

Título: **SALUD MENTAL DESDE EL TERRITORIO**

Autor: Jonatan J. Pinelli

FACSO-NURES

e-mail: jonatanpinelli@gmail.com

Resumen:

Este trabajo pretende ser una síntesis reflexiva sobre las diferentes actividades desarrolladas en el marco de una pasantía pre-profesional llevada adelante en el Centro Provincial de Atención a las Adicciones en la ciudad de Olavarría (C.P.A.); las cuales surgen a partir del objetivo general “fortalecer el abordaje territorial del CPA en Olavarría” dentro del contexto de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. El perfil de trabajo etnográfico ha guiado esta intervención bajo los lineamientos metodológicos de la antropología social, asumiendo la complejidad de un análisis que se sitúa en el punto de vista de los actores sociales y el territorio (P.V.A.).

Contextualizada en el barrio Ituzaingó (*el 104*), esta etnografía se pregunta acerca de las diferentes estrategias segregativas que lleva adelante el Estado Moderno en Olavarría sobre varones jóvenes pertenecientes a los estratos socio-económicos más bajos de la pirámide social en clara situación de vulnerabilidad estructural. Se intenta demostrar las vinculaciones estratégicas que existen entre el sistema público de atención de la salud mental y los brazos accesorios de la justicia penal en torno a la cronificación de determinados padecimientos psíquicos (psicosis aguda) determinados por la creación de un escenario socio-ambiental en donde las relaciones sociales están mediatizadas a través de la categoría de riesgo social.

Palabras clave: Modelo Médico Hegemónico – Barrio mancha – Salud Mental – Territorio – Autonomía.

Presentación:

En el presente informe pretendo realizar una breve síntesis sobre las diferentes actividades que fui desarrollando, surgidas desde los objetivos diseñados en el proyecto de pasantía alrededor de la máxima: "fortalecer el abordaje territorial del CPA en Olavarría". De esta forma, a los cuarenta y cinco días de haber comenzado a impulsar esta intervención guiada por los lineamientos metodológicos de la antropología social, elaboro un registro sobre la situación actual en que se encuentra el proceso de trabajo propuesto con anterioridad.

Las primeras semanas estuve dedicado a participar de las terapias multifamiliares y del espacio deportivo en donde se trabaja en coordinación con el Programa de Responsabilidad Compartida Envi3n (territorial 2). La participaci3n en estas dos actividades me permiti3o conocer, en primera instancia, el universo poblacional con el que se dise±an los distintos abordajes terap3uticos desde el CPA, luego, al integrarme en el espacio deportivo dedicado a varones j3venes, fue posible conocer a una poblaci3n masculina que debido a su situaci3n contextual-barrial establece naturalizaciones sobre la violencia y el consumo de drogas.

El Programa Envi3n 2 est3 posicionado territorialmente y destina con gran impulso casi la totalidad de sus acciones a la poblaci3n del barrio 104 viviendas¹ m3s sus adyacencias, 3ste es uno de los barrios m3s estigmatizados de la ciudad, en donde las redes de tr3fico y contrabando est3n asentadas desde la d3cada de 1990, 3poca de renovaci3n pol3tica y macroecon3mica del neoliberalismo, cuando reinaban la desocupaci3n, el hambre y el desamparo del Estado. En este sentido, el antrop3logo urbanista Ariel Gravano, plantea el concepto de "*barrio mancha*" para poder pensar las distintas escalas de fragmentaci3n de los recursos urbanos, a partir de las desigualdades inherentes al sistema capitalista y las simbolizaciones desde las cuales se elaboran marcas de identidad sobre todo el plano barrial de la ciudad,

"que funcionan como modos de afianzar la segregaci3n dentro del imaginario colectivo, estableciendo as3, una tensi3n entre el par integraci3n/desintegraci3n [...] En forma

¹ Barrio ubicado "*detr3s del cementerio*" y "*detr3s del arroyo*", en una zona perif3rica de la ciudad, construido por el municipio y adjudicado a sectores social y econ3micamente "bajos" de la poblaci3n (Gravano A. 2005).

paulatina, los barrios pobres –e incluso algunos de los medios- terminan apareciendo en el imaginario como manchas. En efecto, a pesar de faltar el referente empírico (las villas miseria) las imágenes de manchas negras urbanas aparecen en el imaginario urbano de Olavarría mediante la estigmatización de ciertos barrios de vivienda social” (Gravano comp. 2005).

La existencia de estos enclaves urbanos se asocia con la percepción de inseguridad de una manera que los propios barrios terminan siendo considerados “causas” de la misma, conformando un verdadero mapa de los miedos de Olavarría (Op. Cit.). Esta sensación latente de inseguridad y de fobia social se acrecienta y recrudece cíclicamente, descargándose y materializándose, principalmente, sobre el cuerpo de los residentes de los *barrios manchas*. Por ejemplo: la noche del miércoles 19 de noviembre, al finalizar el partido de fútbol del Racing Club de Olavarría un grupo de jóvenes del barrio 104 fue interceptado por la policía cuando regresaban a su residencia, fueron amenazados y hostigados para que vuelvan rápido a su domicilio, un policía efectuó varios disparos de arma de fuego y uno de los jóvenes que pertenece al Programa Envión y asiste al espacio deportivo del CPA fue brutalmente golpeado por la fuerza policial. El joven relata que sufrieron una situación de violencia física y de discriminación, y que concurrió junto a su madre a una clínica privada debido a los intensos dolores que sentía en la zona hepática-intercostal. Estos hechos cristalizan de modo claro como son tratados los jóvenes de bajos recursos, habitantes de la ciudad pero destinados al desamparo marginal y la vulneración de sus derechos. Impera estar informado ante estas lesiones físicas y psíquicas, simbólicas y sociales, que ejercen una carga sobre el cuerpo de los adolescentes antes de diseñar dispositivos terapéuticos eficaces ya que las lesiones sean psíquicas o físicas pueden llegar a volver a manifestarse durante el transcurso de las actividades deportivas.

La sociedad moderna a lo largo de su historia se ha encargado de trazar líneas divisorias entre lo normal y lo patológico a partir de sancionar un conjunto sumamente numeroso de supuestas desviaciones conductuales, configurando un modo cultural que Michel Foucault denomina “*sistema de la transgresión*”.

"La conciencia moderna tiende a otorgar a la distinción entre lo normal y lo patológico el poder de delimitar lo irregular, lo desviado, lo poco razonable, lo ilícito y también lo criminal. Todo lo que se considera extraño recibe el estatuto de la exclusión cuando se trata de juzgar y de la inclusión cuando se trata de explicar" (Foucault, M. 1996).

