



POSGRADOS

Maestría en

PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN INTERVENCIÓN CLÍNICA INDIVIDUAL Y GRUPAL

RPC-SO-05-NO.156-2021

Opción de Titulación:

Artículos profesionales de alto nivel

Tema:

Reinserción social de habitantes de calle en situación de consumo de sustancias psicoactivas: Estudio de caso en la ciudad de Quito desde la teoría psicoanalítica.

Autor:

Eduardo Alejandro López Casanova

Director:

Rosa Herlinda Armas Caicedo

QUITO - Ecuador

2023

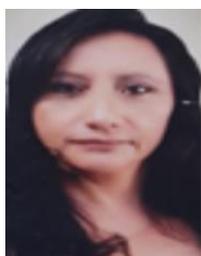


Autor(es):



Eduardo Alejandro López Casanova
Psicólogo Clínico
Candidato a Magíster en Psicología con Mención en Intervención
Clínica Individual y Grupal por la Universidad Politécnica Salesiana –
Sede Quito.
eddocasanova@gmail.com

Dirigido por:



Rosa Herlinda Armas Caicedo
Psicóloga Clínica
Máster en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental y Comunitaria
rarmas@ups.edu.ec

Todos los derechos reservados.

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la Ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra para fines comerciales, sin contar con autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual. Se permite la libre difusión de este texto con fines académicos investigativos por cualquier medio, con la debida notificación a los autores.

DERECHOS RESERVADOS

2023 © Universidad Politécnica Salesiana.

QUITO– ECUADOR – SUDAMÉRICA

EDUARDO ALEJANDRO LÓPEZ CASANOVA

**REINSERCIÓN SOCIAL DE HABITANTES DE CALLE EN SITUACIÓN DE CONSUMO DE
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: ESTUDIO DE CASO EN LA CIUDAD DE QUITO DESDE LA
TEORÍA PSICOANALÍTICA.**

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a mi familia, a mi madre, mi padre y mi hermana, ya que siempre estuvieron apoyándome durante todos mis estudios y que tantas peripecias tuvimos que pasar en el último año, se los dedico por su valentía y por el inmenso cariño que me han demostrado.

AGRADECIMIENTO

Quiero realizar un agradecimiento a todas las personas que me ayudaron a la construcción de este proyecto, le agradezco al Hermano Isaías, quien fue el director de la Toca de Asís y tuvo la gentileza de abrirme las puertas de su institución, le agradezco a Daniela Michilena, la psicóloga clínica de la Institución, quien me ayudó a aclarar muchas inquietudes sobre este apasionante tema y por último, un especial agradecimiento a los dos voluntarios, quienes me regalaron su preciado tiempo y me confiaron sus historias personales que estaban cargadas de dolor, para de esta forma darle un cuerpo a este trabajo.

Tabla de Contenido

Resumen.....	7
Abstract	8
1. Introducción.....	9
2. Determinación del Problema.....	11
3. Marco teórico referencial.....	12
3.1 Habitad en calle.....	12
3.1.1 Sufrimiento	12
3.1.2 Situación traumática.....	13
3.1.3 Lazo social y soledad	13
3.2 Consumo de sustancias.....	14
3.2.1 Tipos de sustancias psicoactivas	15
3.2.2 Adicción y A-dicción	16
3.3 Reinserción social	17
3.3.1 Técnicas de rehabilitación	18
3.3.2 Deseo de rehabilitación.....	19
3.3.3 Recaídas de consumo	19
4. Materiales y metodología.....	21
5. Resultados y discusión.....	23
6. Conclusiones	44
Referencias.....	46

Reinserción social de habitantes de calle en situación de consumo de sustancias psicoactivas: Estudio de caso en la ciudad de Quito desde la teoría psicoanalítica.

Autor:

Eduardo Alejandro López Casanova

Resumen

El hábitad de calle es una problemática social de índole urbana, en donde personas carecen de todas las comodidades, servicios y derechos que provee la sociedad, comenzando por vivienda, alimentación, seguridad, estabilidad laboral, salud física y mental, aumentando el hecho de que la gran mayoría de estas personas, para poder mitigar el sufrimiento de sus realidades consumen de manera crónica sustancias psicoactivas que les genera un mayor deterioro de su salud integral, es por tal manera que este artículo, está enfocado en explorar a través de un análisis de casos, experiencias de personas que fueron habitantes de calle pero que lograron reinsertarse en la sociedad, mediante el abandono del hábitad de calle y la rehabilitación del consumo de sustancias, debido a la intervención psicológica desde un enfoque psicoanalítico, brindado dentro de una institución religiosa que trabaja con esta población en la ciudad de Quito.

Palabras clave:

Reinserción, consumo, hábitad de calle, psicoanálisis, sustancias psicoactivas

Abstract

Homelessness is a social problem of an urban nature, where people lack all the comforts, services and rights that society provides, starting with housing, food, security, job stability and physical and mental health, increasing the fact that The vast majority of these people, in order to mitigate the suffering of their realities, chronically consume psychoactive substances that generate a greater deterioration of their integral health, it is for this reason that this article is focused on exploring through an analysis of cases, experiences of people who were homeless but who managed to reintegrate into society, by abandoning the street habitation and the rehabilitation of substance use, due to psychological intervention from a psychoanalytic approach, provided within a religious institution that works with this population in the city of Quito.

Palabras clave:

Reintegration, consumption, street dweller, psychoanalysis, psychoactive substances

1. Introducción

Para poder comprender el fenómeno social urbano del habitad en calle, debemos comenzar por diferenciar por un lado quienes son los habitantes de calle y por el otro, quienes son las personas con alta permanencia en calle, ya que, aunque estos términos suenen similares, poseen una diferencia esencial, la cual es la tenencia o no de una vivienda estable, así que se puede llamar habitante de calle a la “ persona sin distinción de sexo, raza o edad, que hace de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria, y que ha roto vínculos con su entorno familiar”. (Alfonso R. et al., 2019, p. 103), es decir, son personas que por periodos prolongados no poseen un lugar fijo de vivienda, que cuente con condiciones y comodidades básicas como agua potable, electricidad y que provea de protección ante los cambios del clima y deben pernoctar y realizar todas sus actividades a la intemperie.

Estamos hablando de una situación extremadamente precaria en donde las personas carecen de bienes materiales, oportunidades laborales, alimentación adecuada, higiene y de una salud física y mental integra y presentan condiciones de patologías duales o consumo y policonsumo de sustancias psicoactivas. (Rosa, 2011)

Por otro lado, las personas que se encuentran en alta permanencia en calle son aquellas que a pesar de que carecen muchas veces de oportunidades laborales, cuentan con viviendas básicas, que les permita protegerse de las adversidades del clima, pero por la situación de pobreza, deben pasar la mayoría de su tiempo en la calle, trabajando de manera informal, como también ejerciendo la mendicidad, entendiendo a la mendicidad como: “una práctica que incorpora a niños, niñas y adolescentes, personas con discapacidad y adultos mayores a las calles y carreteras del país, con la acción de solicitar [...] comida, ropa, medicamentos y esencialmente dinero” (MIES, 2022, p. 20), con el fin de mantener un mejor estilo de vida.

Este malestar social se genera principalmente por los niveles de pobreza que existe en el Ecuador, según los datos estadísticos de la INEC, en el país se ha reportado a

nivel nacional un descenso en los últimos años de la pobreza y la pobreza extrema, ya que en junio de 2021 la pobreza en el área urbana estaba en 24,2% y pasó a 16,7% en junio de 2022, demostrando una reducción estadísticamente significativa de 7,5 puntos porcentuales, mientras la pobreza extrema pasó de 8,4% en junio de 2021 a 5,2% en junio de 2022, mostrando una reducción estadísticamente significativa de 3,2 puntos porcentuales. (INEC. 2022), sin embargo, a pesar de la reducción estadística, la pobreza y la pobreza extrema siguen siendo uno de los generadores de la problemática de habidad de calle.

Se señala que existen tres motivos por los que una persona se puede convertir en un habitante de calle y estas son: las derivadas de razones internas, las derivadas de la pobreza extrema y de la marginalidad y las derivadas de conflictos armados. Las personas que están por la primera razón son aquellas que han tenido problemas psicológicos, de salud, familiares o por impedimentos para laborar; en el segundo caso se encuentran aquellas personas que nacieron en estados de externa pobreza y que no han contado con los privilegios de una vida digna; y por último, se encuentran aquellas personas que han tenido que migrar de sus zonas de vivienda y han perdido todos sus bienes materiales a causa de conflictos armados o inestabilidad política. (Alfonso R. et al., 2019, p. 103)

Pero en este artículo lo que nos interesa es trabajar sobre el primer motivo, el cual es el producido por las razones internas, y en específico, el habidad de calle producto de la adicción al consumo de sustancias psicoactivas, y de cómo debido a las vivencias personales terminan cayendo en una espiral de destrucción, por tal motivo es importante abordar este tema desde una perspectiva psicoanalítica, para que desde la teoría plateada por Sigmund Freud y posteriormente por Néstor Braunstein, se pueda leer qué es lo que se encuentra detrás de esta problemática, para así poder proponer temáticas de intervención para alcanzar una adecuada reinserción social.

