

**Universidad Andina Simón Bolívar**

**Sede Ecuador**

**Área de Salud**

Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva

## **Dispositivo de control psicosocial**

**Un estudio sobre el uso de sustancias psicoactivas desde la reproducción psicosocial en el campo de la salud**

Leonardo Sebastián Goycochea Román

Tutora: María Fernanda Soliz Torres

Quito, 2023





## Cláusula de cesión de derecho de publicación de tesis

Yo, Leonardo Sebastián Goycochea Román autor/a de la tesis intitulada “Dispositivo de control psicosocial: Un estudio sobre el uso de sustancias psicoactivas desde la reproducción psicosocial en el campo de la salud”, mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de magíster en Epidemiología y Salud Colectiva en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo, por lo tanto, la Universidad utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en formato virtual, electrónico, digital u óptico, como usos en red local y en internet.
2. Declaro que en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.
3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

31 de mayo de 2023

Firma: \_\_\_\_\_



## Resumen

Este estudio tiene como objeto comprender el uso de sustancias psicoactivas desde una perspectiva crítica. Parte del concepto control, aplicado al uso de sustancias psicoactivas como un dispositivo, es decir, como una compleja estrategia de gobierno. El dispositivo de control se produce y reproduce de modo psicosocial, el cual afecta al campo estratificado de la salud y sus interfases al territorializarse sobre este. La metodología del estudio emplea diferentes recursos bibliográficos que aportan con varias reflexiones teóricas, contribuyendo una mejor comprensión del fenómeno del uso de sustancias psicoactivas, a la luz del prisma del dispositivo de control psicosocial, que recae sobre estas de forma determinante. El estudio concluye que el dispositivo de control al uso de sustancias psicoactivas, se produce y reproduce de modo psicosocial, a través de diferentes estrategias y mecanismos, los cuales se territorializan en el campo estratificado de la salud y sus interfases. Contribuye con una mejor comprensión del campo de la salud desde múltiples aportes de las ciencias sociales y la historia.

Palabras clave: poder, cultura, territorio, subjetividad, epistemología, escritura



A las brujas y brujos incinerados en las hogueras de las clínicas de rehabilitación  
psicosocial y cárceles del país.

A la lucha por la escritura.

A la lucha por escribir y hacer historia.





## **Agradecimientos**

A mi padre, mi madre y mi familia.

A quienes me han enseñado los matices de la luz y la sombra.

A las personas y agrupaciones vinculadas con el uso de sustancias psicoactivas por su apoyo, participación y experiencias.



## Tabla de contenidos

Introducción.....	13
Metodología.....	19
Capítulo primero: Fundamentación teórica y conceptual.....	21
1. Dispositivo.....	21
1.1. Origen del término dispositivo.....	22
2. Apropósito del fenómeno de las sustancias psicoactivas: una entrada etimológica.....	24
3. Sustancias y psicoactividad.....	26
4. Reproducción social.....	30
5. Epistemología de la salud.....	31
5.1. Reproducción psicosocial.....	33
5.2. Sintagma salud-enfermedad-atención.....	34
Capítulo segundo: Dispositivo de control psicosocial.....	37
1. Historia del control psicosocial.....	37
1.1. Origen del control social.....	38
1.2. Origen del control psicosocial.....	41
2. Poder de la salud.....	43
2.1. Violencia de la salud.....	46
3. Régimen de control psicosocial.....	47
3.1. Discurso jurídico.....	50
4. Estrategias de control psicosocial.....	51
4.1. Mecanismos de desubjetivación.....	55
5. Poder de la escritura: lo performativo.....	56
6. Disciplinas de control psicosocial.....	62
6.1. Control médico.....	62
6.2. Control jurídico.....	65
6.3. Control psiquiátrico.....	66
6.3.1. Jurisprudencia psiquiátrica.....	68
7. Derecho al control psicosocial.....	68
Capítulo tercero: Territorialización del dispositivo de control psicosocial respecto al uso de sustancias psicoactivas en el campo de la salud.....	73
1. Salud.....	75

1.1. Buen uso o uso saludable de sustancias psicoactivas .....	75
2. Modos de existir y enfermar .....	77
2.1. Desviación psicosocial y uso problemático de sustancias psicoactivas.....	79
2.2. Fenómenos sintomatológicos.....	81
3. Actividades terapéuticas .....	83
3.1. Residuos refractarios: las resistencias.....	84
4. Prácticas de salud .....	88
5. Profesión de la salud.....	90
5.1. Apropiación médica de la psicopatología del uso de sustancias psicoactivas ....	93
Conclusiones.....	95
Obras citadas.....	99

## Introducción

El uso de sustancias psicoactivas lo controla y fiscaliza de manera hegemónica el Régimen Internacional de Control de Drogas. Recibe apoyo de los Estados nacionales, sus diferentes instituciones y los gobiernos de turno, así como de gremios profesionales de medicina e industrias farmacéuticas. Los cuales en conjunto velan por mantener el orden social establecido, en función a sus intereses de poder y saber, entorno a la acumulación de capital en el campo político, económico, legal, social, académico, simbólico, cultural y comunicacional (Jácome 2016). A este control sobre el uso de sustancias psicoactivas se lo denomina heterocontrol, cuyas prácticas son ejercidas de forma externa por policías, militares, profesionales de la salud. Estos agentes de control operativo, ejecutan procedimientos externos aplicados a las comunidades, los colectivos, familias y los individuos, a los que se pretende dominar a través de una serie de estrategias y mecanismos, que en el presente estudio se denomina dispositivo de control.

Centralizar las estrategias y mecanismos del control al uso de sustancias psicoactivas, desde la vertiente del heterocontrol societal o contractual, reduce y empobrece las condiciones de posibilidad de libertad y autonomía, que posee la agencia del resto de estratos de la vida social, como el control estatal, comunitario, biológico, así como sus respectivas interfases. Por lo tanto, la producción y reproducción del orden social centralizado en el heterocontrol hegemónico, no solo afecta la organización de la vida social, por ende, los procesos objetivos y subjetivos del campo de la salud estratificada, sino que este se lleva a cabo mediado por la conformación del dispositivo de control psicosocial.

En este sentido, el presente estudio se justifica porque despliega y devela las estrategias y prácticas del dispositivo de control psicosocial, las que recaen sobre los comportamientos refractarios a las normas sociales, como el uso de sustancias psicoactivas. Introduce cuestionamientos al régimen de control hegemónico y abre posibilidades y alternativas para descentralizar el heterocontrol a través del control social y el autocontrol, más cercanos al control popular y la salud colectiva.

El problema preciso que interesa subrayarse en este estudio, se refiere a la forma fragmentada, a manera de factores de riesgos o daños multicausales que, al estar desarticulados de la totalidad, no contribuyen a su verdadera comprensión. Este problema

de comprensión, se presenta como un dispositivo de control psicosocial producido y reproducido de forma hegemónica mediante los ingentes esfuerzos de grupos de poder y saber, el cual percute, se territorializa, incorpora y encarna en el campo de la salud, de manera objetiva y subjetiva.

A fin de superar los obstáculos epistemológicos implicados en el falso problema que impulsa la posición centrada en el heterocontrol, reconocida por el iterativo esfuerzo que ejerce para controlar las sustancias psicoactivas, los sujetos y colectivos que las usan, este estudio teórico aboga por un paradigma crítico y constructivo, que sirva como alternativa a las teorías positivistas y neurocientíficas. Aporta con una explicación latente con apoyo en el enfoque social, histórico, cultural y negativo. Ofreciendo al lector nuevos caminos para la comprensión y problematización, respecto de las tensiones y contradicciones, que surgen entorno a la pugna en el campo social por el control psíquico y psicoactivo.

Se procura hacer dialogar autores tales como Juan Samaja y Rafael Huertas, entre otros, quienes condensan fundamentales aportes en este trabajo. Samaja mediante la epistemología de la salud aporta conceptos que consideran la reproducción social de la salud a travesada por la historia y la subjetividad. A su vez Huertas, aporta conceptos de la sociología de las profesiones que explican las prácticas de control en el quehacer de la medicina psiquiátrica y contribuye con una lectura histórica, cultural y negativa de la subjetividad.

Los dispositivos de control, disciplina y seguridad han respondido socialmente al uso de sustancias psicoactivas aplicando medidas, tales como: políticas de guerra contra las drogas y contra las personas que las usan; representaciones sociales estigmatizantes presentadas a la memoria social a través de los medios de comunicación; instrumentos jurídicos que vulneran los derechos según las posiciones de los árbitros y los agentes de control; atenciones de salud que centran sus intervenciones en lo objetivo y cuantitativo; prácticas moralizantes que imponen como natural construcciones sociales de manera persuasiva o coercitiva.

La salud pública dominante concentra su gestión en el cumplimiento de indicadores y metas institucionales, así como en los intereses políticos de los gobiernos de turno, más que en diseñar indicadores y metas colectivas de impacto medio y largo o avizorar un más allá de los períodos de gobierno. Los programas y servicios que operativiza la salud pública, se han diseñado impulsando paradigmas científicistas, moralizantes, heteronormativos y positivos. Sostenidos en el argumento estadístico de las

clasificaciones, el oxímoron fiscalización-promoción de acceso las sustancias psicoactivas, la prevención del deseo y autonomía, la desobjetivación e individualismo y la cronicidad de los tratamientos. La salud pública no incluye las demandas de los sujetos que usan sustancias psicoactivas, ni la reproducción social que determina las prácticas profesionales, institucionales, científicas, discursivas, los cuales fundamentan la formulación de procesos críticos para comprender la territorialización del dispositivo de control psicosocial respecto al uso de sustancias en el campo de la salud.

¿Cómo analizar desde la reproducción psicosocial, la territorialización del dispositivo de control psicosocial respecto al uso de sustancias psicoactivas en el campo de la salud? En respuesta a esta interrogante central que encamina el estudio, se realizó el esfuerzo por analizar esta problematización de la siguiente manera.

Se ha partido por una fundamentación teórica y conceptual sobre la que se construye un recorrido que no ha sido transitado previamente. Este camino conceptual es pionero, debido a que el estado del arte en esta materia no contiene referencias identificadas. La construcción de esta base se sostiene sobre pilares conceptuales que permiten al presente estudio establecer un espacio de trabajo. Siguiendo la formulación de la respuesta a la pregunta central, el estudio requiere aclarar no solo, ¿qué son las sustancias, la psicoactividad o fenómeno de las sustancias psicoactivas?, sino también ¿qué es la reproducción social y los dispositivos sociales? Para llegar a comprender: los modos en que la salud se ve afectada, así como, la determinación e influencia que tiene la reproducción social y el dispositivo de control psicosocial sobre el campo la salud, y de forma particular con relación al uso de sustancias psicoactivas. Además, se ha considerado necesario realizar un acercamiento al estudio sobre la salud, por medio de una aproximación epistemológica a la salud.

Este esfuerzo no se ha realizado por azar. Este esfuerzo tiene variadas fuentes que lo motivan de forma intrínseca y extrínseca. La relación con el uso de sustancias psicoactivas es un aspecto que llama la atención no solo de forma personal y familiar sino también colectiva y social. Y es sobre este último punto en forma de asterisco que es lo social, es decir, un punto sobre el que se entrecruzan diferentes líneas, sobre el que se pone mayor acento, para explicar las manifestaciones en el territorio de lo personal y familiar, pero también en lo comunitario, colectivo y grupal. De tal forma que motiva contribuir con aportes que integren elementos centrales y periféricos de modo simultáneo en la problematización, porque permite al lector pensar otras formas de acercarse a lo que es, así como, a lo que debería ser.

El objetivo que se persigue es dislocar el sentido hegemónico sobre el tema, para repensarlo más allá de un foco que ilumina las verdades teóricas indiscutibles de la ciencia o la neurociencia, enfocado de forma parcial en factores y desarticulada de los problemas psicosociales implicados en el campo de la salud y la vida. Es un objetivo crítico, el cual no se hubiera podido formular, si no se interroga de forma inicial el qué hacer de la epidemiología y las virtudes de la salud organizada desde lo popular. Es en este sentido, que interesa a este estudio el análisis a diferentes aspectos sobre el complejo ámbito del uso de sustancias psicoactivas y cómo este repercute en la salud. Aspectos que en otro trabajo podrían ser profundizados de forma separada, en conjunto o con metodologías mixtas.

De manera más precisa, la explicación teórica proviene de vertientes críticas, marxistas y constructivistas que alimentan diferentes disciplinas, las cuales este estudio ha echado mano, como son la sociología, estudios culturales, epidemiología, ciencias de la salud, filosofía, historia, clínica, política, comunicación, jurisprudencia, ética, principalmente.

Si se quiere el concepto central que se ofrece al lector es la salud, el cual se vuelve un híbrido, como un lugar que permite el entrecruzamiento de perspectivas y sectores que se desplazan. Al momento que se pone acento sobre el concepto de sustancias psicoactivas surge su uso y la intención de controlarlo, cuando se centra la atención sobre el control al uso de sustancias psicoactivas, emerge la cultura, el dispositivo, la reproducción social, finalmente, cuando se apunta al concepto de salud aparecen otros como la subjetividad, hegemonía, vida, control e historia.

La hipótesis del estudio supone que el dispositivo de control psicosocial, respecto al uso de sustancias psicoactivas, se territorializa en el campo de la salud.

La perspectiva teórica metodológica se concentró en el uso de categorías, paradigmas críticos y constructivos, de disciplinas diversas, a través de los cuales se pretende contribuir a la comprensión cualitativa de las interacciones sociales y construcciones discursivas en el campo de la salud, mediante el análisis de fuentes bibliográficas principalmente. El estudio se vio limitado por la dificultad en el acceso a colectivos organizados de usuarios de sustancias que enriquezcan con su perspectiva los contenidos del presente estudio.

El primer capítulo es de fundamentación teórico y conceptual. Su intención es introducir al lector en la posición teórica del texto que se desarrollará, explicar las



categorías fundamentales que dan sentido y articulación al trabajo y superar los obstáculos epistemológicos presentes en la investigación crítica de la salud.

El segundo capítulo desarrolla los hallazgos sobre el estudio realizado entorno al dispositivo de control, que se ejerce al mismo tiempo a lo social y a lo psíquico. Se asume el término psicosocial, para expresar esta relación de simultaneidad de los hechos concretos de la vida. Estos hallazgos se los reconoce a través de la historiografía, la noción de lo policlínico, el régimen internacional de control de drogas y las gramáticas de las disciplinas de control.

El tercer capítulo cumple el objetivo de manifestar las formas y modos en que el del dispositivo de control psicosocial se expresa y se incorpora de manera territorial, respecto al uso de sustancias psicoactivas, en el campo de la salud; campo compuesto por el bien, el pathos, lo terapéutico, las prácticas y lo profesional.

El alcance del estudio es teórico psicosocial con una alta posibilidad de continuar una mayor profundización en temas y categorías, relacionadas de forma directa e indirecta con el estudio, y de cara a una investigación en un programa de estudio doctoral.

|

## Metodología

La metodología del estudio transitó por varios momentos. En un comienzo se trabajaría con los miembros de una casa cultural, a través de técnicas de investigación como entrevistas a profundidad con los líderes y grupos pequeños de discusión o triangulares con los miembros de este espacio. Al ser desestimada esta posibilidad, surgió un segundo momento. Se planteó el análisis de un caso de estudio con el apoyo de un líder y su colectivo reconocido por el movimiento cannábico ecuatoriano, sin embargo, también fue desestimado. Finalmente, al haberse recopilado material bibliográfico y tenerlo disponible, el último momento del recorrido metodológico concluyó en un estudio teórico.

En este sentido, se describe un breve resumen de su metodología. La técnica de investigación elegida para el desarrollo de este estudio es la revisión bibliográfica. La técnica de análisis aplicado es el análisis del contenido bibliográfico, el cual fue recopilado durante varios años a partir de la participación en el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, la Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas, adquirido de forma personal y a través del propio ejercicio de la revisión bibliográfica de la misma investigación.

Las fuentes bibliográficas consisten en libros, estudios, artículos, revistas, conferencias, leyes, noticias y diccionarios. Las diferentes fuentes están orientadas por el marco teórico asociado con el paradigma crítico y el paradigma constructivo. Incluyen campos del conocimiento como la psiquiatría, la sociología, la clínica, la filosofía, la epistemología, la antropología, la psicofarmacología, entre otros. En los cuales el interés conceptual es el reconocimiento de categorías tales como: reproducción social, control, sustancias psicoactivas, salud, dispositivo, a fin de realizar registros y resúmenes de los contenidos de interés para el propósito del trabajo.

Este es un estudio sobre el uso de sustancias psicoactivas desde la perspectiva de la reproducción psicosocial en el campo de la salud, cuyo problema se refiere al control psicosocial asumido como un dispositivo estratégico, estructurado por una red de elementos heterogéneos de poder y saber.

El objeto de estudio es analizar y comprender, por un lado, la producción del dispositivo de control psicosocial y, por otro lado, cómo su reproducción determina la

territorialización del uso de sustancias psicoactivas en el campo de la salud. Objeto delimitado por la función de la estructura, estrategias y relaciones de poder que el control produce a manera de un dispositivo sobre las subjetivaciones en general, y de modo particular sobre el uso de sustancias psicoactivas; expresada de forma territorializada en el cuerpo del campo de salud. Campo organizado por el bienestar, los modos de existencia patológicos, lo terapéutico, las prácticas de salud con relación a las prácticas sociales, y la profesión.

Los problemas en las ciencias de la salud bordean lo real, la forma de representarlos y cómo se los afronta (Samaja 2004). El problema real del uso de sustancias psicoactivas se ha reducido a formas reales de representarlo, así como modos reales de afrontamiento. Lo que quiere decir es que esta interpretación hegemónica del problema, representada a través de tomografías cerebrales que buscan explicar el problema real, el cual se afronta con la erradicación de las sustancias psicoactivas, resulta en un fraccionamiento o desarticulación que obstaculiza la comprensión del uso de sustancias como un hecho concreto híbrido.

El cual no es solamente una entidad natural, sino también lo son sus interacciones psicosociales y construcciones discursivas. Son estos dos últimos aspectos que este estudio se interesa en analizar, debido a que servirán como aporte válido, crítico e innovador, tanto para superar los falsos problemas que se aluden alrededor del uso de sustancias, como para introducir explicaciones alternativas que contribuyen a comprender su resistencia y refracción, impulsando otras maneras de estudiarlo, representarlo y afrontarlo.

Reconoce el valor del problema real, sin embargo, lo comprende a la luz de la reproducción psicosocial, el dispositivo de control y una epistemología crítica de la salud. Es decir, vincula elementos que están presentes en el análisis de la realidad, los cuales por diferentes motivos e intereses de los actores en el campo social son desestimados. El problema del dispositivo de control psicosocial es un problema latente, invisibilizado, encubierto, lo que conviene a diversos agentes sociales, ya que se mantiene activo el control cuya fuerza se dirige a conservar el orden social hegemónico.

## **Capítulo primero**

### **Fundamentación teórica y conceptual**

El estudio considera necesario explicar los conceptos nucleares, como un ejercicio de fundamentación. A fin de poner en sintonía al lector, los significados y el entendimiento que se tiene sobre los mismos. Debido a que se han montado obstáculos epistemológicos para su comprensión, los cuales se intentan superar por medio de este trabajo.

Para poder entender el fenómeno de la relación entre las sustancias y la psicoactividad, no basta con la explicación científica de las propiedades farmacológicas, sino también deben acompañarse sus atributos extrafarmacológicos. La relación que las personas, colectivos y sociedades tienen con las sustancias psicoactivas está mediada por la determinación del control social, el cual no está localizado o focalizado, sino que deviene un dispositivo de control social de la psicoactividad, un dispositivo psicosocial que produce subjetivaciones y territorialidades sujetas a control.

Comprender estas asociaciones y dimensiones de forma articulada, se lleva a cabo por el acercamiento que se hace a la reproducción social y sus estrategias, gracias a los aportes desde el campo de la sociología que formula Pierre Bourdieu. Quien junto a los aportes que introduce Samaja, sirve para el diálogo entre los autores y la explicación de la reproducción psicosocial de la salud.

Se ha considerado necesario realizar esta fundamentación teórica y conceptual, que busca hacer un ejercicio explicativo de la posición teórica que se asume a partir de las categorías transversales de este estudio, previo al capítulo en el que se aborda el dispositivo de control psicosocial y al capítulo sobre su territorialización respecto al uso de sustancias psicoactivas en el campo de la salud.

#### **1. Dispositivo**

Foucault comprende el poder a través de la identificación de un dispositivo y no tanto por medio del individuo o de grupos de personas (Huertas 2012). En el presente estudio se emplea el concepto dispositivo, en el sentido que Foucault lo propone, para mostrar la caracterización del control que se ejerce sobre las subjetivaciones, como el uso de sustancias psicoactivas, no sin una necesaria articulación con la teoría crítica. La

concepción de poder como una red de relaciones que se pueden establecer entre elementos heterogéneos, pierde valor si no se entrelaza a preguntas como “quién posee el poder y con qué derecho, quién sufre y se beneficia de él etc. interrogantes propios de otros tipos de análisis como por ejemplo los de enfoque marxista” (Huertas 2012, 32), así como los enfoques historiográficos y sociológicos.

El control se constituye como un dispositivo. Se supone al control como una red de heterogéneas estrategias, las cuales se encuentran determinadas por mecanismos que conservan diferentes formas de reproducción social hegemónica. El dispositivo de control sobre las subjetivaciones en general y de manera particular sobre el uso de sustancias psicoactivas, son fenómenos que este estudio pretende destacar.

El término dispositivo es concebido como aparato que produce subjetivaciones y sólo a partir de ello, es un aparato de gobierno (Agamben 2011). El término dispositivo es un concepto que Michel Foucault formula debido al interés que surge en él para analizar el poder y el gobierno. Un dispositivo puede definirse como una red de relaciones entre diversos elementos heterogéneos, que se caracteriza por la estructura que se establece entre elementos tales como: discursos, instituciones, leyes, territorios, enunciados filosóficos y científicos, medidas administrativas, entre otros. El dispositivo es una conformación que responde a una utilidad, definida por su naturaleza estratégica y las relaciones de poder y gobierno, cuya función sigue un proceso de reajuste continuo (Castro 2020).

El dispositivo son las estrategias para conservar un modo de reproducción social a favor de las clases sociales dominantes. A través del cual estas ejercen su poder y fuerza sobre determinados aspectos de la vida de las clases dominadas que interesa controlar, normar, regular, suprimir, inhibir, prohibir, evitar, coaccionar, desmarcar.

### **1.1 Origen del término dispositivo**

Giorgio Agamben afirma que Foucault para delimitar el objeto de sus investigaciones, utiliza un término cuya etimología es próxima a dispositivo, el cual es positividad. Que a decir del estudio que realiza Agamben, Foucault lo retoma de un texto que Jean Hyppolite publicó bajo el título de Introducción a la Filosofía de la Historia de Hegel (2011).

En este texto, Hegel emplea el término positividad para contraponer la religión natural y la religión positiva. La religión natural es aquella que remite a la relación inmediata de la razón humana con lo divino, en cambio, la religión positiva refiere al

grupo de creencias, tabúes y ritos, que, en un determinado contexto histórico-social, se imponen a las personas desde el exterior.

Agambem señala que la investigación de los elementos históricos o dispositivos llevada por la religión positiva, bien puede ampliarse a revelar cómo las instituciones, normas, reglas y ritos de una sociedad, como poder externo, se imponen a los individuos vía coerción, quienes los incorporan en sus sentimientos y credos (2011).

Siguiendo la genealogía del término dispositivo, Agambem señala, que proviene de la teología económica. Precisamente de “oikonomía” que significa la administración del “oikos”, de la casa; término que durante la historia antigua influyó significativamente en la teología. Agambem retoma a Aristóteles, para indicar que “oikonomía” denota una actividad práctica que responde a una problemática en un contexto determinado. La lógica de algunos teólogos de la época sobre la economía fue "en cuanto a su ser y a su sustancia, Dios indudablemente es uno, pero en cambio en cuanto a su *oikonomía*, es decir, el modo en que administra su casa, su vida y el mundo que ha creado, es triple” (2011, 14). Con el tiempo el término economía se fue definiendo para aludir de modo particular a las nociones de padre, hijo y espíritu santo. La economía terminó siendo el dispositivo para infundir dogmas y preceptos en las doctrinas y creencias del cristianismo, tales como, la trinidad y el gobierno sagrado elegido (2011).

El derecho romano manifiesta que los aspectos sagrados o divinos corresponden a los dioses, a los cuales los seres humanos tenían acceso restringido para su *uso libre e intercambio*. Desde este punto de vista, se observa que el comportamiento de la religión se caracteriza por despojar o apartar cosas diversas a un espacio separado. Por lo que la distinción y la separación conserva en su raíz un origen religioso, el cual se modula con el dispositivo del sacrificio penitencial, es decir, contribuye al pasaje de algo del ámbito humano al ámbito sagrado. Y viceversa, el “contra-dispositivo” que restituye algo separado y sustraído al *uso común*, es la profanación (Agamben 2011).