De esta manera, situándose sobre el dominio del cuerpo –utilizándolo como soporte de expresión y de influencia- la cultura moderna desde el siglo XVI en adelante, a través de la medicina y el poder religioso del Estado comenzó a sancionar las desviaciones morales bajo el poder imaginario de las injerencias del demonio y el reino de las pasiones, juzgando a partir de allí un conjunto novedoso de causales de enfermedad y de peligrosidad. Se produce así, un sistema jerárquico de medicalización de la experiencia, de la vida y de la conducta. La aparición de los poderes de la transgresión del cuerpo y de la imaginación, son la dimensión fantasmagórica de todas las formas posibles de lo irreal y de cristalización de la locura, de lo desviado y por lo tanto de lo pasiblemente sancionado, condenado y encerrado (Op. Cit). Es entonces con la llegada de "la sociedad punitiva" que en el régimen penal se encuentran entremezcladas cuatro grandes formas de táctica punitiva, de las cuales dos nos interesan señalar en particular: a) **sociedades de destierro (Grecia)**: deportar, expulsar, desterrar, enviar fuera de las fronteras, impedir el paso a determinados lugares, destruir la casa, borrar el lugar de nacimiento, confiscar los bienes y las propiedades; b) **sociedades de encierro**: Europa occidental prevalece el encierro hacia finales del siglo XVIII, después de las grandes reformas burocráticas (1780-1820) y la creación de las primeras instituciones totales gestionadas por el Estado moderno; la penalidad, la prisión y el encarcelamiento acaparan el centro de la escena. Estos acontecimientos dan lugar al surgimiento de

"una "ciencia de los criminales" que pudiese caracterizarlos en su especificidad y definir los modos de reacción social adaptados a cada caso. La clase de los delincuentes [...] aparece entonces como una desviación psicológica. Esta clase de desviación se convierte en objeto de un discurso "científico" (en el que se van a amalgamar los análisis psicopatológicos, psiquiátricos, psicoanalíticos y sociológicos), desviación en relación con la cual surgirá la

cuestión acerca de si la prisión constituye una buena respuesta o un tratamiento apropiado” (Foucault, M. 1996).

A partir de esto es posible preguntarse cuál es la razón de ser del encierro, de la expulsión territorial y de la condena moral, como también, a qué exigencia funcional responde la táctica penitenciaria. Como consecuencia, la universalización de la prisión como práctica de la penalidad será una forma general de castigo. Va a decir Foucault:

“... el encierro interviene menos en nombre de la ley que en nombre del orden y de la regularidad. El sujeto irregular, agitado, peligroso o infame, es objeto de encierro. Mientras que la penalidad castiga la infracción, el encierro penaliza el desorden” (Op. Cit).

El resumen contextual presentado hasta aquí puede parecer acotado teóricamente, ya que, es un tema que merece un estudio explicativo más detallado; de todas formas, permite posicionarnos frente a la población bajo estudio con una serie de herramientas capaces de abordar el fenómeno de las adicciones desde una perspectiva centrada en la alteridad y las múltiples variables en que la misma puede ser interpretada, construida, resignificada, reprimida, etc. por todos los actores sociales de la comunidad. Asimismo, desde una perspectiva holística estamos problematizando las múltiples maneras en que son producidos y circulan los discursos sobre la otredad, para luego poder pensar, cómo el poder simbólico de conceptos que se anquilosan en prácticas sociales concretas, como pueden ser: prejuicio, discriminación, xenofobia, marginalidad, estigmatización, etc. establecen una situación socio-ambiental generadora de tensiones y conflictos desestabilizadores u desorganizadores para la historia de los sujetos, afectando visiblemente sus relaciones vinculares más directas.

“La distinción significativa interviene en la interacción social donde los sujetos se enfrentan, definiendo sus identidades y las relaciones [auto e interdependientes, complementarias y de dominación] que los unen y separan como integrantes de un sistema. Igualdad y diferencia son categorías dicotómicas, construcciones por las que determinados sujetos son percibidos como congruentes con el status quo, mientras “los otros”, que no se ajustan a él, son considerados diferentes. Lo diferente, de esta forma, permite ser homologado con lo inferior, relacionado con lo

patológico ("son todos drogadictos") y lo peligroso ("son mafiosos, delincuentes"), marginándolo del espacio social normal y legal, hegemónico, estableciendo fronteras, circunscribiendo espacios caracterizados con los atributos negativos que identifican a los habitantes u ocupantes de ese espacio" (Gravano, A. 2005).

Esta aproximación es posible de ser realizada debido a una serie de visitas escalonadas a los referentes del Programa de Responsabilidad Compartida Enviñón (territorial 2) intentando establecer un vínculo institucional sólido para enfrentar de manera coordinada el abuso de sustancias tóxicas y los factores de riesgo socio-ambiental.

Paul Claval (Claval, P. 2011 Comp.) suele ser un autor interesante a la hora de pensar la transferencia de significados simbólicos en torno a la constitución de las identidades locales desde los estudios geográficos del territorio, aunque desde la antropología podemos discutir con él el excesivo énfasis puesto en los particularismos culturales y las connotaciones implícitas que le concede a la constitución de los poderes hegemónicos con intentos de gobernancia civilizatoria. De todos modos, el autor va a tomar tres definiciones clásicas de cultura y a partir de sus imbricaciones recíprocas llegará a una síntesis interesante, a saber: a) los estudios dinámicos basados en "el todo complejo" de Tylor; b) las corrientes simbólicas más ligadas a la Escuela sociológica francesa; y c) los estudios de la cultura de la *performance* cercanos a las influencias de la escuela de Francfort y a algunos escritos freudianos. A partir de allí establece una serie de caracterizaciones que sirven a los fines de este trabajo.

Paul Claval plantea que estas tres dimensiones de influencia deben ser tomadas de forma relacional por parte de la geografía y no de manera aislada, prefiriendo uno de los recortes en lugar de los otros, ya que son complementarios. Las relaciones sociales, sean estas de carácter económico o político, no pueden existir independientemente de la cultura, puesto que es ella quien las hace posibles –quien las vehiculiza, en término de Geertz- y las vuelve visibles en algún sentido, debido a que no son entidades abstractas, sino, fenómenos socioculturales.

El autor critica la idea de que la cultura sea una realidad supraorgánica porque defiende los particularismos que experimentan los diversos grupos sociales en relación específica

con su entorno local. De esta forma, el autor establece una relación dialéctica entre los particularismos y los universalismos culturales (entre lo local y lo global). Por un lado, existen saberes y valoraciones que son propias del entorno local y de la transmisión de conocimientos dados por la herencia social del grupo; pero, por otro lado, con el surgimiento de la imprenta, de los medios masivos de comunicación y con la escolarización universal en todos los Estados modernos es posible transmitir y difundir valores considerados universales dejando de lado las particularidades culturales que se asientan en las distancias físicas entre los grupos. Claval propone que la cultura debe ser estudiada como un fenómeno de comunicación sin perder de vista su dimensión espacial/local, como una realidad individual y colectiva, *"la cultura permite a los individuos tomar conciencia de lo que son y de lo que quieren ser. Genera identidades que vinculan a los individuos con los lugares y con los paisajes, porque estos rememoran momentos intensos de sus historias"* (Claval, P. 2011. Comp.).

En este sentido, mientras desde el Programa Envi3n se est1 realizando un ciclo de cine que pone en debate las pr1cticas represivas desarrolladas por la 1ltima dictadura c1vico-militar, buscamos dise1nar un espacio recreativo que le permita a los j3venes reducir los impactos producidos por la violencia y generar recursos que les d3 la posibilidad de evitar situaciones de interacci3n simb3lica-social-espacial mediatizadas por la categor1a de riesgo; ya que la percepci3n del mismo es el *"resultado de un aprendizaje madurativo"* (Le Bretton, D. 2011) y de proyecci3n experiencial. En este sentido, tomar el concepto de experiencia desde un sentido activo y pol1tico, introduciendo la capacidad de agentes de los actores sociales, permite problematizar la formas en que los sujetos establecen procesos de arraigo al territorio barrial a partir de los cuales dotan de significado su realidad de vida desde el nivel espacial, hasta concluir lugarizando su h1bitat a partir de la experiencia cotidiana de interacci3n. Demostrando:

"cómo los lugares se convierten en depósitos llenos de significativas experiencias vividas que se encuentran en el centro de la identidad y del bienestar psicológico del sujeto" (ver Godkin, M. 1985)².

