



EL COLEGIO DE MICHOACÁN, A.C.
CENTRO DE ESTUDIOS ANTROPOLÓGICOS

***JUEGOS DE VOLUNTADES: EL TRATAMIENTO DE LAS
ADICCIONES EN MÉXICO***

Tesis que para optar al grado de
Doctor en Antropología Social

Presenta
Jesús Rogelio Córdova Nava

Director: Rihan Yeh
Lectores: Gail Roberta Mummert Fulmer
José Palacios Ramírez

Zamora, Michoacán, 20 de marzo del 2018

Para Alma

Agradecimientos

Quiero agradecer al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por haber apoyado con su beca de posgrado para la realización de mis estudios y la concreción de este trabajo.

Agradezco a mi familia y amigos por su constante apoyo, por su acompañamiento, y por sus constantes enseñanzas. Espero que esos procesos de aprendizaje continúen y nos permitan rendir frutos por muchos años más.

Debo un profundo agradecimiento a mi comité de tesis. A mi directora Rihan Yeh pues gran parte de lo aquí plasmado es producto de las incontables asesorías, de su involucramiento y compromiso con el proyecto, y de su sobresaliente creatividad académica y pasión por la antropología. Precio enormemente su generosidad y lucidez intelectual para continuamente direccionar con precisión mis inquietudes, y su constante impulso por motivarme para ir siempre un paso más adelante. A Gail Mummert por su paciencia, rigurosidad y orientación, así como por su compromiso conmigo y con la investigación. A José Palacios por su disponibilidad, apertura y empatía, así como por los constantes diálogos e intercambios. De todos ellos agradezco su atenta lectura y su mirada constructiva y crítica. Sin ustedes este trabajo no sería lo que es. Les agradezco por nunca dejar de ser un ejemplo.

Al Centro de Estudios Antropológicos y a El Colegio de Michoacán, al núcleo académico y al personal administrativo por su constante apoyo, intercambios y enseñanzas.

A mis compañeros de generación por ser constantemente un impulso para continuar con mi proceso formativo y por su sed de desarrollo intelectual que contagiaron en mí. Principalmente a Victoria, Iliana, Virginia, Elena, Gustavo y Luis, que en distintos momentos contribuyeron a revisar mis borradores dándome sus opiniones, críticas, comentarios y recomendaciones.

Agradezco a la Dra. Horacia Fajardo por su hospitalidad y su apoyo durante la etapa inicial de mi escritura de Tesis, y al Colegio de San Luis por recibirme y abrirme las puertas de su institución.

Al Dpto. de Antropología de UC Berkeley le agradezco haber abiertos sus puertas para continuar con mis estudios y con la elaboración de mi tesis. A Stanley Brandes, por su inmenso apoyo durante mi estancia en UC Berkeley, sus comentarios constructivos y sus propuestas para mejorar el contenido y la forma de presentación de este trabajo. Por ser un excelente anfitrión y por su interminable bondad y generosidad. A Nancy Scheper-Hughes por darme la oportunidad de seguir aprendiendo de discusiones de profunda relevancia para la antropología médica, por su dadivosidad intelectual y por la inspiración antropológica que continúa brindando. A Roland S. Moore del Prevention Research Center, por permitirme conocer su centro de investigación y por compartirme su trabajo. A Anna Pagano que amablemente me presentó el mundo de los anexos en el área de la bahía. A Katia y Nick, por su hospitalidad, aceptarme como parte de su familia y reafirmarme que el calor de hogar se puede encontrar a muchas millas de distancia de casa. Su dadivosidad, empatía y comprensión serán siempre un tesoro para mí. A Ouahiba y Brian, y Toño y Emma, por su apoyo en la concreción de una de mis etapas de escritura que de otro modo hubiera sido prácticamente imposible realizar. A Meg, por su amistad y por proporcionarme herramientas para aquellos “bloqueos creativos”, y a Gerardo y Thalia por su amistad, hospitalidad y buena vibra durante mi visita al área de la bahía.

Agradezco al programa de becas Cruz del Sur y al Dpto. de Ciencias Políticas y Administración Pública de la Universidad de Murcia por apoyar mi estancia de investigación en Murcia. Especialmente quiero agradecer a Antonia Martínez, a Ismael Crespo y a Constanza Saavedra por su hospitalidad y apoyo. A Mari Carmen y Eugenio por recibirnos con los brazos

abiertos y ofrecernos calor de hogar. A Sarah y a Claire por compartir el día a día.

A todas las personas que participaron en las distintas etapas y momentos de esta investigación. Ellos y ellas son coproductores de este trabajo y sin su aportación esto nunca se hubiera podido haber realizado. Agradezco especialmente a los directivos y autoridades de las instituciones y a aquellas personas que abrieron sus vidas compartiendo sus experiencias y sentires. Agradezco su constante apoyo y su entrega desinteresada.

Finalmente te agradezco Perla. Por tu paciencia, comprensión, y complicidad. Siempre por tus palabras de aliento, que hasta en los momentos más difíciles encontraban la manera de motivarme. Te agradezco por tu sonrisa, beso y abrazo, por estar y por ser. Todo mi amor y mi más profundo e interminable agradecimiento.