Finalmente, el modelo económico y de gobierno actual caracterizado por las formas de poder centradas en el capitalismo y su acumulación acelerada, intensifican de sobre manera una separación superlativa que se la asumió desde la religión, tanto así, que los dispositivos modernos actúan menos sobre la producción de subjetivaciones, que por medio de dispositivos de desubjetivación (Agamben 2011).

## 2. Apropósito del fenómeno de las sustancias psicoactivas: una entrada etimológica

Valga considerar los términos que se emplean para denominar la ley orgánica en materia de sustancias psicoactivas a nivel nacional, cuyo nombre es *Ley orgánica de prevención integral del fenómeno socio económico de las drogas y regulación y control al uso de sustancias estupefacientes y psicotrópicas sujetas a fiscalización*, publicada en 2015. De lo cual interesa subrayar para el análisis en el presente apartado, la connotación que se hace de las sustancias psicoactivas como fenómeno socio económico. En tal sentido, a continuación, se desarrolla un análisis a fin de explicar el significado del término fenómeno y de esta manera acercarse a una mejor comprensión del fenómeno de las sustancias psicoactivas.

Para definir el significado del término fenómeno se toma en consideración tres fuentes bibliográficas que son, el *Diccionario etimológico indoeuropeo de la lengua española*, el *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española* y el *Diccionario de Filosofía* de José Ferrater Mora, de esta manera, se busca identificar su fundamento y alcance.

**Bhā-<sup>1</sup>**. Brillar, resplandecer. **1.** Con sufijo *\*bha-es*. Gr. φως, φωτός: luz. **2.** Con alargamiento y sufijo *\*bhan-yo-* **A.** Gr. φαίνω: brillar, aparecer. **B.** Gr. φάσις: aspecto, descubrimiento. **3.** Germ. *\*baukna-*: señal. **4.** Germ. *\*bandwa-*: señal que identifica; grupo unido bajo una misma señal. (Roberts y Pastor 1996, 19)

El estudio etimológico del término presenta las primeras pistas históricas para acercarse a su mejor comprensión. Fenómeno proviene del griego: luz, brillar, aparecer, aspecto, descubrimiento y del germano: señal, señal que identifica, grupo unido bajo una misma señal. Tal vez pueda parecer extrañas estas palabras en un comienzo, sin embargo, al avanzar la lectura se explicará su relevancia y sentido.

**Fenómeno.** (Del lat. tardío *phaenōmēnon* ‘síntoma’, fenómeno astronómico’, y este del gr. φαίνόμενον *phainómenon*). m. **1.** Toda manifestación que se hace presente a la consciencia de un sujeto y aparece como objeto de su percepción. || **2.** Cosa extraordinaria y sorprendente. || **3.** coloq. Persona o animal monstruoso. || **4.** coloq. Persona sobresaliente en su línea. || **5.** *Fil.* En la filosofía de Imanuel Kant, lo que es objeto de la experiencia sensible. • adj. **6.** coloq. Muy bueno, magnífico, sensacional. Es un tío fenómeno. U. t. c. adv. Lo pasamos fenómeno. (RAE 2023)

Las definiciones que aporta este diccionario deben ir de la mano con los referentes etimológicos del español. En última instancia, fenómeno proviene del latín tardío en donde pasa a definirse y designar un síntoma, así como un fenómeno astronómico. Nótese



que ambos provienen de la primera instancia germana y griega respectivamente, es decir, síntoma se emparenta con la raíz germana señal, señal que identifica, grupo unido bajo una misma señal y fenómeno astronómico a su vez con la raíz griega luz, brillar, aparecer, aspecto, descubrimiento. Cáigase en cuenta que el término implica lo sintomático y lo astronómico, que asemeja lo subjetivo y lo objetivo, o lo cultural y lo natural. El análisis realizado evidencia los modos de ser de los fenómenos, como siendo del orden social y del orden natural o físico, o más bien pueden concebirse como fenómenos, sociales y naturales.

Después de haber revisado el término fenómeno desde las lenguas que influyeron al español, en adelante, se analizan los seis significados de fenómeno desde el español propiamente: El 1. corresponde a toda manifestación que cumple dos cualidades: a) hacerse consciente ante un sujeto y b) aparecer percibido como objeto, el 2. indica que fenómeno es una cosa extraordinaria y sorprendente; cosa denota causa, motivo, el 3., 4., y 6. connotan la ambivalencia del término fenómeno, es decir, que presenta dos contraposiciones o valores, frecuentemente opuestos y el 5. nos indica que es un concepto empleado en el campo de la filosofía.

Con estos significados se perfilan sus características fundamentales: a) Manifestación social y a la vez natural; b) Posee causalidad, y; c) La filosofía enseña que no hay una sola y única relación entre b) y a), es decir, que no hay una sola y única causa para las manifestaciones del fenómeno. Además, que existen diferentes formas de conocerlo (intelectual o sensible), así como, filosofías o teorías para interpretar las relaciones entre causas y manifestaciones del fenómeno.

Los fenómenos sean sociales y naturales, tienen un grado alto o bajo de cognoscibilidad para el ser humano, por lo que las filosofías o teorías acercan sólo a uno o varios aspectos o semblantes del fenómeno y convendría estudiarlo de forma multidisciplinaria e inclusive transdisciplinaria. No hay una única fórmula para explicarlo.

Si, por una parte, puede ser la verdad, lo que es a la vez aparente y evidente, por otra puede ser lo que encubre la verdad, el falso ser, y, finalmente, aquello por lo cual la verdad se manifiesta, el camino hacia lo verdadero. Estas tres nociones suelen presentarse confundidas o, cuando menos, entrelazadas en la historia de la filosofía [...] Muchas veces es el fenómeno, más que realidad ilusoria, realidad subordinada y dependiente, sombra proyectada por una luz, pero sombra sin la cual la luz no sería en última instancia accesible [...] Por esto también no hay una sola y única forma de relación entre lo en sí y el fenómeno y entre ellos y la conciencia cognoscente, y por eso también la filosofía

«elegida» depende en gran parte de la forma como tal relación sea concebida. (Ferrater Mora, Cohn, y Terricabras 1994, 1235–36)

El campo de la filosofía enseña diferentes perspectivas para estudiar la fenomenología: la posición exclusiva de la verdad, la posición exclusiva de la apariencia de la verdad y la posición en cómo la verdad se manifiesta. La manera cómo sea estudiado o la posición epistémica elegida para estudiarlo, repercute en cómo serán concebidas sus verdades, sus apariencias, sus manifestaciones, las relaciones entre estas y los alcances de su concepción.

### **3. Sustancias y psicoactividad**

Interesa destacar el fracaso de las acciones dirigidas exclusivamente a las drogas o antidrogas, que se orientan a prohibir y reprimir su uso y criminalizar a quienes las usan. Para justificar en base a esta evidencia, la emergencia de otro abordaje que plantee un nuevo paradigma sobre el fenómeno de las sustancias psicoactiva, otro lenguaje o representaciones para referirse a sus manifestaciones y su complejidad.

Por ello, se autoriza este estudio en dejar de usar el término droga sobre el que se han construido significados y representaciones. Imaginarios sociales estigmatizantes que se vinculan a los usos, quienes las usan y a quienes atienden a esta población. Con el propósito de apostar, poniendo en juego el término sustancia psicoactiva, debido a que es un término que no acarrea esa carga de valores predeterminados, que durante años los discursos hegemónicos se han empeñado en inscribir sobre la memoria de los ciudadanos y en las construcciones culturales<sup>1</sup> del pueblo. Los efectos de la estigmatización sobre los usos de drogas son significantes y reales, en tanto que son un obstáculo para acceder, disponer y regular los servicios sociales y de salud y recibir una atención equitativa y de calidad, respetado los derechos humanos consagrados en la constitución.

Una conceptualización de las sustancias y su potencial psicoactividad, asemeja un punto por el que cruzan diferentes aristas de pensamiento, formando un complejo lugar

---

<sup>1</sup> “En las culturas occidentales se tiende a considerar el consumo de bebidas alcohólicas como una cuestión moral; sin embargo, para muchas otras culturas esto no es necesariamente así. En algunas culturas puede no existir el deseo de embriagarse; en otras este deseo puede existir, pero no necesariamente se piensa que es un problema. En muchas culturas es probable que la sociedad no controle el deseo de tomar” de los individuos o sientan la necesidad de auto controlar ese deseo. En resumen, tanto el deseo de tomar como cualquier consideración moral al respecto son construcciones culturales -representaciones simbólicas que creando distinciones éticas y/o estéticas, distinciones entre lo deseable y lo no deseable, estructuran y guían la experiencia- y por consiguiente varían de cultura a cultura (Huarcaya 2003, 17).

estudiado desde diferentes campos del saber, muchas veces abigarrado. Campos de saber heterogéneos que provienen de disciplinas, como la antropología, medicina, psicología, toxicología, economía, política, historia, derecho; creando relaciones y tensiones entre cada una de ellas.

“Antes de aparecer leyes represivas, la definición [de sustancia psicoactiva] generalmente admitida era la griega. *Phármakon* es una sustancia que comprende a la vez el remedio y el veneno; no una cosa u otra, sino ambas a la vez” (Escohotado 2010, 30). La definición de sustancia implica el atributo de la hibridez, de la simultaneidad, de ahí la relevancia en considerar diferentes entradas para investigar las sustancias y sus usos diversos; más allá de concentrarse en la producción de sus propiedades psicoactivas y el consumo de las mismas.

Quien busque objetividad se cuidará de no mezclar ética, derecho y química. Pero quizá más decisivo aún sea tener presente siempre que si cualquier droga constituye un potencial veneno y un potencial remedio, el hecho de ser nociva o benéfica en cada caso determinado depende exclusivamente de: a) dosis; b) ocasión para la que se emplea; c) pureza; d) condiciones de acceso a ese producto y pautas culturales de uso. La cuarta de estas circunstancias es extrafarmacológica, aunque tenga actualmente un peso comparable a las farmacológicas. (Escohotado 2010, 31)

Los usos de sustancias se determinan en función a varios aspectos, los cuales condicionan objetiva y subjetivamente su producción y consumo, así como su relacionamiento interdependiente. Estas condiciones que influyen en el uso se analizarán de manera sucinta a continuación, desarrollando el extracto previo.

La dosis puede llevar a que los efectos psicoactivos inmediatos de las sustancias devengan nocivos o benéficos, a la vez, conviene considerar el período de tiempo durante el cual se las ha usado. Una dosis baja aparentemente puede parecer no ser nociva, sin embargo, cuando se usa con una frecuencia o durante varios años, es probable que se convierta en nociva; aunque no necesariamente, debido a las múltiples condiciones implicadas en cada caso determinado, por lo que debe cuidarse permanentemente de caer en prejuicios que obnubilan el pensamiento reflexivo. “Un descubrimiento importante, en una perspectiva transcultural, es que los problemas relacionados al alcohol son infrecuentes, aún en muchas sociedades en las cuales el alcohol es usual y la embriaguez, ordinaria” (Heath 1986 citado en Huarcaya 2003, 16).

Las ocasiones abren un inmenso espectro de posibles dosificaciones para un uso diverso de las sustancias y su potencial psicoactivo. Los diferentes contextos sociales y culturales determinan los usos personales que se hacen de ellas. A lo largo de la historia

e inclusive de la prehistoria, los seres humanos han empleado las sustancias en diferentes ocasiones, por diversos motivos y para alcanzar experiencias singulares, particulares y colectivas.

Estas ocasiones estuvieron antiguamente reducidas a eventos sagrados y curativos, los cuales, con la constitución de los Estados modernos y el desarrollo europeo a través de las colonizaciones territoriales, se ampliaron y diversificaron. Sin embargo, en el último siglo, la influencia del libre mercado y los Estados modernos, junto a la proliferación de industrias productoras y sintetizadoras de las sustancias, así como el heterocontrol al que se han visto sujetas las sustancias, ha ido estableciéndose el uso médico de modo hegemónico como la principal ocasión para que sean empleadas.

Fuera del ámbito médico suele considerarse, como un uso anormal o indebido, con excepción en ciertos casos de uso social de sustancias específicas como el alcohol, el tabaco, las hojas de coca, entre otras, dependiendo del contexto social y cultural del que se trate.

Durante el período del reinado inka (c. 1440-1532), el alcohol y la borrachera estaban asociados con el ámbito de lo sagrado, y por extensión con los poderes de la élite gobernante, el linaje divinizado de los inkas. Este grupo gobernante controlaba estrictamente la producción y distribución de la chicha y las hojas de coca, en tanto que la mayoría de la población sólo participaba en su consumo durante las fiestas patrocinadas por el Estado que eran, dado el status sagrado de la élite inka, ocasiones necesariamente religiosas, ceremoniales o públicas.

Después de la conquista española se dio una secularización general de muchos aspectos de la vida, incluyendo a la circulación de maíz y coca, los cuales se convirtieron entonces en artículos de comercio general y, por tanto, más ampliamente accesibles. (Saignes 1993, 117)

Una perspectiva histórica cultural, no sólo permite comprender particulares ocasiones para las que se han empleado las sustancias, sino que también introduce la noción del ejercicio del control de la producción y la distribución, destacándose la conversión del control del Estado al control del mercado comercial sobre las sustancias alimenticias y psicoactivas.

El grado de pureza modifica las propiedades y acciones de las sustancias, los efectos de las dosis, por consiguiente, afecta la experiencia percibida. Las nuevas tecnologías e instrumentos de síntesis han permitido el refinamiento y han alcanzado altos grados de pureza que se vincula, entre otros aspectos, con mayores niveles de toxicidad, que se lograron mediante técnicas empleadas siglos atrás. Además, el grado de pureza

puede reducirse cuando se incluyen sustancias adulterantes, las cuales influyen en la salud de las personas y grupos que las usan.

El acceso a las sustancias se condiciona socialmente por el valor, significado, posición y función que en cada territorio las diferentes culturas asignan a las prácticas y uso de las mismas, en relación con las demás prácticas sociales y la vida cotidiana. En otras palabras, existen criterios y normas sociales que cada cultura construye a fin de organizar el acceso al uso de las sustancias.

Comprender el uso de las sustancias y su potencial psicoactividad a la luz de las pautas culturales, demanda pensar a la cultura como un entretrejado de significaciones incorporadas en las prácticas sociales, que surgen de la experiencia subjetiva compartida por un colectivo particular (Huarcaya 2003). Al tratar de explicar el uso de sustancias y su potencial psicoactivo en otras culturas diferentes a la propia, según Thierry Saignes, conlleva a dos dificultades:

La primera es nuestra propia experiencia histórico-cultural como consumidores. Tenemos una relación con ciertas bebidas que consumimos de ciertas formas en ciertas ocasiones de acuerdo a ciertas normas. Esta experiencia nos lleva a aplicar el código cultural vigente en nuestro grupo social a las aparentes conductas de consumo del 'Otro'. De esta manera, es muy fácil calificar a esas conductas de consumo como 'desviadas'. La segunda dificultad se refiere a las condiciones de conocimiento que tenemos acerca de ese 'Otro'. En el caso de las culturas andinas, sujetas a varios siglos de opresión social, nuestro conocimiento sobre ellas, en la necesidad de legitimar la hegemonía de la población de descendencia europea, ha estado caracterizado por la ignorancia, la incompreensión, el prejuicio y la denigración. (Huarcaya 2003, 16)

Se reconoce como algo fundamental y necesario realizar un recorrido por el estudio de la arista histórica cultural, porque es conocido que permite comprender en su complejidad lo relativo al uso de las sustancias y la psicoactividad. Por lo tanto, la explicación que se formule para dilucidar la realidad de las sustancias psicoactivas, requiere echar mano de argumentos farmacológicos y extrafarmacológicos, como Escotado señala.

Así mismo, siguiendo a Pertti Alasuutari, distingue dos ámbitos de significación. Por un lado, señala que los efectos farmacológicos percibidos por el uso de sustancias emergen de los significados producidos por el ámbito de la psiquis de cada sujeto, los que no se producen por la química de las sustancias en sí. Por otro lado, los significados construidos por los grupos culturales, asignan un lugar y función al uso de las sustancias en el ámbito de las prácticas sociales y en los modos de vida compartidos (Huarcaya 2003).

En síntesis, la perspectiva psíquica y social o psicosocial junto a la perspectiva farmacológica, son las vías de entrada que orientan un valioso entendimiento al estudio que se desarrolle sobre los usos de las sustancias y la psicoactividad.

#### **4. Reproducción social**

Lo social se constituye por un conjunto de relaciones que tienen la propiedad de mantenerse constantes, en estructuras objetivas de capitales y en estructuras subjetivas, que disponen los agentes sociales. La construcción de un espacio social se caracteriza por las formas en que los capitales efectivamente utilizables, determinan los diferentes modos de vida de los agentes en la estructura social. La posición de los agentes en la estructura social se determina por el lugar que ocupan en la estructura y el volumen de capitales que poseen.

El capital o poder es una fuerza de trabajo que con el tiempo se acumula, en forma de materia o cuerpo, cuya naturaleza le permite producir beneficios y transformarse. El capital se valora por el tiempo de trabajo y la trasmisibilidad de beneficios. (Bourdieu 2000). Los capitales tienen diferentes atributos y cualidades, en este sentido, el capital económico y el capital cultural son los fundamentos de la estructuración social y de manera secundaria lo son el capital social y el capital simbólico. La conservación de un modo de reproducción social se evidencia en la posesión de capital y el trabajo requerido para transformarlo de un capital a otro. La reproducción social de las condiciones de vida de las clases sociales, se preserva a través de diferentes estrategias de reproducción de los capitales (Bourdieu 2018).

Las estrategias de reproducción social hacen uso de mecanismos e instrumentos de producción y acceso a los capitales. Las estructuras de capital se reproducen en dispositivos e instituciones, que producen las condiciones para la conservación de intereses y posiciones favorables a la dominación del capital económico, cultural, social y simbólico en los territorios y campos que forman el espacio social.

El capital económico es susceptible de convertirse en dinero e institucionalizarse en forma de títulos de propiedad. El capital cultural puede convertirse en capital económico e institucionalizarse en forma de títulos educativos. Se compone de capital cultural incorporado en el cuerpo, capital cultural objetivado en el soporte físico de la materia y capital cultural institucionalizado apoyado de ritos sociales performativos. El capital social puede convertirse en capital económico, se institucionaliza en forma de

títulos heredados de las familias y se caracteriza por relaciones simbólicas y sociales. El capital simbólico lo constituyen los recursos que poseen las relaciones de conocimiento y reconocimiento, que implica el *habitus* o capacidad de conocimiento socialmente adquirida (Bourdieu 2000).

## 5. Epistemología de la salud

El modelo de salud en el que se sitúa Samaja para desarrollar su hipótesis, proviene del paradigma de los sistemas complejos adaptativos. En el que introduce al lector a partir de dos categorías fundamentales sobre la salud y un principio metodológico.

La primera categoría señala que la vida son procesos articulados de producción y reproducción histórica y social, en los cuales surgen problemas que impulsan acciones reparadoras. La segunda categoría indica que los resultados de estos procesos se configuran en estratos<sup>2</sup> ordenados jerárquicamente, cuya producción constitutiva se dirige de modo ascendente y su reproducción reguladora de modo descendente graduando los estratos inferiores. El principio metodológico plantea que los esfuerzos que se emprendan para introducirse en la comprensión de las ciencias de la salud, no sólo deben considerar las jerarquías constituidas sino además su historia psicosocial (Samaja 2004).

En el campo de la salud se vive una batalla por circunscribir su entidad ontológica, a partir de comprenderlo como un campo de objetos reales, relaciones de poder o construcciones del lenguaje. Los fenómenos del campo de la salud, cual sea el que se señale, comprenden un *híbrido*, término que Bruno Latour utiliza para expresar la unidad de los diversos modos de ser que caracterizan a los hechos concretos. Este concepto concibe de forma articulada, condensada y simultánea, los hechos que se producen en el campo de la salud, tanto objetos reales, relaciones de poder como construcciones del lenguaje (Samaja 2004). Valga este acercamiento para pensar, a su vez, al uso de sustancias psicoactivas como un fenómeno híbrido.

La actividad que ejercen los profesionales en el campo de la salud, está vinculada con el entendimiento que tengan de la enfermedad, así como, los juicios que agrupan los criterios para describir y valorar el *pathos* y también la práctica ejercida como acción de control. A los hechos concretos de los fenómenos del campo de salud, por tanto, se les endosa juicios referentes a los modos de existencia del ser, como la enfermedad, y juicios que las valoran. Los hechos de la vida, las declaraciones de los sujetos, las maneras en

---

<sup>2</sup> Metáfora de origen geológico que hizo Vygotski (Samaja 2004).

que el cuerpo manifiesta sus señales y la vida en sí misma son afirmaciones implícitas de valor (Samaja 2004).

En el reino biológico, la funcionalidad y fisiología expresan los valores normativos con los que el cuerpo responde, en cambio, en la cultura, los valores normativos son expresados a través del lenguaje, principalmente verbalizado. Volviendo fundante en la cultura las valoraciones normativas lingüísticas. Las normas en el ámbito de la vida y las normas en el ámbito de la cultura son atribuciones de valor. En el reino biológico las normas se cumplen de forma continua, en cambio en el campo cultural, las normas se constituyen y regulan mediante las representaciones subjetivas objetivadas comunicadas, con base al lenguaje, de modo discreto.

Representar y comunicar lingüísticamente las normas de lo diferente y lo distinto, de lo sano y lo enfermo, constituye una condición fundante de la cultura. Las normas culturales, transmitidas lingüísticamente, que valoran las prácticas, como las prácticas del uso de sustancias psicoactivas, surgen del campo psíquico alojado entre los estratos de la jerarquía social. Lugar en el que las normas son valoradas de modo psicosocial.

Las normas sirven como modelo de construcción social de los modos de existencia de la vida. Establecen un estándar, un estado de vida que predetermina un patrón, referente de comparación, representado por medio de señales, señas, signos de distinción, de discriminación. Estado o estándar de salud que cambian con el tiempo. El término estado remite a estandarte, y a estar de pie, lo que puede variar a su contrario, el enfermo, el que no está de pie porque se tiende en cama. La cama es el lugar en el cual los conocimientos del profesional se ponen en práctica, mediante las técnicas de intervención de control y regulación. La cama es un lugar asignado a la clínica, cuyo encargo social es el trabajo de mirar, escuchar, evaluar, representar, atender, comunicar y transmitir a otro profesional, al paciente, y a las instituciones que reconocen su práctica social en una cultura.

Esta epistemología de las ciencias de la salud, que Samaja propone, invita a problematizar el objeto, el sujeto, las prácticas en este campo teórico, aplicado, real e histórico. Las ciencias de la salud buscan comprender la vida como un estado del ser y un estado de lo que debería ser. El ser se entiende como un proceso de reproducción de la vida social. El ser no solo es un individuo, sino también lo son los grupos de individuos que crean colectivos o asociaciones temporales o estables, y las instituciones que organizan el aparato normativo que regulan y controlan las formas en que son representados los estados consagrados del ser normal y de ser anormal. Además, el ser



integra lo que se constituye como organismo biológico, físico, químico, eléctrico, termodinámico, así como, organismos y reinos naturales.

Repensar el ser y el deber ser, permite problematizar las normas y valores de la vida social, que son inherentes a las ciencias de la salud. Por lo que pensarlos nuevamente propende a la capacidad creativa del pensamiento. Al darse esa posibilidad, puede llegar a crearse nuevos modos de orden que cambian el ordenamiento actual o lo desorganiza, disponiendo de autonomía para reordenarse con capacidad de autorizarse a actuar intencionalmente. El orden y desorden resultan de la información que poseen los procesos objetivos y subjetivos, con autonomía o grados de libertad, para auto ordenarse ya sea conservando, reparando, estabilizando o transformando lo apercibido como un problema que motiva respuestas en este campo social normativo.

### **5.1 Reproducción psicosocial**

La producción y reproducción de los ordenamientos posibles se constituyen de manera epigenética. El ser humano es un ser “físico, químico, biótico... antes de poder ser un ser social: esto es biocomunal, cultural, estatal y societal” (Samaja 2004, 56). El ser humano es un producto natural que tiene la posibilidad de reproducirse como ser social. No todo ser humano que nace es un ser social debido a que hemos perdido la lógica de continuidad del mundo de la vida. Por lo cual, para tener acceso al mundo social, cuya lógica es discreta, contingente, ello implica la mediación subjetiva de la objetividad. Subjetividad que se manifiesta por la representación y comunicación vía el lenguaje, a manera de construcción cultural que sirve para que la vida objetiva acceda de modo artificial a los mundos del ser, presentes de forma simultánea, al mismo tiempo, en concierto. Esta posibilidad de la hiancia, divide la subjetividad del ser, o en otras palabras la subjetividad es esa división instalada entre dos registros.