2. Determinación del Problema

El tema a estudiar presenta múltiples problemas en varios aspectos tales son pobreza extrema, vulnerabilidad de derechos, inseguridad, insalubridad, entre otros, que vendrían a ser objetos de trabajos de entidades gubernamentales como el Ministerio de Salud, Ministerio de Inclusión Social, o directamente de los municipios, sin embargo, desde las trincheras del personal de la salud mental, existen algunas acciones que se pueden ir pensando para la ayuda de esta población, y es el objetivo de este trabajo, el de ir ahondando en la experiencia de casos exitosos de reinserción social de personas habitantes de calle, para pensar en la acción del psicólogo clínico en los ámbitos de intervención individual y grupal, para asegurarse de proveer un programa exitoso de acción.

3. Marco teórico referencial

El trabajo de investigación realizado, arrojó varios temas clave para poder entender la problemática a estudiar, es por tal motivo que se dividió el trabajo por categorías y subcategorías, las cuales permiten el desenvolvimiento teórico que se necesita, por lo que a continuación se detalla en la tabla la división de las diferentes temáticas a tratar.

Categoría	Subcategoría
Habitad en calle	Sufrimiento
	Situación traumática
	Lazo social y soledad
Consumo de sustancias	Tipos de sustancias
	Adicción y A-dicción
Reinserción social	Técnicas de rehabilitación
	Deseo de rehabilitación
	Recaídas de consumo

3.1. Habitad en calle

3.1.1 Sufrimiento

Dentro de la problemática social de habitad en calle, se nos indica que “tanto infantes como adultos, durante su vida en la calle consumen drogas, enfrentan problemas cognitivos y enfermedades mentales como depresión, trastorno bipolar o esquizofrenia, y diferentes formas de violencia” (Alfonso R. et al., 2019, p. 111), por lo que se puede observar la existencia del tema del sufrimiento como un constante dentro de esta población, y si bien el sufrimiento es un tema común en la vida cotidiana, esta población tiene más posibilidades de enfrentar situaciones que causan sufrimiento y dolor, y si bien, el mismo Freud aseguraba que “El programa que nos impone el principio de placer, el de ser felices, es irrealizable” (Freud, (1930), 1992, p.83), es decir que el sufrimiento es parte de la vida e intentar

alcanzar la felicidad es casi una utopía, la pregunta estaría enfocada a ¿qué le ocurre a una persona para que se convierta en un consumidor de sustancias y habitante de calle? Y para comenzar a responder esta pregunta regresamos a Freud quien aseguraba que:

Desde tres lados amenaza el sufrimiento; desde el cuerpo propio, que, destinado a la ruina y la disolución, no puede prescindir del dolor y la angustia como señales de alarma; desde el mundo exterior, que puede abatir sus furias sobre nosotros con fuerzas hiperpotentes, despiadadas, destructoras; por fin, desde los vínculos con otros seres humanos. (Freud, (1930), 1992, p. 76)

3.1.2 Situación traumática

El sufrimiento que se puede presentar por las diferentes circunstancias de la vida se traduce en un dolor psíquico que a su vez Freud lo colocaba en el orden del trauma, el trauma es un “Acontecimiento inasimilable para el sujeto, generalmente de naturaleza sexual, y que puede parecer constitutivo de una condición determinante de la neurosis.” (Chemama, 1998, p. 442), o determinante para cualquier patología como la adicción, que en el momento del acontecimiento del episodio traumático dejan en el sujeto una suerte de agujero, el cual el aparato psíquico va a proveer de una respuesta para llenar el agujero, por lo que descatectiza la energía libidinal que estaba en los objetos del mundo exterior, para colocarla dentro en un repliegue narcisista, para de esta manera intentar aliviar el dolor, pero no sin dejar un desvalimiento del psiquismo que deja al sujeto proclive a desarrollar cualquier psicopatología. (Erazo y Zúñiga. 2018, p.117)

3.1.3 Lazo social y soledad

En este punto es donde puede aparecer la adicción a sustancias, Freud decía en su texto el Malestar en la Cultura de 1930, que el alejarse de los otros y buscar la soledad es una forma de protección inmediata contra las penas que genera la sociedad, siendo la intoxicación por medio del químico, el método más tosco, pero más eficaz para borrar por un momento el dolor psíquico, otros autores como Cáceres aseguran que hay dos tiempos en el consumo de sustancias como el alcohol y las drogas, en un primer tiempo, el consumo facilitaría el lazo social como parte

de un ritual de socialización, pero en un segundo tiempo, el consumo pasa a convertirse en un adictivo, que puede ser ocasionado como ya lo hemos venido mencionando, a través de la aparición de una vivencia traumática, en donde “el sujeto hace uso de la sustancia para olvidar, para borrar el daño, para no seguir sufriendo. Podríamos incluso decir que usa la sustancia para reprimir su dolor”. (Cáceres, 2018, p. 206)

3.2. Consumo de sustancias

Según Alfonso R. et al., 2019, el dolor que se manifiesta de forma física, llega de la mano del hambre y del frío, convirtiéndose en problemas generadores de estrés de los habitantes de calle, por lo esta población recurre al consumo de sustancias inhibitorias para poder mitigar de alguna manera los malestares físicos, aumentando el hecho de que estas sustancias son fácilmente accesibles debido a su bajo costo y por la fácil forma de consumo, que por lo general son inhaladas o fumadas, alterando significativamente el sistema nervioso central, entorpeciendo las facultades cognitivas y alterando la percepción del mundo exterior, generando conductas desadaptativas de excitación, ansia de continuar consumiendo y de hostilidad hacia las personas, también se presentan problemas como “alteraciones del cortisol que les acarreen pérdida de peso y de tono muscular, agotamiento persistente y malestares estomacales, así como otros síntomas asociados al estrés.” (Alfonso R. et al., 2019 p. 112)

En el ámbito psicológico, el consumo de sustancias sería la manera en la que se puede silenciar los malestares del dolor y el sufrimiento psíquico causados por la experiencia de una pérdida fundamental de un objeto de deseo, Freud decía “Nunca estamos menos protegidos contra las cuitas que cuando amamos; nunca más desdichados y desvalidos que cuando hemos perdido al objeto amado o a su amor.” (Freud, (1930), 1992, p.82), es decir que el dolor se puede producir por la ausencia del objeto causa de deseo y debido a esto, se da una huida del dolor y el intento de borrar los recuerdos traumáticos con el consumo de sustancias; según Freud, es imposible que se sepulten contenidos psíquicos que alguna vez se formaron, ya que

se conservan bajo el mecanismo de la represión, sin embargo, pueden ser traídos nuevamente a la luz bajo las circunstancias adecuadas. (Freud, (1930), 1992).

El concepto “deseo” visto desde la teoría psicoanalítica se entiende como “Falta inscrita en la palabra y efecto de la marca del significante en el ser hablante.” (Chemama, 1998. p. 88), en otras palabras, el deseo se forma por una experiencia primigenia de satisfacción, cuando la persona es aún un niño y queda grabado en el psiquismo, para posteriormente producir un movimiento para alcanzar de nuevo este objeto, por lo que el deseo sería esta búsqueda de la reproducción de esta primera experiencia guardada muchas veces a nivel inconsciente, pero que se orienta debido a necesidades físicas como por ejemplo el hambre. (Erazo y Zúñiga. 2018)

Y es justamente con la necesidad del hambre, que la sustancia psicoactiva llega enmascarada a sustituir el objeto de deseo, ya sea estimulando órganos erógenos como la boca, ya que la droga llega como una exigencia o necesidad del organismo, pero como propone Braunstein 2006, la necesidad se plantea en términos absolutos, “o hay goce químico o hay la nada” (Braunstein, 2006, p. 280), por lo que, sin la satisfacción del deseo del consumo de la sustancia, el sujeto queda colocado en una condición de desecho.

3.2.1 Tipos de sustancias psicoactivas

Dentro de la innumerables clases de sustancias psicoactivas, se encuentran muchas sustancias conocidas tales como el alcohol, el tabaco, el cannabis, la cocaína, metanfetaminas, heroína, lsd, entre otras, en la población de habitantes de calle existen otras clases de sustancias que son más accesibles por su bajo costo, estas drogas se las podría considerar “drogas basura”, ya que se tratan de residuos de sustancias, que resultan mucho más tóxicas y dañinas para la salud integral de los consumidores, y hablamos de la pasta base de cocaína o mejor conocida como “polvo” o “bazuco” e incluso productos químicos utilizados como pegamentos como por ejemplo el conocido “cemento de contacto”, los cuales al tener un alto contenido tóxico, producen un daño neuronal con mucha mayor rapidez que otras

sustancias y por lo tanto su efecto inhibitorio de sensaciones es más efectivo y rápido que otras sustancias.