Frente a un escenario social en donde se expresan diferentes fuerzas en tensión, materializadas por una lucha entre clases sociales, disputándose el derecho de uso a la ciudad y los significados simbólicos que circulan y se intercambian entre los conjuntos sociales para darle sentido a su identidad propia, resurgen las situaciones de riesgo a las que están expuestos los adolescentes provenientes de los barrios marginales de la ciudad de Olavarría, estigmatizados con facilidad. Por otro lado, al participar en la construcción de una identidad flexible que se elabora históricamente a partir de la adherencia a determinados rasgos diacríticos, asumir actividades riesgosas puede actuar como un elemento diferenciador entre los adolescentes y, también, entre las clases sociales.

"El temor de desprestigiarse o el imperativo de querer mostrar a los otros siempre una habilidad particular, es una causa importante de exposición a los riesgos. El narcisismo adolescente engendra un sentimiento paradójal de invulnerabilidad y fragilidad. Entonces, los adolescentes ante "una falta de posición sobre la realidad, incitados más por la gratificación de los pares o la restauración narcisista queriendo probarse que "pueden hacerlo", la conciencia del peligro a menudo se les escapa, o es suplantada por la voluntad de autoafirmación" (Le Bretton, D. 2011).

Enfocados en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, centrada en la práctica interdisciplinaria y en la explicación compleja de los niveles patológicos, he propuesto dos objetivos generales pensando en la adaptabilidad/flexibilidad metodológica ante la dinámica intrínseca del campo social bajo estudio: **reducir los impactos producidos por la violencia y generar recursos que les permita a los jóvenes la posibilidad de evitar situaciones de interacción simbólica mediatizadas por la categoría de riesgo,**

²Si bien este enfoque teórico-metodológico pertenece a las influencias que ejerce el funcionalismo norteamericano dentro de las corrientes renovadas de la Geografía sesgando las interpretaciones sistémicas a partir de considerar el nivel espacial como un recipiente estéril, contenedor de fenómenos sociales, creemos que lo planteado en el artículo citado es útil como ejemplo comparativo pese a ser descriptivo. En este sentido, los trabajos pioneros de la Escuela de Chicago pusieron énfasis en estudiar fenómenos como la marginalidad, la discriminación, el racismo, etc. a partir de los desarrollos teóricos sobre la "cultura de la pobreza" o la teoría de la desviación, entre otros, prestigiando el poder de las instituciones y las ideologías técnicas sin llegar a cuestionar las contradicciones inherentes a la sociedad industrial capitalista (ver Ryan, 1971. *La culpabilización de la víctima*).

destinados a y con una población vulnerable por su edad y por su localización barrial urbana, pero lo suficientemente amplios como para poder proyectar diferentes estrategias de trabajo y abordaje, ya que los indicadores que puedan surgir son múltiples y varios de ellos desconocidos.

"Al haberse comprobado que los trastornos mentales muchas veces son influenciados, de modo decisivo, por el medio en que vive el enfermo, por sus circunstancias vitales, por la dinámica de las relaciones interpersonales, importa de muy especial manera descubrir e instrumentar los recursos aptos para actuar sobre estos factores, contrarrestándolos (cuando son negativos) o propiciándolos (cuando son positivos)" (Becerra, R. y Kennel, B., 2008).

En esta línea, hemos impulsado el taller "huerta orgánica" con el acompañamiento del Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA) dentro del Programa de Seguridad Alimentaria impulsado por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Dentro de estas actividades pretendemos establecer una articulación directa y pragmática entre el Centro Provincial de Atención a las Adicciones (CPA) y el Programa de Responsabilidad Compartida Envión (territorial 2); sin desconocer que existe una resistencia por parte de la población estudiada hacia el CPA en términos de apropiación.

Como se ha planteado en el proyecto de pasantía, sostenemos que desde la etnografía y las técnicas cualitativas de relevamiento de información es posible acercar un complemento a los diagnósticos de situación y fortalecer las modalidades de abordaje terapéutico de manera holística. Por lo tanto, debemos diseñar dispositivos pragmáticos que reviertan la eficacia de la convocatoria y la participación, que sean moldeables de acuerdo a las necesidades y deseos de los jóvenes, pero, también, que sean dispositivos adecuados a la realidad del contexto sociocultural en el cual ellos interaccionan; entendiendo tal como plantean Becerra y Kennel:

"la salud mental implica la capacidad del individuo para establecer relaciones armónicas con otros y para participar en modificaciones de su ambiente físico y social, o de contribuir en ello de un modo constructivo" (Op. Cit.).

Ante lo propuesto por la Ley N° 26.657 y, también, los postulados básicos del Plan Nacional de Salud Mental elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación, entendemos que es necesario comenzar a efectuar prácticas de intervención inter y trans-disciplinarias con el objetivo de cumplir abordajes integrales alrededor de los distintos elementos socioculturales que actúan sobre la singularidad de los sujetos que manifiestan un uso problemático de sustancias psicoactivas. Partiendo de la búsqueda de un abordaje superador de las perspectivas biologicistas que han dominado la interpretación de las problemáticas de salud mental a lo largo del siglo XX y aún persisten, desde aquí se plantea la necesidad de abordar los problemas básicos del campo de la Salud Mental integrando niveles de conocimiento producidos por la reflexión antropológica, sociológica y también de otras disciplinas que han intervenido en esta temática.

A lo largo del siglo XX las estrategias de institucionalización dominantes demuestran la existencia del agotamiento de los modelos clásicos en materia de atención basados en el determinismo biologicista, ya que han dado por aludido el surgimiento de las patologías mentales tanto por procesos de desequilibrio orgánico funcionales en la química cerebral como por errores genéticos. En este sentido, creemos que la Ley Nacional de Salud Mental propone una nueva modalidad de abordaje terapéutico y comunitario de atención, deconstruyendo el viejo paradigma asilar, poniendo énfasis en los factores históricos, contextuales y socioculturales que actúan como condicionantes de los desequilibrios psíquicos y emocionales de las personas.

El artículo 3 de la Ley expresa:

"se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de las personas".

Podríamos aproximar que, planteada de esta manera la salud mental, no sólo se propone un pasaje de lo patológico a lo salutogénico, sino también, se visibilizan nuevas dimensiones del problema, como la subjetividad del paciente en tanto motor de recuperación y, principalmente, las implicancias del nivel cultural en la construcción de

esta subjetividad. La Ley citada también expresa que se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas y el "*derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable*" (cap. IV art. 7). Nos encontramos frente a un proceso de transformación que expresa la necesidad de una articulación estratégica y solidaria entre diversos campos disciplinares para dar cuenta de las nuevas complejidades planteadas, promoviendo, a la vez, el desarrollo de acciones territoriales que tengan como punto de referencia la participación de la comunidad y la inclusión social, buscando: a) recuperar los saberes populares, b) conocer cuáles son las estrategias que los sujetos de las poblaciones vulnerables establecen para enfrentar –y de ser posible erradicar- sus dolencias, c) empoderar a los usuarios de los servicios de salud mental y que sean ellos mismos los que fortalezcan las nuevas modalidades de abordaje terapéutico.