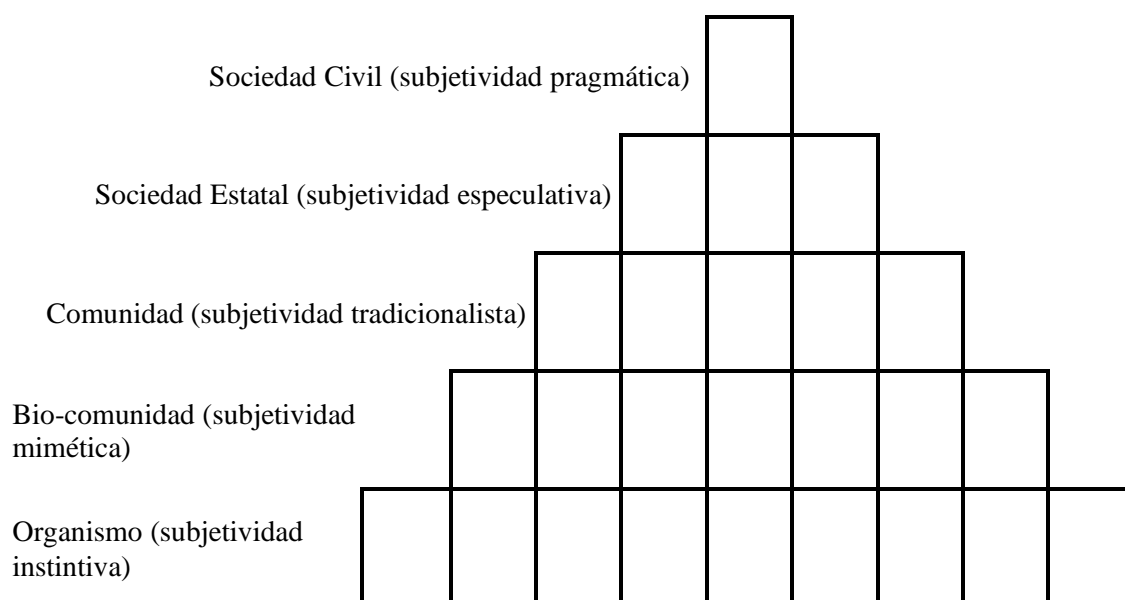


Diagrama 1. Secuencia epigenética

Fuente: (Samaja 2004, 67)

Elaboración propia

La hipótesis del modelo de Samaja, sensible al contexto, pone en suspenso la priorizada naturalización de los hechos concretos, abriendo la posibilidad de funcionar como contra-dispositivo, al incluir la dimensión de las relaciones de poder y las producciones discursivas en los mismos hechos concretos. La posición del sujeto al estar situada entre las dimensiones de los estratos biocomunal, cultural, estatal y societal, surgen tres interfases jerárquicas subjetivadas de apereibir la reproducción ontológica de los problemas de la vida, como lo es una subjetividad comunal, estatal y societal (2004).

El objeto de las ciencias de la salud es la atención a los modos en que son subjetivados los obstáculos, expresadas por una configuración comunicacional de las dimensiones sociales en su conjunto, es decir, como acciones comunicacionales corporales (o biocomunales), lingüísticas (o culturales), escriturales (o estatales) u objetales (o societales). En la historia del ser social, la conformación de los estados y las sociedades civiles son los procesos sociales que registran en su historia, la creación de instituciones específicas para mantener su orden estatal contractual. Las ciencias de la salud son, por tanto, formas institucionales particulares de tomar conciencia de los problemas de la reproducción psicosocial (Samaja 2004).

## 5.2 Sintagma salud-enfermedad-atención

La lógica vinculante entre la salud, la enfermedad y la atención, se explica por la historia entre los “*problemas reales, problemas representados y problemas afrontados*”

(Samaja 2004, 121), que se regulan y controlan a través de medidas de atención en los diferentes estratos de la vida del ser social. Siguiendo la conceptualización formulada por Samaja, resultado del modelo complejo estratificado con historia, el núcleo del campo de la salud se dirige a los problemas de la reproducción psicosocial.

La salud comprendida desde este paradigma, desbroza el espacio disciplinario de la salud biológica y la salud psicológica, invitando al lector a concebir una salud territorial, salud política, salud sociológica, salud jurídica, salud económica, salud ecológica, entre otras aristas de la salud. La presente epistemología de la salud propone una metodología, que comprende lo real como un hecho concreto, definido como una unidad en la que lo diverso de lo biológico, comunal, estatal y societal se hacen presente de modo simultáneo. Esta concepción de la salud se interesa en la búsqueda de procesos críticos que suceden en los estratos y entre las interfases jerárquicas de los estratos, en donde “operan los mecanismos de clasificación, registro y control” (Samaja 2004, 129).

Castellanos muestra en un diagrama compuesto por las dimensiones reproductivas del campo de la salud, el que sirve para graficar su concepción de la salud, el cual ha formado parte de varios de sus trabajos (Samaja 2004).

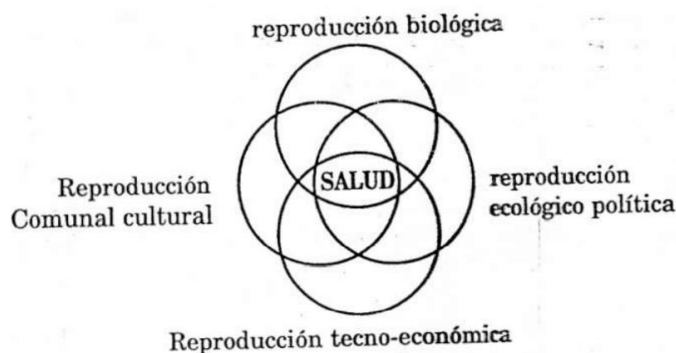


Diagrama 2. Dimensiones de la reproducción de la salud

Fuente y elaboración: (Samaja 2004, 131)

Ahora bien, si nos atrevemos a sostener coherentemente que *la salud* se debe definir como el “más completo estado de bienestar..., etc.”, entonces, ella misma se vuelve inseparable de las condiciones de vida, y sólo se la puede concebir como función esencial del control más democrático y armonioso posible de la población sobre todas las dimensiones de los procesos de reproducción de la vida social. Como *el orden regular mismo* de ese movimiento autoreproductivo. (Samaja 2004, 134)

La salud es un acto de control que conduce a la posibilidad de regular los procesos de reproducción de la vida social. La mejor regulación se alcanza por el mayor grado de bienestar, cuando la salud es agenciada como función del control más popular y

comunitario posible; cuando la salud es colectiva. “Por esta razón, la inclusión de la pareja conceptual salud / enfermedad, de la tercera categoría: ‘atención’ pasa a ocupar *el lugar principal* en todo el sistema conceptual de una teoría de la salud humana” (Samaja 2004, 88).

## **Capítulo segundo**

### **Dispositivo de control psicosocial**

El campo de la salud, si bien se ubica dentro del dispositivo de control de la reproducción psicosocial, ese control no funciona en relación con un único estrato de la vida social. Existen diferentes dimensiones en el proceso de reproducción del control que deben distinguirse, desde los controles comunales-culturales, pasando por los controles políticos territoriales y hasta los controles de la sociedad civil (Samaja 2004). Por ello, a fin de comprender los modos en que se territorializan las subjetividades, como los usos de sus sustancias psicoactivas en el campo de la salud y los campos asociados a este, valga el trabajo de estudiar la producción y reproducción del dispositivo de control psicosocial.

Los heterocontroles están incorporados en el sistema judicial y el sistema médico, los cuales actúan desde fuera del individuo. Estos sistemas están regularizados por el Estado por medio de leyes y políticas en la materia. Los controles sociales también actúan desde fuera, como la familia, amigos, compañeros, pareja, vecinos, entre otros. Es la red social más cercana a las personas y con la que interactúa en lo cotidiano. Desde el usuario de sustancias psicoactivas el control que existe sobre sí mismo es el autocontrol (Castel, R. y Coppel, A. 1994 citado en Menéndez, s. f.).

Se podrá apreciar en adelante la caracterización del control psicosocial, asumido como un dispositivo por sus diferentes elementos que lo conforman a manera de una red mutante. Un dispositivo que permuta y se reajusta permanentemente. Se presentará su estructura a través del recorrido por su historia y orígenes, sus capitales de poder, el régimen político que lo mantiene, las estrategias y mecanismos con las que opera, las disciplinas encargadas de agenciarlo y el derecho con el que se reconoce su ejercicio.

#### **1. Historia del control psicosocial**

A decir de Cándido Polo, cuando todavía las subjetividades desviadas no eran asumidas como enfermedades, por tanto, no nacía la psiquiatría, sólo podrían referirse a comportamientos en conflicto con las normas del orden feudal. Desviaciones transgresoras que darán cabida a la institucionalización de espacios de exclusión, en los que la colectividad hiciera predominar la razón social ante la sinrazón (Huertas 2012).

Los conceptos valen ser entendidos, en extenso, por su función en relación a la cultura y el contexto social en el que operan, ampliando su alcance y comprensión a los estratos históricos en que se ha producido y reproducido la vida social.

Cuando Castel explica el análisis del orden psiquiátrico lo desarrolla considerando al manicomio, no como un espacio clínico, sino como un instrumento de un dispositivo con una estrategia de disciplinamiento y regulación social. Castell junto con Foucault redirigen el objeto de sus análisis sociales del saber hacia el poder. Cuestionando el estatuto científico de la institución psiquiátrica, concibiéndola más como un espacio de supervisión, disciplina y control. Ambos autores desplazan el debate del ámbito psiquiátrico centrado en el manicomio, las cárceles, los hospitales, la escuela, al poder de normalización y el disciplinamiento social (Huertas 2012).

Las categorías de orden y desorden sirven para analizar la corriente historiográfica que estudia el saber y la práctica, vinculada con el control social, en función de conservar o mantener los modos de producción y reproducción social imperante. Los trabajos que se han interesado en estudiar la historiografía del control social, analizan las estrategias discursivas de la normativización social, así como la operativización de las estrategias por medio de prácticas institucionales. El análisis social de los dispositivos, en general, se ha enfocado en comprender las relaciones que existen entre el saber y el poder, lo que equivale a decir, entre los modos de apropiación del conocimiento y la producción y reproducción de las hegemonías sociales (Huertas 2012).

### **1.1 Origen del control social**

La noción de control social empieza a divulgarse gracias a los trabajos realizados por los estudios sociales durante las primeras décadas del siglo 20. El origen y evolución del concepto de control social surgen en relación con las condiciones que dan lugar a los procesos críticos de reproducción del estado liberal o societal. Entre 1789 y 1848 las revoluciones burguesas promovieron el ascenso al poder de una nueva clase social, pero también la consolidación de un nuevo orden social y político. En el que los modos de producción y reproducción social establecieron un sistema económico fundado en el libre mercado, lo que terminó sellando la dialéctica entre clases sociales comunales, estatales y liberales (Huertas 2012).

El pensamiento ideológico que la revolución francesa defendió, se sostuvo en la libertad, igualdad y fraternidad, convirtiendo al ser humano en un ser autónomo, autosuficiente, elevándolo del nivel de pueblerino al de ciudadano en la estructura social.

Un ciudadano cuya práctica se limitaba por los derechos ostentados por él mismo y con respeto a los otros, así como por sus propiedades. El derecho de apropiación de los bienes que un individuo dispone para satisfacer sus necesidades, y el derecho a la explotación de los bienes económicos, se constituyeron en los pilares en los que se estableció el nuevo modo de vida de los estados y sociedades burguesas (Huertas 2012).

El impulso de lo romántico, lo liberal y la reivindicación de los derechos humanos caracterizados por la promoción de la nueva personalidad individual libre, marcan los logros de la revolución artística, económica, política y gramatical. Constituyéndose en los cimientos de los principios y argumentos sostenidos en la razón y la mercantilización. Apuntalados en un nuevo modelo de ideales para el individuo que sustituyeron a la moral y la tradición, por normas éticas adecuadas a las nuevas condiciones de vida. A su vez, el bienestar, la seguridad, el orden, la ley devinieron los ideales de la nueva clase burguesa (Huertas 2012).

Existe la demanda de concertar un orden social normativo en el que prevalezcan los individuos, y se disponga impuesto externamente a estos. Surge de esta manera el positivismo, como la nueva ciencia convertida en la herramienta fundamental para ejercer la normalización social. Recibe el encargo social de la rehabilitación de las subjetivaciones desviadas de la norma moral, gestada por el poder de la cultura hegemónica. Muestra de ello, son las proposiciones de las ciencias sociales de finales del siglo 19, como lo es la obra de Emile Durkheim, quien afirma (Huertas 2012):

Es preciso, ante todo, límite a las pasiones. Solo entonces podrán estar en armonía con las facultades, y, por tanto, ser satisfechas. Pero puesto que no hay nada en el individuo que pueda fijar un límite, este debe necesariamente venir de alguna fuerza exterior al individuo. Es preciso que un mecanismo regulador desempeñe para las necesidades morales el mismo papel que el organismo para las necesidades físicas. (Durkheim citado en Huertas 2012, 23)

El sociólogo estadounidense Edward Ross, quien al tomar las premisas de esta argumentación, cuyo énfasis reside en la fuerza exterior reguladora del individuo, luego lo denominará en 1901 control social (Huertas 2012).

La representación negativa de las pasiones proviene de la antigüedad. Data de Platón y los estoicos, quienes propusieron como incompatibles la razón y las pasiones. En donde vivir en virtud se alcanza por medio del autocontrol ejercido por la razón, la apatía y la ataraxia, en contraposición y evitando las pasiones, emociones, dolores y placeres que no pueden ser controlados. Desde ahí se pueden marcar los símbolos morales

de la distinción que disocian el alma y el cuerpo que las contiene. Criterios de separación impulsados por la religión cristiana, a lo largo de los siglos de historia de occidente, para controlar y dominar las pasiones (Tizón 2015).

El orden social considerado desde el punto de vista de ciertas corrientes sociológicas, era resultado de la suma de voluntades fruto de la obediencia de los ciudadanos libres, a las leyes adoptadas colectivamente. En el marco del nuevo estado democrático, en el que recaería la función de reprimir a aquellos que no siguieran sus dictámenes. A diferencia de corrientes sociológicas alternativas, las cuales comprendían el orden social como una compleja elaboración. Suponían no solamente un dispositivo represor sino también una lógica de adhesión de dichas voluntades; imprescindible para poner en marcha de modo estable el ordenamiento social. Justamente, el gobierno democrático en los estados liberales se basa en la libertad como axioma, en la libre elección, la libre contractualidad, el libre comercio y en el libre consumo. La libertad no está en oposición al gobierno, sino que es un aspecto crucial para él mismo, porque permite el control de las subjetivaciones al operar con persuasión y no por coacción (Huertas 2012).

El concepto de control social tuvo simpatizantes en la sociología de inicios del siglo 20, principalmente en la década de los años 40 por medio del enfoque funcionalista, el cual llevó a cabo investigaciones sobre las condiciones que favorecían el conformismo psicosocial y el autocontrol de la misma población; a manera de estrategias para evadir el conflicto social (Huertas 2012). No obstante, en paralelo a la sociología funcionalista, cabe subrayarse el valor de otra tradición académica y científica de la mano de las contribuciones de la escuela de Frankfurt, que reúne las condiciones que posibilitan el desarrollo posterior de un pensamiento crítico. “Bajo el concepto de teoría crítica debe entenderse, así lo definen Horkheimer y Adorno el análisis crítico dialéctico histórico y negativo de lo existente en cuanto es y frente a lo que debería ser” (Huertas 2012, 25).

La teoría crítica, al no admitir un escenario histórico en el cual lo que es no debería ser, se sitúa en una postura negativa contraria a una positivista, en el sentido de no admitir los hechos como son, interrogando el aparente estado normal de las cosas en tanto orden absoluto e inmodificable. En otras palabras, frente a lo positivo de lo que “es” empíricamente, lo negativo de la comparación con un “deber ser” actúa como motor transformador de la historia. Lo crítico se elabora integrando al pathos y lo sintomático de la vida social, resistiendo a todo tipo de complicidad con los dispositivos del poder hegemónico y sus estrategias de dominación y control social. El espíritu e intensidad de



los estudios críticos radican en su interés por comprender las contradicciones de la dialéctica histórica, como recurso metodológico para investigar la producción y reproducción de la dominación (Huertas 2012).

Los estudios producidos para respaldar el saber y prácticas de control, generan obstáculos científicos y epistemológicos que no dejan revelar los efectos reales. Muestran resultados parciales, llegando a manipular los resultados obtenidos en función de los intereses económicos del negocio. La óptica dominante del poder comprende la salud como los procesos que conceden las condiciones para liberar el mercado. Tolera el uso de sustancias psicoactivas y psicofármacos, vía prescripción de los profesionales agentes facultativos de operar como traductores del orden social mercantil.

## **1.2 Origen del control psicosocial**

En la concepción médica antes de la década de 1760 no existe una referencia a una enfermedad mental estrictamente. La noción de enfermedad mental o una mente que enferma, no era concebida ni por galenos ni por filósofos, pues la denominada locura en cualquiera de sus aspectos era siempre entendida como una enfermedad somática, en donde el alma no se afectaba permaneciendo inalterada (Huertas 2012).

El problema de la enfermedad mental, empezará a surgir a condición de incorporarse en el lenguaje médico, los vínculos con el dualismo cartesiano y la división del pensamiento y el cuerpo difundida en el siglo 17. Es a partir del período de finales del siglo 18 y durante el siglo 19 cuando se transforma la conceptualización de la locura en un objeto de la actividad médica. Los aportes de Swain proponen que a partir del siglo 19 se comienza a explicar la mente como un agente envuelto en la activación de la producción de la locura; inventándose nuevos conceptos como lo mental, lo psíquico, lo psicológico. Un nuevo lenguaje que se desarrolla apoyado en la práctica del tratamiento moral, el que se desmarcó brevemente en sus inicios del tratamiento médico (Huertas 2012).

El giro social y cultural que se produce a finales del siglo 18 y durante el siglo 19, es a la vez un giro epistemológico, expresado por el paso de la idea kantiana de la locura completa incurable a la idea hegeliana de la locura como alteración de la razón. El giro hegeliano que aloja la locura como residuo de razón es la condición de posibilidad del tratamiento psicológico. Este quiebre entre los dos pensamientos se logra a través de los aportes que provienen de Pinel, al influir sobre el pensamiento hegeliano. Atribuyéndose a Pinel una gran capacidad conceptual, al demarcar una significativa diferencia litoral

entre locura y alienación mental. La locura como un concepto cuyo origen proviene de lo social y lo cultural, en cambio, la alienación mental, concepto que remite en el campo médico, a la idea de trastorno o enfermedad (Huertas 2012).

Esta reflexión más allá de su connotación histórica y filosófica, es relevante para la práctica clínica, debido a que el tratamiento moral que Pinel formula tiene semejanzas con una actividad terapéutica moral para alcanzar el dominio pasional. Es significativa la reseña porque en este punto se entrecruzan los pensamientos de Cicerón, Pinel y Freud. Debe subrayarse que el tratamiento moral, en no pocas ocasiones, se lo reconoce por el uso del miedo y la coerción con fines y medios terapéuticos en sí mismos (Huertas 2012).

Contiguo al pivote del poder de reproducción hegemónica y al pivote de la verdad del saber profesional, el dispositivo de cuidado a los locos incluye el pivote de la subjetivación. Usar la palabra como herramienta terapéutica sobre los pensamientos y pasiones a través del diálogo con el disparatado, era lo que Pinel aspiraba se convirtiera el tratamiento. El cual, de tener a la conciencia como objeto central, pasa a dirigirse a la subjetividad y el yo, descentrando el objeto sobre el que se actúa. Sin embargo, llegó a desvirtuarse hacia la reinstalación de la individualización, la somatización y la cronicidad, motivada por la actividad normalizadora médica psiquiátrica, al inventar las nociones de la parálisis general progresiva, degeneración y delirio crónico. Los principios del tratamiento moral pasaron de lo psicológico en un inicio, a restablecerse centrado en lo somático con apoyo en el lenguaje médico moral (Huertas 2012).

La institución cultural de la ciencia de la salud mental sólo pudo surgir a condición de un contexto social más amplio, que dio lugar a la emergencia de la cultura de la subjetividad, la cultura del yo. Pilar constituyente de la modernidad, junto al romanticismo, el idealismo y el espiritualismo. Promotores del culto a la interioridad, de una instancia interior del individuo, el yo, en donde se albergaron las fuentes del malestar en la cultura y en las subjetividades desviadas o locuras (Huertas 2012). De esta manera, a las ciencias de la salud se las lee en función a su articulación con el contexto social y cultural en el que se produce su desarrollo, estableciéndose una relación dialéctica y transversal entre las prácticas, los saberes, las profesiones, lo cultural y lo social.

La formación y producción de las conceptualizaciones profesionales y académicas repercuten en las prácticas y operaciones. A la vez, se reproducen por medio de las construcciones de significados y sentidos culturales respecto a aquellos conceptos y ejercicios prácticos. La concepción de la locura, el yo y la subjetividad, por tanto, muestran una suerte de reproducción social, precisamente, una determinación cultural de

la salud mental y los problemas mentales. Constituyéndose al mismo tiempo, el desarrollo de la cultura del yo y la subjetividad, y, la psiquiatría y psicología como ciencias, discursos, leguajes, vocabularios, profesiones y prácticas.

## **2. Poder de la salud**

La ciencia como hecho teórico, confirió su primado a la ciencia, como hecho práctico. El énfasis en las praxis o prácticas científicas conllevó no sólo a la producción de controversias científicas, sino que presentaron al entendimiento una verdad científica que ya no se adecuaba a la realidad objetiva y positiva, sino que se la comprendería como una producción convencional y contingente.

El interés sin precedentes que la locura adquiere en determinados medios académicos a partir de la década de los sesenta del siglo 20 es sin duda muy significativa. Son obras fundamentales porque suponen un verdadero revulsivo intelectual al introducir aspectos críticos y discursivos hasta entonces impensables y porque incorporan elementos de análisis novedosos para la historiografía y para la sociología tradicionales: la locura y el loco así como otras formas de enfermedad o desviación son analizados no como problemas sociales que obstaculizan una integración social armoniosa sino como construcciones intelectuales que expresan una relación de poder y justifican la existencia de un espacio (el espacio asilar) en el que aplicar dicho poder. (Huertas 2012, 27)

Friedrich Nietzsche propone la verdad como hecho convencional, convenio o acuerdo. Esta conceptualización la retomará Foucault, y una sociología de la ciencia cuya intención es demostrar que los axiomas y principios fundamentales y sacros de la ciencia como la racionalidad, objetividad y verdad son normas convencionalmente patrocinadas y apuntaladas por grupos socioculturales (Huertas 2012). Asumidos como elementos del dispositivo de control psicosocial desde los grupos socioculturales dominantes.

Una sociología de la ciencia contribuyó a facilitar el entendimiento de la producción del conocimiento de las ciencias de la salud mental, al incluir en sus estudios la comprensión de determinados contextos socioculturales, políticos y profesionales. Sus estudios aportan a esclarecer que no fue el alienismo mental sino la frenología, un saber auxiliar a la ciencia médica, aunque estrechamente emparentado al objeto a ser estudiado, el elegido para el dar inicio al análisis científico de la salud mental (Huertas 2012). La frenología es la teoría que plantea el estudio de la subjetividad de los individuos a partir de la morfología de la cabeza y el cráneo, que devino en lo posterior a la teorización sobre las ciencias del cerebro o neurociencias.

Steven Shapin, miembro representativo de la nueva sociología de la ciencia, refuta la independencia y autonomía del conocimiento científico y destaca la relevancia que poseía el contexto sociocultural. Muestra esta tensión de modo dialéctico como producto de un conflicto social entre una burguesía mercantil a favor de la frenología, organizada en la sociedad frenológica de Edimburgo y una aristocracia menos materialista que cuestionaba los principios de la frenología (Huertas 2012). El saber y la verdad se convierten en estrategias de control de la burguesía liberal en los espacios transferenciales de los poderes del estado. La ciencia se pone al servicio para apuntalar la hegemonía social de la burguesía liberal. Surgiendo una disputa por el capital cultural y simbólico, por la forma en como el saber y la verdad representan los valores o normas de los grupos socioculturales dominantes.

