luego regresaba y así me la pasaba.

Pero esta muchacha, interesante ¡como son las cosas de Dios! Porque esta muchacha se crió en un hogar cristiano y sus papás eran cristianos y yo me recuerdo que cada vez que íbamos a la casa de sus papás siempre, la mamá de ella ponía manos sobre mí, oraba por mí, y me decía “Dios te va a alcanzar donde quiera que tu vayas, yo estoy orando por ti” y yo le decía a Tracy, “oye, tú mamá está zafada, esta bien loca!!, la deben de meter en un manicomio, porque yo nunca he visto eso”, nunca fallaba, que yo entraba a la casa y venía directamente donde mí hablando lenguas y::: hablándome de Dios y lo que Dios iba a hacer en mi vida y yo nomás la miraba y::: “que onda con esta señora”, cómo son las cosas de Dios ¿verdad? (pausa)

Un día Tracy llegó a la casa y la vi media rara y le dije “oye que onda contigo, que te pasa”, y ella me dijo “sabes, estoy usando heroína”, rápidamente me recordé de mi hermana, y dije “pues orale, si tu estas usando heroína, pues yo le voy a entrar, a ver de que se trata esto de heroína” y comencé a usar heroína y me recuerdo muy bien que un día mi hermana Leti me dijo esto “Ada, tú vas a llegar a lo mas bajo que una mujer pueda llegar, para soportar su hábito de heroína, tú vas a comenzar a hacer cosas que nunca en tu vida, tú hubieras pensado que vas a hacer” y yo le dije, “mira Leti, yo soy un poquito mas inteligente que tú, y lo voy a hacer los fines de semana y ya” , y comencé bien, comencé a hacerlo todos los fines de semana, pero luego me gradué y comencé a hacerlo todos los días y exactamente lo que mi hermana me dijo, exactamente lo que me comenzó a pasar.

Llegué hasta lo más bajo!! que una mujer puede llegar, llegué hasta lo más bajo, yo me recuerdo que yo, este::: estaba en la calle y gente pasaba así a lado mío y decía, yo los oía y decía, “mira esa tecata sucia, no vale nada”, nunca!! nadie me habló de Dios, nunca nadie me dijo que tenía esperanza, me recuerdo que mis papás me decían “tú no vales nada, tú no sirves para nada” y esa era mi meta, que yo no valía nada, que no tenía nada para vivir (pausa)

Me recuerdo que la primera vez que me metieron a la cárcel, cuando yo estaba en esa cárcel, yo lloraba y yo decía “hasta cuando yo voy a estar viviendo, la vida que estoy viviendo” ya pasaron muchos años y::: siempre que salía de la cárcel no fallaba hacía otra vez lo mismo, me inyectaba heroína, no tenía esperanza. Un día yo le dije a Tracy, “sabes que, yo me voy a Puerto Rico, voy a visitar a mi mamá”, para esto ya mi papá estaba muerto, se murió de un infarto de corazón, y mi mamá se fue, este::: a Puerto Rico y un día yo le dije, “yo me voy a Puerto Rico, yo voy a visitarla”, ya tenía pensado de nunca regresar a Nueva York, le dije a mi hermana “Leti, oye vamos a Puerto Rico haber si

componemos nuestra vida”, yo ya estaba llegando al punto de mi vida que estaba cansada de la vida que estaba viviendo estaba cansada de pedirles a los hombres, “oye por 5\$ me acuesto contigo, por 2 \$ me acuesto contigo” ya estaba cansada de meterme en casas y robar cosas que no me pertenecían a mi, ya estaba cansada de nomás saltar a la gente y agrarrarle su dinero que no me pertenecía a mi, estaba cansada de vivir la vida que estaba viviendo, pero no sabía como cambiar.

Me fui a Puerto Rico, me robé unas cosas, yo tenía un italiano en Nueva York, que siempre que robaba las cosas, siempre se las vendía a él, pero no robaba porquerías, robaba cosas buenas, lo bueno es lo que se vende, no las porquerías ¿verdad?, y Franki siempre nos compraba todo lo que robábamos, yo le dije “Franki, yo me voy a de Nueva York, no me vas a ver, voy a ver si compongo mi vida en Puerto Rico, voy a ver si empiezo de nuevo” y él me dijo “sabes que, que te vaya bien”, esa noche yo me recuerdo que yo llame a mi madre y yo le dije “mami, sabes, necesito tu ayuda, queremos ir a Puerto Rico, queremos comenzar nuestras vidas otra vez de nuevo”, y mi mamá me dijo esto, “Ada vente a Puerto Rico, nadie te conoce aquí, puedes comenzar de nuevo”, el amor de una madre es tremendo ¿que no?, hijole, mi vieja ha sufrido tanto con nosotros, porque no solamente yo y mi hermana éramos adictas, sino que mi otra hermana era adicta, mi otro hermano era adicto, a un hermano lo mataron en Nueva York. Yo me recuerdo que le dije a mi hermana Leti, “sabes que, yo me largo de aquí, yo tengo que hacer algo”, llegando a Puerto Rico, el mismo día, conseguimos la conexión, porque el adicto es así, (entre risillas) no importa si vas a África, si hay heroína, la encuentras, y esa noche, este::: encontramos la conexión, nos inyectamos, nos dio sobre dosis, lo único que recuerdo, que estaba en el hospital, nos dejaron ir el próximo día y comencé a hacer exactamente lo mismo que estaba haciendo en Nueva York, inyectándome y haciendo todo lo que estaba haciendo, acostándome con hombres, robando, haciendo un desastre de mi vida, nunca regresé a Nueva York con Tracy, a lo mejor todavía me esta esperando, quien sabe, pero nunca regresé.

Yo me recuerdo que comenzamos a ir a diferentes programas en Puerto Rico, uno muy famoso que ya se ha infiltrado en México que se llama “Crea”, fui a ese programa y comenzaron a decirnos, “mira, sino se portan bien, les vamos a poner un letrero, día de la visita les vamos a llamar, que son tecatas sucias, que son prostitutas”, no!! barbaridades, yo me recuerdo que yo me pare y yo me enoje bien grueso con el director de ese lugar, y yo le dije “sabes que, yo no necesito que tú me sientes a mi en una silla y me digas lo que ya yo se que yo soy” y lo mande por un tubo y le dije unas cosas más que ya no puedo repetir, ni modo ¿no?

Comenzamos a caminar por la calle de “Bayamón” en Puerto Rico, y de repente vi un edificio que se llamaba “reto a la juventud” que era (...) de David (...), me recuerdo que volteé con mi hermana y con mi amiga que estábamos juntas ese día y le dije, “oye Carlos” nomás que no le llamábamos Carlos, le llamábamos por un apodo que no puedo decir, porque si oye este cassette me mata (risas), yo les dije “oye Carlos está aquí, vamos a visitarlo”, ese día mi esposo, que no era mi esposo nos recibió y preguntamos por Carlos y nos dijo que Carlos no estaba, que podíamos regresar el próximo día (...)

Y me recuerdo que llegó el domingo y yo le dije a mi hermana y a mi amiga, “oye sabes que, vamos a ir a visitara Carlos” y fuimos y había un servicio, habían como 100 hombres

con tatuajes, bien feos, y yo decía “wuaoo” y estaban teniendo un servicio, y estaban cantando, y sabes los puertorriqueños, nosotros somos bien alborotosos, nos gusta la conga y los timbales (...) y estaban cantando todos esos chavos, y estaban cantando una canción, “Cristo rompe las cadenas”, y me recuerdo que yo y mi hermana y mi amiga estábamos bailando salsa, porque la música estaba a todo dar, pero después de que se terminó todo, yo me recuerdo que Carlos vino donde nosotros y comenzó a hablarnos y comenzó a decirnos como Cristo rompió las ataduras de la drogadicción, como él era un hombre nuevo y como ya no era el mismo que:: era, cuando nosotros lo conocíamos en la calle, yo nomás lo estaba mirando y yo le dije “sabes que, te lavaron el coco aquí”, y el tiene una sonrisa bien bonita y se sonrió conmigo y me dijo unas palabras que yo nunca en mi vida he oído, me dijo “Ada, Cristo puede cambiar tu vida, y Cristo te ama”

Antes de irnos de ese lugar, después de la visita, yo me recuerdo que Joe vino donde nosotros y nos dijo “mira, estamos tratando de abrir un programa, porque no ponen su nombre a esta lista y las vamos a llamar ya que tengamos el programa” yo mire a mi hermana, yo mire a mi amiga y yo les dije “no tenemos nada que perder”, puse mi nombre, como a los tres meses me llama Joe y nos dice que ya está el programa de mujeres, y yo me recuerdo que cuando yo entre a ese lugar yo le dije a la consejera, “que clase de medicina me dan a dar o pastillas para quebrar el vicio” y me dijeron “nada” yo dije “¿cómo que nada?” en ese tiempo yo tenía un vicio mas o menos de 300, 400 \$ al día me dijeron “no te vamos a dar nada” “¿ni metadona?” (refiriéndose a la consejera), “nada” (responde), “¿bueno pues que vana a dar?”, me dijo “vamos a orar por ti”, yo dije, ¿y que clase de droga es esa? (pausa).