De este modo, el nivel de interacción comunitaria, el trabajo solidario en red y la contextualización histórica son pilares importantes de los abordajes terapéuticos. Esto implica:

"un enfoque del sujeto en su contexto vincular donde se reconocen los saberes comunes que corresponden al ámbito de afectos inmediatos, de su medio de desarrollo sociocultural y de sus intercambios con la comunidad de referencia" (pp. 14-18);

indirectamente, se incita al rescate de los modos de percibir, categorizar y dar sentido a las diferentes problemáticas de salud mental que vivencian los agentes y, finalmente, preguntarnos acerca de cuáles son las lógicas discursivas/narrativas que circulan entre la comunidad para poner en presencia la enfermedad mental y las pautas de comportamiento inadecuadas.

En la redacción de su artículo 4º:

"las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental" y reconoce a *"las personas con uso problemático de drogas como sujetos de derecho en su relación con los servicios de salud..."*,

la Ley N° 26.657 va a ser progresiva e intenta superar la lógica ético-jurídica, imponiéndose, desde el Plan Nacional de Salud Mental, adoptar criterios y prácticas

inscritos en la política de reducción de riesgos y daños para aquellos sujetos que manifiesten algún padecimiento vinculado al consumo de sustancias.

La población bajo estudio, habitante de los barrios periféricos de la ciudad de Olavarría, minorías marginadas históricamente, se encuentran dentro de una arena social en la cual a lo largo de las décadas las élites políticas locales han ido instrumentando, normalizando y naturalizando procesos de integración excluyentes y/o discriminadores.

Posicionados sobre las múltiples formas de construir la alteridad, partiendo del juego de intercambio simbólico y social que llevan adelante los actores sociales en toda su capacidad de agentes del cambio social; a partir de las contradicciones estructurales de la sociedad industrial-capitalista, de la fragmentación, las diferencias y los pares binarios opositivos (fragmentación/integración, marginación/estigmatización, identidad/alteridad, hegemonía/subalternidad) se intenta recuperar:

"la particularidad de cada actor y sobre todo legitimar su diferencia, recuperar la palabra y la acción de determinados actores y encontrar soluciones a sus problemas; de tal manera que los grupos étnicos, los sectores gays o los locos cuestionarán no sólo a la sociedad estigmatizadora sino especialmente a los expertos que habían contribuido a fundamentar y legitimar la estigmatización y/o subalternización de determinados actores [...] De tal manera que la lógica del actor siempre puede encontrarse a través de participar en su propia situacionalidad, es decir en cierta medida lo que los antropólogos denominan "observación participante" (Menéndez, E. 2010).

Para alcanzar el "empoderamiento del actor", en el sentido pleno del accionar político y pragmático que el concepto implica, es urgente visibilizar críticamente la consolidación del sistema de producción industrial capitalista, con la estructura fabril como paladín de la plusvalía, junto al desarrollo de una tecnología de domesticación del comportamiento y de normalización de los cuerpos puestos al servicio de la eficiencia productiva. Se buscó de esta manera crear un ejército obrero guiado por la moral y la regularidad, instaurando una nueva disciplina de la vida, del tiempo y de las energías, estableciendo un nuevo carácter a las relaciones existentes entre el poder y los cuerpos, fundando una *"física del*

poder” que inaugura la historia de los cuerpos y somete los deseos bajo el imperio de las necesidades de la producción capitalista (Foucault, M. 1996).

Modelo Médico Hegemónico y territorio

“La medicina del siglo XIX creyó que establecía lo que se podría denominar las normas de lo patológico, creyó conocer lo que en todos los lugares y en todos los tiempos debería ser considerado como enfermedad, creyó poder diagnosticar retrospectivamente todo aquello que debería haber sido discernido como patológico pese a que se le confirió, por ignorancia, un estatuto distinto. La medicina de hoy ha llegado a ser consciente de la relatividad de lo normal y de las considerables variaciones a las que se ve sometido el umbral de lo patológico: variaciones que radican en el propio saber médico, en sus técnicas de investigación y de intervención, en el grado de medicalización alcanzado por un país, pero también en las normas de vida de la población, en su sistema de valores y en sus grados de sensibilidad, en su relación con la muerte, con las formas de trabajo impuestas, en fin, con la organización económica y social. En último término la enfermedad es, en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra práctica o teóricamente medicalizado” (Foucault, M. 1996).

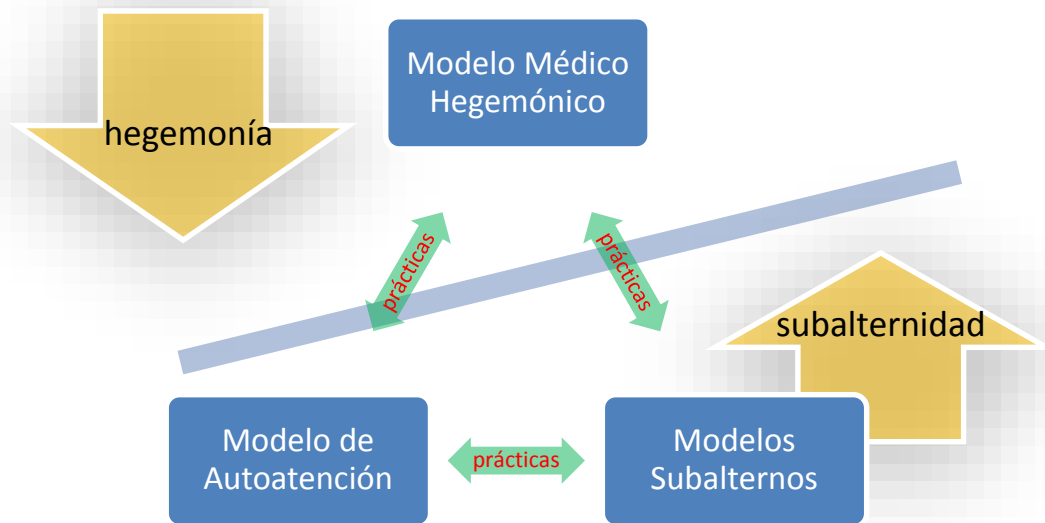
El proceso salud/enfermedad/atención opera estructuralmente en la sociedad poniendo en juego los niveles técnicos, políticos, económicos, sociales e ideológicos de manera simultánea. A través de él, es posible conocer y estudiar un conjunto sumamente variable de representaciones sociales dado que todas las personas enferman al menos una vez a lo largo de su vida, como así también, deberá atender el equilibrio orgánico de su cuerpo, tanto para sobrevivir y adaptarse al medioambiente, como para garantizar la supervivencia de la especie y de los integrantes de su grupo de pertenencia. Sin embargo, el proceso salud/enfermedad/atención no hace referencia a aquellas actividades que los seres humanos llevan adelante para enfrentar algún tipo de dolencia o falta de rendimiento físico exclusivamente, sino, también, incluye toda un serie de actividades

que tienen que ver desde el cuidado de los niños y el acompañamiento de los ancianos, hasta las funciones de mantenimiento vinculadas al sostenimiento de la dieta y el bienestar afectivo emocional, que garantizan y aseguran tanto la estabilidad del grupo como su integridad funcional. Estos elementos, a veces son tomados como indicadores indirectos para entender la presencia de la enfermedad a partir de la disrupción funcional (a nivel de los vínculos o a nivel de la producción de energía), o desde una dinámica de desarrollo intermitente, interrumpida, truncada o desadaptada. Sin embargo, los conjuntos sociales poseen una batería sumamente diversa de técnicas y de formas de atención de los padecimientos:

"El sistema de representaciones y prácticas sociales del proceso salud/enfermedad/atención expresa, sintetiza y articula diferentes áreas de la vida cotidiana y no sólo las referidas explícitamente a los padecimientos y problemas de salud" (Menéndez, E, 1992).