Este interés por la locura, tan evidente a partir de los años sesenta, introdujo novedades importantes en la manera de concebir el control social. La metáfora de la locura será utilizada y trasladada a otros ámbitos y a otros sujetos históricos, con la intención de describir y analizar las estrategias de coacción y de poder en el corazón de la reproducción social; estrategias puestas en marcha por las élites y dirigidas esencialmente a las clases dominadas. (Huertas 2012, 28)

El loco es un objeto, producto de una objetividad acordada. Surge del discurso agenciado por un saber transmitido en la gramática formalmente escrita. Establece un lazo social convencional, impulsado inicialmente por la invención y construcciones científicas de los miembros que integraron los primeros gremios académicos y universidades.

La sociología de la salud introduce categorías como autoridad, consenso, intereses corporativos, entre otras, en el campo la actividad científica interrogando la lógica y la racionalidad en la ciencia. En síntesis, se caracteriza por refutar la existencia de normas universales racionales que orienten los conocimientos, las decisiones y juicios científicos, argumentando que las normas y medidas son convenciones particulares construidas en cada contexto sociocultural. Estas lecturas sociológicas de las ciencias de la salud mental, a través de la psiquiatría, muestran como en el campo de la salud se ponen en juego diversos intereses científicos, sociales, políticos, económicos, profesionales, entre otros, que autorizaron un vasto acuerdo convencional respecto a criterios y conocimientos científicos y epistemes, puestas en duda. (Huertas 2012).

Por tanto, se valora el estudio sociológico para entender la psicología y la psiquiatría, así como las prácticas profesionales como hechos determinados de modo sociocultural.

Lo normal dejó de ser asimilado a la media estadística o a las características mayoritarias de una realidad, para convertirse en un juicio, en una decisión social. Desde esta perspectiva lo “anormal” sería todo aquello que se saliera de los límites de una norma (o valor) establecida previamente por el pensamiento hegemónico; y, viceversa, la normalidad sería lo que queda tras establecer los contornos de la anormalidad. En esta separación entre lo normal y lo “patológico” -toda vez que la anormalidad sufrirá un proceso de medicalización sin precedentes- desempeñarán su papel otras categorías sociológicas y antropológicas de gran interés en el estudio del control social como los procesos de estigmatización y de etiquetado social. (Huertas 2012, 28)

Se construyen signos que justifican y dan sentido al desvío. Los que recaen en las subjetivaciones y los cuerpos que no siguen los estilos y modos de vida del orden social dominante, ni se ajustan a los cánones establecidos por el poder y las autoridades de control. Un control psicosocial de las acciones comunicacionales, que por la vía de procesos psicoactivos y “socioactivos” medicaliza las subjetivaciones y los cuerpos, a la vez, estigmatizando y deslegitimando particulares formas interacción social, ecológica, económica, cultural, sexual y psíquica. El poder de la salud ajusta constantemente los modos en que se traducen sus estrategias de dominación.

La dicotomía entre lo normal y lo anormal le antecede un proceso más vasto inherente a la sociedad liberal-burguesa, definido como el *arte de la separación*. Binarismo tajante entre lo público y lo privado o entre géneros, clases o etnias. Dicotomía vinculada en las operaciones del dispositivo disciplinario el cual separa en problemas del tipo: legal o ilegal, responsable o irresponsable, adulto o menor, normal o patológico y, dentro de esta última categoría, curable o incurable (Huertas 2012). La separación remite a la reseña histórica del origen conceptual que lleva el término dispositivo, el cual remite a la economía teológica y la religión positiva y natural.

Los símbolos de distinción aluden a las prácticas y propiedades relacionadas con otras prácticas. Al estar ubicadas o reubicadas en el sistema de símbolos o sistema de marcas de distinción, adquieren diferente connotación y valor. Determinan las desigualdades sociales y económicas de modo particular, que se materializan en marcas, signos o estigmas sociales; señalados como atributos constitutivos de una distinción de reiterado carácter natural o heredado.

Ignorar cómo surgen las diferencias de clases y los principios de su producción y reproducción social, no permite percibir lo social como un espacio en disputa constante, entre agentes y grupos sociales con intereses contrapuestos, sino como un orden social (Bourdieu 2018).

## 2.1 Violencia de la salud

El tratamiento moral se caracteriza por distintas formas de violencia social a manera de prohibición, represión, exclusión, coerción, que no sólo comprometen la salud y dignidad de las personas, sino que llegan a provocar directa e indirectamente el cese de la vida; si cabe el término, por la vía de la peor muerte, como es la muerte por incineramiento de personas vivas, personas que usaban sustancias psicoactivas. Lo que lleva a la extrapolación con las hogueras medievales que prendían fuego a las personas sospechosas de actos de magia, brujería o desvío de las doctrinas supuestamente verdaderas, como las del tipo religioso, justificadas por las respuestas de defensa social.

Consecuencias, comprensibles y normales en un régimen de verdad que no responde a los hechos o sus efectos sino la convención de signos y apariencias imputables, a fin de poner bajo control social a quienes se desvían del camino y la verdad; a las minorías dominadas. Esta normalización social de segmentos poblacionales, organizada por el pensamiento hegemónico dominante, ofrece a los residuos de la sociedad, los desviados: la cárcel, el hospital, el cementerio, la periferia.

La verdad del régimen es un producto conseguido por las relaciones de fuerzas y por la violencia aplicada. La coacción es el principio de verdad del poder psiquiátrico establecido e identificado racionalmente junto a la ciencia médica. La ciencia médica, proviene de la clínica de la mira, de la mirada del cuerpo de la enfermedad, por lo que la verdad se aplica éste. La verdad del cuerpo, el soma como la verdad, es construida por el poder psiquiátrico, en tal asidero que la palabra y subjetividad de las locuras quedan canceladas por lo objetivo y positivo de la verdad de la mirada clínica circunscrita a la anatomía patológica, a la autopsia del cuerpo; sustituyéndose la voz por el cuerpo, el enfermo por la enfermedad, el sujeto por el objeto (Huertas 2012).

La subjetividad, la palabra, el enfermo son perturbaciones a una psiquiatría enmarcada en el orden que se organiza dentro del campo de la ciencia, específicamente en el campo de la ciencia médica, que se constata en la obra de Foucault denominada *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica* donde indica que:

La primera perturbación es aportada con y por el enfermo mismo. A la pura esencia nosológica, que fija y agota sin residuo su lugar en el orden de las especies, el enfermo añade, como otras tantas perturbaciones, sus predisposiciones, su edad, su género de vida, y toda una serie de acontecimientos, que con relación al núcleo esencial representa accidentes [...] Paradójicamente, el paciente es un hecho exterior en relación a aquello por lo cual sufre; la lectura del médico no debe tomarlo en consideración sino para meterlo entre paréntesis (Foucault 2004, 23).

La locura va quedando reducida al soma, a una somatización de la locura y por extensión a una somatización de las nuevas locuras, las nuevas subjetivaciones desviadas. Los problemas por el uso de sustancias psicoactivas, son objetivados por los discursos y saberes positivistas de las ciencias médicas, operativizados e instrumentalizados a través de las prácticas y conceptos de la psiquiatría y la psicología como enfermedades neurológicas, reducidos a una enfermedad del cerebro.

Estas son las estrategias que la psiquiatría fue tomando, ante la necesidad de reconocimiento de su autoridad y una mayor legitimación profesional y social. Estrategias que revelan la necesidad de emplear y sostenerse con apoyo en la medicina interna, pretender somatizar la locura, en la que las ideas irracionales o las pasiones no contenidas “dejaron de ser ‘enfermedades del alma’ para considerarse la consecuencia de lesiones anatómicas concretas” (Huertas 2012, 34). Su resultado es la apuesta del poder psiquiátrico por una clínica anatómica, que objetiva las locuras y materializa los hechos de la cultura. Es un intento por biologizar lo social, de desterritorializar la subjetividad, de cosificar el alma. La somatización de la locura no se puede entender sino se consideran como fundamento, por un lado, la descripción semiológica del pathos y, por otro, la clínica de la mirada médica, la cual reproduce un patrón promovido por el modelo cultural imperante.

Frente a la postura anatomoclínica, cabe repensar el término en desuso policlínica, no una clínica de especialidades sino una clínica a travesada por lo político, determinada socialmente, como un contra dispositivo ante la política del régimen de verdad biomédico.

### **3. Régimen de control psicosocial**

El Régimen Internacional de Control de Drogas (RICD), como lo señala Jorge Paladines, está compuesto por convenciones y órganos (2017). Convenciones, que han sido parte del artilugio de verdades que, aunque están en decadencia, ha sido la estrategia desencadenante del dispositivo de control psicosocial sobre el uso de sustancias psicoactivas en la políticas y legislaciones de los diversos países alineados con Naciones Unidas. Tres convenciones patrocinadas, abogadas y apuntaladas por grupos socio culturales en posición de poder, como la industria médica y la religión.

Los órganos del RIDC han sido órganos trasplantados que el cuerpo del territorio social los ha rechazado. Como se hace cuando la sangre no corresponde con el organismo del huésped donde se busca implantarlo. Son los órganos de estupefacientes, de fiscalización y lucha contra las drogas y el delito. Estos órganos no han conseguido

estabilizar y regular la vida en sociedad, más bien, han sido fuente de conflicto entre la búsqueda por mantener los intereses de un orden social hegemónico a través de narcopolíticas, narco estados, narcotraficantes y el control perverso que lucra de la cronicidad de subjetividades patologizadas y encarceladas. Frente a una sociedad, colectivos e individuos que se le restringe el acceso al reconocimiento de derechos humanos legítimos, a través de políticas que incentiven un control distribuido, no sólo como un heterocontrol heteronormativo sino devolviendo el control de la vida a los estados, las comunidades, los colectivos, las familias y las personas, por medio de alternativas a la prohibición, como las políticas de salud colectiva, ecología política y el abanico de estrategias para la reducción de daños.

El RICD, al dirigirse al control y regulación de las sustancias psicoactivas sujetas a fiscalización, por extensión, fiscalizan al mismo tiempo las personas, familias y colectivos que las usan y consumen, afectando no solo a ellos sino también al resto de poblaciones y sociedades. Golpea directamente proporcional a las personas y grupos que viven expuestas a variadas condiciones de vulnerabilidad por sus condiciones de clase, género, étnica y territorio.

Las leyes y políticas sobre el fenómeno de las sustancias psicoactivas, en la práctica, carecen de estrategias y mecanismos para reconocer los derechos humanos de los usuarios y atender la salud de los potenciales problemas en los individuos y peor aún de los diferentes estratos de la vida social. Privilegiando el mantenimiento de un orden social hegemónico, el cual se sostiene sobre el paradigma del uso de sustancias psicoactivas como sinónimo de uso problemático, enfermedad o adicción. Lo que profundiza el estigma y transgrede los derechos humanos de los usuarios de sustancia psicoactivas.

El discurso del RICD promueve el discurso del uso de sustancias psicoactivas como una enfermedad, adicción o problema en sí, como un hito transversal del dispositivo de control psicosocial. El cual en apariencia se preocupa por la salud, pero en sus convenciones reza una amplia batería de disposiciones y medidas de control, fiscalización y punición, que abren la vía para el abuso del poder policial y el poder de la salud.

El RICD a través de sus convenciones y órganos, impulsa un enfoque dirigido hacia la prohibición y la abstención, la promoción e instalación de cuerpo legales internacionales y nacionales, políticas de salud, operaciones policiales y militares contra el tráfico y contra los usuarios, el cual continúa ejerciendo un orden social hegemónico a nivel mundial. Las políticas internacionales y nacionales, no consiguen especificidad



sobre el control de la salud y el control fiscalizador, determinándose e influyéndose de forma intersectorial (Gersberg et al. 2018).

En la legislación ecuatoriana, la ley orgánica vigente que entró en vigencia en el año 2016, apunta a la prevención del fenómeno socio económico de las drogas, y a la vez, a la regulación y control al uso de sustancias sujetas a fiscalización. En el año 2020, se aprobó una nueva ley reformativa sobre esta materia, cuyo espíritu es manifestar de manera explícita la intensión de una postura contra el consumo de drogas, como lo fue la ley 108 de 1990. La cual no pudo contener los intereses en juego de los grupos de poder interesados en conservar este ordenamiento y reproducción social, entorno al dispositivo de seguridad, disciplinamiento y control, por lo que después de los debates asamblearios terminó incluyendo el ámbito del microtráfico. En otras palabras, los dispositivos de gobierno y dominación se empeñan en representar a los usuarios de sustancias psicoactivas, y que además sean reconocidos ante la sociedad, como enfermos criminales, tratando de concentrar todas sus fuerzas y capitales de poder y saber para el heterocontrol empecinado de esta práctica social que pretende deslegitimarse.

La primera ley que entró en vigencia en el territorio nacional fue la Ley del Comercio del Opio y demás drogas, promulgada en el Registro Oficial 39, de 18 de octubre de 1916. Hasta la fecha se tienen registradas un total de 8 leyes durante la cronología histórica del país, sin contar con los reglamentos y reformas o decretos durante la época colonial, según el estudio realizado por Efraín Borrero con el apoyo de Iván Enriquez.

El hecho de usar o consumir sustancias psicoactivas, o como las denomina la legislación ecuatoriana vigente, en su artículo 6, drogas, sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, bebidas con contenido alcohólico, cigarrillos, estupefacientes, psicotrópicos, medicamentos, sintéticas, precursores químicos, no puede ser una causal o motivante para vilipendiar los derechos fundamentales de personas, grupos y comunidades. Independientemente, de haber desarrollado un potencial problema transitorio de salud o que las políticas criminales toleren su privación de la libertad o impongan otras penalidades.

La cruzada religiosa medieval actualmente se caracteriza como un dispositivo de control moral, cuyo conjunto heterogéneo de elementos son: enfoque prohibicionista/abstencionista, leyes transnacionales, políticas de enfermedad, operaciones de agentes de seguridad, policial y militar, contra el tráfico y los usuarios, vistos como problemas públicos para la defensa social. Las santas cruzadas y guerras

contra las drogas siguen vigentes. Todavía se lucha contra las drogas y las personas que hacen uso de ellas o las consumen, para intentar convertirlos a la norma moral y social. Convertir su desvío y supuesto error en una conducta racional y convencional, caso contrario, su destino es la exclusión, exilio, invisibilización, punición, coerción y hasta la hoguera. El actual dispositivo de control al uso de sustancias psicoactivas, organizado por el discurso del RICD, se caracteriza por su violencia y belicosidad como lo han sido las cruzadas intestinas, invirtiendo ingentes recursos económicos y corrompiéndose y pervirtiéndose en el intento.

### **3.1. Discurso jurídico**

El discurso jurídico impulsa una política criminal y moral. Asume el uso de sustancias psicoactivas como una conducta prohibida sujeta a fiscalización, como un comportamiento peligroso que pone en riesgo la seguridad del estado y el orden social, por lo que aúpa el castigo, la penalidad, la represión y el control. Sin embargo, a pesar de que en varios estudios se evidencia un mayor problema o peligrosidad para la vida en sociedad en su conjunto, vinculado a las sustancias psicoactivas legales, sobre estas tiene un trato diferenciado, en otras palabras, su trato discriminatorio implica una determinación social del peligro, el daño y el riesgo.

La ilegalidad convierte al uso y los usuarios de sustancias psicoactivas en un peligro, a la vez, que se privilegia y se promueve el consumo y los consumidores de sustancias psicoactivas legalizadas.

La comunidad internacional y los Estados en particular han constatado el rotundo fracaso de la legislación antidrogas cuya estructura y orientación colocan como epicentro la prohibición y como mecanismos la criminalización y la represión y que para enfrentar aquel escenario es indispensable dictar un nuevo cuerpo normativo que tenga como principales ejes la prevención integral y la rehabilitación, sin descuidar la regulación y control de las actividades relacionadas con las sustancias catalogadas sujetas a fiscalización (EC 2015, 2).

La ley vigente en el país en su texto es florida, su texto sin empacho es pretensioso. Se ufana de innovación y modernidad al citar la prevención integral, cuando la prevención es un concepto emparentado con el ámbito policial, militar y de seguridad, es decir, que el dispositivo de control se camufla y adapta para conservar sus alcance e incidencia.

La legislación antidrogas no ha fracasado como en sus considerandos señala audazmente la ley ecuatoriana actual. Se lo constata en la nueva reforma en esta materia, que reafirma la legislación contra el consumo dos años después que entre en vigencia la

actual ley orgánica. Aplicada a grupos culturales y socioeconómicos determinados, estableciendo estereotipos de individuos y poblaciones marginales o pobres.

#### **4. Estrategias de control psicosocial**

Las ramas en que la medicina se ha especializado es un hecho sobre el que, más allá de los aspectos clínicos, existen cuestionamientos que las dirigen hacia el interés por presentar mayor capacidad de oferta de servicios. Impulsado por los gremios profesionales como los psiquiatras, al momento de pretender legitimarse ante la sociedad y ante la profesión médica.

Se apropian de un evidente territorio sobre el cual poder reclamar los privilegios de un monopolio, como un goce irresistible de la industria mercantil de las profesiones. La capacidad de organizar un mercado de servicios sería el orden priorizado, es decir, el interés económico por sobre la salud. La oferta de servicios especializados se presentaría como mercancías de intercambio a condición de un pago, fuerza de trabajo y su acumulación. Mediadas por una relación contractual productora de poder hegemónico e inequidades sociales.

Las estrategias que ha impulsado el ámbito de la psiquiatría emplean recursos represivos, coercitivos y de defensa social, monopolio, además de otras estrategias profesionales encaminadas a apuntalarse como especialidad médica, no solo desde una vertiente centrada en el control psicosocial. El esfuerzo de los médicos psiquiatras por personificar ante la sociedad un papel exclusivo para su clase, que ostenta y reclama la verdad y el saber en materia de psicopatología, es la proposición fundamental para argumentar validez entorno a su discurso. En procura de ser legitimados ante la sociedad como agrupación, gremio o colectivo profesional, al que le correspondería ser reconocido este rol y función de saber y ejercicio de poder, en el campo de las ciencias de la salud mental, así como en campos asociados, pero íntimamente ligados como el social, legal, económico y político.

Estas dinámicas se sostienen en los modos de reproducción del capital cultural y educativo, ya que a los profesionales se les designa o son embestidos como tales, por los títulos que son otorgados por establecimientos educativos, a manera de emblemas culturales con los que se reconoce su lugar en determinada sociedad, como dirá Bourdieu.

El discurso del saber puede ir ajustando sus categorías y estrategias conceptuales cuando no son acogidas o aceptadas por la sociedad o no han tenido el éxito esperado,

adaptando sus programas a las demandas sociales, considerando que legitimación de su monopolio hace uso de técnicas de mercadeo y estrategias de marketing.

Tómense en cuenta que la psiquiatría hace uso de la labor iconográfica y fotográfica como recursos y elementos de convicción, ejecutada por médicos mecenas. Práctica que el poder político ha empleado a lo largo de la historia con el apoyo de artistas y mecenas, cuyo auge es significativo durante el Barroco, momento en que surge la ciencia como se la conoce en la actualidad, el cual se expandió en diversos territorios como una estrategia de colonización.

Es el estudio sociológico el que aporta categorías valiosas para una mejor comprensión de las prácticas de la salud mental para analizarlas en función a las categorías de monopolio, clausura social y retóricas de legitimación (Huertas 2012). Ahora bien, las instituciones psiquiátricas y sus reductos de operación implican un monopolio, que debe ser económicamente rentable a largo plazo, por lo que los saberes y prácticas psicopatológicas se deben ajustar al orden de su organización e intereses profesionales y corporativos. En este sentido, para que el trabajo o las relaciones contractuales incluyan una sustanciosa acumulación de capital económico, requieren de una demanda o necesidad prolongada, extendida, constante, que se la consigue mediante la reproducción de las condiciones de posibilidad de su labor.

Como lo señalan Huertas y Saborido, en medicina y psiquiatría se trabaja considerando la cronicidad, sobre un trabajo a largo plazo, lo que permitiría hacer rentable y mantener los pagos que requieren poner funcionamiento los hospitales, reformatorios, manicomios y las consultas privadas. Por ello, se establecieron criterios de inclusión para seleccionar a los enfermos idóneos que cumplieran con estos requerimientos, los cuales evidentemente no sólo se referían a aspectos clínicos obviamente, sino a un modo de selección considerando criterios sociales y económicos de los pacientes que solicitan atención y suelen ser remitidos externamente por otras instituciones. Mostrando una relación entre la formulación de conceptos con un modelo de gestión económica del negocio de la salud (Huertas 2012).

Los hallazgos que las neurociencias han logrado alcanzar sobre el funcionamiento del sistema nervioso, ha permitido que se abra un extenso campo de estudio e investigación que influye profundamente en la vida psicosocial. De modo particular, contribuye a la consolidación de la industria farmacéutica, como uno de los negocios con mejor rentabilidad a nivel mundial. No se enfoca en la salud de modo holístico, sino que se centra en la actividad terapéutica sobre la enfermedad o la actividad preventiva sobre

los factores de riesgo y daño relacionados. En otras palabras, a que se mantenga la demanda y oferta de los servicios y los profesionales que los agencian.

En paralelo al negocio de la industria farmacéutica, surgen como efecto, otros negocios que se desprenden de este, como efecto secundario o iatrogénico o residual por su administración en el huésped psicosocial, como son el negocio del narcotráfico y el negocio del tratamiento de las enfermedades crónicas o cronificadas, como el uso problemático de las sustancias psicoactivas (Gersberg et al. 2018).

Las ganancias de la industria farmacéutica supera varias veces el capital que han acumulado muchas otras empresas, debido a que sus precios y su estructura de costos dependen de su rentabilidad. Los medicamentos se venden de acuerdo con la capacidad de pago de quien lo va a comprar, es decir, no se encuentra regulado el sector farmacéutico y medicinal (Gersberg et al. 2018).

Convive un mercado de la industria farmacéutica, cuyo espíritu es lucrar a partir de los diagnósticos y tratamientos, con apoyo de los profesionales médicos y especialistas médicos que administran esos saberes y prácticas, y paralelamente otro mercado, que comercializa sustancias sujetas a fiscalización. Existe la nominación de un mercado negro, aparentemente oculto y clandestino, pero instalado en la vida social cotidiana, en sus diferentes estratos, “blanqueado” por el desvío de fondos que ingresa de su mercado, producto del comercio ilegalizado y deslegitimado de sustancias psicoactivas. Y al mismo tiempo un mercado blanco, que lucra de la enfermedad con apariencia de regular y atender la salud integral.

El mercado negro se compone de medicamentos que han expirado su fecha de caducidad, presentan sustancias adulterantes, o han sido robados. En el mercado negro se transforman en farmacias para subjetividades residuales. Por lo tanto, el libre mercado blanco, legal e industrial, es condición fundamental para constituir la producción y reproducción del mercado negro residual (Gersberg et al. 2018).

Este desvío de fondos del mercado ilegalizado del narcotráfico es un síntoma que genera ganancias secundarias a los dispositivos y economías de los gobiernos, reactivándolos e inyectándoles liquidez a las relaciones comerciales; en perjuicio de los individuos, familias, comunidades y estados dominados por la expoliación de capitales. En otras palabras, los comportamientos desviados entre el narcotráfico y los narcoestados desregulan los procesos sociales de los órdenes político y ecológico, así como de los órdenes inferiores comunidad y la familia.

¿Quién regula o controla a un estado perverso y corrupto? Los ciudadanos son cada vez más conscientes, no sólo de la corrupción institucionalizada sino de las relaciones que los actores de las organizaciones narcotraficantes han establecido con las autoridades políticas, de control y de seguridad, demostrado por connivencia y convivencia. Cada vez más los medios de comunicación hacen eco de los permanentes vínculos políticos que actores del gobierno e institucionales mantienen de diferente modo con objetividades residuales o narcotráfico.

Ante los aparentes intentos de prohibir el mercado ilegalizado arbitrariamente por los grupos de poder dominantes, este no desaparece. Se instala ajustándose y adaptándose a los estados, gobiernos e instituciones cómplices, en los que es factible que surjan y se sostengan las condiciones de posibilidad de su producción y reproducción social. El mercado negro, al ser una extensión del mercado blanco, recurre a implementar procesos y procedimientos de la industria farmacéutica. Hace prevalecer las reglas de juego a favor del desarrollo de la economía del mercado.

En este escenario, el aseguramiento de la producción y reproducción de una economía estatal no es una prioridad, principalmente en los países dominados. En cambio, los países desarrollados o los estados de bienestar articulan condiciones alternativas para regular las tensiones y conflictos entre las relaciones contractuales y las estatales, en materia de uso de sustancias psicoactivas. Referente de ello, se destaca de sobremanera el trabajo periodístico desarrollado por el argentino Emilio Ruchansky, denominado *Un mundo con drogas: los caminos alternativos a la prohibición: Holanda, Estados Unidos, España, Suiza, Bolivia y Uruguay*, en el cual se documenta las alternativas políticas, sociales, de salud, culturales, comerciales y económicas. Recopila varias experiencias y dispositivos de control que se implementan satisfactoriamente, como alternativas a los fracasos de los heterocontroles promovidos por el Régimen Internacional de Control de Drogas.