Abreviaciones y Acrónimos

AA	Alcohólicos Anónimos
CAPA	Centros de Atención Primaria en Adicciones
CECA	Consejo Estatal Contra las Adicciones
CIJ	Centros de Integración Juvenil, A.C.
CENADIC	Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones
CONADIC	Consejo Nacional Contra las Adicciones
CRC	Centro de Rehabilitación Cristiano
CT	Comunidad Terapéutica
EBCO	Estudio Básico de Comunidad Objetivo
ENA	Encuesta Nacional en Adicciones
ICD	Clasificación Internacional de Enfermedades (siglas en inglés)
ONG	Organización No Gubernamental
OSC	Organización de la Sociedad Civil
s/e/a	Procesos de salud, enfermedad, atención
SISVEA	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones
SLP	San Luis Potosí
SSA	Secretaría de Salud

Índice

Agradecimientos	3
Abreviaciones y Acrónimos	6
Índice.....	7
Prefacio	10
Introducción	16
1. Obertura de una investigación antropológica	23
2. Suplementaridad y gasto improductivo en la biopolítica de las adicciones.....	36
3. México, San Luis Potosí y la atención a las adicciones.....	55
4. Estructura de la tesis.....	63
Capítulo 1. Despliegue del dispositivo terapéutico de atención a las adicciones	67
1.1. El adicto y la atención a las adicciones	69
1.2. Políticas de drogas y de atención a las adicciones.....	73
1.3. Surgimiento de instituciones terapéuticas	77
1.4. Trayectorias y emergencias institucionales frente a las políticas públicas	82
1.5. Panorama actual del dispositivo terapéutico.....	92
1.6. Acercamiento etnográfico al dispositivo terapéutico.....	97
a. Centro de Integración Juvenil.....	98
b. Anexo y Anexo de puertas abiertas	103
c. Centro de Rehabilitación Cristiano.....	111
d. Clínica privada	116
1.7. El complejo entramado del dispositivo terapéutico.....	124
Capítulo 2. Técnicas para la transformación de sí mismo (del yo) en el dispositivo terapéutico para la atención a las adicciones.....	129
2.1. Communitas normativa e institución total.....	131
2.2. Trabajo, disciplina, y obediencia: para ser un buen cristiano	140
2.3. “Háblame de ti y de lo que has hecho”: el Anexo y los adictos en recuperación	153
2.4. “El show de la locura”: polarización del dispositivo terapéutico para las adicciones	169
2.5. Paradojas y tensiones del dispositivo	174
Capítulo 3. Influencias religiosas y el “poder superior”	179
3.1. Mito de origen	182
3.2. Protestantismo en Alcohólicos Anónimos.....	188
3.3. “No somos una religión”	194
3.4. De conocer a Dios a encontrarse con un Poder Superior.....	199

3.5.	Paralelismos del programa los doce pasos con el catolicismo-cristianismo	207
3.6.	Religiosidad en el dispositivo terapéutico y juegos de voluntades.....	219
Capítulo 4. Aceptar la adicción y la pragmática de la conversión religiosa		223
4.1.	Bill W. y la repetición de la experiencia espiritual.....	224
4.2.	Miedo y Orgullo: impedimentos para aceptar un poder superior	235
4.3.	Llevar el mensaje	241
4.4.	Manifestaciones cotidianas de Dios, la “práctica del programa” y el “despertar espiritual” 248	
4.5.	Eficacia del proceso de conversión	259
Capítulo 5. El adicto y la patologización de la vida cotidiana.....		266
5.1.	Somos enfermos emocionales	268
5.2.	Todos, potencialmente, tenemos un adicto o a un ingobernable en casa.....	273
5.3.	Voluntades en juego: Autorización para la intervención y vicisitudes del internamiento involuntario	285
a.	La ingobernabilidad como patologización de la vida cotidiana.....	288
b.	Imposiciones de internamiento, o la importancia de obligar al enfermo a internarse.....	294
c.	Hacerse responsable. La ilusión de la reapropiación de la voluntad	298
5.4.	Cárcel, locura o muerte	302
5.5.	Los adictos y el mercado de atención a las adicciones	308
5.6.	El carácter expansivo del dispositivo terapéutico.....	313
Conclusiones		316
Apéndices.....		324
Bibliografía		331

Because it does this, medical practice inevitably produces grotesque mystifications in which we all flounder, grasping ever more pitifully for security in a man-made world which we see not as social, not as human, not as historical, but as a world of *a priori* objects beholden only to their own force and laws, dutifully illuminated for us by professional experts such as doctors.

(Taussig, 1992:89)

Prefacio

Al inicio de mi trabajo de investigación de posgrado, hace casi 6 años, tenía diversas inquietudes con respecto al tema que aquí desarrollo. En primer lugar me llamaba mucho la atención cómo, en un país seriamente afectado por la guerra contra las drogas, había un aumento gradual y significativo en el consumo de sustancias. La opinión pública ha visibilizado la transformación de México de ser un país de paso de sustancias ilícitas a uno de consumo. El alcohol y tabaco, tipificadas como drogas legales, siguen siendo las sustancias número uno de consumo en México y las principales causantes de enfermedades y muertes. Simultáneamente los saldos de muertes y otras acciones vinculadas con el crimen organizado y la militarización de las calles dejan claro, más que nunca, que el paradigma prohibicionista nunca funcionó y que la guerra contra el narcotráfico no detiene el consumo de sustancias.