Eduardo Menéndez³, investigador argentino exiliado en los 70' y precursor de la antropología médica en América Latina, plantea que tanto las prácticas de auto-atención, así, como el marco estructural que se sostiene desde el proceso salud/enfermedad/atención (Op. Cit.), articula relaciones políticas, económicas y socio-ideológicas que legitiman no sólo las funciones del Modelo Médico Hegemónico, los Modelos Subalternos, y el Modelo de Autoatención, sino, todo el entramado producido por el intercambio (*transacciones*) de prácticas y significados que se da entre los diferentes modelos de atención, expresando, de esta forma, una lucha por la hegemonía de todo el conjunto de las técnicas materiales e ideológicas que aseguran y garantizan el control de la enfermedad. Sin dejar de mencionar que son los sujetos y los grupos sociales a través de *"la carrera moral del enfermo"* (Menéndez, E. 2003) los que realizan los relacionamientos entre los distintos modelos de atención y deciden a cuál de ellos le dan prevalencia para atender sus afecciones.

³ Eduardo Menéndez, investigador argentino exiliado en México desde los años 70', fue director de la carrera de antropología social en Mar del Plata cuando las fuerzas armadas intervinieron la facultad realizando la quema de libros e imponiendo la clausura de la carrera de antropología social.



- *El proceso s/e/a es un articulador de representaciones y prácticas sociales a nivel de los conjuntos sociales y entre estos y las instituciones de atención/prevención de la enfermedad.*
- *el reconocimiento de los padecimientos y enfermedades, al mismo tiempo que expresan procesos de deterioro, frecuentemente en términos de desigualdades socioeconómicas y de diferencias socioculturales, constituyen potencialmente uno de los núcleos ideológicos fuertes dentro del conjunto de representaciones colectivas en una sociedad determinada (Menéndez, E. 1992).*

Con el diseño de cuadro sinóptico intento: a) visualizar de qué manera se vinculan los diferentes modelos de atención de los padecimientos y, b) graficar cómo se posiciona jerárquicamente el Modelo Médico Hegemónico apropiándose de un conjunto múltiple de funciones y de prácticas propias de los modelos subsumidos, bajo una lógica de poder del desbalance que se lidera por fuerzas centrífugas dentro de un campo de lucha política por la hegemonía. En este sentido, la contextualización socio-cultural y el anclaje histórico-situado son fundamentales para poder comprender el carácter de las variables que entran en tensión, ya que: los embates de la técnica y del avance del conocimiento, los costos invertidos en la producción de fármacos, el surgimiento/creación de síndromes

culturales, la función normalizadora del higienismo médico, la preponderancia de las funciones curativas por sobre las preventivas, y/o, el énfasis puesto en la atención primaria de la salud (APS) buscando reducir los impactos en los índices de morbimortalidad y los costos en la gestión de los recursos humanos; todos ellos -por mencionar sólo algunos de los indicadores que entran en tensión-, se explican de manera eficaz únicamente cuando son explicados en términos sociales y holísticos. El marco estructural que brinda el análisis del proceso salud/enfermedad/atención considerado en términos sistémicos y transaccionales, sólo es posible de ser abordado gracias a la dinámica de la vida social y las diferentes estrategias cotidianas que utilizan los actores sociales para enfrentar sus dolencias y de ser posible erradicar sus padecimientos, éste es un proceso que surge desde la sociedad y no para la sociedad.

Sin embargo, con la consolidación del sistema fabril:

"se recurre a la medicina como un instrumento de mantenimiento y reproducción de la fuerza laboral para el funcionamiento de la sociedad moderna" (Foucault, M. 1996.)⁴.

En este sentido, la medicina desde sus funciones de mantenimiento se expande hacia el exterior de la dimensión corporal para comenzar a controlar, configurar y diseñar otros campos que no son dominio de las enfermedades y que escapan de la demanda del paciente; es el caso de la puesta en práctica de la gestión de la higiene pública, las pautas alimenticias, las conductas sexuales, el urbanismo, los desagües, etc. Así, junto a la introducción de un aparato de medicalización colectiva, el hospital, surge la medicina del Estado, y, también, pasan a ser medicalizables un conjunto de fenómenos sociales y conductuales que parecían estar bajo el control, la libertad y la autonomía del sujeto.

"La medicalización es el hecho de que la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano, se viesen englobados, a partir del siglo XVIII, en una red de medicalización cada vez más densa y más amplia, que cuanto más funciona menos se escapa a la medicina [...] La medicina moderna es una medicina social cuyo fundamento es una cierta tecnología del cuerpo social; el control de la sociedad sobre los individuos se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo, el cuerpo es una realidad biopolítica" (Op. Cit.).

⁴ Ver también: Menéndez, E. (1986). Modelo Médico, salud obrera y estrategias de acción del sector salud. *Nueva Antropología*. Vol. III, N° 29. México.

Mientras tanto, el anclaje histórico-ambiental situado y el relevamiento de información cualitativa sobre el terreno suelen ser herramientas útiles, ya que no se conocen muchos aspectos de carácter sociocultural que refuerzan una realidad crítica en los barrios periféricos de la ciudad de Olavarría en donde los procesos de estigmatización, marginalidad, violencia y discriminación se encuentran sedimentados por un conjunto de representaciones sociales excluyentes. Bajo una perspectiva interdisciplinaria y de salud comunitaria, se busca promover el desarrollo de acciones territoriales que tengan como punto de referencia la participación de la comunidad y la inclusión social recuperando los saberes populares; nucleándonos alrededor de conocer cuáles son los factores contextuales que desestabilizan a los sujetos y los conducen a un uso problemático de drogas (enviándolos en algunos casos al encierro manicomial o carcelario), partiendo de un análisis estructural que indague en los aspectos históricos, ambientales, sociales y culturales que le dan forma y sentido al proceso de salud-enfermedad-atención.

"La búsqueda de comprensión por parte del antropólogo, como una visión de lo real fundado lo obliga a compartir la experiencia de los pacientes en el devenir del padecimiento (interrumpiendo o acompañando otros flujos de la vida, rituales y relaciones de todo tipo). Dirige la atención hacia la individualización de las consecuencias, y por tanto hacia su complejización, a menudo enraizadas en la estructura cultural y social [...] El método del antropólogo es elicitar y refinar, mediante el diálogo, las experiencias subjetivas para luego, compartirlas y extenderlas. No para decir "este es el modo en el que siempre ocurren" sino para poner de manifiesto algunas de las posibilidades que pueden surgir dentro del contexto social y cultural" (Frankenberg, R. 2003).

"Por Modelo Médico Hegemónico se entiende al conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado [...] La hegemonía del modelo médico debe ser analizada en

relación con las prácticas a las cuales subalterniza, pero sin por ello poder eliminarlas” (Menéndez, E. 1988).

Dicho modelo constituye una abstracción teórica a partir de la cual es posible estudiar las relaciones que se forman entre una serie de rasgos estructurales que deben ser entendidos como modelos que entran en interrelación recíproca (*feedback*); los principales de ellos son:

- biologicismo,
- individualismo,
- a-historicidad,
- a-sociabilidad,
- mercantilismo,
- eficacia pragmática,
- asimetría,
- autoritarismo,
- participación subordinada y pasiva del paciente,
- exclusión del conocimiento del consumidor,
- legitimación jurídica,
- profesionalización formalizada,
- identificación con la racionalidad científica,
- tendencias inductivas al consumo médico.