El paciente antes de ser objeto de la industria farmacéutica, lo son los médicos, residentes, sus colectivos y agremiaciones. En cambio, previo a que los usuarios consuman las drogas del mercado negro, éste se enfoca, así como lo hace la industria farmacéutica con las comunidades de médicos, en captar micro expendedores, microtraficantes. Ambos agentes, ya sea del mercado blanco o del mercado negro, dinamizan la fidelización y dependencia a los productos, mediante técnicas de marketing, tales como, entrega de muestras promocionales o muestras gratis. Así también se incentivan por medio de compensaciones o comisiones en dinero u otras formas de

motivaciones, por las ventas o prescripciones realizadas. “Entre los profesionales, es un tabú: todos lo saben, pero nadie lo dice: forma parte de un *statu quo* que nadie quiere romper” (Gersberg et al. 2018, 167).

La industria farmacéutica supervisa que los agentes del mercado, los médicos, prescriban en sus recetas los nombres de las marcas de la industria, comprando los registros de los puntos de venta o farmacias, violando leyes de protección de datos. (Gersberg et al. 2018). Por ello, varias de las acciones que lleva a cabo el dispositivo farmacéutico son irregulares. Su poder transgrede las leyes sociales y limita la acción de control de organismos competentes y los Estados, por medio de mecanismos y normas, a fin de conservar el orden hegemónico de los mercados. La producción y reproducción de la industria farmacéutica implica problemas para los diferentes estratos de la vida social.

Si la industria farmacéutica tiene a la comunidad médica, como intermediario, al narcotráfico ¿qué o quién lo intermedia? pues son los estratos de la vida social que lo constituyen, que van desde los estados pasando por los colectivos y grupos hasta las familias e individuos. Sin embargo, el narcotráfico se produce y reproduce principalmente en connivencia a los poderes, tendidos y subtendidos, manifiestos y latentes, anudados entre el mercado de drogas y el mercado de psicofármacos y las autoridades de las instituciones de gobierno, justicia, control, seguridad. Los puestos de las autoridades en las instituciones están sujetos a ser adquiridos o comprados en los mercados que trafican con las influencias. El orden institucional no está aislado, sino que tiene conexión con los estratos a los que reproduce y lo constituyen.

#### **4.1. Mecanismos de desubjetivación**

Lo que trasfiere el acto del habla regula la persistencia de la vida, cuyos “procesos propiamente humanos se organizan y se estabilizan, de manera particular, como *conductas lingüísticas* que patentizan mediante *los mecanismos de la enunciación*, los reconocimientos de facultades y obligaciones intersubjetivas” (Samaja 2004, 64). La vida humana organizada como una regulación lingüística, privilegia los lugares y mecanismos de enunciación, reservados a quienes tienen el poder de haber capitalizado suficiente fuerza para imponer sus criterios de verdad, validez y bienestar. No solo se les sustrae la validez y facultad a los actos del habla de los grupos sociales, dominados por las configuraciones culturales dominantes, sino que se los silencia e invisibiliza; pretendiendo borrarlos y desconocerlos. Se les aplica el peor derecho humano.

Penitenciar en vez de libertar. Abstener en vez de gestionar las condiciones de placer que da la vida.

El tratamiento recibido es una forma de castigo y estigma. Marca el signo de distinción de lo anormal que debe ser controlado. Implica un modo de sentir y sentirse frente a lo estigmatizado, a eso que vive por fuera de la comunidad, ajeno a la bendición de la comunidad. Los seres humanos portadores de la huella y los atributos de sus identidades, refractarias al tratamiento, son excluidos y exiliados. Se les imponen emociones y sentimientos diseñados para marcar sus formas y modos de producir y reproducir sus relaciones sociales e históricas deslegitimadas. Se les niega su subjetividad y su derecho a ser ciudadanos; se los desubjetiviza.

## **5. Poder de la escritura: lo performativo**

En las investigaciones que estudian las historias clínicas se muestran los giros que, a lo largo del tiempo, han tenido los criterios, razones y juicios con los que se establecen los conocimientos, diagnósticos y las actividades terapéuticas del ámbito psicológico y psiquiátrico. Historias que en la clínica de la subjetividad implican la historia social. Una investigación que se realiza a través del tiempo sobre las historias clínicas, resulta en un estudio de la historia psicosocial.

En el siglo 19 se funda la semiología psíquica, que es el estudio de los signos de las enfermedades psíquicas, con base en la exploración y conocimiento de la subjetividad. Se manifiesta por medio de la palabra y los escritos de los alienados, la cual se aplicó en el campo clínico y forense. Los modos de hablar y escribir fueron determinando las formas de la enfermedad mental, pero también los supuestos para la perfilación criminal. A particulares estructuras del lenguaje, correspondieron particulares estructuras clínicas. Los actos del habla y lo escrito se constituyeron en signos de evidencia para el juicio y el dispositivo jurídico.

Los escritos médicos y legislativos reúnen significativa información respecto a los discursos que se endilgan a las subjetividades desviadas o locuras, las políticas de reproducción hegemónica y la profesión psiquiátrica (Huertas 2012). Uno de los principales fundamentos es estos discursos, como el de la ciencia y las religiones estatalizadas, son la versión escrita de sus declaraciones, lo que los constituye como herederos inmediatos de los modos de producción de registros escritos legales (Samaja 2004).



Se concretizan los estándares sociales anormales sobre la asignación de signos y rasgos característicos de los sujetos, que no se alinean a las reglas. Se los recoge en catálogos o manuales que los describen a fin de vigilarlos y castigarlos. La historia remite al libro “Malleus Maleficarum” publicado a finales del siglo 15, como modelo o matriz de un instrumento, que pertenece a la religión cristiana, el cual sirvió para identificar o detectar los rasgos y comportamientos reconocibles que las brujas y brujos poseían. De esta manera, poder emitir las señales de alerta sobre los signos de distinción, entre lo correcto e incorrecto, a partir de la norma y la moral. Y no solo especifica a quien señalar como desviada, sino que también quien tiene la facultad de hacerlo. Abriendo un espacio para una medicina que le correspondería la competencia solo al médico varón, equiparándolo profesionalmente a los agentes de Dios y la Ley, es decir, a los teólogos y abogados, por encima de la mujer sanadora en el nivel moral e intelectual (Ehrenreich y English 1973).

Las enfermedades mentales pueden encontrarse descritas para una correcta valoración de criterios diagnósticos; identificar psicopatologías y el grado de su presencia; tratar los síntomas que no siguen el orden social. Esta nosografía, o descripción y clasificación de las enfermedades, se la puede encontrar en la actualidad y todavía vigente en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana* y en la *Clasificación de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud*. La enfermedad y el trastorno mental existen a partir de su representación escrita performativa, encajadas en diagnósticos para ser identificadas. Cuyos criterios de verdad se reajustan y se encuentran sujetos a permutaciones y palimpsestos científicos, sociales, políticos y culturales.

Allen Frances, quien estuvo a cargo de dirigir el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, en adelante DSM, critica la manera en que este instrumento de significativa referencia para la psiquiatría, promueve con una tendencia al alza la medicalización de la vida. Advierte que se ha creado un dispositivo cognitivo o sistema diagnóstico que convierte problemas de la vida cotidiana en trastornos mentales. Tras el fenómeno de sobrediagnosticar, que va de la mano inseparablemente del sobretratamiento, operan los procesos que produce y reproduce el dispositivo farmacéutico. La industria persuade y convence a las personas de manera general y a los pacientes en específico, para que crean, piensen y sientan que se encuentran enfermos y lo que necesitan, como sus productos comerciales de venta libre o fármacos. El dispositivo de la industria farmacéutica invierte ingentes recursos monetarios en

comunicación, mercadeo, publicidad y lobby, el cual a su vez tiene como objetivo los profesionales de la salud e instituciones (Gersberg et al. 2018).

Algunas de las denominadas enfermedades mentales son producto de las invenciones de las industrias farmacéuticas. Se construyen como micro dispositivos para incrementar y asegurar mayores ingresos económicos, al vender mayores cantidades de medicamentos que regulan las subjetivaciones, o en otras palabras, psicofármacos. Estrategias que llegan a los ciudadanos, pacientes y cuidadores, a través de la transmisión de contenidos en los medios de comunicación, que instrumentalizan las técnicas de manipulación y fidelización de los pacientes (Tizón 2015).

La medicina psiquiátrica y la industria farmacéutica se alimentan mutuamente y avalan con sus estatutos y catálogos científicos ¿qué se considera normal y anormal?, ¿qué se entiende con base a sus definiciones por trastornos mentales? y ¿cuál sería el tratamiento adecuado? Crean mercados y necesidades para promocionar enfermedades que la industria, instituciones y gremios, estratégicamente ofrecen atender, (Gersberg et al. 2018), cerrando el ciclo del modelo de negocio.

Al convertirlos en dependientes del dispositivo industrial de salud, y aumentar su heteronomía y los heterocontroles, se les resta salud colectiva y bienestar popular (Tizón 2015). La psiquiatría y la industria psico farmacéutica crean problemas y las soluciones, constituyéndose en actores de un mercado que se comunica y se reproduce socialmente. Cronificarlos como pacientes es sustraerles capacidades de autonomía e independencia, encargo que cumplen los aparatos, los dispositivos y los profesionales de la salud.

Surge la necesidad de crear y emplear conceptos que introduzcan la crítica dirigida a una perversión de la medicina y la salud sobre el campo psicosocial, llamada “burbuja sanitaria” a la que se le aplica como medida de control, nuevos conceptos como la denominada prevención cuaternaria. Entendida, según Tizón como “la prevención de las desviaciones, la iatrogenia y la heteronomía facilitada por las actividades *preventivas* médicas” (2015, 54). Espejismo reiterado el cual promete que con más gastos en la industria de la salud y prevención medicalizada se va a mejorar la salud individual y la salud de las poblaciones, cuyos contenidos incluyen la difusión del shock y el miedo como estrategias mediante las que los mecanismos de control operan.

Las enfermedades mentales, como la monomanía, sirvieron como estrategias para elaborar productos en la psiquiatría, con los cuales apoyarse y posicionarse como una profesión formal, con base en la medicina. Catalogar comportamientos como psicopatologías ha sido el instrumento de abogacía profesional para persuadir y provocar

reconocimiento, respecto a la competencia en el trabajo aplicado a estas subjetivaciones, las cuales surgen de las particulares interacciones que la sociedad produce y reproduce. Este esfuerzo por mostrar la pericia en el campo psicológico o mental, sirvió a la comunidad médica, del campo físico o natural, para dar una explicación basada en la evidencia del tipo de conocimiento científico. Empleando los recursos teóricos de la época que contaba para el ejercicio de registrar, distinguir y georeferenciar a los transgresores del orden social y desviados de la norma.

El diagnóstico clínico se vuelve una estrategia escrita performativa que operativiza el dispositivo del poder político. Llegar a una noción de policlínica, hace pensar la vía para una comprensión de lo político, que conciba los modos de ser y las prácticas sociales que ponen en cuestión al orden social hegemónico, apoyado en el poder legal de la clínica de la mirada o médica (Huertas 2012). Se recurre a una explicación médica de los transgresores y la transgresión, ampliando los alcances del ejercicio profesional médico más allá de la clínica, encaminándose hacia una policlínica, una psicopatología con criterios políticos. Diagnostica el desvío clínico de lo políticamente correcto, constituyendo un pivote para el desarrollo de mecanismos de dominación y control psicosocial.

Las salas de justicia se convierten en un escenario para la recepción social de las ideas médicas sobre el crimen y el derecho penal. Lo médico y lo jurídico se asumen, por tanto, como dos de los saberes disciplinarios de control y normativización social, acompañados por la religión cristiana. Estableciéndose modelos médicos de criminalidad cuyos cambios son acelerados y modelos legales de la criminalidad cuyos cambios son más lentos.

Para Jan Goldstein el diagnóstico de monomanía impulsó a que los psiquiatras apuntalaran su autoridad social e institucional, de tal suerte que, cuando cayó en desuso no fue por un ajuste basado en la evidencia, sino por su impacto estratégico que se adapta a las posturas teóricas e intereses del gremio. Por otro lado, las contra estrategias que han dado resultado es la presencia de los movimientos de resistencias colectivas, como se ha observado entorno a los casos de diversidad sexual. Se mantiene una crítica respecto a los casos de usuarios de sustancias psicoactivas.

Ian Dowbiggin indica la forma en que la psiquiatría en Francia en el siglo 19 fue adjudicándose y apropiándose de las interpretaciones que intentaban explicar las enfermedades mentales hereditarias. Aunque de forma particular sobre el degeneracionismo como táctica de profesionalización y justificación de su saber ante el

resto de prácticas sociales, el Estado y la opinión pública (Huertas 2012). Los diagnósticos se convirtieron en estrategias de profesionalización y legitimación del saber para procurar el monopolio sobre las subjetividades desviadas o monopolio de las locuras.

Las diferencias y distinciones corporales en el degenerado, se las podía observar y confirmar, con base en las formas y estructuras que eran marcadas y señaladas como anormales. Su cuerpo alojaba la anormalidad signada con estigmas, establecidos con fundamento en la evidencia científica positiva. Aparentemente justa y objetiva, accedía en abogar por las razones que justificaran la exclusión social de las subjetividades desviadas. Desviado del orden normal de los cuerpos y sujetos normales (Huertas 2012). Justifica la aplicación de mecanismos e instituciones encargadas de la defensa y el mantenimiento del orden social. Los conceptos de criminalidad y locura se fueron imbricando al materializarse en los cuerpos junto con estigmas preestablecidos, para que tenga sentido justificar una defensa social contra lo anormal, sostenida en la razón y con apoyo de la ciencia.

No deja de tener considerable grado de creación e invención las subjetividades desviadas o las locuras intencionalmente construidas, con una finalidad de control psicosocial. Se puede añadir otros casos a los ya mencionados, como la dreptomanía, la disidencia y la homosexualidad. Las enfermedades, o supuestas enfermedades, son más que solo entidades somáticas, ya que son también acontecimientos biohistóricos. Se las comprende al estudiar el contexto social y cultural, en torno al cual se construyen los significados, sentidos de referencia y las elaboraciones intelectuales que les atribuyen valor.

George Russell en la década de los sesentas, plantea explicar el trastorno psíquico desde una visión ampliada. Más allá de concentrar la atención en los síntomas manifiestos del campo psíquico, abarca los campos asociados a este como el campo comunitario, institucional, político, económico, histórico y social. Russel propone analizar: el modo en que se reconoce un comportamiento como un problema para la comunidad, las condiciones en el que surge este reconocimiento, el lenguaje científico construido con el que se interpretan esos comportamientos problemáticos, los que en conjunto justifican las acciones de la comunidad y de las instituciones encargadas de atender estos problemas (Huertas 2012). Lo psíquico viene a plantearse como una cuestión de la comunidad, así como ateniendo a lo político, lo social y económico, campos que han ido transformándose durante los diferentes períodos de la historia. Por lo tanto, cabe pensarse en abordajes

psicosociales, como alternativas frente a la visión materialista y biologista sobre lo social de la salud.

El malestar en la cultura conduce a manifestaciones sintomáticas en las personas, que se expresan como descripciones convencionalmente científicas, mediante las que se personifican las desviaciones reconocidas a la norma social, en un territorio y en un determinado momento histórico. La cultura es la materia psíquica en el que se produce el malestar social y colectivo.

Ian Hacking en la década de los 90s propone la enfermedad mental como una enfermedad transitoria. Cuyas condiciones de posibilidad para que se cumplan los criterios diagnósticos son: lo colectivo e histórico y lo ambiental cultural o contexto socio geográfico. Territorializada e identificada por una ecología vectorial, compuesta por el vector: lingüístico taxonómico, polaridad cultural, observabilidad y liberación agregación. Ian Hacking contribuye significativamente con argumentos para repensar y reflexionar sobre la construcción cultural de los trastornos, enfermedades y síntomas psíquicos; sobre las locuras construidas (Huertas 2012).

La construcción cultural de las enfermedades mentales es una proposición fundamental para comprender las aristas de la clínica, interpretar las calibraciones conceptuales y prácticas disciplinarias encargadas del control psicosocial y entender las actitudes sociales con las que se imaginan, representan, perciben y se sienten las locuras y a los locos, como a los usuarios de sustancias psicoactivas. Nuevos conceptos y categorías inventan y construyen al mismo tiempo, de modo simultáneo, nuevos pueblos, gente y personas, a través del etiquetado performativo de los expertos profesionales. Al crearse nuevos modos de subjetivar, al mismo tiempo, se crean nuevos territorios, que se añaden, al dispositivo de control que el poder profesional aplica.

La clase se crea cuando se formula. Se aplica la función materialista del lenguaje, o, en otras palabras, pensar en los modos en que el lenguaje impacta el cuerpo o la carne pasa a ser cuerpo o es incorporada. Se forman las nuevas identidades al hacerse a la forma de los escritos, descritos, enunciados, discursos, historias, saberes, relatos y narraciones patognómicas. Las identidades mórbidas se agrupan por sus formas escritas y se conforman en la clasificación descrita. Los individuos descritos se alinean y se conforman, hasta llegar conformarse con los cuadros clínicos, efecto de las estrategias de control psicosocial y la policlínica de las subjetividades.

La verdadera locura el presente estudio la asume como la ruptura de la comunicación entre lo psíquico y lo social. Lo loco son las posibilidades de pérdida del vínculo entre lo subjetivo y la vehiculización social del sujeto.

## **6. Disciplinas de control psicosocial**

Swain enseña que la separación o distinción entre lo normal y anormal es significativo al momento de comprender el dispositivo de control psicosocial. Por lo que es fundamental reconocer los campos del saber encargados del funcionamiento de las estrategias del dispositivo disciplinar, como la medicina, el derecho y la religión. Saberes de la normativización social, es decir, del arte de la separación y simbolización de la distinción (Huertas 2012).

La medicina distingue entre un uso debido y un uso indebido, de la mano del derecho que prohíbe el uso de medicina psicoactiva fuera del contexto biomédico. El derecho brinda la protección necesaria al orden social para conservar el orden hegemónico.

### **6.1. Control médico**

La medicina que pretende controlar las subjetivaciones desviadas o psiquiatría, tiene una posición destacada en el desarrollo de estrategias de vigilancia y normalización de segmentos poblacionales, debido a que se introduce en instituciones fuera del campo de la salud, como las cárceles, los juzgados, los establecimientos educativos y los medios de comunicación, por señalar algunos, aportando a los profesionales que operativizan estos campos un conjunto de saberes, procedimientos e instrumentos.

Samaja nos invita a pensar, en la aplicación práctica de la medicina, en donde cabe sostener que su acción normativa terapéutica, no se fue desarrollando como un mejoramiento de la acción normativa vital, sino como extensión de la acción normativa psicosocial. El campo al que la medicina se ha aplicado es en apariencia de los procesos biológicos, sin embargo, verdaderamente se aplica en función a los procesos psicosociales. La acción médica antiguamente no se dirigió a reducir o reparar la disfuncionalidad de los procesos biológicos, en razón a que solo se hicieron consientes después de un avance prologado en el proceso de las civilizaciones, a su vez se orientaron ciertamente en el auxilio a la regulación de los procesos sociales (2004).

En este sentido, el espacio psicosocial y sus actividades normativas terapéuticas se convierten en clave para el campo de la salud-enfermedad-atención, en tanto, la

regulación que ejerce el dispositivo de control aplicado al espacio psicosocial produce condiciones de posibilidad para generar el desarrollo de bienestar y malestar. Lo terapéutico y sus acciones son repensados ya no sólo como regulación de los procesos biológicos sino también como regulación de los procesos psicosociales.

Los estados societales industrializados han logrado establecer nuevas maneras de control social, medicalizando los diferentes aspectos de la vida social y cotidiana que se instituyen, se institucionalizan como anormales. La función de este control social, encargado a la medicina, tiene el propósito desde regular, rehabilitar, reinsertar, transformar hasta capturar, aislar y eliminar los comportamientos socialmente considerados como desviados o como enfermedades, por medio de tratamientos los primeros o de instituciones de encierro los segundos. Con esta consiga, se crean normas médicas de control social, es decir, desvíos médicos sujetos al control social justificado, como las clasificaciones de los catálogos, en los que se describen las etiquetas que se asignan a los comportamientos desviados o enfermedades, a fin de ejercer el control social médico y se evidencia y valide su autoridad para medicar (Gersberg et al. 2018).

Las formas de control social que la medicina instrumentaliza como dispositivo, son las herramientas y técnicas de su función normalizadora. En los casos de resistencia o refractarios al orden de control normalizado, se construyen instituciones y estrategias para el encierro, la desobjetivación y la muerte; registrándose casos de incineramiento en espacios de normalización.

Poner en evidencia estas relaciones subtendidas lleva a clarificar las condiciones en las que se producen las prácticas estigmatizadoras y iatrogénicas. Iatro- su significado proviene de médico y -génicas proviene de generar, etimológicamente define, la generación de un producto de la acción médica, principalmente deteriorante, y por extensión de la actividad psiquiátrica como una especialidad médica. Con ello, se abre una alternativa para replantearse el sentido de la defensa social dirigida al control de la locura, por el sentido de una defensa de las locuras o subjetivaciones para regular el control social y colectivo.

El discurso médico centra su ojo clínico en la mirada de las sustancias, proviene de un enfoque científico el que se destaca por la evidencia objetiva, medible y cuantificable de los hechos, dejando de lado, su relación con lo subjetivo, las interacciones sociales, los significados culturales y las construcciones discursivas, en su análisis de la interacción medicamentosa. Excluyendo las variables psicosociales en la comprensión de los usos problemáticos de sustancias psicoactivas.

En las acciones y los efectos de las sustancias psicoactivas, no sólo participan aspectos farmacológicos potencialmente sino también condiciones extra farmacológicas que las determinan socialmente. Los cuales al ser estudiados permiten una amplia comprensión de los posibles daños que se puedan desarrollar. Sin embargo, el discurso médico concentra su interés únicamente en los aspectos farmacológicos. Asume el objetivo de su actividad terapéutica en la abstinencia de la sustancia psicoactiva de modo general, sin distinción de condiciones particulares o singulares.

Una consecuencia del control médico, paradójicamente, es la “promoción de enfermedades”, traducción aproximada de “disease mongering”, propuesta en 1992 por Lynn Payer. Hace alusión a los mercaderes que venden sus mercaderías como si fueran un cúralo todo, exagerando sus propiedades, dando la apariencia de panaceas. En extensión, el término promoción de enfermedades, se refiere a la práctica que ensancha los límites de los criterios que sirven para establecer los perfiles mediante los cuales se diagnostican las enfermedades. Mostrando al imaginario social una percepción manipulada de ciertos estados de salud, ampliando así el campo en que el mercado tiene injerencia para vender las mercaderías y estas sean administradas por los agentes de control a través de los tratamientos medicamentosos (Saborido 2020).

Las estrategias y mecanismos con los que se alcanza la ampliación de los límites de los diagnósticos son diversas, como publicidad, incentivos profesionales, financiación de estudios de ciertas condiciones de salud. Así como un uso arbitrario de estadísticas y unidades de medida como prevalencias, incidencias, tasas, dando la apariencia de alerta o alarma para convencer o persuadir a la población. En otros casos, se promueve el tratamiento impertinente con medicamentos a problemas que no ameritan o no son necesarios, o son problemas psicosociales que pretenden medicar (Saborido 2020).

Existe una proporción en ascenso de la cantidad de personas que entran en sus territorios de injerencia, como objetos de saber para sus prácticas, a pesar de no ser considerados sus comportamientos como desviados o enfermedades, sino que al ser diferentes son patologizados, convirtiendo hechos de la vida cotidiana en hechos médicos. Como ejemplo, los grupos sociales quienes están expuestos a un aparente riesgo en desarrollar probabilísticamente una enfermedad. Incluyendo en esta selección de grupos poblacionales potencialmente desviados, considerados cada vez en mayor medida objeto de interés para la actividad normativa médica, las personas con necesidades básicas insatisfechas o pobres, la comunidad penitenciaria, los grupos que viven en periferias en



territorios despojados de seguridad socio económica, cualquier usuario de sustancias psicoactivas, entre otros (Gersberg et al. 2018)

## 6.2. Control jurídico

La posibilidad de la vida de ser social implica que la instancia del orden social participa como ensamble regulador del concierto de condiciones de posibilidad de la vida, estabilizadas mediante representaciones de la realidad junto al uso de normas y sistemas de normas y representaciones reconocidas como legítimas: es decir, como instituciones consagradas jurídicamente (Samaja 2004).

