



"Estar sano es ser persona": el caso de los usuarios de drogas en tratamiento

Autor:

Renoldi, Brígida

Revista:

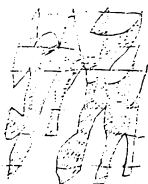
Cuadernos de antropología social

2001, N°13, pp. 183-203



Artículo





“Estar sano es ser persona”¹
El caso de los usuarios
de drogas en tratamiento

Brígida Renoldi*

RESUMEN

En este trabajo analizo un tratamiento de atención a usuarios de drogas que he interpretado como *rito de paso* entre la *enfermedad* y la *salud*. Desarrollaré la noción de persona que sostiene las prácticas institucionales para entender de qué manera los actores le atribuyen sentido al tratamiento. Al mismo tiempo presento algunos interrogantes en relación con los objetivos de determinados programas de atención considerando principalmente los desplazamientos, tensiones y conflictos que pueden observarse entre ciertos ideales y la práctica.

PALABRAS CLAVE: tratamiento, usuarios de drogas, salud, enfermedad, persona.

ABSTRACT

In this paper I analyze an ambulatory treatment for drugs users that I consider is a sort of “rite de passage” from the disease to the health condition. I intend to make explicit the notion of “persons” that stands behind institutional practices, in order to understand how actors “make sense” of the treatment. At the same time, I shall present some questions about the objectives of health programs, focusing mainly on the

* Brígida Renoldi, licenciada en Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

Correo electrónico: briire@hotmail.com

Artículo recibido en noviembre de 1999; aprobado para su publicación en diciembre de 2000.

displacement, tensions and conflicts observed between certain ideals and its implementation.

KEY WORDS: treatment, drugs users, health condition, person.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo analizo un *tratamiento* de atención orientado a usuarios de drogas en una Organización No Gubernamental de la Ciudad de Buenos Aires. Desarrollé la investigación desde un enfoque etnográfico entre los años 1994 y 1998 participando en la dinámica de la organización. Tanto las entrevistas a las personas involucradas como la observación de las actividades institucionales me llevaron a interpretar el tratamiento como un "rito de paso" de la *enfermedad* a la *salud* (Cf. Renoldi, 1997). Me interesa desarrollar aquí el modo en que el "individuo", como ideal moderno de "persona", orienta las prácticas institucionales creando categorías y valores que organizan la vida social.

Van Gennep clasifica los "ritos de paso" a partir de la secuencia de momentos comunes a todos que acompañan "el paso de una situación a otra y de un mundo (cósmico o social) a otro" (1986: 20). Sostiene que los momentos marcadores en la vida de un sujeto pueden clasificarse como *ritos de paso* a pesar de las disímiles formas en que puedan presentarse. La importancia de las ceremonias como actos especiales reside en la mediación que realizan entre el mundo "profano" y el mundo "sagrado".² Pero para que esta mediación sea posible es menester una predisposición sensible y mental. Van Gennep agrega que los cambios que se esperan de los rituales requieren "acciones y reacciones que deben ser reglamentadas y vigiladas a fin de que la sociedad general no experimente molestia ni perjuicio" (1986: 13).

Los tres momentos por los que está marcado el tratamiento de atención son la *admisión* (separación), *permanencia* (margen) y el *egreso* (reagregación).³ El primero está signado por la incorporación del *drogadependiente* a la *institución* y marca un compromiso inicial con ella; el segundo, por la participación del *paciente* en actividades prescritas por los profesionales; y el tercero, por la extensión del *alta*. El objetivo principal de la

ONG es promover la *cura* de la persona que consume drogas y se espera que se cumpla a través del recorrido institucional, el *tratamiento*, destinado a provocar un cambio en la forma de vida. Pero veamos cuáles son las dimensiones implicadas en este proceso y cómo operan en la población involucrada en el proyecto de dejar las drogas.

1. LA INSTITUCIÓN DE LA SALUD

Los *ritos de paso* favorecen el cambio de estatus social, en un tiempo determinado pero difícil de predecir, a través de pautas que reafirman el orden social. Al interpretar el proceso de *cura* como un “rito de paso”, propongo pensar cuáles son los dos mundos identificados entre los que hay que tender un puente —simbólico— para *pasar*. Pierre Bourdieu (1993: 113) retomó la clásica idea de “ritos de paso” y considerando precisamente la línea divisoria que posibilita ese *paso* señaló la distinción entre “aquellos que lo han experimentado (...) de aquellos que no lo experimentarán de ninguna manera”, instituyendo así una diferencia duradera.

Tanto la *salud* como la *enfermedad* son construcciones sociales que de acuerdo al momento histórico agrupan determinadas prácticas y no otras.⁴ El uso de lo que hoy llamamos “drogas” es común en numerosas sociedades, históricamente lo ha sido. En algunas culturas estuvo asociado a rituales religiosos para favorecer las experiencias sensoriales de comunicación con el mundo divino o el universo interior. También han sido utilizadas para mediatizar prácticas curativas. No parece haberse entendido siempre como algo degradante ni menos todavía como una *enfermedad*. Pero en la sociedad moderna la distinción entre *salud* y *enfermedad*, patrocinada por el desarrollo científico de la medicina, contribuye en gran medida con la identificación de ciertas prácticas como pertenecientes a un campo o al otro. Si bien la explicación última del orden social y natural que primaba en el medioevo era atribuida a Dios, hoy la *ciencia* ha tomado la palabra para responder a los interrogantes, incluso que no han sido pensados por gran parte de la población, como es el caso de los experimentos reproductivos, el auge de la cibernética, del armamentismo, la farmacología, etc. El desarrollo científico definió una línea que separa y delimita el campo de la *salud* y el de la *enfermedad*.