3.2.2 Adicción y A-dicción

Dadas estas condiciones para la aparición de síntomas, el aislamiento de los vínculos sociales, el habitat en calle, la pérdida de los objetos de deseo, el dolor psíquico producto de acontecimientos traumáticos y profundizado un malestar por el efecto neurológico del consumo de sustancias psicoactivas, el sujeto entra en el concepto que Néstor Braunstein nombró como “a-dicción”, si bien la palabra “adicción” proviene del latín “*ad dicere* que significa “ser llamado para”, es decir, ser llamado como esclavo para un amo como pago de una deuda sin saldar.” (Erazo y Zúñiga, 2018, p.110), la adicción también se puede definir como “fenómeno psicofisiológico de naturaleza progresiva en forma crónica, compulsiva e incontrolable en la cual la persona es incapaz de abstenerse de consumir, presenta tolerancia hepática y neuronal, es decir que cada vez necesita mayor cantidad de SPA para sentir el mismo efecto” (Murcia y Orejuela, 2014, p. 155), esta problemática sería entendida como un cuerpo obligado y esclavizado al consumo de la sustancia, Braunstein separa esta palabra en “a-dicción”, entendiendo a la “dicción” cómo: “palabra o unidad lingüística” (RAE, 2021), y la sílaba “A” entendida como una negativa, es decir una negación a la palabra, pero explica Braunstein que el concepto no se queda solo en un negarse a pronunciar palabras, sino, que se da como resultado de una interacción social, “Sucede así cuando el Otro no dice ni pide ni espera, cuando el otro calla.” (Braunstein, 2006, p. 282)

Después de que una persona queda en situación de calle, sujetado a un consumo problemático de sustancias y sin posesiones materiales, ni una adecuada higiene, la sociedad decide darle la espalda, se vuelven desagradables ante la mirada pública, bien decía Freud “La suciedad de cualquier tipo nos parece inconciliable con la cultura; esa misma exigencia de limpieza la extendemos también al cuerpo humano” (Freud, (1930), 1992, p. 91), y si esta limpieza no se cumple, la cultura misma se va a encargar de aislar a quienes no la cumplan, por lo que estas personas pasan a ser invisibilizadas, así que ese “no hablar” de la a-dicción sería una

respuesta a "Haz lo que quieras. A mí no me importa. Ni te hablo ni te escucho" (Braunstein, 2006, p. 282), que le diría constantemente la sociedad.

Es este rechazo social que viven los habitantes de calle que agrava su situación, ya que según Braunstein el sujeto queda aniquilado por la sordera del Otro, de la sociedad en sí, y decide quedar en un mutismo de su deseo, y atravesado esto, el sujeto pierde su condición de sujeto deseante y queda como resto un cuerpo en posición de objeto de desecho, desecho por la sociedad y la cultura. (Braunstein, 2006)

3.3. Reinserción social

El panorama para esta población luce desolador, colocados en un posicionamiento psíquico y físico degradante, promueve el pensar ¿Cómo se puede ayudar a esta población? Si bien es un tema complejo, no es imposible, muchas de estas personas a pesar de vivir en una pobreza extrema, no pierden el lazo social por completo, algunos continúan vinculados con familiares, o acuden a atenciones médicas cuando ya no pueden continuar con el ritmo de vida, por lo que es imposible decir que viven fuera de lo social, el problema es que "estos lazos son inestables, precarios y no tienen la suficiente fortaleza como para permitirles "dar el salto" y salir de esta situación" (Rosa, 2011, p.9)

Por lo que el trabajo con esta población se debe basar en la realización de una adecuada reinserción social con cada uno, esta reinserción entendida como: "la restauración de las capacidades sociales, de dignidad e integridad de las personas como sujetos de derechos, con énfasis en capacidades o habilidades laborales y de sustento." (MIES, 2022, p. 21), se puede alcanzar este objetivo a través de un trabajo multidisciplinario, pero dentro de la psicoterapia se pueden conseguir importantes avances, es esta persona con adicción que ha callado mucho su dolor, que puede conseguir en el espacio de psicoterapia un lugar para elaborar su discurso, Braunstein asegura que "el desafío para el analista es, en cada una de ellas, el de restaurar el movimiento del deseo que se ha detenido. Con no muchas posibilidades; sólo cuenta con un instrumento, la transferencia" (Braunstein, 2006,

p. 287), es en el espacio de psicoterapia en donde el habitante de calle puede ser escuchado por un profesional de manera ética, sin etiquetas ni prejuicios sociales y por ende le permitiría dejar de posicionarse como un objeto de desecho, para retomar su posición de sujeto deseante, y si bien se asegura que no hay objeto que satisfaga el deseo, este se convierte en el motor para seguir avanzando en el desarrollo personal.

3.3.1 Técnicas de rehabilitación

Según Murcia y Orejuela (2014), el tratamiento para la población consumidora de sustancias psicoactivas, tiene su origen en Estados Unidos en donde trabajaron desde un enfoque religioso, pero unos años más tarde, entre la década de 1920 a 1930, surgen dos corrientes principales para el tratamiento de adicciones, uno con carácter religioso y otro desde una perspectiva laica e institucional, sin embargo, lo que caracterizaba a estas dos corrientes era el trabajo sobre comunidades terapéuticas, solo que unas eran dirigidas desde la psicoterapia y la otra opción se trabajaba desde la llamada “teoterapia”, pero manteniendo los mismos procesos de tratamiento sobre “[...] las adicciones y de situaciones como la depresión y la ideación suicida, a través de la cual se busca la desintoxicación del adicto y la recuperación” (Murcia y Orejuela, 2014, p. 158), con la única diferencia que con la “teoterapia” la atención se basaba en escrituras de orden religioso y no científico.

Dentro de estas dos corrientes de atención, los grupos terapéuticos eran y son hasta la actualidad, una de las herramientas más utilizadas para el tratamiento de adicciones a sustancias psicoactivas, ya que se dice que a través de la interacción del grupo se abren algunas ventajas, como por ejemplo, permite crear un sentido de pertenencia en lo social, ya que a través de la adquisición de nuevos códigos de interacción grupal, comparten experiencias con los compañeros y reciben apoyo y afecto, esto ayuda a obtener una revalorización del sujeto gracias al reconocimiento del grupo, provocando en algunos casos el aumento del autoestima. (Murcia y Orejuela, 2014)

El apoyo grupal, más un adecuado proceso de psicoterapia individual, ayuda a los adictos en recuperación a confrontar con mayor facilidad la abstinencia producto de la disminución total o parcial del consumo de sustancias y que según varios autores puede llegar a provocar fuertes malestares psíquicos, comparados con una mutilación de una parte del cuerpo, tanto por el malestar y dolor físico, como en el ámbito emocional, lo que indica este efecto de la sustancia psicoactiva, como el de una prótesis psíquica, que cuando no está presente en el organismo, produce un efecto de mutilación y de falta. (Erazo y Zúñiga. 2018)

3.3.2 Deseo de rehabilitación

Ya se habló del deseo como causante del inicio del consumo de sustancias, pero también es el deseo el que los lleva a salir de esa precaria condición, si bien durante los estragos de las sustancias en el cuerpo, el sujeto siente erróneamente haber alcanzado su objeto de deseo, puede que en algunos individuos, el malestar físico y emocional sobrepase su estado de consumo, por lo que un instinto primitivo y esencial de sobrevivencia los mueva a desarrollar un deseo por salir de la condición en la que se encuentran “ el deseo no es la búsqueda de un objeto o de una persona que vendrá a satisfacerlos, es la búsqueda de un lugar, la búsqueda de un reencuentro de un momento de felicidad sin límites. En resumen, la búsqueda del paraíso que como ustedes saben está perdido.” (Naranjo, 2012, p. 175), este paraíso perdido haría referencia a que el camino para llegar a una rehabilitación del consumo de sustancia tiene muchos factores en contra y podrá ser en muchos casos solo una quimera, sin embargo, con la decidida motivación del deseo de abandonar su estilo de vida, convierte a la persona en un propulsor para alcanzar sus anhelos, por lo que va a ser vital este requerimiento de la persona, para que busque ayuda en lugares apropiados.

3.3.3. Recaídas de consumo

Varios autores afirman que existen tres razones por las que una persona que ha atravesado un proceso de rehabilitación, pueda llegar a tener una recaída del consumo de sustancias, estas tres razones son: razones sociodemográficas,

personales y dinámicas. La primera la sociodemográfica se relaciona con el nivel económico, laboral y el ambiente de oportunidades con las que cuenta la persona, por lo que si existe riesgo de regresar a un habitad en calle, es muy posible la recaída del consumo; la segunda razón, la personal, se refiere a los antecedentes que tiene la persona además de la gravedad de la adicción que posea, es decir que pueden existir cuadros de policonsumo de sustancias, o la existencia de comorbilidad de enfermedades médicas y psicológicas, y además, aumenta el peligro de una recaída si existen antecedentes de recaídas o incluso el poseer antecedentes criminales por las implicaciones y procesos legales y penales que pueda mantener en su contra. Y por último la tercera razón, es la de “dinámicas” la cual hace referencia a la dinámica que posee la persona con su tratamiento, y qué tan motivado se encuentra hacia el cambio o la actitud que tiene hacia el proceso de recuperación. (Grau-López et al., 2012)

4. Materiales y metodología

Esta investigación es de tipo cualitativo, de carácter exploratorio y posee un diseño fenomenológico, por lo que se basa exclusivamente en un estudio de caso de dos sujetos que han tenido vivencias de habitabilidad en calle, consumo problemático de sustancias psicoactivas, y que han contado con las condiciones personales adecuadas para lograr una reinserción social exitosa, por lo que se busca indagar las experiencias y percepciones que tuvieron con respecto a su proceso personal en relación a estas problemáticas.