El estrato del ser social, inherente al ser humano contiene, pues, como dimensión que corona los desarrollos biológicos, psicológicos, económicos y sociales, la dimensión jurídica; es decir, la esfera de *las relaciones de reconocimiento*, o, lo que es lo mismo, *relaciones de derecho*. (Samaja 2004, 62)

Las regulaciones jurídicas permiten construir las condiciones de realidad histórica social que las instituciones lo permiten, por medio, del reconocimiento jurídico que se extiende a la producción y reproducción de un ordenamiento del ser humano y su vínculo con otros seres humanos y cosas. Cánones de verdad declarados en convenciones sociales, construidas y reajustadas iterativamente, como un dispositivo, que delimita los comportamientos, los sentimientos, el placer. Prácticas sociales normadas por los valores institucionalizados en diferentes campos, esferas y espacios sociales con historia. El derecho regula las condiciones de posibilidad de ser reconocido, es lo que concede dignidades, calidades, posibilidades de ser humano, con relación a cómo son reconocidos así también cómo se los aplica.

Las instituciones jurídicas y sus acciones comunicacionales en el marco de las relaciones de derechos, son dispositivos que controlan la validez de los seres humanos, sus representaciones de lo real y los valores que los acompañan. De modo particular, controlan los actos verbales, los actos del habla (Samaja 2004), los que representan objetivamente la subjetividad del sujeto de la enunciación. El control jurídico como dispositivo de las acciones comunicacionales, es un dispositivo de las subjetivaciones y las acciones psíquicas o psicoactividades. Delimitando las fronteras de sensibilidad al contexto, limitando los grados de posibilidad de validar la libertad de conciencia sobre los hechos concretos sacralizados, en connivencia con el dispositivo de seguridad y el dispositivo de salud física.

Los derechos controlan la validez de la acción que surge desde abajo, sujeta a la relación dialéctica del lenguaje que usa para el acto de comunicarse, comunitarizarse, mancomunarse, de forma autoconsciente en sus relaciones con los otros seres sociales. La subjetividad depositaria de los derechos, en sentido ascendente intenta apuntalar grados mayores de autonomía, libertad, autodeterminación ante, los niveles inferiores de la vida como lo natural y lo biológico, por un lado, y la producción y reproducción de la sociedad contractual, mediática e individualizada, incluyendo sus representaciones formales y gramaticales y los dispositivos económicos, por el otro lado.

Es el campo legal un campo de lucha dentro del espacio social, por prevalecer intereses particulares de los grupos de poder que ostentan los principales lugares y posiciones para redactar y dictar con base a sus términos, el reconocimiento de los derechos de los ciudadanos. Es por ello, que la escritura, no solo de los textos legales sino de todas las gramáticas formales, está sujeta a una lucha, a una lucha por la escritura, por el poder performativo de la escritura.

### **6.3. Control psiquiátrico**

El campo del poder psiquiátrico se instituye, por un lado, en los discursos, saberes y prácticas, por otro lado, en espacios o territorios institucionalizados como hospitales, tribunales o cárceles. Los objetos del campo son construidos dialécticamente, dialogando entre las concepciones y los espacios en los que habitan. Este dispositivo disciplinario produce objetos de saber, como las locuras, así como, el uso de sustancias psicoactivas, y a la vez produce lugares de formación de verdad. La invención de los objetos de saber desde los lugares de formación de verdad, tienen como efecto la construcción de nuevas identidades, historias y subjetividades (Huertas 2012).

El poder bien podría suponerse como el propósito que motiva las prácticas de los psiquiatras, no obstante, su interés por el reconocimiento de su autoridad científica y legitimación profesional es dirimente y determinante. Por ello, al ampliar la visión centrada en la caracterización del dispositivo de poder, desde una propuesta impulsada por Foucault, se pueden agregar otras categorías fundamentales, desde paradigmas sociológicos para interpelar una sociología de las profesiones, considerando las profesiones sacralizadas o de la salud.

El estudio del dispositivo asistencial psiquiátrico nos permite [...] centrarnos en el modelo o modelos de “tratamiento”. Dicho de otro modo, las distintas formas de violencia (prohibiciones, represión, exclusión, coerción, etc.) como expresión de un poder irregular,

inmediato e “improductivo”, se transforman en una serie de estrategias y maniobras regladas y meditadas (el tratamiento moral) que, además, generan o “producen” discursos y saberes que, en definitiva, gestionan un régimen de “verdad”. (Huertas 2012, 31)

Las redes del poder médico psiquiátrico involucran diferentes formas de tratamiento residual o de violencia psicosocial que se subtienden aplicadas a las subjetivaciones desviadas o en otras palabras dispositivo psiquiátrico. El tratamiento moral como mecanismo de asistencia psiquiátrica, incorpora redes heterogéneas de poder para ejercer el control psicosocial. Las formas de violencia del poder psiquiátrico, estratégicamente se transforman en el campo social al momento de brindar la asistencia, así pasan en apariencia desapercibidas en el tratamiento moral. Este mecanismo encubridor, permite conservar la reproducción de la violencia del dispositivo médico aplicado a las subjetivaciones desviadas, sostenidas por un régimen de “verdad” en torno a discursos, saberes y prácticas legitimadas moral y científicamente.

El dispositivo del poder médico psiquiátrico contempla una red amplia de relaciones que pueden establecerse entre elementos heterogéneos, como lo son las relaciones entre crimen y subjetivaciones desviadas o locuras, fundamento de su capital en términos de defensa social (Huertas 2012). El discurso de defensa social contra las locuras, así mismo establece relaciones entre crimen y uso de sustancias psicoactivas, como una de las locuras. Los saberes sobre lo psíquico o las profesiones psi, como la psiquiatría y la psicología, con sus discursos y estrategias de legitimación, someten las subjetivaciones desviadas a las prácticas de poder para el control de los procesos psicosociales.

Hablar de poder psiquiátrico en el asilo y de poder psiquiátrico en los tribunales de justicia no es hablar de lo mismo. El escenario es diferente, así como las relaciones -de poder- entre los distintos actores. Para que los jueces tuvieran en cuenta las opiniones de los médicos, para que estos fueran reconocidos como expertos competentes ante los tribunales, fue necesario un proceso de negociación largo y complicado en el que los psiquiatras aspiraban, no tanto al poder, sino al reconocimiento de su autoridad científica y a una mayor legitimación profesional y social. (Huertas 2012, 33)

La criminalización de las personas y colectivos que usan sustancias psicoactivas es un mecanismo residual y violento de ejercer control psicosocial. Se articulación en la conceptualización de los saberes que las profesiones psi tienen del uso y consumo de las sustancias y la psicoactividad, no administradas o prescritas por médicos. Los usos de sustancias psicoactivas remiten a las locuras contemporáneas. Nuevas formas en que la

desviación refractaria a la norma se expresa, nuevos desvíos, nuevas anormalidades, a las cuales se justifica sancionar un tratamiento moral para el control social. Las conceptualizaciones profesionales están determinadas, a su vez, por estrategias de dominación psicosocial que provienen de la reproducción del pensamiento hegemónico, a manera de capital cultural y educativo.

### **6.3.1. Jurisprudencia psiquiátrica**

El dispositivo del poder médico, aplicado a la subjetividad desviada, o poder médico psiquiátrico, establece una red en la que se vinculan múltiples sectores, instituciones, leyes, postulados científicos, dictámenes morales y territorios. Las redes del poder de la hegemonía psiquiátrica se conectan con diferentes campos más allá del campo de exclusiva competencia.

En estas condiciones, se abre la posibilidad de considerar una jurisprudencia psiquiátrica, al advertir que las formas de violencia del poder psiquiátrico se convierten, en el campo social de la justicia, mediante imputaciones a los comportamientos señalados al ubicarlos en el rango de las locuras. Esto conlleva a sentencias en las que se objetivaba el control psicosocial; el control subjetivo. Sentencias que denotan el triunfo de la verdad convencional. Una verdad gramatical manifestada en las tipificaciones del desvío, del crimen, de lo enfermo. Es relevante considerar el espacio que la medicina psiquiátrica tiene en las decisiones respecto no sólo a la imputabilidad, sino también en lo referente a la inimputabilidad ante la ley.

## **7. Derecho al control psicosocial**

“Las *relaciones de derechos* y la autoconciencia que se constituye mediante el *vínculo de reconocimiento*, son, entonces, un aspecto esencial de la subjetividad humana, como condición fundante del objeto de la *salud propiamente humana*” (Samaja 2004, 94). El acceso a justos derechos son condiciones de posibilidad para pensar, regular, reparar y transformar los problemas naturales del cuerpo del enfermo, representados en los valores de las enfermedades y afrontados por la práctica profesional terapéutica, como atributos universales comunes al campo de la salud.

En los estados las configuraciones culturales e institucionales son desiguales debido a las interacciones sociales, lo que lleva a que se marquen normalidades, así como anormalidades, o a los anormales. La locura es una desviación de la norma en función de los valores que una sociedad asigna a la anomalía o los anormales. Las locuras como

el uso de sustancias psicoactivas son modos de subjetivaciones refractarias, al tratamiento ofrecido por los sistemas públicos. Subjetividades a las cuales se les reconoce o no, el derecho a la atención que debe brindarse a los problemas reales y los problemas de representación.

Estos modos de subjetivar son producciones resistentes a los mecanismos, instrumentos, técnicas institucionales que patrocinan la normalización de su patologización, penalización, criminalización, e inclusive abalan normas violentas hasta la pena máxima, como la desterritorialización de la vida psicosocial y la muerte. A las subjetivaciones refractarias se les aplica la imposición de mínimos derechos. Consignándoles sanciones ya no tanto desde la comunicación de sus actos o la subjetivación de su libre autodeterminación, sino hacia el estigma de no ser reconocida su acción comunicacional, o el desconocimiento de sus derechos políticos, territoriales, civiles y humanos.

La desviación de la norma es penalizada como un hecho criminal concreto que debe separarse de la sociedad, y ser reubicado en lugares que cumplen el encargo social de regular y controlar su contagio o propagación. Se la simboliza como un riesgo que podría ser transmitido en función de la proximidad con el objeto del desvío, o su contacto. Lo que justifica regular y controlar las condiciones de posibilidad de su producción y reproducción social en personas, familias, comunidades, políticas y economías; hasta las dimensiones de la salud y la vida.

El uso de sustancias psicoactivas, representa una locura porque es un comportamiento desviado de las normas y valores sociales. Por ello, los desviados son despolitizados y desterritorializados frente al derecho de formalizar su relación con el uso de sustancias psicoactivas. Sin embargo, en Ecuador se han abierto posibilidades para relacionarse con la planta del cannabis a partir de la posesión de capitales económicos, y territoriales, lo que regula y restringe el acceso al derecho a la producción que se realiza de manera personal, familiar y comunitaria.

Prohibir el libre mercado de la producción y consumo de psicoactivos, elimina la regulación de la actividad económica de forma libre y autónoma para su uso personal o colectivo. El libre mercado está reservado, tanto como, para las industrias farmacéuticas, como para, el tráfico liberado clandestino. Ambos se encuentran en la vida cotidiana conviviendo en paralelo; en conjunto alimentan el dispositivo de control psicosocial. El mercado blanco y el mercado negro son producto de las formaciones sociales mercantiles, productoras de consumidores. Existen desincentivos creadas para regular los modos de

producirlos. Se accede al consumo con una transacción económica legalizada, lo que pone en el radar a las transacciones económicas ilegalizadas, las cuales están sujetas a fiscalización. Siendo lo económico la principal característica de la relación con el consumo; la relación que posibilita el acceso natural a las sustancias psicoactivas está prohibida.

El dispositivo de control social sobre las psicoactividades se manifiesta en que su reproducción depende del capital o poder económico, proveniente de su anclaje en el dispositivo de comercialización y mercantilización de sustancias psicoactivas o comúnmente llamado narcotráfico. El cual estructura una red mundial de eslabones heterogéneos cuyas prácticas ilegales conviven con las sociedades, tanto así, que la economía legal demanda hacer uso de la rentabilidad de los mercados perversos. Pervirtiéndose y pervirtiendo la administración económica y la regulación política a costa de la acumulación de capital.

El uso personal espontáneo de las sustancias psicoactivas, activa el dispositivo del régimen de control. Delegado a las institucionales sociales encargadas del rol de sostener la estrategia dirigida a prohibir su consumo y producción social, a menos que sea a través del mercado formal. Sin embargo, los medios de comunicación evidencian y exponen diversos casos sobre las instituciones de control que participan en los mercados ilegalizados, en connivencia con las organizaciones que realizan transacciones económicas ilegalizadas sujetas a control; promoviendo la reproducción social del narco estado, el narco político, la comunicación narco y el narco mercado.

Las locuras como enfermedades son hechos concretos patologizados por el dispositivo de salud. Las cuales han ido cambiando su sentido y significado a lo largo de la historia, como la lepra, brujería, drapetomanía, histeria, homosexualidad, uso de sustancias psicoactivas. Entre otras formas de capturar y clasificar a los diversos modos de reproducción psicosocial desviados a las normas. La alienación es una forclusión real de las relaciones sociales mediadas por el lenguaje. Las locuras, enfermedades transitorias, son subjetivaciones sujetas a la regulación de los dispositivos sociales de gobierno, como el dispositivo de control sanitario que abarca los fenómenos somáticos, institucionales, simbólicos e imaginarios.

Al pasar del estrato estatal al societal, el mercado se impone sobre los Estados al dominarlos, en cuyos territorios las políticas restan espacio valorado a la reproducción cultural y formal de la vida social. Las políticas al dejar de cumplir su función de regulación y control, ceden al poder de las exigencias que al mercado interesa poner en

funcionamiento, mediante la potencia de las relaciones contractuales, la virtualización de los intercambios y el valor de la “libre personalidad individual y la autonomización (al menos parcialmente) de los individuos respecto del Estado” (Samaja 2004, 61). Del dispositivo de control social de las normas de vida, al dispositivo de autocontrol del territorio y el cuerpo. Los dispositivos ordenan y organizan los espacios y territorios para regular la reproducción social, cultural, histórica y subjetiva.

“El sujeto humano deja de ser comprensible por su referencia a las conductas limitadas a su corporeidad orgánica, y se constituye como un sujeto cuyo ser alcanza hasta la frontera de su derecho” (Samaja 2004, 95). Alcanzado por el desarrollo social, transmitido primero por las familias y después por las instancias que conforman los Estados, los cuales reconocen a los ciudadanos como sus miembros y por tanto beneficiarios ostensibles de derechos. El derecho el ser un mecanismo de reconocimiento, excluye fuera de su norma social lo desviado, lo desconoce, poniéndolo en un lugar fuera de registro escrito que otorgue legitimidad, dignidad y validez. Así el reconocimiento es parcial, de forma desigual e inequitativa, no todos tienen los mismos derechos. O más bien, a pesar de garantizarse un derecho, en la práctica pueden materializarse de otra forma, y quedar como un desterrado de la comunidad, desconocidos sus derechos e invisibilizado para las instituciones.

El reconocimiento de los modos en que se norma y valora el uso de sustancias psicoactivas, privilegia los intereses políticos ostentados por ciertas alianzas familiares, que son expresadas por las formas institucionalizadas de los Estados y la conservación del orden social y político. El derecho actúa sujeto al mercado comercial, que produce y reproduce sustancias psicoactivas, ya no solo vegetales u orgánicas, sino también semisintéticas y sintéticas.

Las formaciones culturales son normas que se fijan en el registro somático, imaginario y simbólico. Las instituciones sociales están constituidas por configuraciones normativas o formaciones culturales somáticas, imaginarias y simbólicas. Las categorías patológicas son normas de la cultura, sobre las que se construyen significados y valores, a través de los cuales son percibidas, sentidas e interpretadas las subculturas, así como lo son las prácticas vinculadas al uso de sustancias psicoactivas y entre otras prácticas sociales.





## Capítulo tercero

### **Territorialización del dispositivo de control psicosocial respecto al uso de sustancias psicoactivas en el campo de la salud**

Cualquiera de los fenómenos de la salud reúne las cualidades para ser asumido como un híbrido, concepto de Bruno Latour, que remite a la simultaneidad de los diversos modos de ser que tienen los hechos concretos, a saber, las sustancias naturales, las interacciones de poder y las construcciones de lenguaje.

Ahora bien, los fenómenos de la salud son un campo compuesto por diferentes órdenes de problemas que pueden agruparse para su comprensión de la siguiente manera, según Lain Entralgo:

1. Del ser humano o de la naturaleza humana, orientada hacia la salud como bienestar.
2. Del ser humano enfermo o de la naturaleza de la enfermedad como modo de existencia.
3. De la curación o actividad terapéutica.
4. De la higiene o preservación de la salud.
5. De las prácticas en la relación con el conjunto de las prácticas sociales y del Estado.
6. De la profesión (Samaja 2004).

En este sentido, en el presente capítulo se trabajarán las formas en que el dispositivo de control psicosocial se territorializa en los órdenes de problemas del campo de la salud, retomando la propuesta de Lain Entralgo. Un dispositivo de control social de las subjetividades y las subjetividades desviadas, como las prácticas del uso de sustancias psicoactivas o prácticas psicoactivas, las cuales son fenómenos híbridos de la salud.

El uso de las sustancias psicoactivas corresponde con el acceso a estados de bienestar o salud y su preservación. Las sustancias psicoactivas se las encuentran de forma natural, artesanal o industrial. Su provisión ha sido delegada a sanadores y sanadoras de la comunidad ecológica o profesionales titulados. Quienes han aprendido y conocen las dosis, vías de administración, frecuencia, interacciones, entre otros criterios diferenciales entre cada uno. A los que se los llama tradicionalmente en nuestra cultura, por un lado, chamanes o yachags, por otro lado, médicos o doctores; formados desde

pensamientos diferentes, uno holístico y otro científico. La función de ambos hace alusión al saber, el conocimiento y la enseñanza sobre la preparación, administración y gestión de las sustancias psicoactivas o la experiencia psicoactiva. Su función pertenece a los diferentes órdenes de problemas correspondientes al campo de la salud.

Como menciona Rodrigo Tenorio, la experiencia del uso de sustancias psicoactivas produce saberes; cualidad emparentada con el poder, la libertad, la autonomía, la emancipación, la salud. Saberes que están sujetos a la naturaleza de las sustancias, los campos de poder y construcciones discursivas. Por otro lado, la provisión también se circunscribe a una relación sin la intermediación del chamán o el control heteronómico del médico, vinculada al uso personal y colectivo de las sustancias psicoactivas.

Las reflexiones y consideraciones, respecto a la práctica del uso de sustancias psicoactivas, han cambiado de la mano de las prácticas sociales, los Estados, y cómo ambos se han producido y reproducido desde las sociedades y civilizaciones antiguas en la historia y hasta la prehistoria. Las prácticas del uso de sustancias psicoactivas, han estado vinculadas a los contextos religiosos y curativos, también a los momentos de celebración, agradecimiento o festividades, aspectos conectados a una práctica de salud ancestral e integral.

Estas prácticas han pretendido ser suplantadas por un monopolio en torno a los medicamentos, fármacos o sustancias psicoactivas legalizadas. Amparado por un régimen internacional de fiscalización, la industria farmacéutica y la salud hegemónica. Centralizada, esta última, en la curación y la actividad normativa terapéutica, la que fracciona los componentes del campo de la salud y sus campos asociados; reducida al derredor de la enfermedad, la prescripción de medicamentos y los objetos reales o la biofísica.

El uso de ciertas sustancias psicoactivas ha ido ilegalizándose por medio del RICD, motivo por el cual fueron sustraídos los derechos legítimos que se gozaban para su acceso. Esto contribuyó a promover las condiciones sociales para establecer y constituir mercados residuales, los cuales se benefician de la venta exclusiva. Por ello, estos usos ya sean personales o colectivos, y los usuarios de estas sustancias psicoactivas se los ha catalogado o descrito como sujetos a fiscalización. El catálogo es un producto de la escritura, que connota una capacidad performativa de inventar, crear o instituir realidades psicosociales.

Las enfermedades relacionadas con el uso de sustancias psicoactivas, al ser concebidas desde el modelo de salud hegemónico, estas se reducen a los aspectos biológicos, anatómicos y fisiológicos. Las enfermedades de este tipo son realmente serias sin duda como Gersberg recalca, sin embargo, se las desconecta o desenlaza de los estratos jerarquizados de la reproducción social y los diversos modos de ser de los hechos concretos. Principalmente con respecto a las interacciones sociales o campos de poder y las construcciones discursivas o producciones de sentido; lo que se evidencia en el discurso, práctica y actividad terapéutica del modelo hegemónico de la salud.

Al uso que no sea bajo prescripción médica, el campo de salud hegemónico busca convertirlo en objeto de su monopolio, aplicando tratamientos normativos médicos y legales innecesarios, dirigidos a subjetividades patologizadas, criminalizadas y a prácticas culturales y sociales de la vida cotidiana. Diferente trato tiene el uso de sustancias psicoactivas, como el alcohol, el cigarrillo, los estimulantes y psicofármacos, que el mercado y la religión cristiana reconocen con validez y prestancia.

## **1. Salud**

Los valores normales de la funcionalidad del organismo y los valores normarles referidos a una cultura como acciones comunicacionales, juntos representan la salud como bienestar.

### **1.1. Buen uso o uso saludable de sustancias psicoactivas**

Al repensar la naturaleza de las sustancias psicoactivas y las drogas, estas bien podrían caer dentro de la definición de los fármacos y las medicinas. Sin embargo, los aspectos extrafarmacológicos, externos a las sustancias psicoactivas o extrapsicoactivos, de significativa relevancia para comprender su fenomenología, vinculados a las relaciones de poder y las construcciones del lenguaje, es lo que ha procurado separarlas y distinguir las de los fármacos y las medicinas.

En otras palabras, el dispositivo de control psicosocial en determinado momento histórico-social, ha creado estrategias que se han diseñado como objetos de dominación, hacia la alteración del valor normal concedido socialmente a las prácticas de uso que se realizan en torno a las sustancias psicoactivas. Incluyendo a los cuerpos y subjetividades de los usuarios, sus derechos, los espacios públicos y privados en los que podrían ser consumidas, los modos de producirlas, los significados y sentidos con los que culturalmente se los representa en los imaginarios sociales, abarcando las parejas

sentimentales de los usuarios, sus familias y grupos sociales o colectivos a los que pertenecen.

Es muy sabido y la vez latente, que el uso de sustancias psicoactivas está vinculado a extraer grados de satisfacción por medio del placer que provocan o el displacer que disminuyen. En el marco de las estrategias alternativas a la prohibición, se puede mencionar la gestión de placeres, como camino para transitar de forma saludable, segura y económica el uso de sustancias psicoactivas. “Independientemente de cuál sea el efecto que se busca y espera, subrayamos que siempre se trata de algo que brinda satisfacción y evita el malestar, la angustia” (Gersberg et al. 2018, 93). Sin embargo, la relación con las sustancias psicoactivas no es absoluta y universal, porque varía de forma particular según la cultura, los grupos social y subjetivaciones.

Su uso de asocia a la gestión y manejo de la angustia. Operación sobre un sentimiento constitutivo del ser social y la subjetividad humana, atravesada por el deseo, el lenguaje y la vida en sociedad, alimentada por la sensación de libertad y autonomía. El uso de sustancias psicoactivas es una función en la economía psíquica, al calmar la angustia psíquica. Adquiere una función con relación a la angustia, connotando un modo de existencia psicosocial. La angustia es el *pathos* constitutivo de la vida del ser social, con la cual cada sujeto tiene que vérselas, como un inevitable necesario. La angustia no empuja a pedir auxilio ya que es un sentimiento cotidiano, sin embargo, sobre este se construye un montaje que funciona para alcanzar un pretendido autocontrol sobre la angustia psíquica a través del uso de las sustancias psicoactivas, el cual, en caso de fallar, la operación se intensifica en frecuencia, cantidad o cualidad.

Si las sustancias psicoactivas son la condición de posibilidad para un potencial desarrollo de un uso o consumo problemático, esta condición necesaria no es suficiente debido a que han reunirse, como Samaja indica, diferentes procesos problemáticos en las relaciones dialécticas de los estratos de la vida humana, y que sus interfases subjetivas los experimenten como problemáticos por la lectura que hacen de los mecanismos representativos entre un estrato y otro. Por lo que las sustancias psicoactivas se las valora en su relación con otras prácticas sociales, mostrando un uso diverso y heterogéneo que se puede hacer de ellas, más allá de reducirse al consumo, y no continuamente la sociedad desarrollará un potencial uso probemático, morbidez o enfermedad.

