

El abuso de drogas: de la subjetividad a la legitimación a través del poder psiquiátrico

Uso abusivo de drogas: da subjetividade à legitimação através do poder psiquiátrico

Drug abuse: from subjectivity to legitimacy through psychiatric discourse

Pablo Ornelas Rosa

Núcleo de Estudos Sociais, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Ponta Grossa, Paraná, Brasil

RESUMEN

La cuestión del uso excesivo de drogas ha sido considerada por la medicina como un problema médico desde el siglo pasado. A pesar del desarrollo de teorías explicativas y prácticas dirigidas tanto al tratamiento de personas adictas, como al planteamiento que reduce al mínimo los daños causados por el uso de dichas sustancias, se observa que predomina el discurso médico. Aunque haya intentos de comprender los fenómenos relacionados con el uso de las drogas mediante modelos teóricos relacionados con cuestiones culturales, por ejemplo, vemos que el enfoque médico, a menudo erróneamente, acaba considerando el simple uso de sustancias psicoactivas como un problema. Esta relación de poder impuesta por la medicina moderna se amplía a medida que se impone un juicio de valor regido por el discurso referente al llamado uso excesivo de drogas. En este trabajo se desarrolla un análisis sobre las imposiciones de los discursos médicos a los demás campos del conocimiento, entre ellas las ciencias sociales y humanas, en cuanto a la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas (práctica cultural) y la adicción química (enfermedad). Así, desarrollamos la tesis de que el uso de drogas puede y debe analizarse desde otros puntos de vista distintos, que no lo reduzcan a la óptica de la enfermedad, pero a procesos de creación de sociabilidad.

Palabras clave: Trastornos Relacionados con Sustancias; Drogas Ilícitas.

ENTRE VENENOS Y MEDICAMENTOS

Existen dos tipos de sustancias que cuando introducidos en nuestro cuerpo por cualquier vía – oral, epidérmica, venosa, rectal, intramuscular, subcutánea – pueden ser asimiladas y convertidas en materia para nuevas células, aún resistiendo a una asimilación inmediata. Llamamos de alimentos a todo lo que, introducido en el cuerpo es asimilado de forma inmediata, posibilitando la renovación y la conservación de nuestra condición orgánica. No obstante, entre las sustancias que no se asimilan de inmediato debemos distinguir dos tipos básicos: las que, como el cobre o la mayoría de los plásticos, por ejemplo, se expulsan intactas sin ejercer efecto sobre la masa corporal o el estado de ánimo y las que provocan una intensa reacción⁶.

Estos segundos tipos son llamados de “drogas” y actúan de un modo perceptible aún cuando absorbidas en cantidades ínfimas si comparadas a las cantidades de alimentos ingeridos diariamente. Sin embargo, dentro de

este grupo de sustancias es necesario distinguir los compuestos que actúan somáticamente (como la cortisona, las sulfamidas o la penicilina) y los que actúan no apenas somáticamente, sino también provocan nuestras emociones, alterando los estados de consciencia. Según Escotado⁶, el consumo sistemático de sustancias psicoactivas, o sea, de sustancias que de alguna forma actúan sobre el sistema nervioso, en la consciencia o en la psiquis humana, siempre han estado presentes en la historia de las civilizaciones humanas, existiendo una bibliografía bastante extensa y diversificada que relaciona las diversas maneras como estas sustancias eran recolectadas, producidas, usadas y representadas por diferentes sociedades a lo largo de toda la historia. Estas últimas, consideradas por diversas culturas antiguas y modernas como milagrosas, son, en su mayoría, parientes carnales de las sustancias que intercambian mensajes con el sistema nervioso (los llamados neurotransmisores), recibiendo el nombre vulgar de “drogas”⁷.

Llamados de “drogas” o medicamentos - de acuerdo a la conveniencia - esos componentes pueden dañar y matar en cantidades relativamente pequeñas. También se pueden llamar de venenos ya que es una característica de todas las “drogas” ser tóxicas o venenosas. La aspirina, por ejemplo, puede ser mortal para adultos a partir de los 3 g.