“Le vamos a pedir a Dios que te ayude para tu quebrar vicio”, mira el pecado es la persona mas cobarde para quebrar vicio, yo le dije “mira, en el momento que yo sienta un escalofrío o moquillo saliendo, yo me largo de aquí” porque son unos dolores bastante horrible, te duelen los huesos, no, no, no olvídale, como un “flu” pero 50 mil veces peor, yo dije “no, en el momento que yo sienta algo, yo me largo” y ella me dijo “dale a Dios una oportunidad”, me recuerdo que ese día oraron por nosotros y de veras, de veras no pase nada físico, nada, nomás que la mente está dañada porque todos los días me quería ir, esa misma noche me quería ir. Yo me quede en ese lugar porque me dijeron que Dios podía hacer la diferencia en mi vida, que Dios podía cambiar totalmente mi vida, yo me recuerdo que un día mientras yo estaba en ese lugar yo le dije a Dios, “Dios si tú deberás existir, tú tienes que cambiar esta porquería de vida que tengo”, y Dios comenzó a cambiar mi vida, Dios me dio un corazón nuevo.

Cuando pase por el programa y termine y me quede ahí, yo decía entre mí, “wuaoo, yo quisiera casarme, pero que hombre me va a mirar a mí, después que sepa todo el rollo de mi vida y especialmente un hombre latino, olvídate, no hay esperanza” pero Dios tenía a alguien bien especial para mí. Luego Joe se declaró y yo le dije que estaba loco que no me caía bien, no me gustaba, para nada me gustaba, siempre estaba diciendo chistes, siempre se estaba riendo y yo decía “que onda con este cuate, o sea, se le quedó el toque de la mota o ¿que onda?” pero así como es él, así lo conocí, o sea que todavía hay esperanza, ¿será que puede hacer algo en su vida? (risas en el auditorio)

En iglesia a donde nosotros íbamos , los hombre se sentaban aquí, y los hombres aquí (formato auditivo, pero se supone lo que intenta expresar) que como dice Joe que en esa iglesia no había esperanza para el matrimonio, y me pasó una notita y me dijo “agosto 5 nos casamos” yo dije “wuaoo”, luego paso otra vez y me dio otra notita “ a las dos de la tarde. Vale mas que estés ahí a tiempo y trae toda la lana que tengas” yo no tenía lana (risas en el auditorio) y aquí estamos, pero antes de casarme yo le dije a Joe “ sabes que Joe, yo no te puedo dar hijos, así que olvídate de eso” , cuando estaba en la calle en Nueva York, cinco hombres negros americanos me brincaron encima porque en ese tiempo estaba vendiendo heroína, me dieron una paliza con una bate, casi, casi me dejan muerta, lo bueno es que había un carro que venía y hecho las luces, sino me hubieran matado y por esa paliza me tuvieron que quitar mi riñon y tuve complicaciones, y me recuerdo que el doctor me dijo, “mira si algún día tu compones tu vida”, porque ellos sabían que yo era drogadicta. “nunca vas a atener hijos”yo dije, esta bien.

Antes de casarnos yo le dije a Joe “ yo no te puedo dar hijos” pero como él llevaba ya en esto un poco más, yo apenas estaba arrancando, él ya llevaba como cinco, tres años en el Señor si que era un hombre de fe, me recuerdo que me decía “Ten fe” y yo decía “esta loco” (risas) eso de Vietnam como que todavía le quedo algo, porque yo sabía que no podía tener hijos. Nos casamos y después de el año me comenzó a dar las cochinas esas que les da a las mujeres, hay Dios mío yo no se ¿cómo pueden tener más de dos hijos? No, no, no, yo me las vi bien mal y fui al doctor y ahí me dijo “oye “ que estas embarazada, yo “¿qué, cómo tu sabes?”, “pero estas embarazada” (aplausos en el auditorio)

Ya le dije a Joe y nació Mónica, luego Joe me dijo “¿otra vez?” (risas) porque los hombres son la estufa de gas, ¿se recuerdan? Hijole, esos cuates están dispuestos donde quieran y a cualquier hora. Pues yo no quería deberas yo no quería otro, porque yo me las vi muy mal para Mónica, los nueve meses casi en cama, todos los días vomitando, no, no, no que feo y::: pues tuvimos a Efraín (aplausos)

Lo que es imposible para ti en esta mañana, para Dios es posible, porque tu estas viendo una mujer a la que todo el mundo dijo “tú nunca vas a cambiar, tú siempre vas a ser una adicta, tú siempre vas a ser una prostituta, tú siempre vas a ser una lesbiana” nadie me deba esperanzas, que será lo imposible para ti, sabes que éste hombre en el pasaje que leemos, Dios le hizo una pregunta tan sencilla “¿quieres ser sano?”, fue la pregunta que Dios me hizo a mi cuando yo entré a ese centro de rehabilitación, todos los días me quería ir, cada vez que venía un predicador a predicar, decía “yo era adicto por diez años y Dios cambió mi vida y ya le llevo sirviendo al Señor 20 años” y yo decía “wuaoo, yo a pesar llevo aquí dos días y no se si la voy a hacer mañana” pero ha pasado 34 años y aquí estoy . (aplausos)

(...) yo no me avergüenzo en esta mañana de abrirme y decirles todo el rollo de mi vida pasada, ¿sabes porque?, porque la Biblia me dice a mi “de modo si alguno esta en Cristo, es nueva criatura, las cosas viejas pasaron y todas” no algunas “todas son hechas nuevas”. Yo no soy la misma ex adicta, yo no soy una ex prostituta, yo no soy una ex nada, yo soy una hija lavada por la sangre de Jesucristo.

En esta mañana Jesús te hace la misma pregunta ¿quieres? Todo depende de ti, yo tomé mi decisión hace 34 años atrás, así que yo le doy gracias a Dios por la mujer que yo soy ...

Entrevista #1

Fecha: 4 de marzo del 2010

Hora: 6:00 PM. con una duración de una hora aproximadamente

Nombre: Jorge Hurtado

Lugar de residencia: Ciudad de La Paz

Ocupación: Médico Psiquiatra

Instrumento: Reportera

Recopilación

En agosto de la gestión dos mil nueve, encontré una entrevista que había sido publicada en el año 2005, la misma contenía una entrevista con el Dr. Jorge Hurtado(...)

Averiguando que él mencionado era dueño y fundador del “Museo de la Coca”, me dirigí al lugar y ahí obtuve el número de su casa y de su teléfono móvil. Hice la llamada y la cita se concertó para principio del mes de enero, ya que él estaría fuera del país.

Contexto:

El día estaba oscureciendo, la cita se había concretado para el jueves 4 de marzo a las 18h00 horas de la tarde. Debía dirigirme al “Hospital Psiquiátrico” de la Caja Nacional de Salud ubicado en la calle Villalobos en la Zona de Miraflores.

El ambiente oscuro apenas iluminado con luz blanca dominaba en el ambiente, el olor a fármacos me distraía un poco de las actividades de la única enfermera en recepción.

(...). Fui recibida por una enfermera que me hizo pasar a una “sala de reuniones”, en el segundo piso. Adentro dominaba un ambiente frígido, en la antesala una mesa con ocho sillas alrededor, al fondo un par de sillones y una mesita central, donde nos acomodamos para empezar con la entrevista.

Entrevista:

Ivon: ¿Desde hace cuanto usted trabaja en esta área de la medicina?

Dr. Hurtado: 30 años

I: ¿Cómo concibe usted el problema de drogas?