Gersberg indica que la función psíquica y libidinal del uso de sustancias hace presente una incógnita, una dimensión desconocida (2018). Debido a que lo subjetivo como señalaba Samaja, se ubica entre dos estratos de la vida social, entre el estrato

biológico del cuerpo y el estrato social de la comunidad en la que habita. En esa interfase se vive la experiencia subjetiva del uso de sustancias psicoactivas que se manifiesta en la relación de los estratos. Este procedimiento químico que se administra al cuerpo y que opera sobre el aparato psíquico en un contexto sociocultural, puede tener como función en muchas personas calmar, aliviar o abolir la angustia psíquica. Entonces, si tiene función sobre la acción comunicacional de lo psíquico, sobre una angustia psíquica, sobre el pathos, articulando el pensamiento de Gersberg con el de Samaja, el uso de las sustancias psicoactivas no se reduciría únicamente al alivio biológico sino también al alivio comunal, estatal y societal.

Lo que no debe olvidarse es que el control exclusivo con base en el heterocontrol, que es el control exterior de las fuerzas del orden societal dirigido al individuo, o en cambio, el control exclusivo desde el autocontrol interno vinculado al individuo dirigido por las fuerzas del orden biológico, tienden a ser eficaces o representar una falacia, de modo temporal. Produciendo malestar psicosocial incomprendido desde la otra frontera, heterónoma o autónoma.

Un acceso polarizado sin regulación, enfocado en uno de los extremos, es algo problemático para cualquiera de las dos fronteras, porque reduce la regulación y la estabilización de las acciones comunicacionales en el orden social en su conjunto. Si se pierde el control integral se pierde la salud, relación directamente proporcional. El usuario no solo requiere autocontrol para la producción y consumo, o que el control venga desde el exterior, como cuando interviene una acción biomédica o una acción fiscalizadora policial, sino también requiere un control colectivo, junto al resto de controles en los estratos de la realidad humana; con el fin de alcanzar un buen uso o uso saludable de sustancias psicoactivas.

Por ello, valga la posibilidad de armonizar una regulación inspirada en un mayor control popular y comunal sobre el complejo mundo del uso de sustancias psicoactivas, centrado no en las sustancias psicoactivas sino en el derecho al poder popular y el control comunal sobre las prácticas y la vida psicosocial.

## **2. Modos de existir y enfermar**

Todo modo de enfermar, ya sean procesos vinculados a cualquiera de los estratos o interfases de la realidad humana, es una construcción social/natural que cada grupo humano lo reconoce como tal. La enfermedad son modos de existencia que depende de categorías o variables históricas y culturales.

Los problemas del uso de sustancias psicoactivas han cambiado en relación a como los Estados se han reproducido desde la antigüedad. Los problemas surgen cuando se hace presente la desregulación y el descontrol en los estratos de la realidad humana. La relación que se pueda tener con las sustancias psicoactivas puede ser dañina para una persona, como para una comunidad o un estado, tanto en su abuso o exceso como en la abstinencia cuando se ha instalado la tolerancia. Afectando la biología del cuerpo, las representaciones culturales de la comunidad, las políticas e instituciones de la sociedad; los estratos jerarquizados de la realidad humana de forma integral. Los episodios de abuso descontrolado llevan a provocar sufrimiento psíquico, en las diferentes interfases de la vida social, por los períodos de abstinencia, cuando se ha instalado la tolerancia a la sustancia psicoactiva. Este es un concepto de consumo problemático comprendido desde el modelo epistemológico de la salud propuesta por Samaja, anotando que puede haber un proceso que caracterizaría o donde se concentraría temporalmente la problemática, en relación con otro proceso y estratos. Esta es una consideración ampliada de problema, no reducido a un problema estanco en un proceso cronificado, de un estrato independiente del contexto, como tiende a ser estudiado, en función de un problema del cerebro, de los neurotransmisores o biológico, desde otro paradigma de la salud.

Los procesos de subjetivación vinculados el uso problemático de sustancias psicoactivas son un fenómeno cuya verdad se manifiesta contemporáneamente en diversos campos sociales y naturales, como el psicológico, biológico, jurídico, económico, político, geográfico, cultural, médico, comunicacional, virtual entre otros, y que, además, está a travesado por dominios individuales, familiares, colectivos, comunitarios, territoriales. En síntesis, se configuran como un fenómeno transversal, según lo proponen algunas disciplinas de las ciencias sociales (Gersberg et al. 2018). Propiamente un fenómeno epidemiológico, compuesto por varias dimensiones de la realidad determinadas por la reproducción social dominante.

“Consideramos que cada adicción es un punto de llegada, el fin de un largo y complejo proceso extendido en el tiempo. El inicio de este exitoso recorrido que se ubica en el logro de la falla en la construcción de la identidad del sujeto” (Gersberg et al. 2018, 25), de las diversas identidades subjetivas de los estratos. La construcción de la identidad individual del sujeto es un hecho híbrido. Lo que quiere decir que la identidad del ser humano es una unidad de identidades diferentes, articuladas a diferentes estratos formativos, dando lugar a diferentes niveles de identidad, en su identidad total. La falla en el proceso de construcción de las identidades subjetivas, como sucede en el uso

problemático de sustancias psicoactivas, en comparación con otras enfermedades o modos de existencia, tiende a ubicarse en un lugar de exigua relevancia, estableciendo un obstáculo para la actividad terapéutica. Como Gersberg señala, si es de poca significancia o valor el problema asumido, así también será la atención que se le conceda.

Frecuentemente los problemas del uso de sustancias psicoactivas no constituyen un síntoma subjetivo, pero sí se constituyen en un síntoma social (Gersberg et al. 2018). El modo de existencia o de enfermar por el uso de sustancias psicoactivas, puede ser un problema para el estrato estatal o el estrato societal también, y no para la subjetivación del sujeto. El discurso social demanda atender todo tipo de uso de sustancias psicoactivas, como si se hubieran instalado en cada uno de ellos, procesos problemáticos que requieren ser atendidos o catalogados como enfermedades crónicas. Llegando a generalizar cualquier modo de uso como si fueran una adicción.

A veces puede constituirse en un síntoma subjetivo, que se produce cuando la relación contingente con la sustancia muestra signos fracaso. Cuando no se consigue impedir mediante su administración el malestar, la angustia o provoca otros problemas asociados. En casos como estos los sujetos buscan apoyo o demandan atención, cuando el consumo devino problemático (Gersberg et al. 2018).

El discurso común sobre el fenómeno de las sustancias psicoactivas, también llamado discurso de referencia social, según Gersberg, lo construyen principalmente los medios de comunicación social. Los que sesgan de modo simple, fraccionado (2018) y estigmatizan a las personas en iterados estereotipos, que no dejan sacarlos de la camisa social de fuerza, al concebirlos como enfermos criminales al mismo tiempo.

### **2.1. Desviación psicosocial y uso problemático de sustancias psicoactivas**

El fenómeno del uso y el uso problemático de sustancias psicoactivas fue armándose con un montaje durante el trayecto del siglo 20, sostenido en lo que la presente tesis intitula como dispositivo de control psicosocial. Soportado en una red heterogénea de discursos intersectoriales y de naturaleza diversa, como ideológicos, políticos, médicos, jurídicos y morales. Los que produjeron la construcción del actual estereotipo del adicto, identificándolo a el marginal, lo peligroso, el enfermo, el violador, asumiendo una sentimiento y afecto de rechazo, miedo, temor, pena, vergüenza; catalogados socialmente como sujetos desviados.

El adicto es un objeto social construido históricamente. Lo sostiene un entrecruzamiento de discursos que tienen el poder de crearlo, inventarlo y construirlo a

través de los territorios de normalización. La desviación es “la infracción de una regla previamente acordada” (Becker, 1971, 19 citado en Gersberg et al. 2018, 13). Lo que implica que quienes infringen la regla son incluidos en un grupo homogéneo, como si cada uno de quienes quebranten la regla fueran iguales. En consecuencia se los priva de su particularidad y singularidad (Gersberg et al. 2018).

Los grupos sociales dominantes crean la desviación, como símbolos de distinción, al marcar las normas cuya desobediencia amerita una sanción. Al aplicar las normas y las reglas a determinadas personas en particular, se las categoriza con cualidades estigmatizantes apesadas, que a lo largo de la historia han ido ajustándose y calibrándose; se los califica excluyéndolos de reconocimiento psicosocial, como parias o intocables.

Desde este argumento, la desviación no es una categoría, atributo o cualidad del acto ejecutado por el sujeto particular, sino un resultado del modo en que determinados grupos sociales dominantes aplican las normas y los dispositivos a los infractores. La desviación es la categorización de la infracción anticipada por vía de la norma construida socialmente. En otras palabras, al construirse las reglas o normas sociales, se crea las marcas, signos, rasgos, tipos, clases; características inherentes a los sujetos sociales que serán considerados como desviados (Gersberg et al. 2018).

Por lo que poseer una de estas marcas estigmatizantes, conlleva a asumir que determinada persona o grupo social es desviado; por el simple hecho de tenerla. En este sentido, no sería necesario cometer una infracción para ser considerado desviado, o no sería necesario cometer un crimen para ser considerado un criminal, o no sería necesario tener un problema de uso de sustancias psicoactivas para ser considerado un adicto, sería condición suficiente con hablar, vestirse, o aparentar el perfil predeterminado (Gersberg et al. 2018).

Los acuerdos respecto a la entidad del uso problemático de sustancias psicoactivas van legitimándose desde los espacios normativos sociales, no sólo espacios normativos médicos en clínicas de rehabilitación u hospitales, o espacios normativos legales por medio de tribunales de fiscalización o prisiones, sino también desde los espacios de normalización mediáticos, que acreditan y habilitan a diferentes actores a tener el derecho de formular criterios válidos en apariencia sobre este fenómeno.

Los discursos hegemónicos sobre el uso problemático de sustancias psicoactivas, transmiten representaciones sociales que atomizan los hechos fraccionándolos, entorpeciendo y limitando la adquisición de saberes, conocimientos y epistemes.



Construyen estereotipos de las personas que usan sustancias psicoactivas que condicionan y determinan diferentes modos de comprenderlos y atenderlos.

## 2.2. Fenómenos sintomatológicos

Lacan, médico psiquiatra, reconoce que “el responsable de la noción de síntoma es Marx” (2009, 152), quien lo desarrolla desde el campo social con relación a la plusvalía (Gersberg et al. 2018).

Gersberg enseña que cuando le consultan con respecto a un uso problemático de sustancias psicoactivas, los consultantes hablan respecto al malestar de una angustia y un no saber sobre la presencia de esta. En su discurso hablan de un síntoma social debido a que el uso de sustancias psicoactivas socialmente es descalificado, penalizado y estigmatizado. Este conflicto que muestran en la consulta remite a un conflicto con la ley (Gersberg et al. 2018) social y la ley elaborada subjetivamente en un particular contexto socio cultural. En otras palabras, el consultante expresa un síntoma psicosocial que demanda ser atendido. Gersberg añade que con cierta frecuencia atienden a consultantes sin angustia, es decir, la angustia está del lado de quien los acompaña, como un familiar, sus amistades o del lado del terapeuta (2018).

Ante la pretensión de la ciencia médica psiquiátrica, de reducir el malestar que el sujeto lo trasmite con sus palabras al estudio del órgano, del cuerpo y a la medicalización de las pasiones, es fundamental salir de la generalización e introducir la particularidad para diferenciar al sujeto singular, así poder comprender su especificidad y lugar desde donde habla.

En este sentido, se presentará una breve introducción al concepto de síntoma en general, al concepto de síntoma médico y el concepto de síntoma psicoanalítico, en particular, y establecer posibles relaciones.

El síntoma es lo apercibido desde el lugar de la experiencia subjetiva. El síntoma remite a la subjetividad del sujeto social a quien algo le ocurre.

“Síntoma médico es todo aquello que el paciente *dice que siente* (dolor, “falta de aire”, “ardor de estómago”). Un *síntoma psiquiátrico* es un síntoma médico (el paciente refiere que “escucha voces”) (Jorge 2005, 109)”. Son los síntomas médicos los que se atenúan o se modifican por la acción de los psicofármacos, que no necesariamente tienen una relación con un signo del cuerpo, no obstante podría estarlo (Jorge 2005).

En cambio, el síntoma psicoanalítico “es la forma en que el inconsciente “soluciona” un conflicto entre dos fuerzas antagónicas (las reconcilia). Es muy resistente

porque está sostenido desde ambos lados (Jorge 2005, 110)” de los estratos de la realidad humana. El conflicto se refiere a la pugna de intereses en cuestión, por lo que el síntoma sería el producto resultante de un acuerdo entre las partes involucradas, una particular forma de consensuar (Gersberg et al. 2018). En este sentido el síntoma psicoanalítico a diferencia del síntoma médico, puede ser entendido no como el producto de un malestar, dolor, o insuficiencia sino como un trabajo auto reparador, como un trabajo subjetivo (Huertas 2012).

Jorge amplía la visión de Gersberg al proponer que las sustancias psicoactivas, o psicofármacos, como ella especifica, tienen varias acciones. No sólo como hacen las benzodiazepinas sobre la angustia, o su equivalente la ansiedad, sino también como hacen los antidepresivos sobre las manifestaciones de depresión o como hacen los neurolépticos sobre las alucinaciones. Las sustancias psicoactivas actúan sobre un organismo, sobre un cuerpo, es decir, sobre un síntoma médico y psiquiátrico. Sin embargo, no actúan sobre un síntoma psicoanalítico o subjetivo, el cual como Jorge señala está anudado y sostenido por la propia historia subjetiva (2005), incluyendo además la cultura.

Un síntoma psicoanalítico, aunque pueda acompañarse por síntomas como la ansiedad, el insomnio, el dolor estomacal de naturaleza orgánica, que pueden tratarse por medio de la acción de las sustancias psicoactivas, medicamentos o psicofármacos, no se limita a eso con exclusividad. Por lo que a pesar de que estos síntomas orgánicos que acompañan se solucionen, el síntoma psicoanalítico subsiste o persiste.

“Podríamos entonces permitirnos decir que la historia del sujeto y el accionar de su inconsciente son, a los síntomas analíticos y a su tratamiento –el psicoanálisis- lo que la ansiedad es al mecanismo bioquímico sobre el que las benzodiazepinas (y otros psicofármacos) actúan” (Jorge 2005, 112). Esta precisión, al comparar los dos modelos, contribuye a darles especificidad. Se valora por la claridad y lucidez con la que se presenta y que aporta una comprensión sobre la dimensión objetiva y subjetiva del síntoma. Dimensiones que se presentan de manera simultánea con sus propiedades y características particulares en los hechos concretos, como los síntomas u otros fenómenos del campo de la salud. Además, permite entender el límite de la eficacia de los psicofármacos, y por extensión de las sustancias psicoactivas, y el fenómeno de la medicalización de la subjetividad, la afectividad y las pasiones.

La salud hegemónica organizada por el campo médico pretende forzar el síntoma psíquico como equivalente al síntoma somático, obturándolo en la medicalización de síntomas orgánicos, en donde no se toma en cuenta la subjetividad y la totalidad del ser

humano. Quedando en evidencia la producción social que se reproducirá durante siglos el discurso de la ciencia, ordenado por la concepción somática aplicada a los fenómenos subjetivos, como la locura tradicional y las locuras contemporáneas. Llevando a la emergencia histórica de la palabra suspendida, que el discurso psicoanalítico atiende a través de una innovación, la cual surge del mismo seno de la medicina, denominada clínica de la escucha. Ciencia médica que ubica a la subjetividad del enfermo como un ruido de fondo. Así mismos lo hace con los estratos e interfases subjetivas, culturales, políticas, entre otras, para la aplicación de su clínica de la mirada. El discurso psicoanalítico, no centra su actividad terapéutica en la enfermedad o en una práctica que dirige su atención a la supresión de los síntomas, sino en escuchar y actuar con base a la técnica psicoanalítica, sobre la historia y cultura del sujeto del inconsciente.

El uso de sustancias psicoactivas al presentarse como un síntoma, lo hace como un hecho híbrido que enlaza las expresiones y procesos de la totalidad de la vida social. Por ello, se valora la necesidad de una psicopatología crítica que considere las condiciones socioculturales, políticas, legales, semióticas y económicas que intervienen en los procesos de formación y comprensión de los síntomas.

Los modos de existir y enfermar están sujetos a la historia y la cultura. Por lo que la comprensión de los fenómenos patológicos y psicopatológicos, como el uso problemático de sustancias psicoactivas, necesita incluir y entender los modos en que los problemas de la subjetividad, se manifiestan culturalmente en los síntomas a través de la historia. Los modos de existir, la enfermedad y la cultura se influyen mutuamente, de modo simultáneo, en función de la historia.

### **3. Actividades terapéuticas**

Huertas señala que no es suficiente pensar y ubicar la subjetividad desviada o locura en su contexto social, político, legal, sino que la expresión del pathos a través de los síntomas subjetivos está condicionada además por la historia y la cultura. Por eso advierte que el estudio clínico, la actividad terapéutica y el análisis psicopatológico requieren alimentarse por el análisis ampliado del campo histórico, social, cultural, biológico, psicológico, político y legal (Huertas 2012).

La acción terapéutica cuyo objetivo son los modos de enfermar el cuerpo y los modos de existencia del alma, que se reduzca solamente a uno de los estratos, con pretensión de brindar salud a los diferentes procesos que demandan atención, se

convierten en acciones terapéuticas infatuadas y falaces; los tratamientos en esta modalidad terapéutica se dirigen al fracaso.

Estas acciones terapéuticas no asumen su responsabilidad sobre los resultados iatrogénicos o estigmatizantes. Los exteriorizan como un mecanismo de defensa hacia al otro, responsabilizando exclusivamente al sujeto que trae su malestar. Acusándolo por falta de voluntad, no seguir el tratamiento de forma disciplinada o calificando a ciertas patologías, como los problemas por el uso de sustancias psicoactivas, como incurables o intratables. Cuando la operación del tratamiento y las prácticas profesionales es lo que produce y reproduce el fracaso, las resistencias, la cronicidad y los obstáculos epistemológicos.

La relación que cada sujeto psicosocial anuda con las sustancias psicoactivas puede ser comprendida a partir de un acercamiento particular. Por lo que, al generalizar las formas de abordaje para todos por igual, estas no tendrán el resultado esperado y tenderán al fracaso de la relación terapéutica. Los procesos psicosociales pueden entenderse en su singularidad. La generalización sobre la atención a los problemas subjetivos es iatrogénica, y no debe forzarse una interpretación exclusivamente orgánica o somática cuando no corresponde.

### **3.1. Residuos refractarios: las resistencias**

Huertas reflexiona sobre la psicopatología de la histeria, al considerarla como una subjetividad que se resiste y se rebela a ser normalizada. La histeria se resistiría a los tratamientos médicos por conservar sus síntomas subjetivos que pretenden ser suprimidos y curarle de ellos (2012).

La verdad del saber y poder psiquiátrico tiene como axiomas la razón, el conocimiento científico, el intelecto y la escritura. Al conocimiento positivo de la ciencia médica se le muestra a través del discurso de la histeria su reverso; un saber negativo de la subjetividad. El supuesto saber de la verdad psicopatológica, encuentra su límite y un obstáculo, al intentar normalizar la estructura discursiva de la estructura clínico que caracteriza la histeria; organizada como una de las nuevas locuras. Es al conocimiento médico al que se rebela y al que se resiste a darse a conocer. La ciencia médica evidencia el fracaso de su sistema de conocimiento, como vía de acceso directo a un nivel que le genera perturbación, es decir, el nivel subjetivo de la historia del sujeto determinado por el lenguaje y la cultura.

“La historiografía del control social de inspiración foucaultiana no tiene en cuenta las resistencias -o la capacidad negociadora- de las víctimas (Huertas 2012, 35)”. La resistencia a la normalización de la histeria como una de las nuevas locuras, invita a la reflexión de otros fenómenos sociales, como la práctica del uso de sustancias psicoactivas, la diversidad en las orientaciones sexuales, entre otros hechos históricos.

La homosexualidad como una enfermedad catalogada en los manuales de enfermedades, capturada en un momento histórico, ha ido transformándose socialmente por las resistencias a la normalización. Este estudio justamente se plantea como un ejercicio para la abogacía de las locuras que se han ido resistiendo y rebelándose al estigma de la clasificación en el sector de lo marginal y excluyente.

El movimiento cannábico y de usuarios de sustancias psicoactivas en Ecuador ha intentado ser un frente de resistencia. Lucha contra los dispositivos de gobierno que pretenden oprimirlos, al quitarles el reconocimiento de su derecho constitucional de la libre autodeterminación y libertad de pensamiento, así como, a desmontar el estigma psicopatológico y criminal que recae sobre las representaciones y estereotipos sociales, en torno a las prácticas vinculadas al consumo, producción, autocultivo, en espacios privados, colectivos y públicos. Lucha por mejores condiciones legales, la corrupción del narco estado y los narcopolíticos, por regulaciones comerciales justas y populares, por la territorialización legítima de sus prácticas sociales, la denuncia de los abusos policiales, el uso regulado del cannabis en el espacio público y privado, la educación popular inclusiva, prácticas alternativas para ser atendidos en función a sus perspectivas de salud colectiva y ancestral.

Algunos estudios recientes centrados fundamentalmente en instituciones latinoamericanas han puesto de manifiesto la capacidad de los pacientes para negociar diagnósticos, tratamientos y normas de vida en el interior del manicomio o bien denunciar abusos o negarse a hacer laborterapia o a someterse a hipnosis por considerar que dicha técnica invadía su intimidad. En general estos trabajos se refieren a las primeras décadas del siglo XX y no cabe duda de que en buena medida marcan un camino historiográfico que debe seguir cultivándose, no solo porque muestran las resistencias de cualquier grupo subalterno ante las imposiciones de los que ostentan el poder sino también porque profundizan en el cuestionamiento el régimen de verdad generado por los expertos. (Huertas 2012, 35)

Regional y localmente es ejemplar la resistencia del movimiento cannábico y de colectivos de usuarios de sustancias psicoactivas. Quienes denuncian los abusos de las instituciones públicas organizadas por el dispositivo de seguridad y los mecanismos de la

política criminal. Así también brindan protección solidaria a sus miembros y a la comunidad en general.

En Ecuador los grupos de usuarios de sustancias psicoactivas luchan por el derecho a producir y consumir de forma segura las sustancias psicoactivas. Impulsan políticas que bregan por la reducción de daños generados por el uso de sustancias psicoactivas adulteradas provenientes del narcotráfico, así como, por la reducción de daños generados por las mismas políticas e instituciones públicas. En Ecuador los usuarios de sustancias psicoactivas luchan contra el poder concentrado en el estado, las leyes prohibicionistas, las políticas prohibicionistas, los medios de comunicación reproductores de estigmatización, los estereotipos sociales y las instituciones de seguridad y salud pública, es decir, contra el dispositivo de control al uso de sustancias psicoactivas, a fin de construir alternativas al tratamiento moral que dispensa la sociedad y sus operadores de normalización.

El dispositivo de control psicosocial instrumentaliza y operativiza el establecimiento de verdades convencionales, las cuales de esfuerzan en asociar directa e inmediatamente, crimen con el uso de sustancias psicoactivas. Concurrentemente lleva a cabo estrategias en redes heterogéneas forjadas de complicidad intersectorial e interinstitucional. Resultando en distintas formas de cancelación a la subjetividad, como la privación de la libertad, la disposición injustificada de mecanismos que vulneran derechos constitucionales, como la prisión preventiva, la falta al debido proceso, la instigación para declararse culpable para optar por procesos abreviados y acceder a reducción de penalidades.

Los colectivos de usuarios de sustancias psicoactivas en Ecuador y el mundo, se resisten a ser encasillados con base en un estereotipo, con el cual tienden a ser considerados como delincuentes, enfermos, adictos por los agentes de normalización, para recibir un tratamiento acorde a sus conductas y comportamientos desviados. Estos colectivos luchan activamente por mejorar sus modos y estilos de vida como formas de enfrentar la norma del estigma que recae sobre ellos. Luchan por alternativas al encierro a través del tratamiento ampliado a la comunidad y la sociedad; el acompañamiento terapéutico como alternativa al encierro en centros o clínicas de rehabilitación o recuperación, así como, el apoyo entre pares como primer mecanismo y más próximo para el soporte y ventilación emocional en momentos de crisis o auxilio. Luchan por su autonomía, independencia, emancipación, por producir y reproducir sus condiciones y modos de vida.

Los espacios de normalización, no están circunscritos únicamente a los muros de los cerramientos, sino que se extienden hacia los espacios abiertos y públicos, donde se amplía y difumina el dispositivo de control psicosocial. Los usuarios de sustancias psicoactivas no cuentan en Ecuador y ni en la región con espacios donde hacer un uso seguro y normal de las mismas. Exponiéndolos a la negligencia e incapacidad de los gobiernos locales, los cuales vía ordenanzas promueven la inconstitucional y violenta norma de prohibir el uso de sustancias psicoactivas en espacios públicos asignados o específicos. Al mismo tiempo, se permite portar dosis para consumo personal de sustancias psicoactivas, sin especificar la forma legal para producirlas y los espacios para consumirlos. Contar con espacios regulados para el consumo seguro de sustancias psicoactivas seguras, es una de las consignas por las cuales el movimiento de usuarios de sustancias psicoactivas lucha.