Seguramente, lo tóxico o lo venenoso de una sustancia no será definido por esa calificación abstracta, y sí por las

Correspondencia / Correspondência / Correspondence :

Pablo Ornelas Rosa

Universidade Tecnológica Federal de Paraná Núcleo de Estudos Sociais
Av. Monteiro Lobato, km 4, s/n Ponta Grossa-Paraná-Brasil
E-mail: pablorosa13@gmail.com

Traducido por / Traduzido por / Translated by:

Rocio Tamara (resumen) y Lota Moncada (artículo)

determinadas proporciones usadas por y en cada individuo. Por eso, aun bajo riesgo de vida utilizamos con frecuencia la aspirina, la quinina y el cianuro de potasio. La proporción entre la cantidad necesaria para alcanzar el efecto deseado (dosis activa media) y la cantidad suficiente para causar la muerte (dosis mortal media) es denominada de margen de seguridad de cada una de estas sustancias, llamadas de "drogas" o sustancias psicoactivas.

Fundamentalmente, dentro del margen de seguridad, el uso de tóxicos levanta dos cuestiones: el costo de los beneficios y la capacidad del organismo de adaptarse al estado de intoxicación. El costo depende de los efectos colaterales o no deseados, tanto a nivel orgánico como mental, ya que la capacidad del organismo de afrontar al intruso depende del llamado factor de tolerancia ligado a cada compuesto.

La tolerancia y el costo psicofísico se prestan a juicios subjetivos comparados con la objetividad de la matemática del margen de seguridad. Aunque las diferencias individuales sean muy importantes, no se puede decir que el margen de la heroína sea inferior a 1 por 20, del LSD a 1 por 650 y de la aspirina a 1 por 15. Al hablar de costo es usual subrayar ciertos aspectos en detrimento de otros, presentando un lado del tema como si fuera la totalidad. Así, por ejemplo, durante décadas la medicina oficial negó cualquier utilidad terapéutica a la cocaína debido a cuadros de hiperexcitación, insomnio y hasta lesiones cerebrales, mientras prescribía generosamente anfetaminas como revitalizadores, antidepresivos y anorexígenos (en el combate a la obesidad). Las anfetaminas pueden ser estimulantes considerablemente más costosos que la cocaína a corto, mediano y largo plazo.

Hasta mediados del siglo XX, los farmacólogos entendían que la familiaridad con estas sustancias resultaría en la disminución de la intoxicación, haciendo con que el uso más razonable de los tóxicos pasara por una costumbre gradual. No obstante, a partir de la creación de leyes más represivas se vio lo contrario, ya que se dejó de comprender que el factor de tolerancia tenía como característica la capacidad de que una droga entrara en contacto con el organismo sin causar graves efectos nocivos, pasando a percibir apenas como medida de su propensión al abuso, o sea, se dejó de percibir que la frecuencia en el uso, posibilitaría una mejor adecuación al organismo, entendiendo ahora que esta frecuencia tomaría al individuo cada vez más dependiente y que necesitaría consumir cantidades cada vez mayores de la droga para obtener el mismo efecto.

Una droga con la cual el individuo se puede ir familiarizando (con un factor de tolerancia alto, como el café o el alcohol) presenta riesgos mucho menores de intoxicación aguda, que una droga con un factor de tolerancia bajo (como los barbitúricos y otros somníferos) cuyo uso continuo no amplía significativamente el margen de seguridad. Al mismo tiempo, también es cierto que hay una posibilidad de ampliación de dosis crecientes para

alcanzar la misma ebriedad, por lo que el riesgo de intoxicación aguda resbala en el riesgo de intoxicación crónica. Sin embargo, el uso crónico de ciertas drogas es mucho más nocivo – para el sistema nervioso, hígado, riñones, etc. – que el uso crónico de otras. Finalmente, lo cierto es que, cada droga presenta un sistema particular de ventajas e inconveniencias.

DISCURSOS SOBRE LAS "DROGAS"

Durante el transcurso de la historia occidental moderna vimos varios discursos contruidos en torno a las "drogas" que permitieron, no apenas la elaboración de leyes que prohibían el uso de algunas de estas sustancias y autorizaban otras, sino también, la creación de los estereotipos de los sujetos involucrados en tal consumo. Zorrilla¹⁵ (1983) nos presentó tres tipos de normativas productoras de estos estereotipos que sirven como factor de cohesión y de consenso alrededor del bien y del mal en lo que se refiere al control de las "drogas": el discurso de los medios de comunicación, el discurso político-jurídico y el discurso médico.