La gran paradoja a la que nos enfrentamos es que existe una gran inversión de presupuesto público destinado a la guerra contra las drogas y el narcotráfico; mientras hay pocos recursos enfocados a la prevención y al tratamiento de las adicciones. Sin embargo, simplemente poniendo un poco de atención en las calles, los espacios para atender las adicciones están multiplicándose. Esto contradice las decisiones y acciones de las instituciones del Estado mexicano que priorizan la guerra armada, militarizada y abierta contra el narcotráfico; muestra que la población está teniendo necesidades y tomando acciones para ofrecer atención, con medidas de prevención y tratamiento a aquellos que presentan un consumo problemático de sustancias.

La rápida y reciente proliferación de espacios para el tratamiento de las adicciones son una inquietud innegable para mis intereses antropológicos. Junto con este fenómeno busco entender cómo es que se ha construido la idea de adicción y cómo ésta se concibe como una

enfermedad, caracterizada por la pérdida de la voluntad del individuo. Esto implica una desarticulación de su entorno social, y una pérdida para la sociedad en tanto que sólo existe para su consumo, no aporta nada productivo, y en algunos casos su existencia se percibe como una amenaza al contrato social. Estas inquietudes han guiado mis incursiones etnográficas sobre el tema.

Cuando inicié mi trabajo de campo me percaté de que existe una oferta variada de atención a las adicciones; integrada por una diversidad de instituciones especializadas y con distintos modelos para el tratamiento. Esto inmediatamente generó múltiples preguntas en dirección al impacto de los tratamientos, a las transformaciones deseadas y logradas en las personas intervenidas, y a los efectos inesperados de las intervenciones. Estas instituciones son claramente escenarios de relaciones de poder: por un lado, las instituciones y sus actores se encuentran en pugnas para legitimar y/o poner en entredicho sus prácticas; por otro lado, el usuario de sustancias es sometido a un régimen de rehabilitación bajo la mirada de los especialistas.

Al inicio de mi investigación me enfoqué en dos objetivos: las contraposiciones y afirmaciones de dos modelos de atención que rigen gran parte de la oferta contemporánea en atención a las adicciones en México; y en entender algunos de los efectos inesperados de la atención a las adicciones que permanecen invisibles frente a la opinión pública que enfatiza la necesidad de fortalecer un paradigma de salud pública y los esfuerzos existentes. Era un ejercicio crítico por comprender cómo se configura políticamente, en el ámbito de las adicciones, la atención a la salud y cómo se producen fenómenos inesperados dentro del enfoque de las adicciones como problema de salud pública. Tres instituciones de atención a las adicciones estaban integradas a mi análisis. El primero es un centro de rehabilitación para personas

internadas en contra de su voluntad. El segundo es de internamiento voluntario y de puertas abiertas. El tercer centro de rehabilitación, depende de fondos gubernamentales, que a diferencia de los anteriores solo brinda atención ambulatoria en su sede de San Luis Potosí¹. Conforme conocía que la oferta de atención a las adicciones era más amplia, me propuse que este trabajo pudiera dar cuenta de esa amplia oferta en la misma ciudad.

Para la investigación me parece fundamental comprender cómo se conforma la figura del adicto, como algo emergente en el mundo contemporáneo, entendido como un problema social susceptible de intervenciones que buscan su restablecimiento a cierta “normalidad”. El adicto como centro del desarrollo, crecimiento y multiplicación de ofertas terapéuticas cambiantes y multifacéticas, así como la articulación de estas ofertas entre sí, son fundamentales. Las instituciones no sólo son una variedad de opciones en tensión y disputa, sino sitios en donde se promueven distintas formas de ser adicto y de ser adicto en recuperación.

El presente trabajo busca, a partir de concebir al adicto como un paradigma de la construcción del sujeto moderno, arrojar luz a los procesos de producción de subjetividades en el marco neoliberal contemporáneo. Los esfuerzos de rehabilitación de las adicciones son ejemplares en términos de la construcción del sujeto moderno, quien, siguiendo a Derrida (1986), se construye con base en mediaciones suplementarias que mantienen la ilusión de que en él existe una esencia. La caracterización derridiana del sujeto moderno es el ejemplo ideal para entender cómo se construye al adicto como un objeto de intervención en México.

El objetivo central es comprender el fenómeno en dos sentidos: 1) ¿cómo, actualmente en SLP, a través de las instituciones se construye al adicto y se le cosifica como un sujeto susceptible de intervenciones terapéuticas?; 2) ¿Qué efectos tienen estas intervenciones en la

¹ Atención ambulatoria es un término utilizado por los médicos o especialistas en la salud para definir un tipo de atención en el que el paciente o enfermo no necesita una cama hospitalaria o algún tipo de internamiento para su atención, tratamiento y recuperación.

reconstrucción del yo? Estos cuestionamientos, por una parte, permiten dialogar con la literatura que se ha escrito recientemente, desde la antropología, sobre las adicciones. Por otro lado, permite dialogar con una crítica a la filosofía occidental que devela una construcción del sujeto basada en la creencia de una esencia, una última verdad del yo. Esta crítica deconstruye lógicas de opuestos binarios en dónde se concibe al sujeto, por un lado, como adecuado, permitido, bueno, verdadero, y real, haciendo alusión a su esencia, y por otro lado, como inadecuado, prohibido, malo, falso, e imaginado, haciendo alusión a un complemento o a un sustituto de la esencia. Las respuestas a estas preguntas permiten mostrar juegos de voluntades que se encuentran presentes en las intervenciones poniendo a la voluntad del individuo en constante cuestión y disputa.