Esta diferencia se ha vuelto duradera y no es posible estar *sano* y *enfermo* a la vez. La creación de recintos especializados para tratar a las personas *enfermas* colaboró con la distinción *salud-enfermedad*, al asignar los lugares correspondientes a *sanos* y a *enfermos*.

Cuando Bourdieu piensa en los *ritos de paso* como *actos de institución* intenta transmitir que en tanto acto de comunicación un acto de institución “notifica a alguien su identidad, pero a la vez que expresa esa identidad y se la impone, la expresa ante todos” y “le notifica con autoridad lo que es y lo que tiene que ser” (1993: 113, 117). Entonces, el pasaje por una *institución de salud* no sólo indica que quienes están allí dentro son un tipo particular de personas, *enfermas*, sino que también les impone el deber de *curarse*, y los diferencia así de quienes no llegan al sistema de *salud*.

Desde el momento en que la persona llega a la *institución* y describe su historia de *consumo* de drogas es tratada como un ser *enfermo*, de hecho “no puede dominar su propia vida”, “es prisionero de la droga”, y como tal debe *curarse*. Debe reconocer el debilitamiento de su capacidad de autodominio. Pero cuando ha llegado a la *institución* e iniciado el *tratamiento* el *paciente* no tiene muchas opciones, o busca *curarse* con ayuda de *expertos*, o abandona el propósito volviendo entonces a su estado de no poder controlar las consecuencias del uso de las drogas.

Los *ritos de institución* tienden a

consagrar o a legitimar, es decir, a desestimar en tanto que arbitrario y a reconocer en tanto que legítimo, natural, un límite arbitrario; o lo que viene a ser lo mismo, tiende a efectuar solemnemente, es decir, de manera lícita y extraordinaria, una transgresión de los límites constitutivos del orden social y del orden mental que se trata de salvaguardar a toda costa —como la división entre los sexos cuando se trata de rituales de matrimonio (Bourdieu, 1993: 114).

La diferencia *salud-enfermedad* es una construcción social más que una distinción natural. También es arbitraria desde el momento en que es preciso delimitar un campo de otro para establecer qué es lo que cada uno de ellos debe incluir. Los conceptos de contaminación y tabú estudiados por Douglas consideran lo arbitrario de estas clasificaciones. Tales conceptos remiten a las

ideas de suciedad y de higiene que responden a clasificaciones necesarias para ordenar el entorno en el que se vive, en sí mismo poco ordenado (1973: 17). Si pensamos la *salud* y la *enfermedad* como categorías sociales prácticamente construidas a lo largo del tiempo, debemos detenernos a considerar cuáles son los valores sobre los que se sostiene esta distinción y de qué manera estos valores son representados por los actores.

El *tratamiento* a drogadependientes está rodeado de prohibiciones y prescripciones con el fin de obtener finalmente un estado saludable: corporal, mental y emotivo. Podríamos pensar entonces que, en tanto ritual, el tratamiento instituye la *salud* como ideal, considerada socialmente un campo sagrado, inviolable y al cual se aspira. Para Durkheim,

el ser sagrado, en un dado sentido, es el ser prohibido, al que no se osa violar; es, en tal sentido, el ser bueno, amado, ansiado (...). El objeto sagrado no inspira, si no el temor, al menos un respeto que nos aparta de él, que nos coloca a distancia; al mismo tiempo, es motivo de amor y de desec, es decir, provoca en nosotros una tendencia a aproximarnos, a acercarnos (Durkheim, 1951: 138, 158).

La Organización Mundial de la Salud en 1956 ha definido la *salud* como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de *enfermedad* o de una dolencia”. Definida en estos términos la *salud* es un estado ideal al que se aspira. Pero concebido como un estado de absoluto “bienestar” es también inaccesible. En coincidencia con Durkheim, Douglas remarca que lo sagrado “debe estar continuamente circundado de prohibiciones” que favorezcan su integridad (1973: 38). En este sentido me arriesgo a pensar que la *salud* se ha construido como campo sagrado, deseable aunque circundado de prohibiciones.⁵ Entonces, ¿sobre qué se erigen estas prohibiciones si no sobre un sistema jerárquico previo de valoraciones que posibilita clasificar lo *bueno* en desmedro de lo *malo*, lo deseable en desmedro de lo indeseable?⁶ Este conjunto de valores y normas, que constituyen la moral dominante de una sociedad, es el que sobrevive en las instituciones. De acuerdo con la lectura que hace Taylor de Bourdieu (1991) “una de las maneras en que las reglas pueden existir en nuestras vidas [es] como «valores hechos carne»”, es decir, el sentido y la afinidad que se les da a las reglas está “en

nuestra comprensión no formulada, encarnada" (1997: 237). Estos valores compartidos de fondo son los que brindan el marco de significaciones principal sobre el que se intentará dirigir la *cura*.