"El rasgo estructural dominante es el biologicismo, el cual constituye el factor que garantiza no sólo la cientificidad del modelo, sino la diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos. De hecho el biologicismo subordina en términos metodológicos y en términos ideológicos a los otros niveles explicativos posibles. Lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo, como lo causal, sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad [...] El aprendizaje profesional

se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos. [...]Para la práctica médica la enfermedad es en primer lugar un hecho natural, biológico y no un hecho social, histórico. La enfermedad evoluciona y no tiene historia. Otro de los rasgos estructurales del MMH es justamente la a-historicidad del mismo” (Menéndez, E. 1988).

Frankenberg, ante el resurgimiento de la importancia de los dualismos expresado en el siglo XXI, propone una nueva metodología de trabajo a partir de tres indicadores conceptuales que hacen posible la cooperación entre la medicina y la antropología bajo un idéntico objetivo: comprender la enfermedad no solamente desde el nivel fisiológico, sino llegar a interpretar la experiencia individual de vivir el padecimiento a partir de los factores culturales que están presentes dentro del contexto social; eludiendo de esta manera cualquier simplificación lineal o explicación finalista y, luchando contra la deshumanización de la educación médica y la práctica profesional. Ambas disciplinas, la medicina y la antropología, *“como formas de educación son igualmente exitosas y ambas son valiosas como guía para el alivio del sufrimiento humano”* (Frankenberg, R. 2003). Entonces, trabajando interdisciplinariamente, los dos saberes van a empeñarse en descubrir la naturaleza del padecimiento (*illnes*) del paciente, cada uno desde su nivel de abstracción teórico específico. El médico va a traducir ese padecimiento a enfermedad (*disease*) y el antropólogo busca posicionarse cerca de la narrativa del paciente para poder decodificar el padecimiento dentro del contexto (*sickness*) de los patrones sociales y los criterios valorativos de la enfermedad. De esta forma se busca:

“indagar sobre el proceso de construcción de significado social de la experiencia individual de la enfermedad, en tanto socialmente definida en su contexto” (Op. Cit).

La tríada metodológica *disease-illness-sickness* permite articular las distintas subjetividades y saberes -sean estos técnico-científicos o populares- que se encuentran inmersos dentro del proceso de salud/enfermedad/atención, partiendo del concepto de *“modelo explicativo”* introducido originariamente por Kleinman y sus discípulos de Harvard,

“enfrentado a la irritación biomédica arquetípica; rechazando los argumentos psicológicos según los cuales los pacientes eran insanablemente estúpidos o empecinadamente idiosincrásicos, se planteó que simplemente se hallaban constreñidos por su cultura a dar diferentes significados a sus desórdenes corporales” (Op. Cit. el subrayado es nuestro).

Medicalización, el sujeto y el quiebre de la autonomía

¿Cómo se vincula la sociedad con la locura? ¿Cómo se posiciona la comunidad frente al uso problemático de drogas? ¿Qué decisiones toman las instituciones estatales ante las personas usuarias de sustancias tóxicas? ¿Por qué si la venta de drogas y alcohol pertenecen a un mercado comercial sin una eficiente regulación política toda la responsabilidad recae sobre el consumidor, culpabilizándolo?

Estas preguntas pretenden interpelarnos para poder reflexionar acerca de la relación que existe entre algunas racionalidades culturales y el poder, pero desde vinculaciones antagónicas que se visualizan empíricamente desde diferentes estrategias y, también, desde diferentes resistencias, en torno a la locura, lo sano y lo enfermo, lo legal y lo ilegal, el uso y el abuso. Entonces, desde la experiencia es posible analizar las relaciones de poder existentes a través del antagonismo de estrategias en torno a problemáticas históricosociales específicas que actúan de manera coyuntural en la sociedad, estableciendo una divisoria de aguas en relación a qué hacer con ellas, cómo enfrentarlas, cómo erradicarlas o cómo paliarlas. Aquí la articulación entre los diferentes modelos de atención a los padecimientos y las transacciones prácticas que se establecen entre ellos son de fundamental importancia.

Estas luchas contra las formas de sujeción o problemáticas coyunturales (el poder del hombre sobre la mujer, el de la psiquiatría sobre la enfermedad mental, la de los padres sobre los niños, el de la medicina sobre la población, etc.) tienen por objetivo:

“atacar a una técnica, a una forma de poder que emerge en nuestra vida cotidiana, categoriza al individuo, lo marca por su propia individualidad, lo une a su propia identidad, le impone una ley de verdad. Es una forma de poder que construye sujetos individuales”, individualizados y sojuzgados (Foucault, M. 1983).

Estas contradicciones, que estructuran de manera indirecta a través del poder una nueva subjetividad, tienen su razón de ser a partir del surgimiento de una nueva forma de poder político, el Estado. El poder estatal occidental moderno es una forma de poder, al mismo tiempo individualizante y totalizante (Op. Cit.). De este modo, reconociendo los alcances y lineamientos intrínsecos a la lógica del poder estatal, podemos pensar qué somos nosotros o qué han hecho de nosotros, ya que en la familia, la medicina, la psiquiatría, la educación y el trabajo viene adosado un dispositivo táctico que pretendió individualizarnos y posicionarnos siempre como un alter ego rivalizado - socializado endogámicamente.

Estudiar cómo es ejercido el poder sobre otros puede ser útil para conocer qué racionalidades culturales constituyen nuestra subjetividad y qué queremos hacer de ella.

"Hablar de subjetividad implica un cuerpo que se encuentra con otros cuerpos en el interior de una determinada cultura. Definimos el cuerpo como el espacio que constituye la subjetividad del sujeto: el cuerpo se forma a partir del entramado del aparato psíquico, el aparato orgánico y el aparato cultural; donde la subjetividad se constituye en la intersubjetividad. Por ello, la cultura está en el sujeto y éste, a su vez, está en la cultura. De esta manera entendemos que toda producción de subjetividad es corporal en el interior de una determinada organización histórico-social. Es decir, toda subjetividad da cuenta de la historia de un sujeto en el interior de un sistema de relaciones de producción"
(Carpintero, E. 2011).

Por esto, creemos que es necesario salirse de la institución psiquiátrica para estudiar las relaciones de poder por ella establecidas en la comunidad; aquí cobran relevancia los interrogantes planteados anteriormente, porque como expresa Foucault, *"las relaciones de poder están profundamente enraizadas en el nexo social [...] en el sistema de las redes sociales"* y preestablecen un modo de acción sobre otras acciones –los hombres sobre los hombres-; o como expresa Rodríguez Díaz:

"las relaciones de poder no se pueden establecer ni funcionar sin una producción, acumulación y circulación de saberes. El poder produce y transmite efectos de verdad que, a su vez, lo reproducen" (Rodríguez Díaz, S. 2008).