Para llevar a cabo esta investigación tuve que delimitar cuidadosamente mis intereses; mientras el trabajo de campo me obligaba a ampliar los espacios, contactos, y vínculos para la investigación. Conocí otros centros de rehabilitación, como uno cristiano y uno de servicios privados para la élite, así como a los órganos rectores y oficinas reguladoras de las prácticas de Alcohólicos Anónimos (AA) en SLP. Pero mi foco de atención estaba en el proceso de rehabilitación, en las transformaciones del yo, y en cómo estas prácticas se llevaban a cabo en interrelaciones (no) gubernamentales, civiles, (no)profesionales, a través de procesos históricos, en donde se entretajan clases sociales, prácticas políticas, formas de sufrimiento social, violencia y enfermedad.

La presente tesis no es un análisis de la adicción a nivel individual, o de cuál es el mejor o peor enfoque para la rehabilitación. No es una tesis que busque comprender los problemas psicológicos y las mejores estrategias para atender a personas con ese problema. Tampoco es un análisis de instituciones que ofertan distintas estrategias de atención a las adicciones.

Es una tesis que versa sobre un fenómeno social biopolítico, de cómo la vida humana es mediada por lo político y lo sanitario a través de la atención a las adicciones, y que tiene a sus protagonistas en un escenario configurado por varias instituciones. Es una etnografía que resalta y analiza las paradojas de lo que concebimos como adicción a sustancias y los procesos de intervención. Es un trabajo que busca adentrarse en los juegos de voluntades (entre especialistas, instituciones, y adictos con su propia voluntad) en donde las subjetividades y valorizaciones del sujeto están íntimamente vinculadas a las conceptualizaciones de las adicciones y a las representaciones del adicto.

Este trabajo es un registro de partes significativas de las vidas de muchas personas. Es un recuento de múltiples experiencias que han sido compartidas por los protagonistas de aquello que llamamos adicción y que, a su vez, han sido objeto de procesos de rehabilitación. En este sentido este trabajo reconoce los esfuerzos de estas intervenciones por establecer una mejora en la calidad de vida, pero también reconoce su grande complejidad y que hay procesos de pugnas y disputas en las que se resiste, negocia, somete o transforma el yo. Estas experiencias no son fáciles de describir ni de ponerlas en contexto, no es fácil hablar de la transformación, de los cambios de vida y de escalas de valores en donde la vida de personas es cosificada. No es fácil hablar del sufrimiento, del dolor, de las vejaciones, y de las dificultades que estos procesos de salud, enfermedad, y atención significan. Pero es una realidad presente en estas prácticas de intervención que generalmente es subestimada por el bien mayor de ofrecer una rehabilitación.

Tampoco es fácil asumir un posicionamiento que me distancie de las ciencias dominantes que producen verdades sobre el tema de las adicciones como la psicología, la medicina, o la bioquímica. Pero este trabajo busca contribuir a una mirada que, desde la antropología social, ponga atención y signos de interrogación a las prácticas que desde estas ciencias o áreas del

conocimiento tienden a aplicarse para el beneficio de la sociedad. Busco superar las miradas reduccionistas que han reinado en los enfoques de la opinión pública y de las políticas hacia las drogas y su consumo, que en primer lugar perciben al adicto como un criminal, y en segundo lugar como a un enfermo. Esto pretende poder situar estos fenómenos en un marco más amplio que, en el estado neoliberal mexicano contemporáneo, determina las condiciones en que se concibe la adicción, se teoriza sobre ella, y se llevan a la práctica acciones de intervención sobre los adictos.

Introducción

Un caluroso día de mayo del 2015 caminaba en dirección al centro de rehabilitación de puertas abiertas de Sergio². Aunque me encontraba inmerso en la dinámica del centro de rehabilitación cristiano (CRC), visitaba esporádicamente los Anexos donde hice trabajo de campo previamente. En mi trayecto encontré a un lavacoches conocido: El Güero. Antes de mi posgrado trabajé en una ONG en la zona y recordé que los lavacoches comúnmente bebían mezcal y aguardiente durante sus jornadas de trabajo. Tenían sus botes de plástico, con el licor, resguardados en sus cubetas vacías. De vez en vez daban un trago. No era raro pasar al costado de alguno de ellos e inmediatamente percibir una fuerte aroma a alcohol. No eran personas problemáticas y, de hecho, mantenían muy buena relación con las personas de los negocios y casas que estaban dentro de las calles en donde lavaban carros.

Me había enterado que muchos de los compañeros del Güero ya no estaban trabajando ahí, él había sido uno de los lavacoches del rumbo que se mantenía sin consumir. Las últimas ocasiones que había pasado por ahí percibía un olor a alcohol y solventes cuando lo saludaba. Esto me hizo pensar que tal vez se había hecho un consumidor habitual a estas sustancias. En esta ocasión percibí un intenso olor que se hacía evidente cuando él hablaba.