Durkheim entendió la moral como un sistema de normas de conducta que se emplean a través de máximas para prescribir cómo debe conducirse una persona en determinadas circunstancias. Le atribuyó a estas normas una autoridad por la cual ordenan e imponen la obligación de ser obedecidas. Para Durkheim la obligación o el deber no se actúan sólo por imposición, sino que tiene que presentarse algo del orden de lo *deseable* para que se asuma la obligación. Este *deseable* es el *bien* (1951: 136-137). Coincidentemente, Turner aduce que el ritual es un mecanismo por el cual periódicamente se convierte lo *obligatorio* en *deseable* (1988: 62). Pero veamos de qué manera un tratamiento de atención a *drogadependientes* genera el *deseo* por la *obligación de curarse*.

2. PERSONA Y SALUD

Determinado comportamiento que ha atravesado los límites morales exige que las personas modifiquen sus formas de vida en base a las categorías consensuadas, restableciendo así el orden. Dentro de estas categorías encontramos las distinciones históricas entre *salud* y *enfermedad* y el proceso de *curación* que mediatiza ambos estados. Como en todo proceso ritual, quienes inician al neófito o *paciente* (en nuestro caso, *médicos* y *psicólogos*) se encargan de protegerlo a lo largo de la experiencia de las tentaciones o decisiones peligrosas; tentaciones y decisiones que frenan la restitución del orden moral — hasta el momento perdido— y la reincorporación del *paciente* a la sociedad como ciudadano responsable. Pero mientras tanto, el *paciente* necesita el *tratamiento* para recuperar su *voluntad* frente a la tentación, así como su capacidad de tomar decisiones con responsabilidad tanto individual cuanto social, con el fin de no desafiar el orden prescrito que condena legal y moralmente el uso de drogas como *delito* y *enfermedad*. La doble vertiente de *delincuencia* y *enfermedad* que define a la droga se halla presente en las representaciones sociales con respecto a los consumidores. De un lado existe la desobediencia de las leyes que penalizan la comercialización ilegal de drogas; del otro lado la

valoración negativa que supone la pérdida de autonomía bajo los efectos del consumo.⁷

El *tratamiento* como *rito de paso* instituye la diferencia radical entre *salud* y *enfermedad*, la reafirma poniendo en evidencia qué se considera en cada una de estas clasificaciones. La organización analizada es un lugar al cual no accede cualquier persona, sino quienes están diferenciados y distinguidos de otros por la marca de la *adicción*, entendida por los *expertos* como *síntoma* de una *enfermedad*. En la *institución* el tiempo de permanencia es concebido inevitablemente como un tiempo lineal que va en una dirección: la *cura*; y es un deber, para *profesionales* y *pacientes*, hacer todo lo posible para llegar a buen destino. En pos de este objetivo las prohibiciones que circundan el campo de la *salud* son explicitadas a lo largo del *tratamiento*, dando por supuesto que quien emprendió su pasaje por la *institución* se encuentra padeciendo un debilitamiento del dominio de sí. Este debilitamiento es el que lo predispuso a la *adicción* que, a su vez, a modo de círculo vicioso, lo condena a perderla para siempre, a menos que él mismo *decida* revertir la situación. Desde ya, no ha perdido totalmente su autocontrol y la evidencia está en la decisión de permanecer en *tratamiento* para dejar la droga con ayuda de *profesionales expertos*. Castel y Coppel señalan que

si bien es cierto que la droga como problema social se plantea a partir del momento en que se desarrollan desregulaciones que amenazan las regulaciones dominantes, la toma de conciencia de este peligro exige la movilización de medios específicos para combatir el riesgo de su propagación. Dicho de otro modo, los *heterocontroles* se vuelven necesarios (...) El toxicómano no es un "simple" consumidor de drogas. Es un consumidor que no administra o ya no administra su consumo. Llegó a un punto de su recorrido en que ya no enfrenta una multitud de problemas insolubles que le plantean su cuerpo, su entorno, su falta de recursos para comprar los productos, etcétera. Por lo tanto él mismo se halla en situación de fractura, pidiendo un sucedáneo de lo que puede movilizar él mismo —autocontroles— y de lo que su entorno puede movilizar de una manera informal alrededor de él —controles societarios. Es alguien que pide *heterocontroles* (1994: 224-225).

La propuesta de *tratamiento* institucional, que insiste en volver lo *obligatorio* en *deseable*, tiene una base sobre la cual los actores hacen la práctica. Esa base no es la ausencia absoluta de moral, por el contrario, los valores que le dan contenido a la moral que se propone descansan en aquellos principios que precisamente posibilitan su revaloración, allí se produce la re-institución de la moral marcada por los parámetros institucionales, que no son otros que los sociales determinados por un proceso de siglos que nos anteceden, lo que Bourdieu llamó “la aplicación milenaria de principios [*schèmes*] de percepción y de acción” (1991: 32).

En el servicio de atención encontramos que la resignificación de una moral que restablezca el orden apela a las capacidades atribuidas socialmente al individuo moderno: es el sujeto con iguales derechos que otros, que posee una identidad y debe desarrollar conductas responsables, visualizadas a través de un proyecto de vida que *debe* construir (Cf. Heler, 1998).

Si consideramos la noción de persona en la modernidad como centralizada en la idea de individuo quizá podamos entender cuáles son los ideales de acción que socialmente predominan en el “deber ser” que debe estar internalizado y operante en el momento de la reagregación del paciente a la sociedad de derecho.