La muestra de la investigación es de tipo no probabilística o dirigida, esto significa que la elección de los elementos se dio siguiendo los objetivos planteados, los cuales estaban centrados en realizar un acercamiento individualizado a personas con experiencias de vida en calle, por lo que se alejaba de utilizar formulas probabilísticas en poblaciones grandes, sino que se ajustaba perfectamente a las necesidades que plantean los estudios de caso, y de esta manera la elección de los participantes se debió a la disponibilidad de personas que contaban con los requisitos para que puedan compartir sus vivencias, ya que uno de los voluntarios era consumidor de “polvo” o pasta base de cocaína y el otro era consumidor de alcohol, y ambos habían podido adherirse exitosamente a un programa de rehabilitación, así mismo, se pudo contar con la participación de la psicóloga clínica que trabajó con los usuarios en los espacios de psicoterapia individual y grupal dentro de las instalaciones de la “Toca de Asís Quito” que fue la institución en donde se realizó el estudio.

El motivo por el cual se tomó una muestra de investigación tan reducida se debe a que existen muchas limitaciones con el trabajo que se puede realizar con habitantes de calle, comenzando por el hecho de que la gran mayoría no se adhieren con facilidad a tratamientos terapéuticos y suelen abandonar rápidamente las instituciones de ayuda social, por lo que se tomó en cuenta a solo dos voluntarios, ya que ellos han logrado permanecer en un acompañamiento por más de dos años

en la institución y por tal motivo han obtenido una mejoría significativa en su calidad de vida.

Para obtener la información, se aplicó entrevistas semiestructuradas a todos los actores, tanto a los dos usuarios de la institución, como a la psicóloga de la institución, las entrevistas fueron la principal herramientas de esta investigación cualitativa, las cuales permitieron obtener un acercamiento directo y personal con los sujetos y consistían en realizar una serie de preguntas que permitan al investigador conversar ampliamente con los individuos entrevistados, con el fin de adquirir la mayor información posible acerca de los temas de interés para el estudio; las entrevistas fueron semiestructuradas ya que se contaba con la formulación de veinte preguntas, las cuales eran solo un temario orientativo, es decir que sirvieron como una guía de los temas que se querían abordar, pero, debido a las respuestas que se buscaban, las preguntas iban aumentando o disminuyendo según lo contestado, lo cual permitía tener una mayor flexibilidad para ahondar en la recolección de datos de lo que hubiera permitido una entrevista estructurada, de la cual solo se hubieran podido obtener respuestas puntuales, es por esto, que se escogió el modelo de entrevistas semiestructuradas, ya que las preguntas estaban encaminadas a que los sujetos puedan narrar sus experiencias de vida en calle, del consumo de sustancias, del proceso terapéutico recibido, la reinserción social y su actualidad laboral, habitacional y de posibles recaídas de consumo de sustancias. También se deseaba conocer las estrategias terapéuticas que utilizó la psicóloga clínica con estos usuarios, y que permitieron obtener buenos resultados de recuperación.

Cabe mencionar que se realizaron consentimientos informados, para asegurar la confidencialidad de los voluntarios y que de esta manera puedan conocer que sus datos expuestos en la entrevista, serán utilizados únicamente para fines académicos. |

5. Resultados y discusión

Tabla 1. Extracto de las entrevistas con los participantes

CATEGORÍA	PARTICIPANTE 1	PARTICIPANTE 2
El sufrimiento del habitad de calle	<p>“Es una situación muy degradante y muy dura, yo creo que cuando uno está en ese estado, el autoestima llega a niveles tan bajos que uno ya no se da ni cuenta en la situación que está, es una situación muy deplorable, el ser habitante de calle es horrible, porque sientes que la gente te mira, te huele, se sale del bus, hay mucha discriminación, prejuicio”</p> <p>“tuve un proceso de etapas donde estaba mal, deteriorado físicamente, emocionalmente, sin ropa, oloriento, es decir tuve una etapa mucho más dura de la que estoy viviendo ahora”</p>	<p>“Yo dormía afuera de la Basílica, ahí fuera en el parque, de ahí nos botaron a todos, algunos se fueron a un lado, yo me fui afuera de flagrancia, en la calle”</p> <p>“yo les veo y no puedo creer que yo estaba así, antes lo veía como costumbre, pero yo les digo que ya dejen eso porque en cualquier rato les puede pasar algo”</p>
Situación traumática	<p>“Mi adolescencia estuvo marcada por mi orientación homosexual, entonces vivía en un pueblo en donde no se podía hablar de eso, era tabú, me cargué de muchos miedos, me alejé mucho de los demás,</p>	<p>“Perdí a mi esposa, no teníamos hijos y como me vino la depresión después del fallecimiento de mi mamá, ahí ya caí un poquito más, entonces una mujer no le va a aguantar a un hombre que</p>

	<p>casi que tenía fobia, me escondía de la gente, entonces más esa situación entre mi mamá y mi papá, mi papá estaba enojado con ella, tenía como una violencia psicológica alta”</p> <p>“yo soy VIH positivo, tengo sida, tengo diez años, once años tal vez con el virus y hubo una etapa en la cual, la etapa más difícil de mi vida, entonces yo caí muy al fondo, me habían diagnosticado la enfermedad, y yo consumía, pero no tanto, cuando me diagnosticaron la enfermedad, al principio como que me daba vergüenza decirle a mi familia”</p>	<p>esté tomando todos los días porque perdía los trabajos, no tenía nada de plata, entonces perdí a la esposa y ahí ya se fue todo al carajo, ya perdí todo y me quede en la calle.”</p>
<p>El lazo social y la soledad</p>	<p>“tener un apoyo emocional de los hermanos que te dicen hola, buenas tardes, es decir la vida social también es importante porque perdemos todo, estamos en un mundo de mucha soledad, entonces también necesitamos el cariño, el afecto que nos dan los hermanos”</p> <p>“yo ya no tengo padres, puedo ir a fumar, puedo hacer lo que</p>	<p>“nunca falta el trago, los amigos, es como un túnel sin salida”</p> <p>“con los consumidores en la calle es medio difícil estar y todos me decían que cualquier rato iba a recaer”</p> <p>“está siempre la gente conocida y muchos de ellos ya han perdido la vida, se han quedado tiesos en la calle, borrachos se caen”</p>

	<p>quiera, entonces como que dije estoy libre, estoy en otro país, no tengo ninguna presión, ya voy a fumar, fue un escapismo estúpido”</p>	<p>“entonces yo lo que les digo siempre a mis compañeros que siempre estábamos ahí, no es que ando ya con ellos, pero siempre uno se los topa por ahí y les digo que ya recapaciten que eso no es bueno”</p>
<p>Consumo de sustancias</p>	<p>“me ha afectado mucho porque no me ha dejado trabajar, ni estudiar, sino que la droga ha sido el centro de mi vida y he caído en una dependencia.”</p> <p>“Yo sé que hubo un tiempo en el que me di cuenta que ya esto se me había ido de las manos.”</p> <p>“me quedé sin casa, me quedé sin nada, yo tenía una moto que valía mil doscientos dólares y la vendí en setecientos para poder fumar.”</p> <p>“Yo trabajaba aquí en la Mariscal, en una pizzería y de pronto me invitaban a eso y al principio no me gustó, pero después al hacerlo asiduamente me fue atrapando”</p>	<p>“el problema comienza desde los veinticinco o veintiocho años y más o menos a los treinta ya fue muy agudo, hasta que más o menos unos seis años ya fue demasiado.”</p> <p>“es más o menos como una laguna mental donde ya no quieres saber nada de la vida que uno tenía antes”</p> <p>“dos veces estuve en el hospital, y uno ya cuando tomaba mucho, lo mío era ocho, diez días consecutivos, sin parar, de ahí paraba porque el cuerpo le hacía falta parar para comer, guardar energías y seguir.”</p>