Para este trabajo, pensar los mecanismos mediante los cuales se construyen los significados sociales sobre la locura es problematizar cómo se posiciona la comunidad frente a las adicciones y el consumo de drogas, y, también, mediante cuáles dispositivos estratégicos adquieren legitimidad el encierro manicomial, la expulsión de la ciudad y las internaciones psiquiátricas en salas de aislamiento en el hospital municipal (Sector B)⁵. Asimismo, ante el dominio de las inversiones privadas en el sector salud y el liderazgo de la industria farmacéutica es necesario que nos preguntemos si las intervenciones de la psiquiatría sustentadas, exclusivamente, en la administración de psicofármacos y el internamiento son eficaces en términos salutogénicos o si, por el contrario, logran, a través de estas funciones de mantenimiento, cronificar los padecimientos de los sujetos, al tiempo que construyen bolsones poblacionales dependientes al consumo de drogas legales potenciando las ganancias extraordinarias de los grandes laboratorios multinacionales. Cuando la enfermedad es una falla que hay que suprimir y no un problema a entender, deconstruyéndolo, nos encontramos bajo el poder hegemónico de la psiquiatría biológica neopositivista (**ver biopoder**). Para Enrique Carpintero:

"la medicalización alude a los factores políticos, sociales y económicos que intervienen en la producción, distribución y venta de las grandes industrias de tecnología médica y farmacológica [...] Es así como las grandes industrias redefinen la salud humana acorde a una subjetividad sometida a los valores de la cultura dominante [...] La búsqueda de la salud se transforma en una exigencia que en muchas ocasiones genera enfermos imaginarios de enfermedades creadas por los propios laboratorios" (Carpintero, E. 2011).

⁵ Hasta el momento es parte del protocolo de intervención clínica del hospital municipal Héctor M. Cura la internación en la sala de aislamiento Sector B. Este dispositivo se emplea para la totalidad de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico y/o judicializados, no solamente para los que están bajo evaluación y presunto pedido de traslado hacia instituciones monovalentes, comunidades terapéuticas o institutos privados. La sala funciona en las antiguas camas de internación de la ex guardia de emergencias bajo custodia policial permanente moldeando un sistema cuasi carcelario. Contamos con varios registros de caso, siendo paradigmático la permanencia durante tres meses de una menor de 16 años y la permanencia por seis meses de otro menor también de 16 años, tomando intervención la Secretaría de Niñez y Adolescencia y disponiendo una medida de abrigo con traslado hacia un hogar de asilo bajo gestión municipal; sin lograr resultados positivos a largo plazo tanto en términos de rehabilitación por el uso de drogas, en términos terapéuticos por conductas autoflagelantes e ideaciones suicidas, como en términos de re-socialización a inserción escolar.

Ante esta situación, nuevamente, resurge la necesidad del trabajo comunitario centrado en el paciente y la familia, desde perspectivas inter o trans-disciplinarias, intentando revertir el poder y la influencia de la psicofarmacología y las tendencias biologicistas del Modelo Médico Hegemónico que reducen el resultado de los desenlaces de los estados emocionales a desarreglos orgánicos, químicos y neuronales; a partir de lo cual, cualquier conducta considerada por fuera de las normas establecidas por la cultura dominante y la hegemonía del modelo biomédico puede ser definida como un trastorno, psiquiatrizando, así, la vida cotidiana, reduciendo la locura a sus componentes biológicos y etiquetando/clasificando al paciente a partir de los dictados del DSM IV (Manual de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana).

Es por esto que debemos asumir la responsabilidad de diseñar dispositivos terapéuticos enfocados en la participación comunitaria, para llegar a abordar la salud mental en toda su complejidad reconociendo la determinación de las patologías desde el contexto sociocultural, dado que el uso problemático de drogas, los factores de riesgo y la violencia son fenómenos sociales. De otra manera, sin esforzarnos por conocer los factores sociales que producen el malestar subjetivo y, sin poner el foco sobre la prevención de los riesgos, la reducción de los daños y el fortalecimiento de la participación comunitaria, se seguirá respondiendo a la demanda del paciente con la prescripción de medicamentos. Entonces, se habrá desplazado el eje hacia lo curativo, el modelo sanitario asistencialista y la institucionalización psiquiátrica custodial; el poder económico de la industria de fármacos habrá triunfado bajo el gobierno de la relación costo-beneficios y la infiltración de la característica mercantilista al interior del Modelo Médico Hegemónico.

Mientras tanto ante el escenario electoral manifiesto actualmente a nivel nacional Emilio Ruchansky acierta al exponer:

"Los candidatos no se animan a discutir sobre adicciones y narcotráfico por temor a que el tema les reste votos [...] En elecciones está vedado hablar de sustancias ilegales en términos

de derechos y, aún menos, arrimar propuestas afines." (LE MONDE diplomatique, agosto 2015).

Mientras la realidad regional de los gobiernos de la zona sur de América parece comenzar a cambiar de perspectiva con respecto a la despenalización y al consumo de sustancias psicoactivas (Uruguay y Chile son ejemplos legislativos de autocultivo de cannabis y usos medicinales, mientras Bolivia reglamentó la producción y circulación de hojas de coca), en Argentina seguimos sosteniendo el prohibicionismo fundamentado desde la ley de drogas N° 23.737 del año 1989. De esta forma:

"los diagnósticos actúan sobre la identidad de los consumidores y el concepto de enfermedad se arma alrededor de aspectos normativos y valorativos que trascienden al sistema médico" (Gonzalez, D. 2013)...

...a partir de lo cual se pretende ejecutar procesos de producción de normalidad que disciplinen y quebranten la autonomía del sujeto, por lo tanto, el dominio médico y el dominio jurídico pesan sobre el consumidor de drogas.

El consumo de drogas es entendido como un problema grave para la seguridad interior de la Nación bajo los dictados de la Administración de Ejecución contra las Drogas de los Estados Unidos de América (DEA), por lo tanto no es un problema de salud sino de seguridad pública ya que *"consumir potencialmente implica poner en riesgo la seguridad del conjunto del tejido social"* (Hurtado, G. 2001. Citado por González). De esta manera se fue construyendo un estereotipo estigmatizante sobre la personalidad del sujeto consumidor que pasó a ser considerado enfermo, delincuente y peligroso a lo que se agrega con facilidad el dictado de que ha perdido el control de las decisiones de su vida. Este universo de representación genera un cuadro de anormalidad como elemento dominador y así es como logra quebrarse la autonomía del sujeto. Pero bajo las políticas internacionales de la DEA y el Departamento de Estado de EEUU también pierden autonomía y soberanía territorial los gobiernos del ConoSur, sino pensemos el caso de Colombia y el reciente desembarco de la infantería de marina de EEUU en Perú. Cualquier pretexto sirve a los fines del desembarco y la ocupación militar: *"ayuda humanitaria, cooperación militar, lucha contra el narcotráfico y asistencia en caso de*

catástrofes naturales" (Portal ALBA, 2015 junio 3). Bajo el Plan Colombia (2009) se instalaron siete bases militares norteamericanas, una de ellas con una posición estratégica para controlar la totalidad del sur del continente con sus misiles, a lo que se agrega el control de los puertos por parte de las fuerzas armadas de los Estados Unidos que están autorizadas para fiscalizar y requisar cada una de las cosas que salen del país colombiano hacia el mar. Mientras tanto los acontecimientos desarrollados en Perú son recientes y se dieron a conocer en marzo de este año, la cooperación militar entre EEUU y Perú propone el desembarco de un Cuerpo de Marines estadounidenses compuesto por 3200 hombres *"cuyo lema es cada hombre es un fusilero"* (Op. Cit.), con la tecnología de armas más desarrollada de todo el continente.