Los grupos de usuarios de sustancias psicoactivas en Ecuador principalmente lucha por las acciones negligentes, abusivas y corruptas de policías y militares, involucrados junto a instituciones públicas de gobierno en constantes casos de vinculación con el narcotráfico. Los agentes de control son brazo derecho, por un lado, del dispositivo fiscalizador y represor de los regímenes internacionales y nacionales de control de sustancias psicoactivas, y, por otro lado, del narcotráfico que, en connivencia con las funciones del estado, tranzan para mantener el acceso al consumo de sustancias psicoactivas y lucrar del negocio y monopolio clandestino.

La resistencia del movimiento a las respuestas de la sociedad, se presenta como un contra dispositivo o dispositivo colectivo, a través del cual se lucha afrontando el régimen de verdad de los expertos, quienes crean diagnósticos, tratamientos y normas de control sobre las colectividades desviadas. Se lucha denunciando, por un lado, la administración de la seguridad, la cual ejerce violencia policial y legal, así como también la connivencia entre los gobiernos y el narcotráfico para la reproducción social de este último, por otro lado, las políticas negligentes y estigmatizantes de la salud pública, las cuales justifican la defensa social y control de los colectivos invisibilizados por medio del estigma, la exclusión social, así como la coerción y represión del tratamiento moral.

Los colectivos de usuarios de sustancias psicoactivas, se resisten a no contar con el derecho al acceso a espacios públicos regulados, donde puedan ejercer libre y responsablemente sus derechos constitucionales como ciudadanos. Luchan para producir sus bienes de consumo mediante el cultivo regulado de sustancias psicoactivas, alejándose de procesos psicosociales deteriorantes asociados al narcotráfico y a

microtráfico. Mismos que no son escuchados ni tramitados por las instituciones públicas y gobiernos cómplices del rédito del capital económico que significa mantenerse involucrado en un mercado ilegal paralelo.

Las resistencias no sólo se hacen presentes en las subjetividades refractarias a los diagnósticos y las actividades normativas terapéuticas, como ha sucedido con los usuarios de sustancias psicoactivas, las histerias u otros ejemplos, sino también existe resistencias a su vez en las representaciones sociales, las valoraciones morales y las normas hegemónicas.

#### **4. Prácticas de salud**

¿Qué es lo que mueve la balanza para que la sustancia psicoactiva, siendo un farmakon, se incline hacia el remedio o al veneno? ¿Qué es lo que le asigna su peso y valor? El significado de la práctica del uso de sustancias psicoactivas se establece al ponerlo en relación con el contexto social. Lugar en que se construye la realidad objetiva y subjetiva de la vida humana, así como las demás prácticas sociales (Gersberg et al. 2018).

Con este ejercicio para la abogacía o defensa de las subjetividades desviadas o nuevas locuras, se abren renovadas posibilidades para el cuestionamiento al Régimen Internacional de Control de Drogas. Régimen de verdades convencionales creado por selectos médicos expertos y por las élites políticas hegemónicas, quienes pretenden con su conocimiento y saber universitario, imponer la normalización de la subjetividad y las locuras, sin valorar la participación popular ni de los usuarios de sustancias psicoactivas en la problematización del consumo. A quienes se los deja entre paréntesis en condición de síntoma social sin acceso a un aseguramiento social y en la indefensión legal.

El modelo clínico de verdad autorizado por el discurso de la ciencia médica y la psiquiatría, para legitimar con base a sus declaraciones, un supuesto poder saber y poder conocer los estilos de vida de las personas, sin reparar en estrategias de participación, reconocimiento de derechos y la determinación psicosocial de la vida.

Junto al poder y a la verdad, el dispositivo de control, incluye el pivote de la subjetivación a la norma. El sujeto debe obedecer las normas creadas en los espacios asignados para la normalización, en los cuales se emplean técnicas y tecnología precisa destinada a convencer a los locos de su equivocación (Huertas 2012).



Una aportación relevante en la elaboración de la “enfermedad mental” fue la que asimiló locura con “desviación del juicio”. El médico escocés William Cullen (creador del término neurosis) inspirándose en la filosofía de Hume sostuvo que las costumbres no solo representaban modelos personales de conducta dictados por asociaciones de ideas, sino además normas de comportamiento. La “salud del juicio” (operación normativa por excelencia) se expresaba también en un proceder ajustado a las normas sociales. Cualquier conducta que se saliera de esas normas podría ser considerada en locura. De este modo, el médico debía convertirse en un controlador de ese comportamiento social y moral. Si una persona estaba loca cuando su juicio se hacía diferente a lo que en él era habitual, su tratamiento exigía restablecerlo en sus costumbres y en su modelo propio de comportamiento. (Huertas 2012, 37)

La práctica de la salud se mide por el canon del juicio de la razón. Emplea instrumentos o instituciones neutrales en apariencia, las cuales reproducen las estrategias y mecanismos de acumulación de poder. La medicina con apoyo en sus profesionales de la salud, crea los argumentos necesarios con los que justifican ante la sociedad sus prácticas de control, o más bien, es la misma sociedad la cual dispone un encargo social a las profesiones *psi* para el control y normalización del comportamiento psicosocial, de una vuelta o retorno del desvío a la normalidad. La actividad normalizadora terapéutica de la subjetividad, patologizando los sujetos se convierte en un arte profesional, en un arte de la patologización.

Las nuevas locuras son desviaciones del juicio, objetos creados por las instancias de salud cuyas operaciones se centran en redirigirlas hacia lo normal, el comportamiento normal, procurando la salud del juicio y previniendo su desvío. La salud respalda, acredita, avala con su verdad, que las locuras son juicios desviados a los que se debe controlar y ofrecer un correcto restablecimiento hacia comportamientos normales, alcanzándolos mediante costumbres sanas y juicios socialmente racionales.

Los diferentes espacios de normalización condensan el poder de normalización social por medio del ejercicio del dispositivo de disciplinamiento social. Como una respuesta de las sociedades para la rehabilitación social de quienes, ingresados en manicomios o cárceles, se les impone por la fuerza de la razón un tratamiento moral. A fin de que se adecue a la norma, a la norma social y moral hegemónica, sus prácticas sociales desviados, que forman parte de sus modos y estilos de vida legítimos. Caso contrario, esos espacios se convierten en lugares de encierro permanente para aquellas prácticas refractarias (Huertas 2012). La disciplina social necesita contar con espacios para ejercer su control normalizador sobre los sujetos objetivados y sus prácticas sociales.

Los ejes del poder psiquiátrico que se establecen en los programas, espacios y objetos de normalización social, cuentan con una estrategia de dominación por medio de

la cual se ensayan con diferentes técnicas pedagógico-disciplinarias denominadas tratamiento moral, el que podría trasladarse fuera de los muros de los espacios de control en un intento que pretendería disciplinar además a las clases populares. Estableciéndose de modo generalizado toda una catalogación y codificación normativa que intenta homogenizar los comportamientos, y que conforme se fue apuntalando la sociedad burguesa se hizo cada vez más riguroso, ampliándose el rango de la conducta desviada y reduciéndose el de la tolerancia social, asumiendo por el conjunto de instituciones normalizadoras el modelo panóptico (Huertas 2012).

“Sea cual sea el aspecto que consideremos o la pregunta que nos hagamos, tanto la práctica manicomial como la “gestión de la locura” en cualquiera de sus facetas (médica social cultural política) tienen como elemento constante la estigmatización y marginación del loco” (Huertas 2012, 44). Habría una especie de sadismo, un goce al estigmatizar, marcar y marginar, al dejar una huella exclusiva en el loco, la locura, y las nuevas locuras modernas. El estigma produce rechazo social y encierro, al que le acompañan prácticas disciplinarias psicosociales, se son aplicadas en centros de rehabilitación para la desintoxicación, deshomosexualización, desubjetivación. Los mecanismos de normalización aplican modelos de estigmatización y marginación, en función del contexto histórico.

## **5. Profesión de la salud**

La enfermedad implica la descripción y el estableciendo de grados de normalidad, que el profesional de la salud aprende a discriminar en su formación universitaria y en su práctica, dentro de un contexto social, cultural, histórico; convirtiéndose sin dar cuenta en agente de los modos dominantes de reproducción social. Los profesionales de la salud reproducen el orden social de relaciones de poder y saber. Preservan condiciones de posibilidad para mantener produciéndose y reproduciéndose un tipo de vida cotidiana en los individuos, las familias, en las instituciones educativas, y en las diferentes instituciones sociales.

Los estudiantes universitarios que pertenecen a facultades vinculadas al campo de la salud, se forman como agentes encargados de operativizar una acción comunicacional que permite mantener estables y controlados los conocimientos sobre los criterios de realidad. Se conforman siendo agentes que reproducen el orden político, académico, científico, cultural mediante la puesta en práctica de mecanismos, estrategias y técnicas aplicadas al objeto de las ciencias normativas de la salud.

Los profesionales de la salud se encargan de establecer nosografías, descripciones, reglas, instituciones, leyes, supuestos. Miden los problemas reales con apoyo en la representación de escalas, inventarios, catálogos, que previamente señalan un valor de norma determinado. Aplicados a grupos subculturales específicos, que encarnan comportamientos refractarios al modelo de norma preestablecido por los grupos de poder hegemónico. Estrategias profesionales que al irse ajustando constantemente abdican dominios, reinos, clases, órdenes, familias, géneros y especies de sujetos sociales. Su gramática del desvío se la reconoce por la pregnante y embarazosa estigmatización. Dispositivos iatrogénicos que maquinan imposiciones sobre la verdad de los hechos, inscritos a manera de palimpsestos, soportados en convenciones y estereotipos sociales.

La profesionalización determinada por los estigmas, estereotipos, representaciones sociales, por aspectos económicos, políticos y morales. Se condicionan de tal forma que impiden o imposibilitan el desarrollo de mejores conocimientos, técnicas, así como, la investigación y el estudio del campo de las sustancias psicoactivas de manera intersectorial. Condiciones psicosociales, culturales e históricas que se convierten en un obstáculo para la profesionalización en esta materia.

Al estar condicionada la formación y la enseñanza profesional por el contexto, por añadidura, también lo están las prácticas profesionales, por ende, los resultados que se producen sobre los objetos y sujetos de las mismas. El dispositivo de control psicosocial influye en la profesionalización y la formación, y estas a su vez influye la práctica, discurso, saber, transmisión y traducción.

No bastaría con aprobar los estudios universitarios, adquirir un título profesional y ejercer una profesión en el campo de la salud para brindar un trato digno y sin daño a quien lo demandase. Porque la misma práctica profesional por su encadenamiento social, puede tener efectos perjudiciales para la persona, grupos o comunidades que se atiendan. Esto es, podría reproducirse un ejercicio profesional enfocado en síntomas, signos, rasgos fraccionados de la totalidad de la vida social o empeorar la condición inicial de los procesos a ser afrontados o inclusive llevar a la muerte de forma directa o indirecta. Por ello, ante la posible mala práctica profesional o iatrogenia, se emplean estrategias que buscan protegerse del control de la salud, denominada prevención cuaternaria.

La formación profesional universitaria en materia de sustancias psicoactivas ha sido inexistente hasta hace aproximadamente 6 años, sin embargo, sigue siendo escasa en Ecuador. Ello ha conllevado que no exista un desarrollo profesional en la materia, dejando los espacios de atención a aficionados o legos, que necesariamente no es algo perjudicial,

sin embargo, no han estado acompañados o respaldados por programas estatales o por algún otro tipo de acompañamiento sostenido para evaluar y regular sus prácticas. Actividad que, al tener un pobre carácter profesional, no cuentan con un código de ética profesional o deontológico.

La falta de profesionalización o la ejecución de actividades terapéuticas a través de aficionados, lleva que se reproduzcan en los espacios de atención, saberes y conocimientos aprendidos por los individuos durante sus experiencias de vida personal, o durante los procesos terapéuticos en los que han participado, los cuales siguen los modelos morales institucionales, mismo que se encuentran determinados por el contexto social, histórico, social, económico y legal. En este sentido, al estar la formación condicionada o negada o imposibilitada, contribuye a que el dispositivo de control psicosocial se reproduzca, manteniendo las representaciones sociales, estigmas y estereotipos sobre los usuarios de sustancias psicoactivos.

La proliferación de espacios de atención se los ha intentado regular por la agencia de aseguramiento de la calidad de los servicios de salud, la cual ha quedado desbordada, por las múltiples iniciativas clandestinas o no reguladas por la autoridad sanitaria nacional. Los usuarios de sustancias psicoactivas al no contar con derechos humanos fundamentales, los estereotipos de represión y marginalización con los que se los ha representado, influyen en los servicios que se ofrecen a esta población. En otras palabras, al ser un colectivo marginalizado los servicios que se ofrecen a la vez son marginales.

Se constituyen diferentes relaciones y conexiones entre la academia, universidades, instituciones educativas con el resto de instituciones sociales. Instituciones encargadas de la trasmisión cultural, de los saberes reconocidos socialmente, forman agentes operativos y prácticas que producen y reproducen el poder hegemónico.

Los profesionales agrupados a una figura de patrón cuya incidencia puede ser expansiva, más allá de su círculo de seguidores, promueve lazos y redes nacionales e internacionales de trabajo cooperativo profesional y corporativo (Huertas 2012), estableciendo políticas patronales, como estrategias profesionales, para constituir el campo de las ciencias de la salud mental a manera de un dispositivo distribuido en red.

### **5.1. Apropiación médica de la psicopatología del uso de sustancias psicoactivas**

Swain ubica el origen del alienismo, que después se llamará psiquiatría, no en el afamado acto de liberar a los locos de sus cadenas, sino en la apropiación de los profesionales de la medicina de las competencias hasta ese momento encargadas a los celadores (Huertas 2012). El nacimiento de la medicina psiquiátrica, surge como una apropiación del espacio de trabajo. Va del ámbito profesional al académico, del universitario al legal, del educativo al científico. Los trabajos, las prácticas, sus campos y territorios, son por tanto espacios normativos de poder en lucha. En los que se lucha por su formalización, su gramática, su escritura. Espacios que hacen huella en el recuerdo, la memoria, la historia de los hechos de la realidad social.

La psiquiatría, brazo médico encargado del control de la subjetividad, recibió el reconocimiento social para interpretar en la cultura, la conducta humana. La apropiación y construcción de determinados saberes, conceptos y categorías para el diagnóstico psiquiátrico se dirigen no solamente hacia objetivos clínicos con base en evidencia científica, sino que además sirven para justificar una función de control político legitimado, como es el caso de la invención de las categorías monomanía, histeria, uso de sustancias psicoactivas, entre otras (Huertas 2012).



## Conclusiones

Las sustancias psicoactivas mantienen un diálogo constante con la historia, la cultura, la economía, la sexualidad, la política, las leyes, la seguridad, la educación, la salud; el cual está sujeto a condiciones desiguales.

El dispositivo de control psicosocial se expresa en los procesos de dominio sobre el uso de sustancias psicoactivas, el que tomó un giro hace un siglo aproximadamente, a partir de convenciones o acuerdos geopolíticos que fueron el resultado de los procesos capitalistas y hegemónicos, los que consolidaron el dominio político, el comercio y el mercado de sustancias psicoactivas.

La primera ley de drogas en Ecuador es una ley histórica, que se produjo en el contexto de la colonización británica al Imperio Chino. La primera ley que entró en vigencia en el territorio nacional fue la Ley del Comercio del Opio y demás drogas, promulgada en el Registro Oficial 39, de 18 de octubre de 1916.

El síntoma psicosocial del narcotráfico se arma con el apoyo de gobiernos, familias apoderadas, bancos internacionales, y unos residuos de los residuos de la sociedad. No los locos de la sociedad sino los políticos, instituciones, leyes, disciplinas, colectivos, relaciones, trabajos y familias que han permitido habilitar las condiciones de posibilidad para que se territorialice, somatice, subjetive entorno al uso de sustancias psicoactivas.

El control de la salud y los profesionales de la salud son un significativo obstáculo para el campo de la salud psicosocial. Por ello, se abre una interesante posibilidad para crear una alternativa educativa que forme a profesionales de la salud con aportes de la epidemiología crítica y la salud colectiva.

La promoción de la participación de los usuarios de sustancias psicoactivas en la construcción de alternativas que brinden el apoyo psicosocial oportuno, a la población que lo requiere, y en el modo en que lo acepte, es el paso que dar para trabajar de formar cooperativa y colaborativa, con la perspectiva del otro, aportando con opciones diversas y reales. La apuesta se pone en juego al acompañar a las personas y los grupos, a reconocerse en las dimensiones psicosociales del fenómeno al uso de sustancias psicoactivas.

Las alternativas terapéuticas no solo incluyen las actividades intramurales, sino que el cuidado a la subjetividad requiere acciones policlínicas desinstitucionalizadas, fuera de los muros de los consultorios y confesionarios, en el barrio, la escuela, la calle, el parque, la cancha, la radio, en las casas culturales, en la universidad, entre otras.

El campo de la salud permite comprender la territorialización y somatización del dispositivo de control psicosocial al uso de sustancias psicoactivas. La salud entendida como un campo en el que confluye el bienestar, el malestar, lo terapéutico, la práctica y la profesión al mismo tiempo. Por esto, se vuelve relevante y trascendente partir en el análisis psicosocial del uso de sustancias desde el concepto de salud y reproducción psicosocial, debido a que permite establecer las formas en cómo se determina el campo de la salud.

El fenómeno del uso de sustancias psicoactivas se territorializa en el cuerpo del campo de la salud. Lo psicoactivo o la psicoactividad remite a lo psíquico en primera instancia, el cual no se disocia del soma, lo imaginario, lo simbólico, lo virtual, lo natural. Así la fuente psicosocial conduce de forma dialéctica a lo biológico y lo natural, pero también a lo económico, lo político, lo cultural, lo ecológico, lo comunal, como condiciones de la vida que contiene el campo de la salud

Este estudio ha permitido descubrir hallazgos como la necesidad de comprender el uso de sustancias desde la reproducción psicosocial de salud y la vida; la normatividad de la salud y la vida; la salud como un elemento del dispositivo de control al uso de sustancias psicoactivas; la transitoriedad de los problemas psíquicos; el capital de la salud; el reconocimiento legal del orden social y de salud.

Los medios de comunicación y noticieros presentan una infinidad de capítulos que muestran en pantalla un obsceno narco porno, un narco al desnudo. Compulsivamente colocan en el espacio de la imagen de la noticia a la droga incautada, fraccionada en porciones pequeñas, suprimida del mercado ilegal de una manera que no altera su reproducción. El narco es la noticia regular y normal en la comunicación nacional.

La lucha por el uso de sustancias psicoactivas es una lucha escrita porque se lucha por los recuerdos que se deseen grabar en la memoria colectiva, como huella escrita, por la formación de la identidad como historia que se escribe y se inscribe

La territorialización del dispositivo de control psicosocial al uso de sustancias psicoactivas en el campo de la salud se comprueba por la historia de la reproducción social y natural, que se expresa en la incorporación en el cuerpo, como cuando mueres quemado por entrar a una clínica de rehabilitación. La mayor cantidad de presos en



Ecuador son detenidos por delitos vinculados al tráfico de sustancias sujetas a fiscalización.

Correlacionar el uso de drogas y el asesinato generan una representación social que el individuo o la comunidad hace suya. Homogeniza un estereotipo el que se agrupa la criminalidad de la sustancia psicoactiva y erradicar las drogas. Los usuarios solo podrían rehabilitarse en el centro de rehabilitación penal o curarse en una clínica de adicciones a través del tratamiento moral, que es coercitivo, violento y iatrogénico.

La epidemiología no es estudio de enfermedades transmisibles y enfermedades crónicas, si no se consulta a las personas por cuáles son los malestares que tienen durante su diario vivir y cómo suelen apaciguarlos.

De los diferentes aspectos del dispositivo de control psicosocial al uso de sustancias psicoactivas se abren líneas de trabajo para su profundización. La investigación sostenida junto a líderes y miembros del movimiento de usuarios de sustancias psicoactivas contribuiría a construir, sobre esa realidad del régimen internacional y nacional de control psicoactivo, un pensamiento en el cual el control se distribuya hacia la estratificación colectiva, popular y comunitaria.

Las principales limitaciones del estudio fueron las brechas para el acceso a población que no esté cautiva o institucionalizada, la falta de otros estudios en epidemiología crítica y salud colectiva que trabajen lo psíquico y la psicoactividad, el estigma y control psicosocial para hablar sobre el uso de sustancias psicoactivas y comportamientos vinculados a este, que, además, afecta la capacidad organizativa que han desarrollado actualmente los usuarios de sustancias en nuestro territorio.



## Obras citadas

- Agamben, Giorgio. 2011. “¿Qué es un dispositivo?” 26 (73): 249–64.
- Bourdieu, Pierre. 2000. “Las formas del capital. Capital económico, capital cultural y capital social”. En *Poder, derecho y clases sociales*, 2ª, 131–64. España: Desclée de Brouwer.
- . 2018. *Estrategias de la reproducción social*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Castro, Edgardo. 2020. *Diccionario Foucault: temas, conceptos y autores*. Buenos Aires: Siglo XXI Editora Iberoamericana.
- EC. 2015. *Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización*.
- Ehrenreich, Barbara, y Deirdre English. 1973. *Witches, Midwives, and Nurses: A History of Women Healers*. Second edition. Glass Mountain Pamphlet, No. 1. New York: The Feminist Press.
- Escohotado, Antonio. 2010. *Aprendiendo de las drogas: usos y abusos prejuicios y desafíos*. 14a ed. Barcelona: Anagrama.
- Ferrater Mora, José, Priscilla Cohn, y Josep-Maria Terricabras. 1994. *Diccionario de filosofía*. Nueva ed. rev., Augmentada y Actualisa por el profesor Josep-Maria Terricabras. Ariel referencia. Barcelona: Ed. Ariel.
- Foucault, Michel. 2004. *El nacimiento de la clínica una arqueología de la mirada médica*. Traducido por Francisca Perujo. Buenos Aires (Argentina): Siglo XXI.
- Gersberg et al., Laura. 2018. *Clínica de las adicciones: Mitos y prejuicios acerca del consumo de sustancias: intervenciones, abordajes, proyectos y dispositivos*. Conjunctiones 52. Buenos Aires: Noveduc.
- Heath, Dwight. 1986. “Drinking and Drunkenness in Transcultural Perspective”. En *Transcultural Psychiatric Research Review*, 7–42. 23.
- Huarcaya, Sergio Miguel. 2003. *No os embriaguéis: borrachera, identidad y conversión evangélica en Cacha, Ecuador*. 1. ed. Serie Magíster / Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador 24. Quito: Univ. Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.
- Huertas, Rafael. 2012. *Historia cultural de la psiquiatría: (re)pensar la locura*. Colección Psicología 6. Madrid: Catarata.
- Jácome, Ana Isabel. 2016. *Subsistencia tóxica: mujeres que viven del microtráfico en el Ecuador*. Análisis / Friedrich-Ebert-Stiftung Ecuador, ILDIS. Quito: Friedrich-Ebert-Stiftung Ecuador, Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales.
- Jorge, Graciela. 2005. *Psicofarmacología para psicólogos y psicoanalistas: la importancia de una derivación temprana*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Lacan Jacques, Jacques-Alain Miller, y Nora A. González. 2009. *El seminario de Jacques Lacan: de un discurso que no fuera del semblante, 1971*. 1a ed. Buenos Aires: Paidós.
- Menéndez, María Isabel. s. f. “Consumo de drogas. Una Perspectiva Antropológica”. En , 1–6.
- Paladines Rodríguez, Jorge Vicente. 2017. *Matemáticamente detenidos, geoméricamente condenados: la punitividad de los umbrales y el castigo al microtráfico*. Análisis / Friedrich-Ebert-Stiftung Ecuador, ILDIS. Quito, Ecuador: Friedrich-Ebert-Stiftung Ecuador (FES), Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS).

- RAE. 2023. *Diccionario de la lengua española*. 23<sup>a</sup> ed. <<https://dle.rae.es>>.
- Roberts, Edward A., y Bárbara Pastor. 1996. *Diccionario etimológico indoeuropeo de la lengua española*. 1. ed. Alianza diccionarios. Madrid: Alianza.
- Saborido, Cristian. 2020. *Filosofía de la medicina*. Madrid: Tecnos.
- Saignes, Thierry. 1993. *BORRACHERA Y MEMORIA La experiencia de lo sagrado en los Andes*. Lima, Perú: HISBOL/IFEA.
- Samaja, Juan. 2004. *Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires (Argentina): Lugar Editorial.
- Tizón, Jorge Luis. 2015. *Psicopatología del poder: un ensayo sobre la perversión y la corrupción*. Barcelona: Herder.