El sol estaba casi en su máxima altura y hacía mucho calor. Al costado del Güero había un chico, Martín, tirado sobre la banqueta. Ambos estaban justo en contra esquina de las oficinas de la ONG donde trabajé. Martín estaba acostado en la banqueta al lado del Güero, quien permanecía recargado en la pared y sentado en una de sus cubetas. Era la primera vez que veía a Martín y cuando me acerqué a saludar al Güero le pregunté por él. A pesar de saber que los

² Todos los nombres de personas que colaboraron en el trabajo de campo de esta tesis han sido sustituidos por seudónimos. Esta medida busca dar confidencialidad y anonimato a quienes participaron en esta investigación, a excepción de aquellos casos que han pedido explícitamente que utilice sus nombres.

amigos del Güero comúnmente bebían o inhalaban solventes no había visto a nadie que estuviera tirado e inconsciente en la vía pública. A simple vista, parecía que Martín estaba inconsciente. Era evidente que estaba también en condiciones insalubres extremas. Había moscas que volaban a su alrededor y algunas otras que estaban paradas en su piel, mucha de ella expuesta porque su ropa estaba desajustada. Al acercarme más un olor fétido se percibía claramente, como si hubiera estado usando esa ropa por mucho tiempo y estuviera sucia por su propio excremento. Le vi la cara hinchada y con rastros visibles de golpes en la cabeza y cara. Me sorprendió, incluso, que la cabeza de Martín estuviera rapada y que pareciera tener una gran cantidad de cicatrices.

El Güero me dijo que era común que Martín se pusiera así. Él sabía de, al menos, tres ocasiones en que lo habían “anexado”.³ En la primera de ellas había estado internado durante un año y tres meses, en un Anexo que queda a algunas cuadras de distancia de donde nos encontrábamos. Después de esa primera ocasión duró tres días si beber y al cuarto día continuó su consumo de bebidas alcohólicas. Posteriormente lo internaron en el mismo Anexo durante dos meses para volver a su consumo a tan sólo un par de días de su salida. El último anexamiento duró solamente una semana, y a su salida no tardó en volver a beber. El Güero me dijo que en

³ Palabra utilizada dentro de la jerga de AA en México, especialmente dentro de las corrientes de veinticuatro horas, para designar que el adicto fue internado en un centro de rehabilitación de puerta cerrada en el que regularmente llegan en contra de su voluntad (Anexo). En estos sitios se tiene como base terapéutica el modelo e ideología de AA. El término se desprende de la palabra Anexo y se utiliza también el término “anexamiento” para denominar el periodo de tiempo que cubre el internamiento. A partir de aquí las palabras Anexo y sus derivaciones serán utilizadas sin comillas.

Al poner entre comillas algunas palabras quiero enfatizar que no son mis propias expresiones o mi forma de nombrar las cosas, sino que son las propias formas en que circulan ideas o expresiones dentro de estos marcos terapéuticos para las adicciones. Es una estrategia que autores han tomado, en relación al léxico propio de AA, enfatizando que “AA ha generado su propio vocabulario, algunas veces dotando un significado propio a las palabras” (Jarrad 1995:233). En este caso, con las comillas, establezco una diferencia entre mi propio uso del lenguaje, el de los circuitos de circulación de ideas que tienen su fundamento en el modelo de los doce pasos de AA y las significaciones que en la práctica se le asignan a dichas ideas. Utilizaré las comillas en una primera ocasión para demarcar que no son mis términos, a lo largo del texto algunas de estas expresiones y palabras aparecerán sin las comillas en el entendido de que no son mis propios términos y se retomará el uso de comillas en caso donde sea necesario hacer dicho énfasis.

ocasiones Martín “andaba mejor” y que a veces pasaba la policía a ver si estaba bien pero que nunca se lo llevaban. Para el Güero los policías sólo veían que no estuviera haciendo daño a nadie y se iban. Nunca había visto que se lo llevaran. Yo solía platicar con el Güero cuando trabajaba en la ONG. Por eso es que, ahora en mi trabajo de campo, cuando pasaba por ahí y lo veía me acercaba para conversar con él.

Mientras hablábamos noté que el olor a excremento que expelía Martín llegaba directamente a donde estábamos conversando. Al verlo podía distinguir el sudor en su cara; el sol le daba directamente y hacía mucho calor. Le dije al Güero que al menos debíamos intentar moverlo a la sombra, pues seguramente el sol no le beneficiaba mucho. Me contestó que Martín se enojaba porque le daban recomendaciones o porque lo quisieran mover y, aunque comentó que nunca se ponía violento, de cualquier modo prefería que lo dejáramos donde estaba. Decidí respetar la posición de Martín basándome en lo que el Güero me decía. La situación me había despertado especial interés porque no era algo que se viera comúnmente en esa zona del centro histórico, sin embargo el Güero estaba muy tranquilo y miraba la escena con total naturalidad.

Continué conversando con el Güero y le pregunté por la familia de Martín. El Güero se mostraba despreocupado y tranquilo, me daba la impresión de que las preguntas que le hacía no generaban ninguna reacción significativa en él. Me dijo que sabía que tenía a su madre y hermanas. A sus veinticuatro años de edad todas le rechazaban cuando las buscaba. Sin embargo, su madre era quien se encargaba de llevarle despensa y dar algo de dinero en sus múltiples anexamientos. Cuando no estaba internado, su madre lo buscaba en las calles para llevarlo a su casa, asearlo y darle algo de comer, antes de que se fuera nuevamente. Martín tenía un hermano. Él murió “por lo mismo” según el Güero. Finalmente concluyó que la familia de Martín ya no quería saber nada de él y no podía pedirles apoyo. Llamaba mi atención que la gente que pasaba

por ahí se quedara mirando a Martín. Enseguida nos observaban inquisitivamente mientras sosteníamos una conversación a su lado. Me despedí del Güero y le dije que lo veía pronto en alguna de mis próximas visitas al centro.