Me interesaría contraponer aquí los valores atribuidos al individuo moderno (ideal) con los atribuidos al usuario de drogas entendido como drogadependiente:

INDIVIDUO MODERNO (IDEAL)	DROGADEPENDIENTE
1. sujeto con igual derecho que otros sujetos	1. un sujeto con derechos restringidos
2. posee una identidad deseable, valorada positivamente	2. posee una identidad estigmatizada, deteriorada, indeseable
3. es responsable	3. no puede asumir sus responsabilidades
4. tiene un proyecto de vida porque posee la capacidad de construirlo	4. no tiene proyecto de vida, ni puede construirlo siendo drogadependiente
5. puede manejarse por sí mismo, es libre, autónomo	5. no puede manejarse por sí mismo, necesita de la droga

El individuo moderno como modelo ideal de persona se vuelve indudablemente un valor deseable, para ello existe en tanto ideal.⁸ Pero para que

este modelo se vuelva deseable es necesario que sea valorado como mejor, es decir, que sus atributos sean lo suficientemente persuasivos como para “decidir” acceder a él. Entonces, siendo entendido como “mejor” que otras opciones, el interés de la persona tendrá que atender a cómo realizar este ideal (lo que debe ser). Pensemos de qué manera estos valores orientan las prácticas. Bourdieu (1991) ha trabajado este punto en su conceptualización acerca del *sentido práctico*, en el que un *habitus* ordenador orienta acciones no racionales a través de *estrategias escogidas* por los agentes sociales como parte de un *sentido del juego* que los precede y constituye a la vez que son constituidos. La práctica no necesariamente implica toma de decisiones racionales, calculadas, medidas. En este sentido el autor propone pensar el momento que precede a la adhesión o no a una regla social,

la incertidumbre y la vaguedad del hecho de que tienen por principio no unas reglas conscientes y constantes sino principios (*schèmes*) prácticos, opacos a ellos mismos, sujetos a variación según la lógica de la situación, el punto de vista, casi siempre imparcial, que ésta impone, etc. (1980: 31).⁹

Es allí donde se juega el tejido social, puesto que para seguir o transgredir una norma es necesario ser parte de la estructura que la contiene. Podría decirse que no hay posibilidad de jugar fuera del orden establecido. Pero el momento intersticial, que puede poner en cuestionamiento ese orden, es el que definirá la historia a través de la práctica viva de los actores. Precisamente allí, la cualidad de poner en duda —aunque no siempre en forma consciente— la autoridad de las normas, hace que el sujeto promueva cambios y a través del ejercicio introduzca alternativas en la historia. Esto significa que existe una relación recíproca entre la regla y la acción, siendo que la acción no proviene sencillamente de la regla sino que también la transforma, proyectando siempre un futuro con cierto grado de incerteza (Cf. Taylor, 1997: 234).

Si bien el ideal se vuelve un deber deseable, en la práctica los actores siguen las reglas a través de un entramado que permite usarlas y recrearlas. La persona *drogadependiente* debe dejar de serlo, y para ello no sólo es necesario que abandone el uso de drogas sino que aspire a un modo de vida sostenido socialmente en su autonomía y su buen criterio. Pero también puede no ha-

cerlo, quedando entonces prisionero del estatus estigmatizado en el que socialmente se encuentra. O bien puede optar por una alternativa de vida no contemplada en el modelo de atención, como sería un uso controlado de drogas, por ejemplo. Ya sea que escoja una u otra alternativa lo hace de acuerdo a su libertad, y también como consecuencia asume la responsabilidad por la elección asumida.

Para creer en el *tratamiento* y sostenerlo hay que redefinir una moral, es decir, reafirmar diferencias permanentemente que provean los criterios para evaluar los actos cotidianos en la sociedad. Asimismo estos criterios valorativos —moral— que instituyen diferencias —por lo tanto orden— se ven incrustados en nociones específicas de persona.¹⁰ En este caso la noción de persona es el “individuo” como ideal valorado, y permite llevar a cabo una tarea sanitaria, fundamentalmente simbólica, a fin de promover el *alta* o la *cura* en lo que respecta a las llamadas *adicciones*. En este sentido quisiera retomar a Mauss cuando dice que “la esperanza es un hecho en que la emoción, la percepción y más concretamente el movimiento y el estado del cuerpo, condicionan directamente el estado social y se ven condicionados por él” (1979: 287). La esperanza como expectativa de algo deseable, está presente en todos los actores. Puede diferir el objeto de la expectativa, en tanto se puede esperar la *cura* o la sentencia favorable, pero la motivación permanece: estar a la espera de algo que marca una diferencia entre el antes y el después de atravesado ese ciclo. Esto supone algo más que la “razón” para echarse al movimiento. El haber adquirido una “conciencia de enfermedad” y estar dispuesto a “curarla” no descansa solamente en el “pienso, luego existo”, hago, controlo, determino; y muchas veces la sola consideración de la razón como único capital eficaz de acción sobre el mundo no es suficiente para las propuestas asistenciales dirigidas a modificar patrones de conducta.