El discurso de los medios de comunicación presenta al usuario de "drogas" como el "drogado" siempre joven, creando el estereotipo cultural. Califica a este individuo como viciado y ocioso y a la droga como un placer prohibido, veneno del alma o flagelo, difundiendo también el estereotipo moral que tiene origen no apenas en el discurso de los medios de comunicación, sino también en el discurso jurídico (producto de la difusión del modelo ético-jurídico).

Los tres estereotipos presentados por Zorrilla¹⁵ (1983) se dirigen fundamentalmente al sujeto que hace uso de estas sustancias, reforzando el discurso jurídico que designa a todas las "drogas" – agrupadas en estupefacientes y psicotrópicos - bien como a quien las consume y las trafica, como "peligrosas", minimizando sus importantes diferencias. Al mismo tiempo, legitima la diferencia "entre el bien y el mal" al declarar ilegal tan solo a las conductas que tengan en relación a las "drogas" definidas por ese mismo discurso, como ilegales¹⁴.

Zorrilla¹⁵ (1983) además, observó la existencia de un cuarto tipo llamado de estereotipo criminal presente desde el surgimiento de la legislación sobre "drogas", pero que actualmente se ha transformado en estereotipo político-criminal, en la medida en que recurrió al discurso político para legitimarse como discurso jurídico (producto de la difusión del modelo geopolítico). El modelo geopolítico ve a la droga como "enemiga", y al traficante – objeto central de interés de ese discurso – como "invasor", "conquistador", o más específicamente como "narcoterrorista" y "narcoguerrillero", a pesar de que el traficante puede no ser apenas un individuo, y sí un país o una nación.

Para Karam¹², fue a partir de la "guerra contra las drogas" que se agregó la expresión "tráfico" el uso radical de la palabra inglesa narcotics, que, estando presente también en otros idiomas, permitió, simultáneamente, una

uniformidad de lenguajes y una mayor carga emocional, referida a las actividades de producción y distribución de las drogas calificadas como ilícitas. La expresión “narcotráfico” pasó, entonces, a ser acríticamente repetida e interiorizada, sin que se percibiera – o se quiera percibir – la falta de compromiso con la realidad y con la ciencia embutido en tal torcido y funcional uso del lenguaje. Para crear el útil y exacerbado clima emocional, se pasa tranquilamente, por arriba del hecho de que, el blanco principal de la política prohibicionista era, y continúa siendo, la cocaína, que, como no se puede ignorar, no es un narcótico (sustancia psicoactiva depresora del sistema nervioso), tratándose, al contrario, de un evidente y conocido estimulante.

El discurso político-jurídico, más conocido como geopolítico, difundido fuertemente en el continente americano a partir de la década de los ochenta, se relaciona con la incorporación de los postulados de Seguridad Nacional, identificando quienes son los enemigos y buscando vehementemente combatirlos.

Por su parte, el discurso médico (producto de la difusión del modelo médico-sanitario), al considerar al individuo que hace uso de sustancias psicoactivas como “drogado” o “enfermo” y a la “droga” un “virus”, una “epidemia” o una “plaga”, crea el estereotipo médico, más específicamente el estereotipo de la dependencia o de la enfermedad, centrando el problema en la salud pública. Será sobre el discurso médico y, más específicamente, sobre el poder médico y psiquiátrico, extremadamente presentes al interior de este discurso, que desarrollaremos este trabajo.

Para Foucault⁹, el poder psiquiátrico se presenta como un poder en el cual y por el cual la verdad no se pone en juego. Siendo así, el saber psiquiátrico no tiene por función fundamentar en verdad una práctica terapéutica, sino en vez de eso, el de marcar, agregar una marca suplementaria al poder del psiquiatra; en otras palabras, el saber del psiquiatra es uno de los elementos por los cuales los dispositivos organizan en torno a la locura, el sobrepoder de la realidad.

En las sociedades tradicionales, las representaciones de la enfermedad acababan relacionándose más con las concepciones del universo, de los dioses, de la persona, de las relaciones dentro de un mismo linaje, etc. en las que las prácticas de los diagnósticos y tratamientos terminaban incluyendo, siempre, elementos mágico-religiosos: sesiones de adivinación para la identificación de las causas del problema, sacrificio a los dioses o genios, exorcismos para expulsar de la persona al demonio o a la entidad causadora de la enfermedad. Siendo que casi siempre, el terapeuta era también hechicero o sacerdote y en ciertos casos esos tres sujetos eran considerados como igualmente capaces de tratar o curar las enfermedades que tanto perturbaban.