Aproximadamente una hora después vi que tenía una llamada perdida en mi celular. Era de la directora de la ONG donde había trabajado. Sus oficinas están en contra esquina de dónde había estado conversando con el Güero y de donde estaba tirado Martín. Trabajé en su organización en diferentes proyectos, dirigidos a fomentar una educación no escolarizada y en desarrollar habilidades ciudadanas en jóvenes, durante cuatro años. Habíamos conversado con relativa frecuencia sobre mi proyecto y sobre mi proceso de formación de posgrado. Ella me contactó con Sergio en los inicios de mi trabajo de campo, pues éste participaba con frecuencia en las actividades de fortalecimiento institucional que ofrece la ONG. Al regresarle la llamada, me dijo que buscaba el número de teléfono de Sergio pero que ya lo habían localizado.

Me contó que al entrar a sus oficinas, un miembro de su equipo, comentó que había una persona tirada justo en la esquina de su establecimiento, a unos metros de su puerta. Después de que me fui Martín debió haber encontrado la manera de moverse por sí sólo hacia la otra esquina de la calle. El Güero había permanecido en su mismo lugar y se mantenían, de esquina a esquina, a metros de distancia uno del otro. En las oficinas se preguntaron qué acción sería la más adecuada para asistirlo y la directora me contó lo que sucedió después.

Una de las personas en la organización pensó que llamar a Protección Civil sería una buena estrategia para que apoyaran a Martín. En su llamada les dijeron que ellos no podían ir por él. Dijeron que no daban asistencia a personas que tenían problemas de drogadicción y que no podían levantar a alguien inconsciente en la calle. Les recomendaron llamar a Seguridad Pública porque seguramente ellos sí podrían ayudarles a retirarlo del lugar.

La gente de Seguridad Pública les preguntó si Martín le estaba haciendo daño a alguien o si les había agredido. Como ninguna de esas dos cosas pasó, les dijeron que no podrían proceder porque no estaba violando ninguna ley. Les recomendaron que llamaran a Protección Civil y que tal vez ellos podrían apoyarles. Entre estas dos instancias se había cerrado un circuito de posibilidades que había planteado la organización para buscarle ayuda a Martín. La telefonista de Seguridad Pública, en respuesta a pregunta expresa sobre alguien que le asistiera, le ayudara a ponerse de pie, asearse y posiblemente encontrar una alternativa a su condición de adicción, les dijo que no había a quién pudieran llamar.

Después de las llamadas llegó un policía. Había llegado por un reporte que asociaron con la llamada que ellos mismos habían hecho. El policía les dijo que no podían llevárselo. Se acercó a Martín quien ya en ese momento tenía los pantalones abajo. Le ayudó a enderezarse, a subir sus pantalones y a sentarlo de espaldas a la pared. Un transeúnte se acomodó para asistir al oficial. Entre ambos le hicieron un nuevo agujero al cinturón que se sacó el transeúnte, para tratar de mantener en su lugar los pantalones de Martín.

El policía, respondiendo a la presión de la gente de la organización, pidió asistencia de Protección Civil quienes le contactaron una ambulancia. En lo que llegaba la ambulancia, el policía les comentaba que en ocasiones lo que hacían para retirar a ese tipo de personas era llevarlas a las periferias de la ciudad aunque, después de un tiempo, los volvían a ver en las mismas zonas donde los habían retirado.

Al llegar la ambulancia el policía se marchó y un paramédico revisó rápidamente a Martín. Al ver que sus signos vitales eran estables le comunicó a la gente de la ONG que no había razón para llevárselo. Mientras la gente de la organización conversaba entre sí el paramédico subió a su ambulancia y se fue del lugar. Hubo sorpresa e incertidumbre de parte de

la gente de la ONG por las experiencias vividas hasta el momento. Su siguiente opción fue marcar a Sergio. Me llamaron para pedirme su teléfono porque no lo tenían a la mano pero no escuché mi celular, posteriormente lo consiguieron en su directorio. Pensaron que Sergio, al ser director de dos Anexos, tendría experiencia y sabría qué hacer.

Generalmente Sergio no levanta gente de la calle. A menos que haya una tercera persona (principalmente un familiar del adicto) que sea quien solicite su internamiento. Parte del servicio que ofrecen la mayoría de centros de rehabilitación es ir a recoger a quien será internado en donde le indiquen. En esta ocasión Sergio hizo una excepción, tal vez por la relación que guarda con la organización y por compromiso o reciprocidad, tal vez por no quedar mal con ellos. Sergio se presentó en el lugar y dijo que él mismo se lo llevaría para que “se alivianara un poquito”. Él les explicó que no había persona, institución, o instancia gubernamental que se hiciera cargo de esas situaciones. Cabe señalar que Martín no hacía daño a nadie, estaba en el lugar que su cuerpo le obligó a descansar, un punto aleatorio de la calle en la zona del centro que últimamente frecuentaba. Pero es un hecho que no es bien visto que haya alguien tirado, sucio, aún intoxicado, e inconsciente en la banqueta en una zona céntrica de negocios, oficinas y dependencias gubernamentales. La presencia de Martín afectaba a la imagen de ciudad y trastocaba la idea de lo normal y de lo aceptable en ese espacio, y generaba inquietudes entre ciudadanos sobre cómo proceder frente a tal situación.