Tipos de sustancia	“aproximadamente tengo unos once años de consumo de pasta base de cocaína”	“Soy alcohólico, solo alcohol.”
Adicción y A-dicción	<p>“al tener plata y estar solo, como que la droga era un fume y fume, el problema emocional por la enfermedad también, y bueno estaba mal porque tenía sida, fumando y sin comer mucho”</p> <p>“la gente te mira mal, te creen mala persona, te va matando, te va aislando, te va hundiendo porque esas emociones no las podemos controlar”</p> <p>“fue aumentando, de hacerlo un día, dos días o un fin de semana, a hacerlo todos los días, de pronto yo me veía fumando todos los días.”</p>	“Casi seis años, pero no me acuerdo, es que yo no sabía en esos tiempos ni en qué fecha estaba, no sabía ni qué mes era, lo que le puedo decir es que más o menos desde octubre ya tengo dos años que no consumo”
Reinserción social	“ya comencé hablar con mi familia, con mis sobrinos, ahora quiero ir a trabajar con mi hermano que tiene un restaurante, así que yo pienso que voy a volver”	<p>“yo salí de la calle, ya me alquilé un cuartito vendiendo cosas, trabajo así estable no tengo”</p> <p>“salí de la calle vendiendo cositas por ejemplo vendía fundas de basura, entonces vendiendo esas fundas yo me hice un capital para vender cables, audífonos eso,</p>

		entonces con eso ya me pude alquilar el cuarto”
Deseo de rehabilitación	<p>“uno ya se cansa de andar sucio, de esa vida en la que nunca tienes nada, andas oloriento, perdés todo tipo de dignidad, el autoestima bajo, emocionalmente estas perdido, cansado, estresado, miedo a la gente, con fobia de que te vean sucio, que te huelan, es decir la mente se cansa y uno llega a un momento en el que ya, quiero un centro de rehabilitación, no sé si quiero salir de la droga, pero lo que quiero es mejorar, mira como estoy, estas flaco, escuálido, entonces te ves tan mal que voz decís, tengo que pedir ayuda porque veo que me estoy muriendo.”</p> <p>“Ya no puedo andar sucio, ya no puedo andar mal vestido, mal oliente, esa etapa ya pasó y yo no sé si va a volver a pasar, pero yo deseo con todo mi corazón que esa situación tan horrenda no la vuelva a vivir más.”</p>	<p>“Bueno estaba cansado de estar tomando en la calle sin descanso, sin comer, por ahí unas dos veces casi me muero porque uno no come”</p> <p>“uno no puede salir porque no se tiene la ayuda y otra porque uno no pone de su parte y si uno no pone de su parte de ahí no sale nunca.”</p> <p>“todo está en la actitud, si ellos no quieren nunca les van a poder ayudar, si quieren tienen que salir por ellos y claro el apoyo del profesional que eso es primordial, pero primero está en uno”</p>

	<p>“hay que buscar, hay que querer cambiar, decidirse, hay que animarse a pedir ayuda porque estamos necesitando ayuda, decirse yo quiero mejorar, yo no quiero morirme en la calle”</p>	
<p>Efectos de la rehabilitación</p>	<p>“ahora estamos haciendo un taller de panadería, para como un poco de terapia ocupacional y también para aprender algo como desarrollo laboral”</p> <p>“ver eso con la psicóloga, ver ese dolor, los traumas y reconocer eso me liberó un poco, porque eso marca creo a un niño o a un adolescente, marca para mucho tiempo, marca tu forma de ser, de comportarte y saber por qué sos así y no cargar con la culpa, entonces cuando la psicóloga me dijo recuérdame algo de tu infancia, yo no quería ni imaginarme, como que en mi mente lo había borrado todo, tuve que hacer un ejercicio muy fuerte y de mucho tiempo para atreverme primero a recordar y parece que estaba todo ahí, como que yo no lo</p>	<p>“Lo que iniciaron hacer es, conocer lo que es el problema, aceptar, me hicieron que yo acepte el que es una enfermedad y que esa enfermedad es muy mala para mí, y me enseñaron también a saber qué es una abstinencia, qué síntomas tiene la abstinencia y porqué nos viene esa abstinencia, nos enseñaron también a manejar la depresión, a conocer primero la depresión, las ganas, la desesperación, la angustia, porque nos viene todo eso, el temor, porque cada día hablábamos de los que nos pasaba, entonces de ahí íbamos sacando, poníamos en un papel, todo lo que nos pasaba a diario”</p> <p>“cuando ya nos importa manejamos la desesperación,</p>

	<p>quería sacar, entonces fue un ejercicio duro volver atrás y pensarme cuando era niño, recordar momentos lindos también.”</p> <p>“Gracias a la terapia he empezado a fluir, a liberarme, a manejar esto de la homosexualidad como una orientación, sin prejuicios, me he sentido liberado”</p> <p>“He tenido ayuda psicológica, ayuda ocupacional, también la orientación religiosa, es importante la parte espiritual también, hemos tenido mucho afecto, mucha comprensión, mucho respeto”</p>	<p>el nerviosismo, ya captamos que se nos viene esa posible recaída”</p> <p>“el primer paso era salir de la calle, alquilarnos algo, el segundo paso es estabilizarnos en ese cuarto y buscarnos un poquito, algo más para nosotros, pero ese proceso si nos dijeron que, hasta nosotros enseñarnos de hacer esa costumbre de trabajar y pagar un cuarto va a ser un poquito largo, yo no sabía que era difícil porque por ejemplo yo trabajaba unas cuatro horas y luego ya no quería porque el cuerpo no estaba acostumbrado a hacer eso y como que me desesperaba”</p>
<p>Recaídas del consumo</p>	<p>“Siempre tengo recaídas, hay periodos que puedo estar sin consumir tres días no más, a veces puedo estar una semana o quince días, pero siempre he vuelto a recaer, pero no llego a niveles de lo que era antes.”</p> <p>“he escuchado casos así que dicen hasta el día de hoy fumo, hasta el día de hoy consumo y</p>	<p>“Uno reflexiona y se da cuenta que uno ya no es un muchacho de veinte, veinticinco años, yo quería dejarlo siempre, pero, siempre uno recae, siempre uno dice, ya ya vamos a dejarlo porque ya no quiero esta vida, pero siempre uno</p>

	<p>se han mantenido mucho tiempo así, inclusive han dejado la droga, pero yo creo que son pocos casos, jaja, el resto es caída tras caída”</p>	<p>recae, hasta que una vez sí, lo decidí y lo dejé.”</p>
--	--	---

Tabla 2. Extractos de la entrevista con la psicóloga clínica

Técnicas de rehabilitación	Psicóloga clínica
<p>Psicología clínica</p>	<p>“puntualmente psicología tenía como tres áreas grandes de intervención, la una era intervención en territorio donde nosotros hacíamos recorridos nocturnos, desensibilización, prevención de consumo, solo a través de la visita a las personas habitantes de calle, también teníamos el área de psicoterapia individual, en donde abría historias clínicas, hacía un seguimiento a los pacientes, con una duración aproximada de tres meses, tampoco eran procesos terapéuticos muy largos, salvo casos puntuales como fueron los casos que usted entrevistó, porque ahí si tuvimos la posibilidad de realizar acompañamientos de más de un año, considerando el trabajo con la población, que los procesos no se sostenían mucho, también hay que aclarar, y la tercera era la psicoterapia grupal, que era un grupo que empezamos en el año 2020 con los usuarios que ya asistían regularmente a terapia individual.”</p> <p>“en si los procesos de recuperación con consumidores son complejísimos porque al no tener este lazo social, se vuelve más complejo porque no hay una red de apoyo en donde la persona pueda sostenerse en su proceso de rehabilitación.”</p> <p>“los procesos de rehabilitación buscan ubicar a la persona o que esta se ubique y cree una red de apoyo, sea familiar o sea laboral, sea incluso médica, que tenga un psiquiatra, un</p>

	<p>psicólogo, pero en un paciente de calle es mucho más complejo esto porque están completamente solos y esta gente que los rodea o estos lazos, no sé si como tal es un lazo social pero sus vínculos con otros consumidores y otros habitantes de calle, lo que fomenta es el consumo.”</p> <p>“Yo creo que son posibles, tuvimos estos casos, dos casos, y estamos hablando de miles de personas habitantes de calle y dos casos puntuales en los que se hicieron los procesos y se sostuvieron los procesos y si bien, no se habla de un proceso de rehabilitación completo como tal porque esto tomaría años, seguirá probablemente toda su vida, es posible cuando existan las herramientas, lamentablemente casi no hay, nuestro proyecto duró casi dos años y terminó por un problema con el convenio que se sostenía con el Ministerio de Inclusión Económica y Social y era de los pocos proyectos que ofrecía trabajo social, psicología, alimentación , kits de higiene a los habitantes de calle.”</p> <p>“las dos personas que entrevistaste, creo que esto era lo más fuerte en ellos, el deseo de que ellos estaban listos o estaban preparados para iniciar un proceso, sostener un proceso de rehabilitación, utilizan mucho esta palabra de “salir” porque creo que en este tiempo justo se alinearon su deseo y el respaldo de profesionales, de la institución, recursos no solo económicos sino humanos, sociales, para acompañar esos procesos durante dos años, la psicoterapia individual, grupal y aunque no va mucho con mi línea de trabajo también es importante mencionar, que en la Toca de Asís, también les brindaban acompañamiento espiritual ya que está muy alineado a lo religioso.”</p>
<p>Atención individual</p>	<p>“Tres meses, ese era el tiempo, pero igual había pacientes que por la misma condición de habitantes de calle y en movilidad</p>