Giddens ha señalado que uno de los atributos de la modernidad es la *reflexividad* como característica definitoria de la acción humana (1994: 45). Aunque no domina el total de nuestras acciones permite articular procesos de las propias prácticas y orientar la toma de decisiones. El *tratamiento* desde el momento en que está diseñado y dirigido para obtener *cambios* de conducta y estilos de vida, debe apelar como estrategia principal a la capacidad reflexiva de los actores, es decir, al control consciente y racional de sus acciones,¹¹ el autodominio. En tanto *rito de pasaje* curativo, el objetivo sólo es posible eli-

minando las drogas que se consideran inhibidoras de los procesos del pensamiento. Es curioso ver que los *pacientes* utilizan expresiones como: “estaba re- loco”, “era un descontrol”, “estaba de la cabeza”, “me faltaban jugadores”, “había pirado”, “estaba limado”, para referirse a los estados físico-emotivos que les provocan las drogas. Pero lo particular de estas metáforas es que todas aluden a estados mentales de pérdida de control de los actos, de los pensamientos, del tiempo y el espacio. No deja de sorprenderme que estas expresiones vengan cargadas de un sentido positivo: de alguna manera es el “mérito” de haber provocado un *desafío* al orden general que presenta un sujeto como pensante, racional, auténtico y autocontrolado, que dirige sus acciones hacia objetivos de progreso, y siempre está ubicado temporal y espacialmente. Este orden normativo desafiado es el que, de acuerdo con Douglas, busca restablecerse a través del ritual. Pero ¿acaso el usuario de drogas no ha tomado el ideal principal del individuo moderno que propone un ser autónomo capaz de elegir su estilo de vida cuando optó por el consumo de drogas entre algunas otras alternativas en la sociedad?

3. EL TRASFONDO DEL RITUAL

Marcel Mauss llamó la atención sobre la noción de *persona* remitiéndose a los clásicos latinos y griegos (siglo II a. de C. y IV después de C.), encontrando en el término un sentido moral, jurídico, “sentido de ser consciente, independiente, autónomo, libre y responsable” (1979: 327). Digamos que Mauss enfoca por primera vez desde la antropología la idea de *persona* como categoría del pensamiento occidental y, a través de una revisión histórica, la reconoce atravesada por la racionalidad y la individualidad. Dumont, siguiendo su línea, reconoce y enfatiza estos rasgos como instituyentes del *individuo* en tanto valor. En dos sentidos: como sujeto empírico y como ser moral independiente y autónomo que, al erigirse como valor supremo, configura la ideología *individualista* contemporánea (Dumont, 1985: 37).

De acuerdo con Díaz Duarte, la noción de *persona* que prima en la modernidad supone rasgos comunes para la época, pudiéndose percibir ciertos campos de continuidad a la vez que líneas de fractura que permiten entender mejor el sentido dado sincrónicamente (1991: 60). Pero considerando la

heterogeneidad entre los seres humanos y la diversidad de situaciones, vemos que algunos de estos rasgos se comparten indiscutiblemente, otros priman sólo como ideal, y a la vez se van creando alternativas en la práctica que no pueden clasificarse de pleno en el ideal aunque tampoco son completamente ajenas a él.

Si bien el modelo de persona en la actualidad es el individuo autónomo, autogestivo, narcisista, libre, con igualdad de derechos, la vida que se teje en la práctica regenera códigos en movimiento continuo, crea sentido en contextos específicos, ideales acordes con esos contextos y ubica al sujeto en dilemas cotidianos que reclaman resolución.¹²

Cuando pensamos en la noción moderna de autonomía, sin duda nos referimos a un ideal presente en el *ethos*. Pero este puede manifestarse de maneras diversas en diferentes contextos, o bien, aplicarse sin la lógica racional con la que el concepto es construido a través de representaciones. Como señala Díaz Duarte (1988:12)

se supone que hay un modo de ordenamiento de valores, de construcciones de identidades sociales que es propio de la cultura que corporeiza la modernidad. Ese ordenamiento de valores y construcción de identidades se centra en una concepción particular de persona que se da en llamar "el individuo" y que sintetiza una serie de peculiaridades o singularidades de la cultura en que se asienta el discurso antropológico (...) Esa cultura está montada sobre una concepción de tiempo lineal, progresivo, en que, justamente, el "cambio social" se instaura como tema y valor.¹³

El *tratamiento* desde el momento en que pretende un reordenamiento de valores a la vez que el fortalecimiento de identidades socialmente aceptadas, tiene un carácter moralizante fundamental.¹⁴ Esto se pone en evidencia con los nuevos patrones de valoración que se le ofrecen al *paciente* como alternativa a los que poseía hasta el momento de ingresar a la institución. De más está decir que se parte de la base de que todos están en condiciones de tomarlos en tanto son sujetos racionales y reflexivos.

Tres aspectos fundamentales involucra el *tratamiento* que he interpretado como *rito de paso*: (1) el cambio identitario a través de (2) un tiempo de

recorrido en (3) un lugar determinado. El primero en tanto “cambio social” se afirma en “el individuo” como noción moderna de persona. El individuo moderno (la persona) está signado por la libertad como rasgo distintivo, y a la vez ésta es un patrimonio potencial (ideal) que en la práctica requiere aprendizaje y se manifiesta como ideal de autonomía: intelectual, moral y personal.