"Bajo el argumento de "combatir el narcotráfico y el terrorismo" [...] El desembarco de las tropas, que constituyen un verdadero ejército de ocupación". (Portal ALBA, 2015 febrero 25). Los desembarcos son escalonados, en tropas de cincuenta o sesenta hombres cada 40 días aproximadamente, tres mil doscientos al cabo de un año, bajo un acuerdo de cooperación militar entre ambos ejércitos que persigue la misión de desactivar el narcotráfico y las organizaciones productoras de pasta base de cocaína, al tiempo que se instruyen técnicamente en el relevamiento de la zona montañosa más importante de la retaguardia del imperialismo:

"Dicha capacitación se llevó adelante en esa zona montañosa (seis semanas en Villa Rica) por sus similitudes geográficas con las del Valle de los Ríos Apurímac, Ene y Mantaro (VRAEM), gran bastión de la resistencia antiimperialista donde se ha hecho fuerte la organización armada Sendero Luminoso, que las fuerzas peruanas buscan desarticular" (Op. Cit.)...;

...mientras tanto las economías regionales de cada lugar militarizado no dejan de caer e iniciar ciclos improductivos.

En Argentina durante el transcurso de la campaña electoral el discurso militarista no estuvo ausente, el precandidato presidencial Sergio Massa propuso el derribo de avionetas provenientes con panes de marihuana del Paraguay y cambiar todo el sistema de inteligencia federal, mientras José Manuel de la Sota directamente se asesoró

personalmente en Washington en las oficinas de la agencia antidrogas de la DEA (Ruchansky, E. 2015). Ante este panorama de discusión (si bien es electoral) estamos lejos de que los sujetos consumidores de drogas sean considerados como sujetos plenos de derechos y se le respeten las libertades individuales, más allá de que la Ley Nacional de Salud Mental haya incluido a los drogadictos dentro de los planes de atención médica curativa preventiva asistencial dado que se sigue considerando que *"el sujeto ha perdido el control de su situación existencial"* (Gonzalez, D).

Susana Rodríguez Díaz cuestiona aquella visión del cuerpo humano mecanicista y materialista, que separa la mente del cuerpo y no nos considera como seres emocionales y como parte armónica de la naturaleza, ya que se postula desde el nivel subyacente del discurso tecnocrático que ella nos invade y nos golpea constantemente con enfermedades que vienen desde el exterior para desorganizarnos.

"Asistimos al dominio de un reduccionismo biologicista que oscurece la idea de que el concepto de enfermedad se construye socialmente a partir de variadas percepciones" (Rodríguez Díaz, S. 2008) y no reconoce que un fenómeno juzgado anómalo desde una determinada idea de salud (normativa y disciplinar) suscita diversas reacciones y estrategias (antagónicas) en los grupos sociales dentro del marco de un contexto sociocultural específico (Op. Cit.).

"El continuo proceso de medicalización que tiene lugar en nuestra sociedad ha convertido a la medicina moderna en herramienta de poder y forma de control social, en una cultura en la que triunfa el "culto" al cuerpo, es decir, el ideal de la salvación del cuerpo a través de lo que podríamos llamar una religión de la salud cuyo objetivo último es una utopía de juventud y vida eternas" (Rodríguez Díaz, S. 2008).

Ante todo lo expuesto creo necesario profundizar el novedoso debate que propone la Ley Nacional de Salud Mental, siendo fundamental conocer cuáles son los factores contextuales que desestabilizan a los sujetos y los conducen a un uso problemático de drogas desde el nivel cultural y simbólico teniendo, sin perder de vista las interacciones y mediatizaciones que tejen el conjunto de representaciones sociales a partir de las cuales

se constituyen los significados que producen lógicas de apropiación territorial. Si consideramos a los actores sociales como agentes transformadores del cambio social debemos estudiar cómo los sujetos perciben los factores de riesgo y recuperar el nivel subjetivo que le da expresión al síntoma ya que aquí se encuentra la esencia de la autonomía, una autonomía que le permite al actor producir, decir, tomar riesgos y desarrollar estrategias de supervivencia creativa. Si llegamos a este punto, entonces, estaremos pensando la reducción de los riesgos y los daños a la salud en el consumo de drogas desde la participación comunitaria, centrándonos en las particularidades y legitimando las diferencias.

Bibliografía:

Becerra, R. y Kennel, B. (2008). Elementos básicos para el Trabajo Social en salud mental. Espacio Editorial, Buenos Aires.

Carpintero, E. Comp. (2011). La subjetividad asediada. Medicalización para domesticar el sujeto. Topía Editorial, Buenos Aires.

Foucault, M. (1983). Más allá del estructuralismo y la hermenéutica. *El sujeto y el poder*. Chicago University Press.

Foucault, M. (1996). La vida de los hombres infames. Editorial Altamira, La Plata.

Frankenberg, R. (2003). Unidas por la diferencia, divididas por la semejanza: la alegremente dolorosa posibilidad de la colaboración entre la medicina y la antropología. *Cuadernos de Antropología Social* N° 17, pp. 11-27. FFyL - UBA. Buenos Aires.

García Ramón, M. Comp. (1985) Teoría y método en la geografía humana anglosajona. *Identidad y lugar: aplicaciones clínicas basadas en las nociones de arraigo y desarrollo* pp. 242-253. Editorial Ariel Geografía.

González, D. (2013). *Las formas institucionales de atención de los adictos a drogas ilegales en Olavarría*. Tesis de grado, en biblioteca. Universidad Nacional del Centro, Facultad de Ciencias Sociales, Olavarría.

Gravano, A. Comp. (2005). Imaginarios sociales de la ciudad media; emblemas, fragmentaciones y otredades urbanas. *La ciudad manchada*. REUN, Facultad de Ciencias Sociales, Olavarría.

Le Breton, D. (2011). Conductas de riesgo: de los juegos de la muerte a los juegos de vivir. Topía Editorial, Buenos Aires.

Ley Nacional de Salud Mental N°26657. (2010). En línea: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/index.php/informacion-para-la-comunidad/ley-nacional-de-salud-mental-no-26657>

Menéndez, E. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires.

Menéndez, E. (1992). Investigación antropológica, biografía y controles artesanales. *Nueva Antropología*, vol. XIII, 43. México.

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coletiva*. 8, (1) pp. 185-207.

Menéndez, E. (2010). La parte negada de la cultura. Editorial Prohistoria.

PIA (2015, 25 de febrero). EEUU aumenta presencia militar en Perú. *Portal ALBA (on-line). Imperialismo*. En línea: <http://www.portalalba.org/index.php/2014-03-27-16-48-36/2014-03-29-21-40-25/imperialismo/3385-eeuu-aumenta-presencia-militar-en-peru>

Plan Nacional de Salud Mental. La Salud Mental es un Derecho de Todos y Todas. (2013). Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Salud Mental y Adicciones. Argentina. En línea.

Rodríguez Díaz, S. (2008). El proceso de medicalización y sus consecuencias. Entre la moral, el poder y el negocio. *Intersticios, Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*. Vol. 2, N° 2. España.

Ruchansky, Emilio. (2015, mayo). Las adicciones, ausentes en el debate. *LE MONDE diplomatique, Dossier: Los tabúes de la campaña*. 194.

Rusia Televisión. (2015, 3 de junio). EEUU refuerza su poder en América Latina para colonizar sus recursos (+Vídeo). *Portal ALBA, Imperialismo*. En línea: www.portalalba.org

Zusman, P.; Haesbaert, R.; Castro, H. y Adamo, S. (Eds.). (2011). CLAVAL, P. Geografía Cultural o abordaje cultural en Geografía. En *Geografías culturales. Aproximaciones, intersecciones y desafíos*. Buenos Aires, FFyL - UBA. Pp.293-314. En línea: http://www.filo.uba.ar/contenidos/investigacion/institutos/geo/librogeocultur_alcompletocontapa.pdf