	<p>que iban a la apertura de la historia clínica, volvían en dos semanas a una cita, faltaban un mes, entonces era muy poquito lo que se podía solventar.”</p> <p>“es importante destacar que ellos lograron apalabrar muchas cosas, o sea ellos tenían el deseo de transmitir lo que habían vivido, si bien al principio existía este bloqueo de discursos predeterminados en el que decían, si soy un adicto en recuperación, he tenido una recaída, porque muchas de las personas que son adictas ya conocen este discurso de memoria porque han pasado por cientos de psicólogos, cientos de centros, cientos de doctores.”</p> <p>“en algún momento como pasar esta barrera del discurso aprendido y empezaron a profundizar en sus discursos y apalabrar desde sus infancias, entonces ellos empezaban a decir sí, cuando era pequeño y te contaban y te contaban e iban teniendo un relato sostenido, entonces yo creo que ese fue uno de los pasos para que ellos hayan podido progresar en este sentido, era como el deseo de poder hablar.”</p>
<p>Atención grupal</p>	<p>“solo dábamos paso al espacio grupal, a aquellos que ya cumplían con un periodo responsable de aproximadamente dos a tres meses de terapia individual, porque esto daba cuenta de su compromiso con su tratamiento”.</p> <p>“funcionaba una vez por semana, primero funcionó como un espacio de psicoeducación, después se conformó como un grupo de apoyo, al principio era yo quien llevaba la pauta, los primeros meses, yo hablaría de los tres primeros meses, con información muy puntual, que tipos de drogas hay, cual es el proceso del uso, del abuso, a la dependencia, un poquito de información, pero después el grupo se fue consolidando y llegamos a un espacio de psicoterapia grupal, en donde había</p>

	<p>puntualmente actividades y un espacio de reflexión, en donde los usuarios empezaban a tomar un papel más activo.”</p> <p>“Dentro de lo grupal, siempre se trató de buscar formas de expresión, más allá de lo que ya habían podido apalabrar en los procesos individuales y en la primeras sesiones grupales, por ejemplo apostábamos mucho a un tema del arte, hacíamos también el tema de dibujo, pintura, de canto, de escritura, el tema de escritura se sostuvo más de un año, desde cartas, desde diarios de sueños, todo era como un proceso libre de desarrollo creativo, donde después podíamos compartir, y era simpático porque más allá de mi guía como psicóloga, ellos mismos iban acompañando al compañero en su proceso creativo, entonces el uno le decía al otro, si pero te acuerdas que en la anterior carta tu dijiste esto y en el anterior sueño estaba pasando esto, entonces ellos mismos lograban conectar a través del compañero.”</p>
<p>Enfoque</p>	<p>“yo siempre di mucha prioridad a la palabra, que me cuenten sus historias familiares, que ellos mismos vayan llevando, analizando, contando cómo había sido su historia de vida, de sus relaciones, cómo ellos analizaban sus familias, sus vínculos, sus relaciones, que la respuesta estaba dentro de ellos y de su historia y la terapia estaba como este espacio en donde puedan explorar, contar, recontar y resignificar todo lo que habían vivido, todo lo que iban a vivir, sin embargo, quiero aclarar que como tal no fueron procesos de análisis, sino una psicoterapia con cierta orientación psicoanalítica.”</p>
<p>Sustancias</p>	<p>“teníamos mucho consumo de alcohol conocido como guanchaca, que se compraba desde cincuenta centavos la botella y que es un alcohol que también es ilegal porque no es que tiene registro sanitario ni nada, es este elaborado artesanalmente y que te venden de forma ilegal en cualquier</p>

	<p>tienda, incluso ellos llevaban sus botellas recogidas de la basura para que les llenen.”</p> <p>“otra de las sustancias que también consumían es lo que ellos llamaban como polvo, pasta base de cocaína, conocido como basuco, porque la podían comprar desde veinticinco centavos, entonces esta droga tan basura que es la más accesible para ellos.”</p> <p>“también teníamos un grupo de personas consumidoras de cemento de contacto, de hecho, de este grupo es el que yo te conté que iban en la tercera generación en calle, por el daño tan violento que te produce esto a nivel físico y emocional obviamente, entonces es este grupo de cemento de contacto y también teníamos este tema del policonsumo, que consumían todo.”</p> <p>“cuando había policonsumo decían, ok, voy a dejar el polvo, solo voy a continuar con el alcohol, o voy a dejar el polvo, pero voy a sostener la marihuana, porque no puedo dejar todo, entonces ahí se complejizaban los procesos de rehabilitación de policonsumidores.”</p>
Talleres laborales	<p>“Estos espacios como el taller de panadería, nosotros más allá de la inserción laboral que es muy complejo que pase, hablábamos de espacio de reducción del daño, mientras ellos están en el espacio de panadería, no están en situación de calle, no están expuestos al consumo de sustancias, entonces es como este doble sentido.”</p>

Tabla 3. Temáticas expuestas para la discusión

CATEGORÍAS	TEMÁTICAS
Sufrimiento por el habitad en calle	Discriminación, prejuicios, pobreza extrema, falta de vivienda.

Situación traumática	Vivencias dolorosas pasadas, rechazos familiares, enfermedades catastróficas, duelos familiares, depresión.
Lazo social y soledad	Amistades como los desencadenantes para el consumo de sustancias, alarmante soledad, pérdida del contacto con familiares.
Consumo de sustancias	Malas decisiones, venta de las posesiones materiales para la compra de las sustancias psicoactivas, aumento progresivo del consumo, lagunas mentales, el consumo como forma de olvidar sus situaciones pasadas y presentes.
Tipos de sustancia	Pasta base de cocaína o “polvo” y alcohol o “guanchaca”
Adicción y A-dicción	Desencadenantes emocionales, consumo irracional, pérdida de la posición de sujetos deseantes, pasaje al acto.
Reinserción social	Proceso lento, contactar nuevamente con su familia, comenzar con actividades laborales, alquilar una habitación.
Deseos de rehabilitación	Cansancio de su condición, la cercanía a la muerte, buscar ayuda de profesionales.
Efectos de la rehabilitación	Trabajo psicológico, aceptarse sin prejuicios ni culpas, recibir sentimientos positivos de los demás, recibir una adecuada psicoeducación para el manejo de los síntomas producto de la abstinencia.
Recaídas del consumo	Altísima posibilidad de recaídas del consumo, pero con probabilidades de tener un menor grado del pico mas alto de consumo.
Técnicas de rehabilitación	Campo de acción de la psicología clínica, intervenciones individuales y grupales, psicoanálisis como enfoque de trabajo, talleres laborales.

Sufrimiento por el habitar en calle: dentro de esta categoría los participantes arrojaron algunos temas que vivieron de su experiencia en calle y en especial abordaron temáticas por la que sufrían y estas son, el ser discriminado y los prejuicios que sentían provenientes de las personas que demostraban rechazo por la falta de higiene y por la extrema pobreza, incluso uno de los entrevistados mencionó que se vio afectada su autoestima debido a que se sentía sucio y oloroso, mientras que el otro entrevistado mencionó la inestabilidad de tener un lugar para pernoctar, ya que eran desalojados en cualquier momento, volviendo muy complicado el establecerse en un lugar fijo, además, menciona los peligros que corría estando en calle y de lo cual no fue consciente hasta cuando logró salir de esa situación.

Situación traumática: en esta categoría se puede observar cómo acontecimientos vividos que fueron dolorosos para los sujetos, se convirtieron en los propulsores de su situación en calle, el participante 1 menciona que las vivencias dolorosas que vivió durante su adolescencia debido a su orientación sexual, le marcaron profundamente en su psique, debido a que se sentía reprimido desde muy temprana edad debido a los prejuicio y al dolor que sentía por ser rechazado por su propia familia y por las personas de su ciudad, estos acontecimientos lo impulsaron a irse a vivir a otro país y posteriormente se aumentó el hecho del contagio de una enfermedad peligrosa como el VIH, ocasionó un alarmante agravamiento de los malestares sintomáticos como la posterior adicción al consumo de pasta base de cocaína, lo que le produjo el habitar de calle. El participante 2 por otro lado mencionó la muerte de su madre como un detonante para el desarrollo de una posible depresión, que lo llevó a caer en la adicción por el consumo de alcohol, y esto a su vez fue acabando con la relación sentimental que tenía con su pareja y de sus actividades laborales, para tener como resultado la pérdida de todo y terminar siendo un habitante de calle. Estas vivencias nos permiten ver como acontecimientos que resultan ser dolorosos para las personas pueden causar graves daños si no son tratados a tiempo.

Lazo social y soledad: para esta categoría los dos participantes mencionaron que fueron sus lazos sociales que tenían los que los llevaron a consumir desde un primer momento, y una vez inmersos en el consumo regular de las sustancias psicoactivas y del habitar en las calles, se quedaron en una alarmante soledad, que además de perder los lazos con las personas que los condujeron al consumo, también habían perdido el contacto y la comunicación con sus familiares. Lo que resulta llamativo de estos dos casos, es que al parecer la soledad depende mucho de la sustancia que se ingiera, ya que si bien sería imposible generalizar, al menos se pudo observar en estos dos casos que el consumidor de alcohol estaba con un grupo de consumidores que se reunían regularmente para continuar con esta actividad, ya que el alcohol se considera culturalmente como una sustancia social, mientras que el consumidor de “polvo” narra que el comienzo del consumo se debió a sus amistades, sin embargo, tiempo después logró alejarse de ellos pero continuó con el consumo, por lo que el lazo social desarrollado en el consumidor de alcohol, pudo convertirse en un obstáculo para la rehabilitación debido al soporte que le podía generar estas interacciones con otras personas, sin embargo, fue justamente el consumidor de alcohol el que pudo dejar definitivamente el consumo y que posiblemente su éxito se encontraría en las diferentes potencias que tiene cada una de las sustancias a nivel neuronal.