Dr.: Como un problema de conducta humana, desequilibrio. En un sentido, y en el otro sentido también es un acto de sanación, de curación, porque las drogas originalmente son lo que (...) se llaman medicamentos, medicinas. Justamente las medicinas mas abusadas en tus términos, son aquellas que justamente tienen que ver con el alivio del dolor, el principal objetivo de la medicina, del doctor es aliviar el dolor; y como ejemplo nomás las tres plantas prohibidas, la humanidad ha prohibido tres plantas que les ha

llamado drogas, la marihuana, la amapola y la coca son los principales elementos para el alivio del dolor, por lo tanto son también altamente valiosos desde el punto de vista monetario- comercial, entonces terminas viendo de que la prohibición de las drogas, entre comillas, que es una abstracción absolutamente irracional; en realidad es un monopolio por el alivio del dolor, o sea, las trasnacionales farmacéuticas son las que han prohibido a estas plantas porque ellos venden sustitutos sintéticos de las mismas plantas, como no tienen patentes sobre las plantas pero tienen patentes sobre los derivados de estas plantas, entonces lo que hacen es generar un monopolio que tiene absolutamente fines comerciales, no tiene nada que ver con el tema de salud, absolutamente o sea, la prohibición quiero decir, la gente asume, yo te hago un desafío, anda con médico en general, de cualquier especialidad, y diles que defiendan la posición prohibicionista de las drogas, en que se basan, te garantizo que no hay un criterio científico, los médicos en general y estoy hablando de todas las especialidades sin excepción, especialmente en Bolivia y casi en todo el mundo, excepto muy pocos países, basan su conocimiento sobre el tema drogas, en la prensa, en las revistas, en las películas, pero ninguno en investigaciones científicas. Entonces, este, es una construcción falsa, o sea, es un paradigma que han creado que tiene fines de proteger los intereses económicos de algunas farmacéuticas, por un lado y que después se ha visto que son beneficiosas como manipulación de masas, porque unas cuantas farmacéuticas vean protegiendo sus intereses económicos a través de las patentes. Tú en cualquier aeropuerto del mundo eres objeto de violación de tu intimidad y de tu cuerpo, o sea el sistema tiene derecho a meterse dentro de tu cuerpo para proteger los intereses de muy poca gente además y entonces ahí han creado un fantasma llamado droga, que realmente es genial de cómo una mentira se vuelve realidad, y tiene más peso que la verdad, esto que te digo es algo que de alguna forma todos sabemos. Si te pones a pensar (...). Sin embargo tiene tanto peso esta construcción falsa que terminas creyendo que es verdad y de ahí sale una preocupación de ¿que? ¡Las drogas!, pero en este mundo si vamos trasladando un poco el tema, el término droga, vuelvo a repetir, es absolutamente mal utilizado, a un concepto médico, en el fondo lo que estamos hablando, para poner el nombre verdadero, se llaman dependencias, desequilibrio. Cuando tú consumes oxígeno estas haciendo una cosa saludable, que tal si yo te digo que también puede ser tóxico.

I: ¿En que sentido?

Dr. Si tú consumes mucho oxígeno te enfermas, (...) en este hospital cada ocho de cada día son los síndromes hiperventilatorio, son aquellas personas muy nerviosas que empiezan a respirar demasiado rápidamente, generar los típicos; encogimiento de la mano, las inconciencias, entonces ahí estas abusando del oxígeno ¿no?.

Dr. ¿Por qué comes carne?

I: Porque me gusta la carne.

Dr. Sí, porque me imagino que también eres una persona consiente y sabes que tienes que cuidarte.

Ahora, porque tiendes a consumir más carne

- I:** Por la necesidad
- Dr.:** Porque vives en una cultura que es carnívora por eso, o sea, como individuo tú libre albedrío es muy limitado, por más que vives en una supuesta sociedad libre, porque vives dentro de una cultura y esa cultura te determina, y en muchas formas, desde las costumbres simples, desde que tus papás te han acostumbrado a comer carne, mayores de lo que normalmente sería, hasta que el sistema de comercialización pone más al alcance eso que nosotros consumimos. Y de ahí viene obviamente también qué sí toda mi niñez he comido mucha carne, mi cuerpo va a tender a seguir haciendo ese patrón, entonces también es una cuestión educativa ¿no? Ya no es tanto, cómo que tú decidiste hacerlo.
- Y entonces de pronto vemos que el abuso de un elemento necesario para la salud se convierte en un problema de salud. Estamos hablando del colesterol, etcétera ¿no?.
- Pero resulta que tú aún, considerándote una persona normal, tal vez yo igual, comemos más de los que deberíamos comer, entraríamos dentro de tu concepto de abuso. ¿Y, qué hacemos con ese individuo?. Le tratamos, y sino funciona el tratamiento. ¿Esta mal el tratamiento?.
- I:** ¿El consumo de drogas es una enfermedad que se debe tratar?
- Dr.:** No, es un problema social. ¿De drogas?, otra vez volvemos al mismo tema. ¿Estamos hablando de drogas en el sentido real o en sentido peyorativo?, ¿la aspirina entra dentro de tu concepto?.
- I:** Póngase, si se toma cinco aspirinas por día, es un abuso total, entonces ya se esta abusando de una droga.
- Dr.:** Mira, ¿Tú sabes que es un estupefaciente?
- I:** Ideológicamente (risas). Son sustancias que tiene la capacidad de estimular y cambian el comportamiento del sistema nervioso en el ser humano.
- Dr.:** No existe ese término, no hay. En la terminología médica no existe ese termino.
- I:** ¿Y de donde habrá salido?
- Dr.:** Se lo han inventado los políticos, las fuerzas políticas se han inventado el término estupefaciente. Y cuando definen estupefaciente, dicen, es todo aquello que nosotros decimos que es estupefaciente. Y cuando decimos, ¿qué es estupefaciente?, (entre risas) es droga y ¿qué es droga? es estupefaciente. (Pausa) Tienes que entender que ya estas pisando un campo, que fundamentalmente es una mentira, llena de vueltas y de engaños y de mentiras. Esa cultura ha sido manipulada, ni si quiera es real, entonces, dentro de una cultura que manipula un concepto medico, que lo aplica como quiera, que lo vuelve político, que lo vuelve económico. Lo que pasa es que cuando se habla de drogas ya estas errando.
- I:** ¿Cuál sería el término? ¿Cuándo hablo de cocaína, de pasta base y de marihuana?
- Dr.:** Mejor dilo así, abusadores de cocaína ¿ya?, ¿vas a hacer una diferencia entre los abusadores de cocaína y de sexo?. Es lo mismo, ¿vas a hacer una diferencia entre abusadores de marihuana y abusadores de pareja?.
- I:** Pero los efectos son diferentes.

Dr: Los dos te pueden matar, los dos te dañan, los dos te desequilibran, los dos te producen daños económicos, biológicos, psicológicos. ¿Cómo distingues?
No crees tú que para tener una idea, debes hacer una comparación, porque si dices que voy a estudiar a los abusadores de cocaína. Se puede hacer, pero ¿basado en el objeto?, entonces creas un sesgo. Porque el abuso de cualquier cosa en el fondo, desde el punto de vista del ser humano es lo mismo. El objeto de abuso del ser humano. Las personas más depresivas tienden a usar más la cocaína, y las personas más ansiosas tienden a usar más de la marihuana, por ejemplo, porque unas son más ansiolíticas y otras más antidepressivas, depende del problema humano. Y de su educación, y de su genética y de lo que come. Y de su pareja, y de su mamá y de su papá. Y de su medio ambiente, y de que, hoy día estamos aquí nerviosos porque no sabemos como vamos a ir a al casa porque al Evo se le ocurre a hacer un disparate (refiriéndose al feriado producido por el transporte público) ¿Y que de los abusadores de alcohol? En una sociedad donde no solamente es permisible legal, sino es obligatorio, y donde una ley se contrapone a toda la cultura, a toda la cultura alcohólica!. Toda la humanidad es alcohólica, casi toda.

I: Pero eso no significa que este bien.

Dr: No, pero hay modos de hacerlo. El abusador de alcohol por ejemplo, maneja mucho mejor que el abusador de cocaína, ¿por qué?. Por cultura, porque tiene esa experiencia, vos avisto a tu papá, a tu mamá, a tus amigos a tus tíos. Sabes como se mueve el alcohol. De pronto en una reunión familiar has visto que aquel que ha tomado mucho está haciendo sonseras y dices, yo no voy a ser como ese. Tienes una orientación cultural, en cambio la cocaína, no tienes nada, porque como es prohibido todos lo hacen de ocultas y nadie tiene parámetros a medida, entonces ¿cómo manejas eso?.