La *autonomía intelectual* es la que llevó al desarrollo del saber científico en aras del dominio de la naturaleza y la organización racional de la sociedad. Este campo intelectual de la autonomía supone que

el individuo puede y debe pensar por sí mismo, y como resultado de ese aprendizaje podrá después determinarse a sí mismo también en su acción. Mientras tanto debe obedecer, pero la duración de ese “mientras tanto” no está definida, depende del progreso (Heler, 1997: 1)

La *autonomía moral* se diferencia por consistir en el control de la propia conducta a través de la imposición del cumplimiento de normas comparadas. Tanto la autonomía intelectual como la moral suponen que la persona instrumenta el pensamiento para poder decidir cuestiones sobre su propia vida, así como para elegir la dirección que le dará a la misma, esto es, el ejercicio de la autonomía personal. Pero estas opciones requieren ser restringidas en función de las libertades de los otros individuos. Éste es el único límite a la autodeterminación personal. La tercer vertiente de la autonomía moderna, la *autonomía personal*, es la posibilidad de autodeterminarse con respecto a la forma de realización individual y así “revelar una identidad única e irrepetible” (Heler, 1997: 4).

Se supone que el *tratamiento* se dirige a promover la *salud* de los pacientes. Pero ¿cuáles son los parámetros con los cuales se piensa este “bienestar”? Podría considerar que son los que han designado las cualidades del individuo moderno, manifiestas en el autocontrol, la reflexividad y la realización personal. En este sentido, una vez que se adhiere a un modelo —al que se apunta indefectiblemente con el *tratamiento*—, el progreso es interpretado en relación a la mayor o menor distancia que exista entre la vida concreta del sujeto y el ideal deseable. Pareciera entonces que el ideal de *salud* sólo es accesible a través del ideal de individuo. En otras palabras, estar *sano* es ser persona, ya que se auxilia al *enfermo* para que recupere los valores degradados

por la enfermedad. Pero entre esta idea de persona como individuo y de salud como plenitud de la persona, la libertad, la responsabilidad y la autenticidad se presentan como valores ideales que en la práctica no llegan a realizarse. Esto plantea un problema en el caso que he analizado. El peso del ideal de individuo como objetivo de la cura presenta su límite en la escasa extensión de altas institucionales. Pero la dificultad para considerar que tal objetivo es ni más ni menos que un orientador de las prácticas, trae como consecuencia la frustración de los profesionales y la confirmación inevitable sobre lo incurable de las drogadependencias. También el usuario de drogas que no puede continuar el *tratamiento* o decide dejarlo experimenta la retirada como un fracaso.

La ONG que he analizado se encuadra dentro una línea de trabajo con las adicciones influenciada por las tradiciones italiana (particularmente la antipsiquiatría) y norteamericana (el modelo de Alcohólicos Anónimos).¹⁵ En el caso observado el problema se manifiesta en expectativas no cubiertas tanto en profesionales como en pacientes, y en inversión de recursos humanos y materiales prácticamente sin destinatarios. Pensar en las limitaciones del modelo nos obliga a buscar alternativas de abordaje. El esfuerzo en comprender las prácticas y poder articularlas a través del diálogo con los implicados permitirá el reconocimiento de dificultades y la posibilidad de elaborarlas reflexivamente a fin de aliviar ciertos malestares. Quizás ello no signifique realizar los ideales, pero permitirá al menos abrir espacios de comunicación que den lugar al diseño de objetivos acordes a las necesidades de los "clientes" de las organizaciones. La consideración de *sus* puntos de vista en relación con *sus* problemas ayudará a crear alternativas que no los excluyan definitivamente de los servicios de salud (Touzé, 1996; Solal, 1994; Romání, 1989; Rodríguez, 1991; Garapon, 1994). Es en este campo de problematizaciones donde creo que las ciencias sociales, en especial la antropología, pueden hacer sus aportaciones específicas, principalmente apuntando a articular las diferentes visiones sobre un mismo problema.

NOTAS

¹ Este trabajo ha sido presentado en la IIIª Reunión de Antropólogos del Mercosur en noviembre de 1999, Posadas, Misiones, Argentina.

² Con respecto a la diferencia entre “sagrado” y “profano”, el autor aclara que “lo sagrado no es, de hecho, un valor absoluto, sino un valor que indica situaciones respectivas. Un hombre que vive en su casa, en su clan, vive en lo profano; vive en lo sagrado desde el momento en que parte de viaje y se halla, en calidad de extranjero, en las proximidades de un campamento de desconocidos” (Van Gennep, 1986: 22). En este sentido el viaje, considerándolo como una situación ajena al orden cotidiano, es entendido como momento sagrado. El rito de pasaje articula las vivencias cotidianas —en tanto mundo profano—, con las vivencias extraordinarias —en tanto mundo sagrado. Lo que marca este cambio es, en el ejemplo citado por el autor, el *viaje*, la *transición* entre un punto y otro del espacio físico y social.

³ La primera fase (de *separación*) comprende la conducta simbólica por la que se expresa la separación del individuo o grupo, bien sea de un punto anterior fijo en la estructura social, de un conjunto de condiciones culturales (un “estado”), o de ambos; durante el período “*liminal*” intermedio, las características del sujeto ritual (el “pasajero”) son ambiguas, ya que atraviesan un entorno cultural que tiene pocos, o ninguno, de los atributos del estado pasado o venidero, y en la tercera fase (*reagregación* o *reincorporación*) se consuma el paso. El sujeto ritual, ya sea individual o colectivo, se halla de nuevo en un estado relativamente estable y, en virtud de ello, *tiene derechos y obligaciones vis a vis* otros de un tipo claramente definido y “estructural”; de él se espera que se comporte de acuerdo con ciertas *normas dictadas por la costumbre* y ciertos *principios éticos* vinculantes para quienes ocupan posiciones sociales en un sistema de tales posiciones (Turner, 1988: 101-102, la cursiva me corresponde).