Consumo de sustancias: el participante 1, mencionó el serio daño que sufrió por el consumo de la sustancia, dijo que le había impedido estudiar y trabajar, comprobando también el deterioro cognitivo fruto del consumo, ya que no existía una percepción adecuada de su realidad, acompañada por lo que se puede nombrar como “malas decisiones”, ya que vendía todas sus posiciones materiales para poder seguir consumiendo debido a que ya se había generado una dependencia de la sustancia.

Con el participante 2 se puede notar el aumento progresivo de la dependencia a la sustancia, ya que menciona como en pocos años la situación de consumo se convirtió en crónica, y también menciona las lagunas mentales que vendría a ser el efecto más destacado del consumo de alcohol, pero lo interesante es que menciona

que deseaba no saber nada de su vida anterior, reforzando la idea del consumo a manera de herramienta para olvidar las situaciones traumáticas.

Tipos de sustancia: los sujetos mencionaron que consumían dos tipos de sustancias, el participante 1 consumía pasta base de cocaína o “polvo”, mientras que el participante 2 consumía alcohol.

Adicción y A-dicción: en esta subcategoría el participante 1 dijo que el agravamiento de la adicción al consumo, se debió por enfrentarse a la realidad de la enfermedad que le diagnosticaron, lo que le hizo perder todo sentido de sobrevivencia, expresándose en un consumo irracional, abandonando cualquier posibilidad de deseo que lo mantenga en una posición de sujeto, y llegando a cometer un claro pasaje al acto, como fue el realizar muchas acciones que sabía que lo iban a matar, también menciona la importancia de las personas que lo veían y juzgaban, ya que la desaprobación general de su imagen y su persona lo “hundían”, quitándole esta posición de sujeto para colocarlo en la posición de objeto de desecho y de rechazo.

El participante 2 por otro lado no mencionó esta parte del sentimiento de rechazo que sintió durante su periodo de habitar en calle, ya que dijo tener muy poca conciencia en esa época, volviendo a demostrar en este caso el abandono del posicionamiento de sujeto deseante, por el posicionamiento de un objeto de consumo, sin voluntad, ni memoria.

Reinserción social: la reinserción social de nuestros participantes la relatan como una escalera, la cual fueron recorriendo lentamente con pequeñas acciones, el participante 1 menciona un nuevo contacto con su familia en Uruguay, que lo impulsó a buscar la manera de ir trabajando para en un futuro poder regresar a su país y trabajar con su hermano, y teniendo esta meta en mente, pudo ir trabajando vendiendo fundas de basura en buses, para posteriormente alquilarse un cuarto y salir del habitad de calle, así mismo, el participante 2, describe con más detalles cómo inició vendiendo fundas de basura y luego cambió su actividad por vender cables y objetos electrónicos hasta que consiguió alquilar un cuarto y dejar su

situación de calle, y aunque los dos mencionan no tener trabajos estables y que en algunas ocasiones deben recurrir a la mendicidad, han podido pasar de ser habitantes de calle, a personas en situación de calle, lo que marcaría la mejora por el hecho de que ya cuentan y pueden mantener una vivienda.

Deseos de rehabilitación: el participante 1 comentó que llegó hasta el punto de sentir un cansancio total de su condición, menciona que se cansó de estar sucio, de que la gente lo vea mal y lo juzgue por su apariencia, además que al ver la decadencia física a la que había llegado, decide realizar cambios a su vida, ya que se da cuenta que se está muriendo y su instinto de sobrevivencia mueve el deseo por salir de su situación y buscar una rehabilitación. El participante 2 menciona que su cansancio estaba relacionado más al tema de la comida, ya que debido al nulo consumo de alimentos, casi pierde la vida en varias ocasiones y es este cansancio de sentir hambre y de verse tan cerca de la muerte que lo lleva a buscar la ayuda de profesionales que le permitan dar los pasos para su rehabilitación.

Efectos de la rehabilitación: el participante 1 nos cuenta parte del proceso que tuvo que pasar para alcanzar la reinserción social, y una de las más importantes es la ayuda psicológica con énfasis en la atención individual; pudo contar como para él, el poder encontrar un espacio para ordenar su discurso y trabajar a nivel psicológico sobre sus malestares, le ayudó a aceptarse a sí mismo sin prejuicio ni culpas, aumentando el sentimiento de bienestar producto del afecto y respeto que le brindaban los hermanos de la Toca de Asís, quienes le aportaron además una orientación religiosa y laboral a través de talleres de panadería. Por otro lado, el participante 2, hizo énfasis sobre la psicoeducación que recibió como parte de su participación en las intervenciones grupales, y destaca el hecho de que pudo conocer de manos de los profesionales los síntomas que estaba sintiendo derivados de la abstinencia, como la desesperación, los movimientos corporales, la depresión y asimismo conocer las estrategias sobre el manejo de los síntomas, el consumo y posibles recaídas del consumo.

Recaídas del consumo: con esta categoría existió una diferencia notoria entre los dos participantes y es que el participante 1 no ha podido dejar el consumo de

“polvo”, ya que mencionaba que lo máximo que puede dejar de consumir son unos quince días, pero siempre recae en el consumo, con la característica de que ya no llega a los niveles de consumo anteriores como cuando era habitante de calle, sin embargo, el participante 2 menciona tener un caso exitoso de rehabilitación del consumo del alcohol, y del logro de llevar dos años sin consumir la sustancia.

Técnicas de rehabilitación: para poder trabajar sobre esta subcategoría, se realizó una entrevista a la psicóloga clínica que trabajó con los dos participantes de la investigación, de donde salieron algunos temas relevantes y que se obtuvieron gracias a que ella pudo contar su experiencia acerca del trabajo de rehabilitación de los sujetos en cuestión.

Psicología clínica: para comenzar la psicóloga explicó los alcances de la labor de la psicología clínica dentro de la institución, las cuales eran: intervención en territorio, intervenciones individuales e intervenciones grupales; en las intervenciones en territorio, los profesionales realizaban labores extra murales en donde iban a brindar atención junto al equipo multidisciplinario de trabajo, a los habitantes de calle en sus lugares de estancia.

Las intervenciones individuales se caracterizaban por tener una duración aproximada de tres meses, salvo en casos extraordinarios en donde se veía un verdadero compromiso por parte de los pacientes, sin embargo, era complicado mantener procesos ya que según la psicóloga, asistían a una sesión y faltaban un mes, sin embargo, comentaba que era importante destacar que la mayoría de los usuarios presentaban un discurso aprendido de memoria, debido a que la mayoría de usuarios estaban acostumbrados a tener atenciones médicas y psicológicas, por lo que muchos ya usaban una terminología como “he tenido una recaída” o “soy un adicto en recuperación”, pero atravesando esa barrera, se hacía notorio el deseo que tenían cada uno de ellos para poder hablar y contar sus experiencias de vida que por años habían callado.

Y como último nivel de intervención se encontraba la intervención grupal, en donde accedían solamente los usuarios que ya tenían una constancia dentro de los

procesos individuales, la psicóloga contaba cómo este espacio se fue creando poco a poco, ya que la idea primaria era brindar un espacio de psicoeducación, en donde se les pudiera explicar a los usuarios de manera teórica los efectos de las sustancias, los pasos del consumo y del abuso y la abstinencia; pero al pasar del tiempo, nos contó que el grupo se fue consolidando y a demandar un trabajo terapéutico grupal, en donde la psicóloga utilizó varias estrategias enfocadas más en la expresión artística, debido a que esta era la manera más exitosa para lograr una apertura de su creatividad y expresión de ideas y sentimientos con la ayuda de la experimentación con el dibujo, la pintura, el canto, la dramatización y la escritura, en esta última, se utilizaron recursos como la escritura de cartas, diarios o registros de sueños, y al momento de compartir los registros escritos en el grupo, existía un análisis, apoyo y un acompañamiento por parte de los compañeros del grupo.

En donde se realizó un énfasis importante fue en indicar la complejidad que existe en el trabajo con esta población, debido a la escasa red de apoyo con la que cuentan estas personas, por lo que se vuelve un objetivo de la intervención el lograr conseguir una red de apoyo para cada uno, aunque esta sea una red de médicos y profesionales que le ayuden a salir de esa posición y así mismo evitar el contacto con otros consumidores que promuevan la continuidad del consumo de sustancias.

En la entrevista la psicóloga mencionó que realmente es posible un trabajo de rehabilitación con los habitantes de calle, y si bien el trabajo que se puede realizar es muy reducido, ya que una verdadera rehabilitación podría demorar años, las posibilidades de ayuda que proveen estos programas, llegan a cambiar vidas, ya que se deben alinear varios aspectos como el deseo propio de la persona por salir de su condición y la ayuda de profesionales e instituciones, por lo que sí se puede realizar una adecuada reinserción de esta población en la sociedad.