Con el desarrollo de la medicina científica moderna percibimos un cambio paradigmático caracterizado por una orientación crecientemente empírica, por la especialización del papel del médico y por la búsqueda de

un saber racional bastante sofisticado. Todas las medicinas de las sociedades antiguas o tradicionales incluían elementos empíricos, por consiguiente, en la medicina occidental también es posible notar remanentes de aspectos religiosos. En latín, el término *professio*, origen de la palabra “profesión”, designando el ejercicio de la medicina, tiene este sentido: realiza una *professio* quien afirma su fe y emite votos al asumir el estado eclesiástico o monacal¹.

La enfermedad puede y debe ser definida también en términos sociales, porque cada sociedad reconoce enfermedades específicas. Las sociedades siempre buscaron desarrollar respuestas distintas al infortunio en que se constituye la enfermedad y las variadas formas de atención y tratamiento a los enfermos. Sin embargo, fue solamente en las sociedades modernas que la enfermedad terminó dando lugar al surgimiento de papeles, de profesiones e instituciones extremadamente diversificadas y complejas, como los de la medicina científica.

Así, el estudio de las interacciones con los enfermos y las personas saludables abarca una diversidad de aspectos que nos posibilita estimar la importancia de las actividades fundamentadas sobre la ciencia y la técnica en las sociedades industriales, haciéndonos asistir al surgimiento de una forma diferenciada de organización del trabajo: el de la “profesión”, acompañada de la autoridad específica del “especialista”. Bajo esta óptica, el caso de la medicina tiene un valor general cuyo alcance trasciende a la simple cuestión del cuidado dedicado a los fenómenos orgánicos.¹

A medida que fue adquiriendo plena autoridad sobre las enfermedades y monopolio sobre sus tratamientos, la medicina científica moderna, tributaria del activismo médico, fue conquistando poder. A esa evolución se agregó la conquista de una posición privilegiada, todavía hoy en vigor, que la sociología designó con el término de ascenso a la condición de “profesión”. Son los médicos quienes determinan el currículo de los llamados estudios médicos y fueron ellos mismos los que redactaron los códigos de ética médica reconocidos por los Estados, o sea, ellos dependen de sus propias asociaciones (Consejos de Medicina). Por lo tanto, su reglamentación es esencialmente una auto-reglamentación que permite que imperen en el campo de la salud, pues las otras actividades desarrolladas, como la de los enfermeros y fisioterapeutas, por ejemplo, dependen de ellos directamente y se consideran de categoría inferior.

La movilización de los médicos, su lucha colectiva es, por lo tanto, también determinante: en cada circunstancia, ellos han sabido valorizar, junto a las elites y a las clases populares, el progreso de su saber, la importancia de sus servicios y presentarlos como superiores a los de los competidores, consiguiendo alejarlos o reducirlos a una posición subordinada. Por fin, resta el papel crucial del Estado: a fines de siglo, el interés por la salud de la población lo torna sensible a las reivindicaciones de los médicos. Pero, este interés, por su lado, aumenta por la percepción de que el desarrollo médico y científico puede traer respuestas eficientes.

En las sociedades industriales contemporáneas, la enfermedad implica en un contacto directo con la medicina, ya que consultar a un médico y seguir sus prescripciones es una actitud casi inmediata de quien se percibe enfermo o siente algo diferente en su organismo. Antes de la Segunda Guerra Mundial, el médico era buscado apenas en situaciones consideradas graves. Sin embargo, la evolución hacia la actual situación de una sociedad "medicalizada" llevó siglos, presuponiendo el rechazo de la visión de la enfermedad como mal inevitable.

A partir del siglo XX la noción de medicalización de la sociedad traduce el hecho de que el modelo médico, muy marcado por los conocimientos psicológicos, se impuso en la definición y en el tratamiento de otros numerosos problemas sociales y públicos contemporáneos. Conrad & Schneider⁵ (1985) mostraron como la designación de prácticas consideradas desviadoras - tales como el alcoholismo, la homosexualidad, las enfermedades mentales, abuso de niños, drogas, entre otras - fue transferida, a lo largo del tiempo, de condenas religiosas o criminales a registros médicos. De esta manera, lo que era considerado un acto condenable (*badness*) pasó a ser considerado como enfermedad (*sickness*).