Los seres humanos sobre todo somos sociables, fundamentalmente sociables, entonces nuestra conducta esta basada mucho en la sociedad y eso, es antropología, entonces la prohibición es otro problema. Cuando tú empiezas a hablar directamente de drogas, estas empezando a hablar de la prohibición, porque drogas es significado de prohibir, realmente hablando.

I: ¿Bueno, usted que tipo de terapias propone?

Dr: Yo cuando trabajo con terapias, no me importan los objetos, yo trabajo con la persona. Cuando trabajo por ejemplo con personas que tiene dependencias a lo que llamas drogas, o abusos o lo que quieras llamarle, respecto a un objeto que se mete a su cuerpo y que le produce cambios, yo nunca hablo de la droga, a mi no me importa la droga, porque yo se qué, y::: nos ha pasado, le hemos quitado la heroína a una paciente de Eslovenia , porque nos han mandado aquí unos amigos, y me dicen, “nuestra hija esta mentida en heroína, te la estamos mandando a Bolivia, además tú eres especialista en el campo, no las pueden ayudar, además en Bolivia no hay heroína y aunque que quiera no puede tomar.” (risas)

Apareció la chica aquí, y::: realmente una adicción potente, porque la heroína y el alcohol producen ese tipo de (...). Y, evidentemente aquí caminaba más tranquila, porque aquí no hay heroína, sufrió un tiempo y después a pareció contenta y después se volvió a ir, y cuando la encontramos

estaba pasada en cocaína. Teniendo que la cocaína y la heroína farmacológicamente son absolutamente opuestos; es como el día y la noche. Entonces yo digo, es lo mismo, que importa lo que consuma, si tienes el desequilibrio este, cualquier cosa te sirve y si no son esas dos, alcohol pues!

I: ¿Cuál es ese desequilibrio?

Dr: Ya te dicho, por ejemplo, los depresivos tienden a abusar de la cocaína, los ansiosos de la marihuana, porque la marihuana es un tranquilizante, y los ansiosos depresivos del alcohol porque el alcohol tiene los dos, es estimulante y es tranquilizante.

I: Esta basado en trastornos mentales. ¿Hay gente depresiva que no consumen drogas, entonces tendrán otro tipo de “adicción”?

Dr: Claro, no han tenido tal vez la oportunidad, no se les ha dado la oportunidad para hacerlo. Uno, porque el medio no les ha ofrecido, tal vez porque sus controles respecto a eso son mayores, he::: tal vez han sustituido con alguna otra cosa; con la pareja, con una religión, con un trabajo, los adictos al trabajo por ejemplo, no se los considera. Los adictos al dinero, son considerados héroes, en esta sociedad mercantilista.

I: Pero volviendo al tema de la chica, ¿cómo ha trabajado con ella?

Dr: Para mí eso es un síntoma, es cómo cuando tú vienes con fiebre, a mí que me importa tu fiebre, yo te voy a dar algo para tu fiebre y listo. A mí lo que me interesa es por qué tienes fiebre. Voy a ir a buscar una infección (...). Tú fiebre va a pasar nomás, no me importa, tú fiebre me interesa porque me advierte de que estás con una infección, no me interesa en el fondo hacer nada con la fiebre, la fiebre va a desaparecer una vez que soluciones tú problema. Es lo mismo, persona que esta abusando de algo es porque tiene una enfermedad de alguna clase, un desequilibrio, una necesidad insatisfecha o ganas de matarse, porque, los humanos damos por hecho que todos quieren vivir, no! No todos quieren vivir, otros quieren morir, y cuando tú les dices, o lo que escucho en las terapias vulgares, “la droga te va a matar, ¿así?, que bien porque eso es lo que quiero en el fondo”. Primero hay que preguntar si quiere vivir o quiere morir. Las terapias sociales que han existido, como el famoso “no a las drogas”, en el fondo han sido un estímulo para consumir más. Sobre todo que invita, porque el adolescente siempre es contradictorio, ese es su valor.

I: ¿Cómo es la relación del consumidor abusivo de drogas y usted?

Dr: Hay dos tipo, hay unos que no quieren saber nada de curarse y que quieren morir, aunque ellos no lo sepan, y hay otros que si quieren ayuda, para controlar alguna clase de trastorno que tengan. Entonce son dos tipo, entonces los primeros viene a la mala, esa chica no vino porque estaba de turismo, la mandaron, la botaron, no sabían que hacer con ella. Entonces ella no estaba buscando una solución, para ella no era un problema. Ella era un problema para la sociedad, no para ella.

Primero hay que preguntar, ¿quieren morir? O ¿quieren vivir? Yo he visto las terapias que hacen, “te vas a morir”, sí claro.

I: ¿Cómo fue la terapia de la joven de Eslovenia?

- Dr:** Es un ejemplo extraordinario, pero aquí hay de vez en cuando, no encuentras ese es el problema (...)
- I:** ¿No vienen?
- Dr:** No hay, les ruego para que vengan.
- I:** Pero en sus treinta años ha debido tener experiencia
- Dr:** Poquísimo, no hay, porque los alcohólicos, sí! A patadas, de diez pacientes, entre siete y ocho son alcohólicos. Y de otros fármacos, a veces medio cuarto.
- I:** ¿Cómo han recepcionado sus terapias?
- Dr:** Los abusivos, en general no necesitan terapias, en los abusivos viene al hospital cuando se vuelven dependientes, o cuando tiene una sobredosis. Muchos alcohólicos se han vuelto dependientes de la cocaína, y muchos dependientes de la cocaína se vuelven alcohólicos, y después terminan consumiendo todo al mismo tiempo.
No es tan simple, yo en vez de eso me pregunto más. ¿Será que a este tipo le podemos aliviar la depresión para que deje de buscar antidepresivo? Yo digo, los drogadictos son enfermos que buscan en forma errada una autotratamiento mal llevado.
- I:** ¿Usted habla desde la biomedicina?
- Dr:** Obviamente, yo puedo hablarte desde mi contexto. Pero en el fondo todos son equivalentes, no encuentro gran diferencia, son diferentes lenguajes. Antes de hablaban del espíritu y de la energía y los conceptos son similares, yo la verdad no hallo gran diferencia. Yo tengo un poco de polémica con este aspecto, no estas hablando con la persona más indicada, porque, por ejemplo yo tengo una formación ecléctica como psiquiatra, (...) psicoanalíticos obviamente, he estudiado el Conductismo, la Gestal, he llegado a la conclusión, mi (...) como psicoanalítica corresponde (...) es mismo, no encuentro diferencia. La aproximación nomás es diferente, la terminología nomás es diferente, en el fondo estamos haciendo lo mismo, lo explican de diferentes formas nada más pero es lo mismo, yo no veo una diferencia fundamental, claro si entramos en detalle, pero en el concepto general no hay una diferencia, la otra vez estaba, hace mucho años, estaba leyendo el “bagabagguita” es por decir, es la iglesia del Hinduismo, es decir, esto es un manual psiquiátrico (refiriéndose a la iglesia) (...)yo encuentro eso, este te da las bases prácticas de cómo vivir bien, de cómo vivir saludablemente, en cuerpo y en espíritu. Solo que se vuelve inaplicable porque vivimos terror, en una sociedad absolutamente moderna, alguna me viene y me dice, conoces las flores de “bag” como tratamiento, yo les digo sí, ha debido ser maravillosos cuando los hombres eran puros, los humanos eran inocentes, entonces con un olorcito nos curábamos, pero a ver anda a un hospital moderno ahora, vas a encontrar taladros, serruchos eléctricos, martillos para curar. Los humanos modernos para mi son, somos, monstruos ¿y pruebas?, el planeta, el planeta que habitamos, nuestro hogar, nuestra madre deshecha, somos monstruos ¿no?
- I:** Volviendo al tema (entre risas). ¿Cree que el aislamiento del viejo círculo social, es importante para que la terapia funcione?