Un aspecto importante que se mencionó en la entrevista es que, dentro de las atenciones de la Toca de Asís, los usuarios también recibían una asesoría espiritual, que iba dirigida siguiendo el enfoque de la institución religiosa y de la orden religiosa que lideraba el proyecto, esta asesoría vendría a sumarse a los trabajos realizados desde la psicología clínica para alcanzar el bienestar de las personas.

Enfoque: lo que respecta al enfoque teórico que utilizaba la psicóloga para trabajar en estos casos, mencionó que realizaba psicoterapia con cierta orientación psicoanalítica, ya que por la naturaleza propia del trabajo con esta población, era muy complejo abrir espacios de análisis como tal, debido a que muchos no regresaban a sus sesiones, pero el tratamiento psicológico individual, se centraba en brindar a los usuarios, ese espacio abierto para la expresión de la palabra que tanto necesitaban, un espacio en donde podían trabajar sobre sus historias, y de los acontecimientos que los llevaron a encontrarse en esa posición y de tal manera lograr una resignificación de sus vivencias para interiorizar un aprendizaje de sí mismos y lograr tener un desarrollo personal, además que a través de la atención psicológica con el enfoque psicoanalítico, se lograba sacar a estas persona del posicionamiento psíquicos que se encontraban como objetos de desecho de la sociedad, ya que es mediante la palabra, que una persona puede ejercer su posicionamiento de sujeto deseante, ya que sale del mutismo que lo obligó la soledad extrema producto de la adicción a las sustancias psicoactivas y el habitad de calle.

Sustancias: desde la entrevista realizada a la psicóloga, pudimos ver las sustancias más usadas por los usuarios de la Toca de Asís, por parte del alcohol tenían a la denominada “guanchaca” que es un licor artesanal sin registro sanitario, también estaba la pasta base de cocaína o también llamada “polvo o bazuco” y por ultimo los consumidores de cemento de contacto, todas estas sustancias tenían la características de ser muy baratas en el mercado, costando desde veinticinco a cincuenta centavos de dólar y que son consideradas como un producto basura que genera mucho más daño a la salud de quienes lo consumen. También se pudo conocer de otro grupo, ellos eran los policonsumidores, quienes consumían de forma problemática más de una sustancia, por lo que complejizaba los programas de rehabilitación, ya que, al momento de desintoxicarse, elegían detener el consumo de una única sustancia, pero continuar con la otra.

Talleres laborales: una de las técnicas para la rehabilitación que más llamó la atención eran los llamados talleres laborales, en donde desde la institución

ayudaban con profesionales de diferentes áreas para brindar talleres como el de panadería, con el fin de enseñar al habitante de calle un oficio, para que de esta manera logre obtener un empleo y facilitar su proceso de reinserción, sin embargo, la psicóloga dijo que debido al estado en el que se encuentran muchos de los usuarios, es complicado que se obtenga este objetivo, pero lo que buscaban a través de estos talleres, era conseguir una disminución de la exposición a los espacios de consumo, ya que al asegurar un mayor tiempo de estadía de los usuarios en la institución, disminuía el tiempo en el que podían estar en calle consumiendo.

6. Conclusiones

- La complicada situación de los habitantes de calle, es el desenlace de varios acontecimientos difíciles en la vida de las personas, si bien dentro de la psicología es difícil generalizar, pudimos ver como los dos participantes comenzaron teniendo problemas psicológicos causados por conflictos familiares y emocionales, por lo que, desarrollaron un consumo problemático de alguna sustancia, promovido por influencias sociales y a manera de estrategia para olvidar estas situaciones traumáticas, que en algunos casos fueron rechazos o duelos, por lo que en un ascenso de consumo, fueron perdiendo el control sobre ellos mismos y se quedaron en completa indefensión, sin hogar, sin lazos sociales saludables y duraderos y con un deterioro muy grave de la salud física y mental.
- Tanto el alcohol como la pasta base de cocaína, son sustancias psicoactivas potentes que pueden generar una adicción que resulte determinante para un desmoronamiento de la psique y del posicionamiento psíquico de un ser humano.
- Es posible una reinserción social en habitantes de calle, pero se deben contar con varios aspectos importantes, primero debe existir el deseo de la persona por salir de esa situación, el consumidor debe desear poder entrar en un proceso de rehabilitación y debe adherirse a un programa de ayuda integral, en segundo lugar, deben existir centros de ayuda social, y proyectos de instituciones públicas y privadas destinadas a dar atención integral a los habitantes de calle, en donde se les brinde alimentación, espacios para la higiene personal y chequeos médicos y atención psicológica que aseguren una disminución del consumo de la sustancia psicoactiva y que les ayude con el afrontamiento de los síntomas de la abstinencia.
- Dentro de la atención psicológica, es preciso que los profesionales brinden atención individual y grupal, ya que es justamente la atención individual, la que trata de primera mano los problemas personales que llevaron a la persona a estar en esa situación y con el apoyo de las intervenciones grupales, se logra

consolidar un grupo de apoyo de personas que se encuentran en situaciones similares para que dentro de estos grupos se forme un ambiente de confianza y confidencialidad que les permita abrirse a una expresión emocional sin miedos ni temores al rechazo social.

- Gracias a la experiencia de quienes participaron en esta investigación, podemos concluir que el enfoque psicoanalítico, funciona y resulta exitoso para las intervenciones con la población de habitantes de calle en situación de consumo de sustancias psicoactivas, debido a que, con este enfoque se busca la expresión y la elaboración discursiva de los usuarios o pacientes, lo que ayuda enormemente al bienestar mental de personas que por años han sido silenciadas debido a su soledad.

Recomendación

Es necesaria la intervención de un trabajo ético de los profesionales de la salud mental con esta población, y que, además, estamos en la obligación de visibilizar estas problemáticas y proponer y exigir a las autoridades ya sean municipales o gubernamentales, que se creen y se sostengan programas que atiendan de manera urgente a estas personas, quienes se merecen un trato justo para así mejorar sus precarias condiciones de vida. |

Referencias

- Alfonso R, Ó.,A., Rafael A Barrera, G., I, B. F., Pedro, C, C. C., Diana, & Garzón B, L.,C. (2019). *El ciclo mortal de los habitantes de calle en Bogotá. teorías, olvidos, políticas y desenlaces fatales*. Revista De Economía Institucional, 21(41), 99-131. doi:<https://doi.org/10.18601/DOI:%2010.18601/01245996.v21n41.05>
- Braunstein, N. (2006). *El Goce. Un concepto lacaniano*. 2da edición. Bueno Aires. Siglo XXI
- Cáceres Alvarado, J. L. (2018). *El sujeto como objeto de la toxicomanía: una aproximación desde la clínica psicoanalítica*. Affectio Societatis, 15(29), 192-212. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/el-sujeto-como-objeto-de-la-toxicomanía-una/docview/2138012243/se-2>
- Chemama, R. (1998). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Erazo, E. D., & Jeffri Alexander Zúñiga Urriago. (2018). *Adicción y deseo: el desanudamiento del sujeto*. Affectio Societatis, 15(29), 107-127. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/adicción-y-deseo-el-desanudamiento-del-sujeto/docview/2138009984/se-2>
- Freud, S. (1992). *El malestar en la cultura (1930[1929])*. En *Obras Completas: El porvenir de una ilusión. El malestar en la cultura y otras obras (1927-1931)*. Vol. XXI (págs., 57-141). Buenos Aires: Amorrortu.
- Grau-López, L., Roncero, C., Daigre, C., Gonzalvo, B., Bachiller, D., Rodriguez-Cintas, L., ... & Casas, M. (2012). Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones*, 24(2), 115-122.
- INEC. (2022). Encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo (ENEMDU), Junio 2022.
- MIES. 2021. *Norma técnica para el servicio de atención a personas habitantes de calle*. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/2022-03/EcuadorAnnex4.pdf>
- Murcia, M. d. P., & Orejuela, J. J. (2014). Las comunidades teoterapéuticas y psicoterapéuticas como tratamiento contra la adicción a SPA: Una aproximación a su estado del arte. *Revista CES Psicología*, 7(2), 153-172.

<https://www.proquest.com/scholarly-journals/las-comunidades-teoterapéuticas-y/docview/1660769132/se-2?accountid=32861>

Naranjo, G. (2012). *Trayectoria. 20 años de transferencia de trabajo con la Asociación Lacaniana Internacional*. Rayuela Editores.

RAE (2021). *Diccionario de la lengua española*. Edición del tricentenario. Actualización 2021. <https://dle.rae.es/dicci%C3%B3n?m=form>

Rosa, P. C. (2011). *“Excluido por excelencia”: revisiones de un concepto para el caso de los habitantes de la calle*. *Revista De Estudios Regionales Y Mercado De Trabajo*, (7), 185–196. Recuperado a partir de <https://www.rer.fahce.unlp.edu.ar/article/view/rermt07a08>