Fue así que el saber médico conquistó valor normativo delante de los demás sectores, cada vez más variados de la vida individual y colectiva, definiendo y evaluando no apenas temas referentes a la salud física, sino también a los problemas sociales. Esta situación, traspasada por el punto de vista de las relaciones entre los médicos y los pacientes individuales, produjo como consecuencia la concepción de que será el médico quien definirá las necesidades del enfermo a las que será posible y legítimo responder. No obstante, ha sido exactamente esta diferencia entre los saberes y las competencias especializadas que se transformó, concomitantemente, en distanciamiento y en dominación sobre los cuerpos.

No es la primera vez ciertamente, que el cuerpo es objeto de inversiones tan imperiosas y urgentes: en cualquier sociedad, el cuerpo está preso al interior de poderes muy ajustados, que le imponen limitaciones, prohibiciones y obligaciones. Muchas cosas, sin embargo, son nuevas en esas técnicas. La escala, en primer lugar, no se trata de cuidar del cuerpo, de la masa, grosso modo, como si fuera una unidad indisoluble, sino de trabajarlo detalladamente; de ejercer sobre él una coerción sin descanso, de mantenerlo al nivel de la mecánica misma - movimientos, gestos, actitud, rapidez: poder infinitesimal sobre el cuerpo activo⁵.

LA NOCIÓN DE USO ABUSIVO DE DROGAS EN MEDICINA

El tema referente al uso abusivo de sustancias psicoactivas ha sido asumido por la medicina como un problema médico desde el siglo pasado reforzando la idea de control sobre los cuerpos, conforme los análisis de Foucault¹⁰. A pesar del desarrollo de teorías explicativas y de prácticas dirigidas tanto al tratamiento de los individuos dependientes como al abordaje de la minimización de los daños provocados por el uso de tales sustancias, percibimos la hegemonía del discurso médico y

psiquiátrico que propone la negación de la autonomía de los sujetos en detrimento de la idea de cura; por más que haya intentos de comprender los fenómenos relacionados al uso de "drogas" a través de modelos teóricos ligados a las cuestiones culturales, por ejemplo, percibimos que el abordaje médico y psiquiátrico, muchas veces, termina considerando equivocadamente el simple uso de las sustancias psicoactivas como un problema. Esta relación de poder impuesta por la medicina científica moderna se amplía en la medida en que hay una imposición de juicios de valor del profesional médico o psiquiatra sobre el llamado uso abusivo.

Al diagnosticar una enfermedad, en fin, el médico simplemente decodifica un estado orgánico. Al declarar que una persona está "enferma", realiza un juicio que trasciende su estado orgánico y que, repercutiendo sobre su identidad, le determina un lugar en la sociedad. Por el estudio de las instituciones y profesiones médicas, y su funcionamiento, podemos percibir, como una ciencia, colocada diariamente en práctica por profesionales, interfiere en la sociedad¹.

Así, la utilización del término "uso abusivo de drogas" llega a ser bastante problemática, en la medida en que percibimos que el juicio de valor está fuertemente presente en las prácticas y diagnósticos propuestos por los médicos que atribuyen una enfermedad generalmente llamada de dependencia química, a quienes muchas veces hacen uso eventual de sustancias psicoactivas, generando una intervención en la vida de estas personas que acaban siendo consideradas desviantes o problemáticas por no adecuarse a cierta normalidad subjetivada por los mismos médicos o psiquiatras y legitimada por el poder que estos profesionales detentan.

Cuando se diagnostica que una persona tiene problemas resultantes del uso abusivo de drogas, se percibe que la mensuración hecha en esta imputación, deriva en gran parte, de la forma subjetiva, por la cual el médico atribuyó un problema al sujeto a partir del cual considera (subjetivamente) simple uso o uso abusivo y problemático. De esta forma podemos reconocer enormes equívocos, pautados en la creación de problemas en donde, realmente, no existen. Estos límites de las medidas que determinan un simple uso eventual de un uso abusivo, están centrados en el poder médico o psiquiátrico que presupone la subjetividad del profesional de medicina en el diagnóstico de la enfermedad llamada de dependencia química.