⁴ La homosexualidad durante mucho tiempo ha sido entendida como una práctica desviada de la norma social. Fue considerada como antinatural por no responder a la lógica de reproducción biológica de los cuerpos. Fue necesario, en primer lugar, cuestionarse acerca de la asociación sexo-reproducción

para entender los significados culturales de este binomio. A pesar de ello, entrando en el tercer milenio de nuestra era, todavía esta asociación produce debates (Cf. Conrad y Schneider, 1980: 172-214).

⁵ Los *expertos* que dedican sus vidas a experimentos y aplicaciones de los saberes científicos en el campo de la medicina ¿no sacralizan la salud en función de la cual los sacrificios y las intervenciones médicas son ejecutados y aceptados? Pensemos solamente en los experimentos de clonación, de reproducción asistida, los trasplantes de órganos, las cirugías faciales, las intervenciones genéticas, por recordar algunos, y la motivación que se argumenta como principio de estas acciones. Es el progreso, el mayor dominio del medio y el control de lo “azaroso” en dirección a un “completo bienestar” de la humanidad. La moral que sustenta este discurso —lo que es mejor y lo que es peor— delimita un campo para la fiabilidad, que sin duda es el consentimiento más indicado para que los científicos puedan ejercer con autoridad, aunque no sepamos qué hacen, cómo lo hacen ni por qué.

⁶ Para profundizar en esta perspectiva son sumamente valiosos los trabajos de Hertz (1970) y Dumont (1977). La pregunta de Hertz acerca de la diferencia entre la mano derecha y la mano izquierda que, entendidas como opuesta una a la otra, ocultan la prevalencia de una sobre la otra, nos lleva a pensar que los dos polos tienen atribuidos valores desiguales. En este sentido, sucede lo mismo con la oposición salud-enfermedad que pone en evidencia el valor asignado a cada cual, definiendo al segundo término como profundamente destructivo e indeseable.

⁷ Para visualizar esta distinción como una construcción social que varía de acuerdo al contexto cultural es pertinente la consideración acerca de la sanción de leyes relacionadas con el consumo y la tenencia de drogas. Allí puede reconocerse que tanto la cantidad poseída que define a un “contrabandista” o a un “narcotraficante” como la medida considerada como “dosis” que designa a un usuario como enfermo, están articuladas en momentos históricos y en corrientes de pensamiento respecto de estos temas. En el año 1974, la implementación de la segunda ley de estupefacientes, N° 20.771, penalizó la tenencia de drogas para uso personal aunque no se comercializara. Esta asociación droga-delinuencia, consumada por el instrumento jurídico, marcó particularmente a los usuarios y a los equipos de salud, y fue definiendo los

diferentes modelos de atención llevados a cabo por diversas instituciones. En 1989, la sanción de la ley 23.737, aún vigente, proporciona alternativas curativas y educativas a la pena de prisión para los usuarios de drogas. Para los menores de edad contempla la posibilidad de iniciar un tratamiento de “recuperación” en lugar de cumplir una condena después de los dieciocho años de edad.

⁸ “Entre las prácticas que han contribuido a crear [el] moderno sentido [del yo] se hallan aquellas que ayudan a nuestro pensamiento a desvincularse del sujeto encarnado y socialmente situado. Cada uno de nosotros es llamado a ser una mente pensante responsable, a ser autónomo en nuestro juicio. Pero este ideal, admirable en algunos aspectos ha tendido a cegarnos frente a algunos aspectos importantes de la condición humana. En nuestra tradición intelectual existe una tendencia a interpretarlo menos como un ideal que como algo ya establecido en la constitución humana” (Taylor, 1997: 225).

⁹ Taylor lo ha sintetizado diciendo que “el momento en que el tiempo de la acción se convierte en crucial es cuando tenemos que actuar en la incertidumbre y además nuestra acción afectará irreversiblemente la situación (...) Sobre el terreno siempre hay incertidumbre, puesto que hay situaciones de juicio que son difíciles” (1997: 235).

¹⁰ “Conventional notions of morality are another means through which marijuana use is controlled. The basic moral imperatives which operate here are those which require the individual to be responsible for his own welfare, and to be able to control his behavior rationally. The stereotype of the dope fiend *not* a person who violates these imperatives” (Becker, 1963: 77-78).

¹¹ Utilizo la palabra “racional” en el sentido en el que lo hace Giddens: él entiende por “razón” la obtención de conocimiento cierto, y que de hecho como tal se ve cuestionada por la capacidad reflexiva de los actores.

¹² Cf. Sennet, R. 1980: *Narcisismo y cultura moderna*, Kairós, Barcelona; Lipovetsky, G. 1986: *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*, Anagrama, Barcelona y Gergen, K. 1992: *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*, Paidós, Barcelona.

¹³ La traducción me corresponde.

¹⁴ Con el término “moralizante” me refiero a criterios específicos que pueden dar cuenta de lo que está bien y de lo que está mal en determinado contexto o situación particular. Entiendo el tratamiento como “moralizante” en tanto es una forma de entrenamiento a la persona para que adquiriera ese punto de vista para juzgar y ejercer sus prácticas.