Dr: Como yo le voy a decir a un roker; sabes que?, aléjate del rock, métete a la cumbia, es mas alegre, me va a decir que soy un estúpido, y tendría razón. Si bien es cierto, desde un punto de vista, formal, pero no es real desde el punto de vista que, no puedes cambiar a una persona. Es como ¿estas triste?, te vamos a jalar tus comisuras para que tengas una cara mas sonriente y no vas a estar deprimido, o sea, es un maquillaje, ojala si pudiéramos hacer eso, sería fantástico se podría, peor no se puede, sería ideal. Yo creo que eso lo vamos a hacer en el futuro, cuando psiquiatría llegue al punto de que tú como paciente vengas aquí, te pongamos un casco con electrodos, entramos a tu sistema, ¿no? la pantalla, borramos, ya no te va a gustar más el rock, te va a gustar la cumbia. O sea, eso no funciona así

I: ¿No funciona?

Dr: No funciona así, y tú misma lo has dicho, o sea, el cambio que queremos hacer es de afuera hacia adentro, no, el cambio tiene que ser de adentro. (...)

I: ¿Pero el alejarte también sirve o no?

Dr: Tiene que nacer de ti, cuando te alejas de algo que quieres, lo único que haces es pensar en eso. No es así, no funciona así, ese es un pensamiento demasiado ingenuo, utópico total. he llegado a tal relación de profundidad con estos, entonces sé como piensan, porque comparto con ellos. Hace años había un instituto de investigación que ahora es la Cruz Blanca, yo estaba buscando ocupación, me interesaba el tema drogas, me interesaba la psiquiatría y ahí (refiriéndose a aquella institución) me encuentro con un vecino mío, que era conocido, en mi barrio sabían que fumaba “porro” que era el hippie del barrio, el men ¿no? amigo, conocido, vecino. Lo encuentro con sus suero y le digo ¿qué haces aquí?, ¿con que te has envenenado?. Y me dice, “no hermano, he fumado marihuana y me están poniendo suero”. A ver dime, ¿va a respetar a esos médicos este señor?, ¿que clase de tratamiento puede ser efectivo?

Van a matar a los pacientes, pero de risa, si se portan así hacen un papel un tanto ridículo ¿no? y te diré que en general ese es yo diría eso es como una caricatura de la relación médico/ paciente, en cuanto se refiere al tema entre comillas de drogas.

Es que se parte, como yo le digo a los médicos, los médicos incluidos los psiquiatras tiene su información de drogas de, la prensa, de las revistas sensacionalistas, de la prensa roja, de la prensa amarilla, de la televisión, de ahí sale. A ver anda, como parte de tu investigación, a la facultad de medicina y que te digan quien es el profesor de fármacodependencia, de drogodependencia o lo que quieras saber, y ¿qué materia es esa?. No hay, perdona, es que quiero que te convenzas también, a veces cuando yo hablo con gente profana como que salgo un poco de los límites. Uno de los poco países que tiene una carrera de drogodependencia es la (...) en España, el resto no conozco, seguramente que los últimos años (...) pero fundamentalmente no existe. Aquí en Bolivia particularmente, no hay, entonces de donde sacan, de donde sabe la información, de que libro.

I: Eso quiero saber, yo he llamado una vez a Infodrogas y me han dicho que hay aproximadamente 38 centros de rehabilitación en la ciudad de La Paz.

Son centros de rehabilitación para “drogodependientes” y “drogadictos”. No los quiero llamar así, suena muy feo. Consumidores abusivos, mejor.

Dr: Entrando un poco al formalismo, dependencia, es una situación donde se cumplen algunos criterios, para llamarte dependiente tiene que haber una historia de incremento de tus dosis, tiene que haber un complejo llamado abstinencia (pausa) fundamentalmente, sino hay abstinencia no hay nada.

I: ¿Es totalmente físico?

Dr: No, también psicológico, porque la dependencia también puede ser física o psicológica. Por ejemplo la cocaína no da dependencia física, tú puedes quitar la cocaína de un día para otro. Quieres pero no hay, pero ¿a ver a un alcohólico quítale el alcohol?, se muere.

I: Yo una vez leí un libro de química que decía que la cocaína era una droga potencialmente adictiva.

Dr: Científicamente no es, yo he trabajado en Europa con heroínómanos y no, si no le das al heroínómano se muere. Una gran mayoría, una gran parte, casi se muere. Entonces, todo eso, hay que darles y sacarles poco a **poco**.

I: Así los tratan, ¿reduciendo sus dosis?

Dr: Claro, ahora se usa sustitos como la metadona, es lo mismo, no es peor. La metadona es legal y hay una farmacéutica que se hace millonaria con la metadona y la heroína es ilegal. En realidad la heroína fue un tratamiento para la morfina de ahí hicieron el negocio, y cuando lo legalizaron entonces inventaron este otro.

I: ¿Cuanto tiempo han necesitado los heroínómanos para rehabilitarse?

Dr: Mira, hay de todo, hay gente que, ahorita se me viene un ejemplo local. El otro día viene a visitarme un ex paciente mío que he tratado hace diez años atrás, lo trate un par de años, y::: fue tan bien su tratamiento, el tenía una dependencia de alcohol de veinte tantos años, mejor dicho la mayor parte de su vida era alcohólico, esa vez. Lo tratamos durante dos años y fue tal el éxito que este paciente se convirtió, en lo que llamamos, monitor o en un terapeuta, ex dependiente, es típico ahora de los centros de tratamiento, que ex adictos se ocupen de la terapia, me parece fantástico porque actúan como los mismo adictos (...). Y regresa diez años después, yo había perdido contacto con él, yo deje de ir a ese centro pero yo tuve noticias a través de las personas. Un día aparece acá y me dice he recaído. Ven a verme cada diez años cada q recaigas.

I: ¿Cómo lo ha tratado?

Dr: Psicoterapeuticamente, esa ya es toda otra ciencia, entonces llegamos ala conclusión de que::: (pausa) Se sentía fracasado, pero yo le decía yo soy mas alcohólico que vos. Yo le decía, yo bebo por lo menos una vez al mes, unos cuantos vasos de vino, una copa de whisky nada más. Pero aún así yo bebía más que tú.

I: ¿Pero el estaba arrebatado entonces?

DR: Y tenía razón, también porque su idea era, que, habiendo dejado diez años esto, recae. Y el alcohólico es así (...) Una vez que eres dependiente, nunca más dejas de serlo, ahora que controlas, a eso llamamos curación, control. Pero eso no quiere decir que el problema ha desaparecido, porque el día en

que ese señor (...) “Diez años, ahora yo puedo yo beber con medida”, porque fundamentalmente hablando de alcoholismo que es más común, pero puedes aplicarlo a cualquier droga. Fundamentalmente es un desenfreno, que no hay freno, el que no es alcohólico, el que no es drogadicto, puede decir. Yo esta noche me tomo tres cervezas y se toma las tres cervezas.

I: ¿Usted cree que este individuo pueda reinsertarse a la sociedad a la que pertenece?

DR: Los abusadores son los más adaptados (entre risas), por ejemplo hablando de alcohólicos, los abusadores de alcohólicos son las almas de las fiestas.

Entrevista #2

Fecha: 11 de marzo del 2010

Hora: 5h30 PM. Con una duración de una hora aproximadamente

Nombre: Rodolfo López

Lugar de residencia: Ciudad de La Paz

Ocupación: Médico Psiquiatra

Instrumento: Reportera

Entrevista

Ivon: ¿Hace cuanto trabaja en esta área de la medicina?

Dr: Lopez: ¿La ciencia, el campo que llamamos de las adicciones? yo creo que desde el ochenta y cinco, ochenta y seis desde que terminaba medicina, empecé a hacer psiquiatría, me interesaba la enfermedad, ¿no?, colabore en un proyecto de investigación, para investigar como validar un cuestionario, un test que detecta alcoholismo, que mide alcoholismo. Eso me obligo a leer más sobre alcoholismo, comprarme unos libros y cosas y después, bueno este trabajo se hizo pero no se llevo a publicar. Llego el año noventa y::: ,antes de eso me invitaron a trabajar con un instituto de estudios sobre la coca, entonces he::: y de la coca médica, usos terapéuticos de la coca, entonces ahí coincidimos con el Dr. Hurtado desde esa época y entonces este::: bueno el otro campo, otras cosas ¿no? del tema de la adicción a la coca, y el año noventa y seis ya mi tesis de especialidad con ese estudio de alcoholismo que habíamos realizado, en población normal y en población alcohólica aplicándoles el mismo cuestionario. Entonces eso te hace entender para diagnosticar qué criterios se usan para decir, esto, esto, esto es el alcoholismo. Después el año noventa para adelante trabaje con la comisión de lucha antitabáquica, entonces aprendí que había un test, así como el que usaban para el alcoholismo, uno de tabaco que es el test de (...) entonces, se basa en criterios también médicos, fisiológicos psicológicos, cosas así ¿no?. Ya en el noventa cinco, noventa y seis ¿no? trabaje en el noventa, trabaje en el Consejo de::: Consejo Nacional de Prevención de Drogodependencias y después se llamó Dirección Nacional, le cambiaron el nombre. Después me pase al Viceministerio de prevención y rehabilitación en el Ministerio de Gobierno. Esto fue por el noventa y siete, y::: después trabaje con las