No estamos queriendo decir de ninguna manera que no exista uso problemático de sustancias psicoactivas. Estamos de pleno acuerdo en que existen numerosos casos de descontrol en el uso de tales sustancias, no obstante, lo que estamos afirmando es que el término "uso abusivo de drogas" posee una enorme espacio en blanco en la medida en que se utiliza de la subjetividad, o del juicio de valor, del profesional de la medicina - del médico o psiquiatra - en la mensuración de lo que sería un simple uso eventual de un uso abusivo de drogas y, así, una patología. Además, este término se muestra insuficiente porque, realmente, no presenta necesariamente los síntomas sentidos por los individuos, y sí la representación que los médicos o que los psiquiatras hacen en sus análisis subjetivos.

En toda cultura, en un determinado momento, se privilegia un cierto número de representaciones (que pueden ser llamadas de dominantes), en detrimento de otras representaciones que no por eso están ausentes, pero sí marginadas en relación a las precedentes y, algunas, descartadas (definitiva o momentáneamente), o sea eliminadas del campo social actual. Toda sociedad, toda época es obcecada por lo que considera causa por excelencia de la enfermedad¹³.

Como en todas las sociedades, las enfermedades, y principalmente algunas de ellas, se interpretan de manera específica - estando fuertemente presentes en el imaginario colectivo como la propia asociación entre el uso y la dependencia química en las sociedades modernas - y la misma noción de enfermedad también sirve de apoyo a la expresión de creencias y valores más amplios. Así, la interpretación colectiva de la enfermedad se efectúa siempre en términos que involucran a la sociedad, sus reglas y la visión que tenemos de ella. Es de esta manera que la concepción que tenemos de salud y enfermedad manifiesta nuestra relación con el orden social. Por eso cada vez más percibimos una enorme dificultad en desconstruir los paradigmas tan consolidados de la medicina científica moderna, que reivindicamos y poseen la posición de detentor de la más grande verdad científica, en lo que refiere a temas sobre el uso y/o abuso de sustancias psicoactivas.

Bourdieu³ cree que la innovación científica no ocurre sin rupturas sociales con los supuestos vigentes (siempre correlativos de prerrogativas y de privilegios), el capital científico "puro", aunque esté en conformidad con la imagen ideal que el campo quiere tener y dar de sí propio, es, al menos en la fase de acumulación inicial, más expuesto a la contestación y a la crítica, controversial, como dicen los anglosajones, que el capital científico institucionalizado, y puede suceder en algunas disciplinas, que los grandes innovadores (Braudel, Lévi-Strauss, Dumézil, por ejemplo, en el caso de las ciencias sociales) sean marcados por estigmas de herejía violentamente combatidos por la institución.

Como es perceptible que en las sociedades en donde prevalece la medicina científica moderna, el saber médico transmite a todos los conceptos y las explicaciones sobre la naturaleza y las causas de gran parte de sus problemas, también se torna perceptible el hecho que las representaciones creadas acerca de la dependencia química imputadas al usuario eventual de drogas, podrá producir estigmas que posiblemente serán más perjudiciales que el mismo uso de tales sustancias. De esta forma, el poder médico o psiquiátrico podrá reforzar estigmas que posiblemente produzcan efectos más dañinos a la salud social que a la salud física de los sujetos.

Para Goffman¹¹, es probable que el individuo estigmatizado sienta que está 'en exhibición', y lleve su autoconciencia y control sobre la impresión que está causando a extremos y a áreas de conducta que supone que los demás no alcanzan. Además, el individuo estigmatizado también podrá sentir que el esquema usual que utilizaba para la interpretación de acontecimientos

diarios se halla debilitado. Siente que sus menores actos pueden ser evaluados como señales de capacidad notables y extraordinarias en esas circunstancias¹¹.

Por más que los abordajes de las ciencias humanas y sociales busquen cuestionar no apenas el poderío de la medicina científica moderna, en lo que se refiere al concepto de dependencia química apenas como enfermedad, desconsiderando muchas veces aspectos absolutamente relevantes tales como las prácticas culturales del uso de sustancias psicoactivas, por ejemplo, sino también la idea de que se debe ampliar la longevidad de la vida dejando en segundo plano la calidad de esta longevidad, percibimos la enorme dificultad de superación del conflicto entre el poder médico y psiquiátrico y las interpretaciones culturales.