La gente de la ONG le ayudó Sergio a poner unas bolsas de plástico en su carro que cubrían el asiento destinado a Martín. Sergio le preguntó a Martín si se iba con él. Hasta ese momento había sido la primera persona que le habló. Éste le contestó que a dónde se lo iba a llevar. Sergio le dijo que se lo llevaría a un lugar que era “como un Anexo”.⁴ Martín le dijo que

⁴ La descripción y análisis de los centros de rehabilitación se hará en los capítulos posteriores. Pero cabe hacer algunas puntualizaciones en relación al uso de la terminología para referirme a ellos. Al referirme a

si había pan y refresco estaba bien. El consentimiento para el internamiento es un requisito legal según la norma oficial que regula las prácticas de los centros de rehabilitación para adictos. Muchas veces las personas son internadas en contra de su voluntad y son coaccionados a firmar el consentimiento de su internamiento. En muchos lugares, que operan al margen de la ley o de manera clandestina, ni siquiera se les obliga a que firmen algún documento donde consientan su internamiento. Hay muchos directores de Anexos que se quejan del desamparo en la que la ley los deja, pues en más de un caso han sido acusados de delitos como privación ilegal de la libertad. Tal vez para Sergio era importante externar que se lo llevaría por su propia voluntad y no de manera forzada, y tal vez quería hacerle saber a Martín su destino inmediato. Sergio le ayudó a ponerse de pie para subirlo al auto, se despidió de la gente de la organización, y se lo llevó.

Las últimas palabras de la directora de la ONG al teléfono fueron que después de esa experiencia había sentido como si Martín fuera una especie de desecho humano. Creo que esta misma idea, Martín como desecho humano, fue la que originó que la gente de la organización buscara alguien que pudiera hacer algo por Martín. Esta idea fue un germen que se tornó productivo a través del ejercicio de ciudadanía por parte de la gente de la organización.

centros de rehabilitación incluyo a todas las instituciones de internamiento para el tratamiento de las adicciones. *Tratamiento e intervención* serán utilizadas indistintamente para referir al proceso por el que el adicto pasa para rehabilitarse de su adicción. Las connotaciones de *intervención* como forma de interponerse a y de *tratamiento* como manera de dar un trato especial a, se darán contextualmente. Al hablar de la *clínica* privada me referiré a ella de esa forma ya que es la forma en que le llaman las personas pertenecientes e internas en la institución. Este término apela al profesionalismo y al la autorización clínico-médica que ellos mismos se atribuyen. *Rehabilitación* se referirá en términos generales al esfuerzo por restituir un bienestar en la persona, restituir su normalidad, situación que todas las instituciones promueven. Mientras que *recuperación* referirá a la forma en que los adictos se conciben a sí mismos en un proceso inacabado de restablecimiento de su normalidad. El uso de esta terminología busca ser fiel al uso que empíricamente se le da a estas palabras.

1. Obertura de una investigación antropológica

En esta viñeta etnográfica hay distintos actores presentes. En sus acciones se decantan relaciones de poder. Los actores preocupados por la situación de Martín lo etiquetan como “desecho” y ven la necesidad de cambiar su situación. Estas acciones se pueden interpretar como mecanismos de limpieza del espacio público. Las decisiones que toman les remiten a instituciones del estado y a quienes son considerados como expertos en adicciones.

A partir de esto me surgen una serie de preguntas sobre lo sucedido y que se pueden extender a los contextos en los que están inmersos los consumidores de sustancias en México. ¿Qué ideas hay alrededor de aquello considerado “normal” y aquello que es necesario intervenir? ¿Qué subjetividades acompañan al adicto y a aquellas personas que lo identifican como alguien anormal?⁵.

La gente de la ONG se atribuyó la facultad de intervenir en la vida de Martín. Se le reconoció como una persona que no tenía voluntad propia, pues al ser visto como un “desecho”, estaba siendo reconocido como una pérdida de sí mismo y una pérdida de la sociedad. Este tipo de personas, según esta visión, necesitan atención y asistencia para salir de esa situación. Con tal de volverlos a una situación de salud aceptable en donde no estén en contacto con sustancias cualquier otra persona puede tomar la decisión por ellos para ser introducidos en un centro de

⁵ Por subjetividad estoy entendiendo, siguiendo a Rose (2003), a los procesos por los cuales uno se constituye como un sujeto de un tipo determinado. Esta idea comprende tanto formas de sujeción como formas de subjetivación, es decir, formas en que el sujeto es reconocido por autoridades, familiares, pares, él mismo, formas en que es clasificado y constituido como sujeto, y las formas en que el sujeto se concibe y actúa en referencia a los reconocimientos de los demás. Con estas ideas, podemos definir a las subjetividades producidas por “...esos procesos y prácticas heterogéneos por medio de los cuales los seres humanos llegan a relacionarse consigo mismos y los otros como sujetos de cierto tipo” (Rose, 2003:219). Esta forma de relación “adoptó la forma que tiene porque fue objeto de toda una serie de esquemas más o menos racionalizados, que procuraron modelar nuestros modos de entender y llegar a la práctica nuestra existencia como seres humanos en nombres de ciertos objetivos: virilidad, femineidad, honor, modestia, propiedad, civilidad, disciplina, (...); la lista es tan diversa y heterogénea como interminable.” (Rose, 2003:217-218).

rehabilitación. Recordando la historia del Güero seguramente Martín no habría decidido por cuenta propia internarse, no después de múltiples internamientos en los que había sido anexado en contra de su voluntad.