Oficinas de las Naciones Unidas contra las drogas, el dos mil uno, y luego me fui a los Estados Unidos al programa de epidemiología de drogas de la universidad, de la escuela de salud pública (...) para aprender más de metodología y de repente me quedo por allá, pero no!. Cuando he vuelto entonces he seguido trabajando desde el dos mil seis en un hospital psiquiátrico directamente con pacientes, voy vuelta a la clínica, porque en una época estuve más en lo social, de la prevención, investigaciones, en la parte medio política también ¿no? de (...) y ahí estoy hasta ahora. Con mi experiencia de trabajar en adicciones, he::: desarrollado por ejemplo, un programa de terapias de grupo todos los viernes, menos este que no voy poder, para personas que tiene diferentes adicciones y lo interesante de usar el mismo modelo, para ludopata, el que usa cocaína, el que usa es alcohólico, el que fuma; hemos tenido en el mismo grupo gente que todos se dan cuenta que tiene cosas en común. Hay un dicho que tenemos en este campo que se dice; “es la misma enfermedad y son diferentes drogas”

I: ¿Cómo llega a concebir usted el consumo de drogas?

Dr. Mi punto de vista es muy amplio, o sea no hablo de la parte legal o ilegal sino, la pregunta de cómo lo concibo, no sé. Hay gente que no lo usa y no pasa nada y hay gente que la usa y se vuelve adicta ¿no?, entonces el problema de ella no es en la droga misma, es en la persona.

I: ¿Usted cree que el consumo de drogas es una enfermedad?

Dr. Si, creo que es una enfermedad, porque cumple criterios físicos y psicológicos, por ejemplo para el alcoholismo se han definido, creo que son siete criterios y he::: que no estaban muy claros hasta el año sesenta, a partir del año setenta y cinco un profesos inglés describió, publicó y defendió lo que él llamo el síndrome de dependencia al alcohol y eso lo asimilo la OMS. El año ochenta se revisa la “Clasificación de Enfermedades de la Sociedad Psiquiátrica Americana” , que se llama DSM4, no DSM3 en ese momento en ese año. O sea Manual diagnostico y estadística, tercera revisión y entró los criterios de Dr. Eduard sobre alcoholismo, entró ya a las clasificaciones de la OMS y de la Asociación Psiquiátrica Americana, entraron como guías para que en todo el mundo se acepte como enfermedad y que se acepte el alcoholismo por ejemplo, y se acepte que si y que si tiene criterio uno, dos, tres, cuatro, es, sino los tiene, es por eso que si se considera una enfermedad.

I: ¿Qué terapia propone desde su postura?

Dr. Cómo decía, la droga no tanto es el problema, sino la persona puede entrar en un consumo de diferentes niveles, o sea, ocasional, de acuerdo a la cantidad y la frecuencia que usa, se hace más fuerte y más pesado. Cuando el consumo se vuelve mas fuerte ya le trae problemas, y ya llegamos al primer nivel digamos, que es el nivel del abuso, y yo uso este modelo (mostrando

desde su escritorio un esquema utilizado para determinar el nivel de consumo), (...) no hay que pasar esta barrera porque sino se llega a la dependencia o la adicción. Esta es la que cumple los criterios, control, tolerancia, abstinencia, compulsión, la pérdida de control es la fundamental, la persona aquí ya no puede tomar un trago y parar, toma uno y no para más. Acá sí (siguiendo su esquema), el tratamiento cambia, acá necesita volver a ser un bebedor responsable, o sea, darte cuenta que hay un abuso y el abuso se determina por cantidad, más frecuencia, más problemas; c más f más p. Este es abuso, pero dependencia, los problemas, la cantidad y la frecuencia siguen siendo un mal peor todavía. Pero hay pérdida de control, hay continuación, tolerancia, abstinencia, compulsión. A esto me refiero.

I: ¿Cómo usted se habrá dado cuenta me he quedado en el abuso?

Dr. Si tu buscas la clasificación de las enfermedades mentales este capítulo se llama “trastorno mental y de la conducta por consumo de, entonces hay alcohol, marihuana, tabaco, cocaína; el alcohol tiene trastorno con nivel cero uno, dos, tres y cuatro; el cero es intoxicación, el uno es el abuso, el dos es la dependencia (...). Intoxicación puede pasarle a alguien que esta acá, una secretaria el día de la secretaria, la llevan a comer, la llevan a farrear y acaba en la clínica botando todo. Pero al día siguiente esta pésima, al tercer día esta mejor, pero al cuarto no lo vuelve a hacer. Entonces no es alcohólica, no tiene abuso, pero si tiene intoxicación. Es como que no quieres fumar, pero fumas un día una cajetilla, te pones mal, entonces la gente igualito (...) entonces es la cantidad, la frecuencia y las consecuencias lo que determina cada cosa como se ve cada cosa. Yo uso eso modelo, lo tengo en mi mente con muchos detallitos, cuando viene una persona y me cuenta, entonces yo trato de pensar, ¿y a este donde lo pongo?. Según lo que él tiene le digo (...) estas en este nivel, como digo, acá en el alcohólico la conducta es volver al beber responsable, es decir, bajar la cantidad y la frecuencia, y obviamente van a bajar los problemas. Le hago ver los problemas para que baje en más cantidad. En cambio acá (señalando su esquema) cuando hay dependencia dado que ya no hay control, no puedo decirle, tome menos, porque no hay menos, hay nada. Aquí es la abstinencia y es lo más difícil. Imagínate que tú tienes veinticinco años, entonces, a tu edad te digan; ah! Tienes este problema, sabes que el alcohol no es para ti, por algún motivo te has vuelto dependiente, y ¿sabes qué? Tienes que dejar de tomar de por vida en este país, en Bolivia donde el alcohol (...)
Muy duro ¿no?

I: ¿Cuándo están en estado de dependencia usan pastillas para tratarles?

Dr. Si, en la dependencia trabajamos con medicamentos, porque cuando es síndrome de abstinencia, y cuando hay pérdida de control, la persona generalmente llega al doctor mal ¿no?, que ha estado intoxicada no por una vez, sino por una semana. Mucho tiempo de que consume, entonces se usan fármacos para tratar el síndrome de abstinencia y ahora, depende de la droga,

en el caso del alcohol lo más común y lo más frecuente, yo lo hago con frecuencia y lo hago bien es ah:::, como el alcohol es un depresor del sistema nervioso, le quito el alcohol, le pongo un suero, lo hidrato, le pongo vitaminas, sales todo, y::: tranquilizantes, porque los tranquilizantes también son depresores del sistema nervioso, el alcohol lo es y valium y el diazepam también son depresores, evita el efecto de rebote que es la abstinencia, al no consumir o después de consumir diez días, quince días, un depresor del sistema nervioso el día que paras viene un síndrome de supresión, de rebote o de abstinencia y viene una excitación del sistema nervioso, y esa excitación produce todo el síndrome de abstinencia que es; insomnio, temblores de las manos, sudores, el cuerpo, la parte (...) diarreas, nerviosismo tremendo, no poder dormir el insomnio ¿no?. y luego llega a tener tal confusión que puede tener confusión y delirio , “delirium tremens”, ese es el extremo de la abstinencia de alcohol. Para evitar eso se usan depresores del sistema nervioso y vitaminas para proteger el sistema nervioso ¿no?. Pero fármacos, fármacos para las adicciones no hay, ayudan, pero no hay la pastilla para curar estas cosas (...).

I: ¿Ha trabajado con consumidores de pasta base y cocaína?

Dr: Sí

I: ¿Qué les recetaba?

Dr. Ha algunos ansiolíticos, anti convulsivantes, por ejemplo a algún anti sicótico que baja la ansiedad esa por la abstinencia. No son específicos, el paciente no entiendo eso, el paciente cree que le están dando algo que es para eso, entonces, uno no le va a decir que es no es exactamente, que no existe, pero que si le va a ayudar (...)
Le va a sedar, le va a clamar, van a bajar la desesperación, pero no va (...)