Foucault⁸, no propone el conflicto de una medicina contra otra, o contra la medicina, por una ausencia de medicina. Lo que busca es extraer de la espesura del discurso las condiciones de su historia. Lo que cuenta en lo dicho por las personas, no es tanto lo que hayan pensado para sí o más allá de ellas, sino lo que desde el principio las sistematiza, tornándolas, por toda su vida, infinitivamente accesibles a nuevos discursos y abiertas a la tarea de transformarlos.

Es importante entender que estos conflictos intelectuales son también, siempre, de algún modo, conflictos de poder. Toda estrategia de un erudito abarca al mismo tiempo, una dimensión política (específica) y una dimensión científica, y la explicación debe llevar en cuenta, simultáneamente, esos dos aspectos. No obstante, el peso relativo de uno y de otro varía según el campo y la posición en el campo: cuanto más heterónomos sean los campos, más grande el defasaje entre la estructura de distribución en el campo de los poderes no-específicos (políticos); por un lado, y por otro, la estructura de la distribución de los poderes específicos - el reconocimiento, el prestigio científico³.

CONCLUSIÓN

En la actual sociedad occidental contemporánea percibimos que las políticas de salud han sido orientadas por la medicina científica moderna en el sentido de difundir la información en la búsqueda por cambios de comportamiento de los individuos en materia de alimentación y principalmente del consumo de alcohol, cigarrillos y demás sustancias psicoactivas tanto lícitas como ilícitas. Sin embargo, percibimos que tales cambios se toman objetivos bastante difíciles, además de ser violadores de la individualidad de las personas, en la medida en que imponen un comportamiento "normal" o adecuado y un comportamiento "desviante" o inadecuado.

Reglas sociales son creaciones de grupos sociales específicos. Las sociedades modernas no constituyen organizaciones simples en las que todos están de acuerdo con relación a lo que sean reglas y como deben ser aplicadas en situaciones específicas. Son, por el contrario, altamente diferenciadas a lo largo de líneas de clase

social, líneas étnicas, líneas ocupacionales y líneas culturales. Esos grupos no necesitan compartir las mismas reglas y, frecuentemente no lo hacen. Los problemas que enfrentan al lidiar con su ambiente, la historia y las tradiciones que cargan, conducen a la evolución de distintos conjuntos de reglas. A medida que las reglas de varios grupos se entrecrocán y se contradicen, habrá desacuerdo con relación al tipo de comportamiento apropiado en cualquier situación dada².

Las imposiciones de estos principios, perneados por la idea de normalidad impuesta por las reglas de la medicina científica moderna terminan de culpabilizar a los mismos individuos por los comportamientos perjudiciales a su salud, violando la libertad de elección de las personas. Sin embargo, hemos visto que el mayor interés de esta ciencia, que ha sido legitimada por el poder médico y psiquiátrico, es la longevidad de la vida de las personas y no la calidad de vida de las mismas. Esto nos termina demostrando que estamos delante de una ausencia absoluta de autonomía, situación bastante perceptible ya que nuestras vidas terminan siendo controladas a un tiempo, por el poder médico y el psiquiátrico, a través de las imposiciones de

estilos de vida pautados en la subjetividad de estos profesionales que, además de prescribir los medicamentos que creen más adecuados para el tratamiento de las enfermedades físicas, prescriben normalidades en la búsqueda del tratamiento de lo que subjetivamente consideran "enfermedades sociales".

Por lo tanto, cuando la política se torna biopolítica y toma la salud, y por extensión la vida, como objeto de intervención preventiva total, la priva de su dimensión de apertura, restringiéndola al dictamen del privilegio a la longevidad biológica. Los mecanismos de protección y preservación de la salud pasan a consistir en la negación de la vida y en la sustentación de la sobrevida. Para vivir mucho tiempo, es imprescindible la vigilancia extensiva y normalizadora que termina por impedir la posibilidad de trascendencia. Vivir bajo la égida biopolítica es perpetuar la vida a través del sacrificio existencial del ser viviente, reduciéndolo al ámbito biológico. En la salud persecutoria, se vive bajo el primado paradójico de la sentencia y de la condena culpable sin delito, como estrategia de alejamiento de los riesgos a la sobrevida, que, para ser mantenida bajo esta forma, pasa a ser achatada a los límites somáticos, al precio de la negación de lo más humano que hay en la