¹⁵ Ver particularmente De Dominicis, A. 1997, para una contextualización de las corrientes y líneas de trabajo en Italia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bourdieu, P. 1993: "Los ritos como actos de institución", en Pitt-Rivers, J. y Peristiany J. G. (eds.): *Honor y Gracia*, Alianza Universidad, Madrid.
- 1991: *El sentido práctico*, Taurus, Madrid.
- 1990: *Sociología y Cultura*, Ed. Grijalbo, México.
- Castel, R. y Coppel, A. 1994: "Los controles de la toxicomanía" en Ehrenberg, A. (comp.): *Individuos bajo influencia. Drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos*, Nueva Visión, Buenos Aires.
- Conrad, P. y Schneider, J. 1985: *Deviance and medicalization*, Merrill Publishing Company Columbus, Ohio.
- De Dominicis, A. 1997: *La comunità terapeutica per tossicodipendenti. Origini e sviluppo del metodo*, Centro Italiano di Solidarietà di Roma, Roma.
- Díaz Duarte, L. 1988: *Da Vida Nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*, Jorge Zahar Editor, Río de Janeiro.
- 1993: "A outra saúde mental, psicossocial, físico-moral", Trabajo presentado en el Primer Encuentro Nacional de Antropología Médica, Salvador, 3 al 6 de noviembre.
- y Giumbelli, Emerson 1993: "As concepções cristã e moderna da Pessoa: paradoxos de uma continuidade", trabalho apresentado no seminário "A Religião e a questão do Sujeito no Ocidente", promovido pelo CIAS e IBRADES em Paulo de Frontin, Río do Janeiro.
- Douglas, M. 1973: *Pureza y Peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*, Siglo XXI, Madrid.
- 1996: *Cómo piensan las instituciones*, Alianza, Madrid.
- Dumont, L. 1993: *O Individualismo. Uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*, Rocco, Río de Janeiro.
- 1977: *Homo Aequalis. Génesis y apogeo de la ideología económica*, Taurus, Madrid.
- Durkheim, E. 1972: *La Educación Moral*, Schapire, Buenos Aires.

- 1951: *Sociología y Filosofía*, Guillermo Kraft limitada, Buenos Aires.
- Garapon, A. 1994: "El toxicómano y la justicia, ¿cómo restaurar el sujeto de derecho?", en Ehrenberg A. (comp.): *Individuos bajo influencia. Drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos*, Nueva Visión, Buenos Aires.
- Giddens, A. 1994: *Consecuencias de la modernidad*, Alianza, Madrid.
- Goffman, E. 1995: *Estigma*, Amorrortu, Buenos Aires.
- 1972: *Internados*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Heler, M. 1996: *Ética y ciencia: la responsabilidad del martillo*, Biblos, Buenos Aires.
- 1997: "La idea moderna de autonomía personal", en *Cuadernos de Ética*, Buenos Aires.
- 1998, "La idea moderna de autonomía moral", en *Cuadernos de Ética*, Buenos Aires.
- Hertz, R. 1970: "La prééminence de la main droite étude su la polarité religieuse", en *Sociologie Religieuse et Folklore*, Presses Universitaires de France, París, pp. 84-109.
- Mauss, M. 1979: *Sociología y Antropología*, Tecnos, Madrid.
- Míguez, H. y Grimson, W. 1998: *Los vidrios oscuros de la droga*, Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires.
- Neuman, E. 1984: *Droga y Criminología*, Siglo XXI, México.
- Renoldi, B. 1997: "Atención institucional a usuarios de drogas: el proceso ritual de cambio de identidad", en Álvarez, M. (comp.): *Antropología y Práctica Médica*, INAPL, Presidencia de la Nación, Buenos Aires.
- Rodríguez Cabrero, G. 1991: "Drogadependencias y exclusión social desde la reflexión sociológica", mimeo.
- Romaní, O. 1989: *Repensar las drogas. Hipótesis de la influencia de una política criminal liberalizadora respecto a las drogas, sobre los costes sociales, las pautas de consumo y los sistemas de recuperación*, IGLA, Barcelona.

- Solal, J. F. 1994: "Los medicamentos psicotrópicos o la dependencia confortable" en Ehrenberg A. (comp.): *Individuos bajo influencia. Drogas, alcohol, medicamentos psicotrópicos*, Nueva Visión, Buenos Aires.
- Taylor, Ch. 1997: *Argumentos filosóficos*, Paidós, Barcelona.
- Touzé, G. 1996: "La construcción social del problema droga", en *La Investigación en Toxicomanía: estado y perspectivas*, Federación Internacional de Universidades Católicas y Fundación Universitaria Luis Amigó, Medellín.
- Turner, V. 1974: *Dramas, Fields, and Metaphors*, Cornell University Press, Ithaca.
- 1988: *El proceso ritual. Estructura y anti-estructura*, Taurus, Madrid.
- 1980: *La selva de los símbolos*, Siglo XXI, México.
- Van Gennep, A. 1986: *Los ritos de paso*, Taurus, Madrid.
- Velho, G. 1998: *Nobres & Anjos. Um estudo de tóxicos e herarquia*, Getulio Vargas, Río de Janeiro.