I: Claro, y respecto a la relación que tiene con sus pacientes ¿cómo es?

Dr. Si, un problema es el abandono del tratamiento que es muy alto, otro problema también es, creo cultural, las expectativas que trae el paciente y la familia del paciente, “el doctor López ha trabajado años en esto, ha estudiado acá, aquí y allá, que no se qué, que no se cuanto entonces el tiene la solución”. Pero es una expectativa que no siempre es real, o sea, si el paciente no quiere cambiar no va a cambiar, por eso hay el chiste, “¿Cuántos psicólogos se necesitan o porque se necesitan cuatro para cambiar un foco?”. Porque depende del foco que el foco quiera cambiar. Entonces hay mucho abandono, lo que se trabaja (...) trabajar con la motivación del paciente, “yo vine aquí” y dije “y me esta dando poliglobulia, enficemia, me ha dado un infarto y me tengo que dejar de fumar y no puedo dejar de fumar.” Entonces todo el mundo le dice, “tienes que dejar hacerlo” (...). Yo trabajaría sobre la motivación, que vas aganar haciéndolo, que vas a cambiar, que vas a lograr y porque no puedes lograrlo. Se trabaja con el

incremento de la motivación básicamente ¿no? del cambio, “en el proceso del cambio”, hay otra (...) que se llama “etapas del cambio” (...).

Otras es, motivación intervencional breve, son técnicas que hay, terapias de grupo, entonces el grupo, al ver que todos tienen lo mismo, que no están solos, que si ellos cambian, tú puedes cambiar. Entonces los individuos entran pues en competencia, entonces uno más narciso dice “yo lo voy a dejar, yo voy a poder”, sí el puede porque no puedes tú. Entonces el otro también dice “yo también voy a poder y voy a estar una semana sin tomar”

I: ¿Cómo se identifican los consumidores de drogas cuando vienen a su consultorio?

Dr. Es frecuente, depende del nivel de comprensión que tenga la persona de su persona. Algunos no lo reconocen, dicen “sí, estoy tomando mucho, estoy consumiendo, pero yo lo dejo, yo puedo, estoy viniendo es que mi familia es el problema que me obliga”, la verdad no tiene mucha conciencia, pero otros, así vienen ¿no? y nuestra cultura es bien bonita, dicen ¿no? “el alcohol me ha vencido”, porque viene acá (...), “ahora estoy tomando tres, antes tomaba así poquito y ahora es cinco, diez días no puede ser, he perdido mi trabajo, mi mujer me ha esto, ha pasado esto, esto”. Entonces ya viene una etapa de alta motivación, o darse cuenta, así, ver claramente como se dice en el (...) estas tocando fondo ¿no?. Entonces decimos, cada quien tiene que tocar su propio fondo, tiene que encontrar el por qué no le conviene seguir así.

I: ¿Usted cree que el aislamiento del viejo círculo social es importante para que el tratamiento dé resultado?

Dr. Si, si muchas veces el paciente se ha envuelto en un círculo social negativo ¿no?, entonces saben que... no juntarse con gente que consume, que fuma, que toma y cambiar de hábitos ¿no?. Incluso cambio de religión, buscarse una chica evangélica. (...)

I: ¿Cuánto tiempo requiere un consumidor de drogas para rehabilitarse?

Dr. No hay un parámetro, pero noventa días, en base científica te puedo decir que; se sabe que la adicción cambia el funcionamiento del cerebro, si este fuera un cerebro (describiendo con un dibujo la actividad neuronal del cerebro), que lo estamos mirando en vivo, como foquitos de navidad se prende todo pero en el adicto solo se prende esta parte, y esta parte no, en el adicto que esta en consumo, cuando pasa un mes, dos meses, tres meses, a los noventa días otra vez empieza a activarse áreas frontales, este es el lóbulo frontal (describiendo la actividad a través de un dibujo), va recuperando en el lóbulo frontal la capacidad de decisión, el adicto la pierde, por eso no tiene control pues ¿no?

Una de las explicaciones biológicas, neurofisiológicas de la adicción, es que la actividad neuronal de las partes de la planificación de cerebro se apagan,

entonces se pierde la voluntad literalmente, ahí dicen; “no se que hacer, no puedo parar” o prometen pues, con un lado habla bonito y con el otro lado no puede parar (...)

I: ¿Usted cree que es posible que este consumidor pueda reinsertarse a una determinada realidad sociocultural?

Dr. Puede, he visto casos y casos que han hecho su rehabilitación, después han hecho mucho trabajo psicoterapéutico personal, buscando cambiar y encontrar la otra parte, que también es otro modelo (...) es el modelo del Iceberg, acá vemos alcohólico, alcohólica (señalando su dibujo) o adicto adicta, y acá vemos, hay un montón, pero otros tienen un problema debajo de la misma enfermedad, la misma enfermedad tienen todos (...) pero este tiene otro problema asociado, el problema asociado es el trastorno de personalidad o el trastorno mental (...). Yo estoy trabajando con trastornos de personalidad, cuales son los trastornos de personalidad que más se asocian al alcoholismo, lo que está descrito, personalidad narcisista, inestable (...) y en el caso de trastornos alimentarios, mi trabajo son; anorexia, anorexia, bulimia, chicas con personalidad obsesiva compulsiva.

I: ¿Será sano para el consumidor reafirmarse como adicto?

Dr. Para algunos sí está bien, para otros no está bien. Pero porque hay gente que deja adicciones no se si solo por su cuenta o no se. La experiencia me ha mostrado, porque yo hago historias clínicas (...). Gente que ha dejado de fumar. Viene y me dicen “he dejado de fumar”.

Entrevista #3

Fecha: 13 de mayo 2009

Nombre: Jaz (Seudónimo)

Lugar de residencia: La Paz

Ocupación: Estudiante

Instrumento: Cuaderno de campo y reportera

Contexto

La habitación tiene paredes blancas. La puerta se halla casi al pie de la cama. Una ventana grande escolta la parte derecha de la cama. Del lado izquierdo se halla una pequeña mesa de noche cubierta con un p`ullu, sobre el cual reposa un aparato de sonido. A un metro de distancia aproximadamente colgando, se encuentran un par de lámparas esféricas en colores azul, celeste y blanco iluminando con luces blancas casi toda la habitación durante las noches. A continuación un mueble naranja opaco, en el que reposa un viejo computador blanco.

El piso recubierto con una alfombra tapizada en color verde. En la parte frontal del computador se halla un librero con seis espacios divisorios de color café. a mano izquierda en frente de la cama se halla ubicado el ropero empotrado sin puertas con espacios divididos, incluido en la parte superior. a mano izquierda del ropero, se ubica el baño, la puerta esta cubierta con una polera estampada. A mano derecha un mesón que marca el espacio para la cocina.

Al fondo un pequeño lavaplatos y hornalla eléctrica. Todo comprimido en un solo espacio, excepto el baño aunque igualmente forma parte interior de la habitación. La melodías musicales resuenan en el interior de la casa al sonar las ocho en punto de la noche.

Entrevista

Ivon: ¿Contame, como estas?

Jaz: ¿Cómo estoy?

I: Sí

J: ¿A que te refieres, en que sentido?, ¿cómo estoy?, estoy bien (...), estoy un poquito, así, como presionada en este tiempo, porque hay que escribir pues, full. Pero después estoy super bien. Estoy tranquila.

I: ¿Esta todo bien, ya no te deprimes?

J: No como::: hace tiempo que no me deprimó.

I: Que bien, porque es horrible, y como esta el (...)

J: El (...) con el (...) todo bien

I: Oye, el (...) además de fumar marihuana, ¿Qué consume?

J: Tuche

I: ¿Jala?

J: Jala y fuma, la verdad no le mete mucho, de vez en cuando.

I: ¿Entonces no es lago que planeas?

J: Claro, no es algo que planeo en realidad las cosas son casuales.

I: ¿Por la gente?

J: Es que parte también de la predisposición de una, porque la gente siempre tiene ¿entiendes?, yo le puede llamar al (...) y ya me lo consigue, ellos si compran, yo no compro tuche, jamás, bueno mentira (risas) en ese tiempo en el que estaba así full, te acuerdas que te contado ¿no ve?, que he caído con pasta:::: y compraba o sea si había que escoger, siempre tenía pasta, alcohol, mota y coca. Porque estas veces yo tenía dinero me habían pagado muy bien en el Beni, me pagaba cien dólares a la semana o algo así, yo estaba re mal por lo del (...) cagada estaba, tenía que comprar drogas.