Uso abusivo de drogas: da subjetividade à legitimação através do poder psiquiátrico

RESUMO

A questão do uso abusivo de drogas tem sido assumida pela medicina como um problema médico desde o século passado. Apesar do desenvolvimento de teorias explicativas e de práticas direcionadas tanto ao tratamento dos indivíduos dependentes como à abordagem da minimização dos danos provocados pelo uso de tais substâncias, percebemos a hegemonia do discurso médico; por mais que haja tentativas de compreender os fenômenos relacionados ao uso de drogas através de modelos teóricos ligados às questões culturais, por exemplo, percebemos que a abordagem médica muitas vezes acaba considerando equivocadamente o simples uso das substâncias psicoativas como um problema. Esta relação de poder imposta pela medicina moderna se amplia na medida em que é imposto um juízo de valor pautado no discurso sobre chamado uso abusivo. Neste trabalho desenvolveremos uma análise sobre as imposições dos discursos médicos às demais áreas do conhecimento, dentre elas as ciências sociais e humanas, no que se refere à relação entre uso de substâncias psicoativas (prática cultural) e dependência química (doença). Assim, desenvolveremos a tese de que o uso de drogas pode e deve ser analisado sob outros pontos de vista que não o reduzem ao foco da doença, mas a processos de instauração de sociabilidades.

Palavras-chave: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Drogas Ilícitas.

Drug abuse: from subjectivity to legitimacy through psychiatric discourse

ABSTRACT

Drug abuse has been considered a medical issue by practitioners of medicine since the 20th century. Several explanatory theories and practices directed at both the treatment of addicted individuals and the minimization of the damage caused by the use of such substances have been developed. However, medical discourse is still dominated by the theory that the mere use of psychoactive substances a problem, even though there have been several attempts to understand the phenomena related to the use of drugs through theoretical models associated with cultural issues. The views imposed by modern medicine continue to expand because of value judgments based on the discourse on drug abuse. In this paper, we analyze the impositions of the medical discourses on other fields of knowledge, including the social sciences and humanities, regarding the relationship between psychoactive substance use (cultural practices) and addiction (disease). We advance a thesis that the examination of drug use can and must be focused from other points of view that do not reduce the issue to the assessment of the disease but that rather analyze the relevant social and cultural issues.

Keywords: Substance-Related Disorders; Street Drugs.



vida.⁴

REFERENCIAS

- 1 Adam P, Herzlich C. Sociologia da doença e da medicina. Bauru: EDUSC; 2001.
- 2 Becker H. Outsiders: estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: J. Zahar; 2008.
- 3 Bourdieu P. Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: UNESP; 2004.
- 4 Castiel LD, Álvarez-Dardet C. A saúde persecutória: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2007.
- 5 Conrad P, Schneider JW. Deviance and medicalization: from badness to sickness. Columbus: Merrill Publishing; 1985.
- 6 Escotado A. O livro das drogas: usos e abusos, desafios e preconceitos. São Paulo: Dynamis; 1997.
- 7 Fiore M. Uso de drogas: controvérsias médicas e debate público. Campinas: FAPESP; 2007.
- 8 Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2004.
- 9 Foucault M. O poder psiquiátrico. São Paulo: M. Fontes; 2008.
- 10 Foucault M. Vigiar e punir: a história da violência nas prisões. Petrópolis: Vozes; 1997.
- 11 Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: J. Zahar; 1988.
- 12 Karam ML. Pela abolição do sistema penal. In: Passetti E, coordenador. Curso livre de abolicionismo penal. Rio de Janeiro: Revan; 2004.
- 13 Laplantine F. Antropologia da doença. São Paulo: M. Fontes; 2004.
- 14 Olmo R. A face oculta da droga. Rio de Janeiro: Revan; 1990.
- 15 Zorrilla CG. Drogas y cuestión criminal. In: Bergalli R, organizador. El pensamiento criminológico II. Bogotá: Temis; 1983.

Recibido en / Recebido em / Received: 27/5/2009
Aceito en / Aceito em / Accepted: 14/10/2009