I: ¿Horrible ha sido?

J: Si, (...) pero después he salido de las drogas (...) y he vuelto (...) y así.

I: ¿Después de aquello seguiste consumiendo pasta base?

J: De vez en cuando

I: ¿Cómo de vez en cuando, cada cuanto?

J: No podría decirte cada cuanto, porque a veces pasan meses, puede pasara fácilmente un año y yo no me doy cuenta, o sea, no es algo que vaya contando.

I: ¿Qué droga te gusta más?

J: Soy adicta a la marihuana, al san pedro, al tabaco, es lo que soy ¿ves? Es mentira decirte, nunca más voy a jalar, es mentira decirte nunca más voy a probar pasta ¿me entiendes?, cuando haya la oportunidad y este en las condiciones psicológicas y físicas (...) yo creo que lo voy a hacer ¿me entiendes? si lo hago estando triste ya cague, porque es difícil, pero estando en otra joda y no me voy a mentir, y eso es de la puta ¿ves? Por eso te digo, no me voy a mentir a mi misma

I: ¿Cuándo fumabas también jalabas?

J: Si

I: ¿Cada cuanto jalabas cuando fumabas pasta?, porque supongo que ya era planeado

J: Todos los días.

I: ¿En serio?

J: Si

I: ¿Eras adicta a la cocaína?

J: Si, pero más a la pasta base

I: Consideras que el hecho de consumir una droga, ¿te lleva a determinado contexto social?, ¿me entiendes?, con la gente.

J: De hecho es super diferente, sí, te permite acceder a diferentes grupos, tu sabes ¿no?, hay grupos formales y grupos informales, los informales son los que se forman que se yo, a partir de afinidades más que deberes u obligaciones.

I: ¿Porqué informales?

J: Porque ponte pues, te juntas con tus cuates y se dedican a fumar pasta base y tampoco puedes fumar con quien sea, tienes tu propio grupito especial ¿me

entiendes?. Yo no puedo fumar con quien sea (...) qué te dé paranoia , solo ellos te entiendes, no puedes fumar con cualquiera, como tampoco bebes con cualquiera, ni jalas con cualquiera, bueno no sé, ahí viene la diferencia, la gran diferencia. Cuando estas jalando te cagas y hablas con quien sea, no te importa en realidad, en cambio cuando estas con sata, no quieres hablar con nadie, sientes paranoia.

I: ¿En serio?

J: Es bien jodido, tu cuerpo necesita que uno de tus neurotransmisores libere ¿Cómo se llama?, ¿dopamina?, no interesa pero es lo que te hace poner alerta, paranoia como que tus sentidos se agudizan.

PAUSA

I: ¿Qué más?

J: Es jodido ¿no?, es muy jodido se adicto a la past porque, el pedo te dura cada vez menos tiempo, el placer solo esta en succionar (ademán de absorber algo) sentir que el humo entra, y después lo botas pero ya te dura, yo no sé, un minuto.

I: ¿Pero cual es el pedal de la pasta?

J: Eso, te pones alerta

I: ¿Pero cuando sientes el placer?

J: Cuando sientes el humo entrar?

I: ¿Si?, No tiene un trip como el del tuche digamos, ¿así se llama no?, si es que hay algún viaje.

J: Si.

I: ¿Hace cuanto que vos fumabas drogas? (risas)

J: Hace doce años que fumo mota, desde que tengo ocho años fumo tabaco

I: ¿Por qué tan fetita?

J: La gente no me cree (entre risas) pero es como si yo tuviera conciencia desde ese momento hasta ahora ¿me entiendes?, es como si no hubiera dejado de ser niña tampoco y en ese momento es cierto, entendía muchas cosas, tampoco (...)

I: ¿Dónde has crecido?

J: He crecido encerrada en mi casa aquí en La Paz.

I: Volvamos al tema de las drugs, seguime contando, Por ejemplo algo que escucho mucho en mi trabajo de campo es que las drogas te sacan de la realidad, ¿tú que piensas?.

J: O sea claro, y en realidad ni si quiera era algo que me sacaba de la realidad (...) sino que adormecía cierta parte de mí, no solo cerebro sino de mi corazón y alma, porque seguía siendo consiente de todo lo que hago

I: ¿Cómo adormecida?

J: Estaba triste por lo del (...) en ese tiempo en el que estaba así full, te he contado ¿no ve?, que he caído con pasta (...) y me dedicaba a comprar (...) drogas (...) a veces no estaba el tuche digamos, no era indispensable, si lo era la pasta base.

A mi nunca me ha pasado eso, yo siempre he estado dentro de un marco y sé hasta donde, lastimosamente mi cuerpo es bien resistente entonces me meto, me meto y no me pasa nada. Y no te saca de la realidad, a mi la sata me hacía filosofar, todos ahí paranoicos y yo ahí bla, bla bla (risas)

I: ¿Divertido?

- J:** Además es como crear dimensiones y entrar en una, porque con la sata yo escuchaba gothic metal por ejemplo ¿no?, me encanta el gothic metal, me fascina, ese es mi lado como que oscuro, es como si cada droga sacara algo que esta ahí. No sólo es que te hace comportar de otra manera sino que sacas algo tuyo, que lo tienes inhibido, el alcohol es lo más común, es el des inhibidor mas común.
- I:** ¿Y con el tuche como te ponías?
- J:** Ah no, el tuche es otra cosa, el tuche es::: no me gusta mucho el tuche che::: la verdad, pero el tuche te pone hiperactiva, te pone más social, mas habladora, más entradora, es cierto, como que te da cierto poder, un poder de la palabra, un poder de predicar. Claro!, y además cuando estas borracho, te pones una línea y estas otra vez bien. No sabes si te gusta mas chupar o jalar. Es que es increíble pero todos somos adictos a algo.
- I:** ¿Cuándo empezaste a drogarte con más intensidad?
- J:** Después me he ido a Trinidad y ahí me ha terminado el (...), ahí me pagaban muy bien, por eso al volver me dedicado a drogarme, he dejado la (refiriéndose ala universidad)un año, porque no soportaba verlo al (...) por ahí, después se arreglo con la (...) y no soportaba verlos. Sí después he salido de las drogas, no quiero ser una drogadicta cualquiera que se deje dominar por las drogas, yo las domino eso es lo rico, poder experimentar sin que afecte lo que tienes que hacer, tienes que aprender, para mi el aprender es lo más importante, cada droga te hacer aprender, te hacer percibir la realidad de maneras diferentes.
- I:** Mil gracias por compartir tu experiencia con las drogas. Super interesante las cosas que me has contado, pero lo que mas me gusto fue cuando dijiste “entrevístate pues a mi?”
- J:** Si, es que yo se que tu vas a escribir algo, ¿que dirás?, me da curiosidad leer tus conclusiones, de verdad, y que si te digo pregúntame es que considero que no he estado perdiendo el tiempo ¿me entiendes?. Soy una drogadicta común y corriente, sí, es que es buena onda (irónicamente) y demás cosas ¿no?, estando consiente que soy parte de una adicción.

ANEXO # 2

GLOSARIO

Base: Pasta base de cocaína

Cabrón: Referido a una persona mala, de mal humor

Cagas: Término que implica desinterés. También significa amenaza

Cago: Expresión que en determinados contextos significa igualmente falta de interés.

Cuate: Amigo

Cuadrado: Exento del consumo de drogas y que además no está de acuerdo con el mismo.

También se llama así a la persona que ha consumido antes, y en determinado momento está exento del consumo.

Daun o Down: Término en Inglés que significa abajo o hacia abajo. Expresión que denota un estado de “depresión”.

De la Puta: Significa algo bueno o mejor expresado a través de estados de exaltación

Jalar: Inhalar cocaína

Jalado: Bajo los efectos de la cocaína

Jodido: Expresión que significa, fregado, terrible

Matones: Asesinos

Paranoia: Perturbación mental. Fijación de ideas, temor excesivo de ser perseguidos u observados de personas que consumen cierto tipo de drogas.

Pedal: Momento en que la droga hace efecto

Sata: Pasta base de cocaína

San Pedro: Especie de cactus de características alucinógenas. (Droga alucinógena)

Toletazos: Refiere a la forma en que la policía agrede a través de golpes con un tolete (especie de vara de madera)

Tuche: Cocaína