El camino que siguen la mayoría de las personas que son consideradas adictas en México es prácticamente el mismo del de Martín. Desde distintas disciplinas científicas se ha generado conocimiento derivado en formas de intervención terapéutica para ayudar a estas personas consideradas anormales, sin voluntad propia, y que por tanto requieren de la asistencia y ayuda de otras voluntades. Para Martín en este caso fueron las personas de la ONG, pero antes lo habían sido sus familiares. Aunque las autoridades oficiales como Prevención Social y Protección Civil no decidieron intervenir (ni siquiera llevando lejos de la zona del centro a Martín), la gente de la ONG fue persistente, un policía ayudó a levantarlo y un transeúnte donó su cinturón para vestirlo. Sergio como autoridad en el tema del tratamiento de las adicciones fue quien determinó finalmente el destino de Martín encontrando la necesidad de “alivianarlo”. Para él no había otra alternativa más que llevarlo a su Anexo. Hubo una serie de voluntades entrelazadas que apuntaban a la misma dirección: Martín era una persona desprovista de voluntad propia (incluso para vestirse) que requería la emergente respuesta de quienes sí pudieran tomar decisiones sobre él. Como Martín, el adicto en México es caracterizado como alguien que se encuentra en una situación de pérdida de sí mismo y de la sociedad, y en la que su voluntad ha sido suplantada por aquella de la sustancia que le obliga constantemente a consumir.

Los juegos de voluntades presentes en la narración de lo que pasó con Martín son un ejemplo de lo que sucede día a día en la atención a las adicciones en México. Esta investigación busca entender cómo se construye el sujeto adicto y cómo se se ponen en funcionamiento distintos tipos de técnicas de intervención en lo que llamo el dispositivo terapéutico de atención a

las adicciones. La atención a las adicciones es parte de un complejo entramado de ideas, conceptos y técnicas que definen una condición de normalidad, salud, anormalidad y enfermedad. En palabras de Guattari (2003:199) “los más importante es subvertir las actitudes simplistas tomadas hacia el fenómeno de las drogas –si es en términos de una visión medicalizada o en términos psicológicos, sociológicos, o criminológicos. Estas actitudes simplistas están enraizadas profundamente en todas esas *especialidades*”⁶. De este modo las instituciones, los actores y las prácticas, que se someten a análisis en este trabajo se conciben dentro de procesos históricos, económicos, políticos y sociales. Dichos procesos coadyuvan, contribuyen, facilitan (o dificultan) las práctica de técnicas cotidianas de intervención, y les sitúan en un mismo espacio, competitivo, de atención a las adicciones que produce subjetividades distintas de los que es ser adicto y adicto en recuperación.

En la atención a las adicciones, y en general en la atención a la salud, hay una tendencia a priorizar los saberes y prácticas de los profesionales en el tema. El fenómeno al que nos enfrentamos es interesante porque presenta disputas entre profesionales y expertos que han obtenido su dominio y autorización sobre el tema con base en su propia experiencia. Sergio el director de los Anexos, por ejemplo, tiene más de treinta años de no consumir alcohol y de formar parte de grupos de AA. Al igual que en la mayoría de los procesos de salud, enfermedad y atención (Menéndez 2003, 2005, 2009) existen transacciones en donde se intercambian formas de atención provenientes de distintos modelos.⁷ Estas transacciones integran prácticas y acciones provenientes de distintas racionalidades del proceso de salud, enfermedad y atención, en las que el individuo se somete o no de forma voluntaria. Especialmente en la atención a las adicciones la

⁶ Traducción propia.

⁷ Los modelos de atención a las adicciones refieren e la tipificación oficial que reciben los establecimientos que ofrecen estos servicios según la Norma Oficial Mexicana encargada de regular sus prácticas. En el primer capítulo hay una explicación de los distintos modelos y de cómo éstos son desplegados a través de prácticas específicas.

cuestión de la voluntad, tanto como adjetivo del internamiento (voluntario o involuntario) así como componente integral de las subjetividades de las adicciones, es un punto fundamental. Por ejemplo, existe el caso del alcohólico que decide hacer un juramento a la virgen o a hacer uso de brujería para dejar de beber (Menéndez y Di Pardo, 1996). Pero en la mayoría de los casos, no es él quien decide si será internado en un Anexo. En ocasiones estas racionalidades son impuestas por una tercera persona, en el caso de Martín, aunque es consultado por Sergio para ser internado no podríamos decir con toda certeza que fue su propia decisión. La voluntad del individuo y sus propias racionalidades están en entredicho por la coerción de personas o instituciones externas. Para esta investigación las disputas de voluntades sobre el cuerpo adicto son fundamentales para situar el fenómeno como algo que sucede en un marco contencioso de relaciones de poder.

Siguiendo una línea de pensamiento que desde la antropología cuestiona las prácticas médicas, nos encontramos con lo que Taussig llama “objetividad fantasmal de la enfermedad y su tratamiento”⁸ (1992:84). Para él esta objetividad, basada en el fenómeno de la cosificación, niega las relaciones humanas presentes en los síntomas, signos y terapias, lo que contribuye a su mistificación, pero también a la reproducción de una ideología política disfrazada de una ciencia de –aparentemente- “cosas reales” a través de un pensamiento biológico y físico. Esta idea permite reconocer aquello que se considera como “objetivo”, en el caso de Taussig la medicina y en el nuestro la atención a las adicciones, como representativo de axiomas culturales básicos y como modulaciones de contradicciones básicas inherentes en la cultura y en lo que se percibe como objetivo. De ahí es que esta investigación se pregunta qué es la adicción, cómo se construye al adicto y se le cosifica como un sujeto que debe ser intervenido para su “rehabilitación”, considerando las relaciones de poder en las que siempre está inmerso dicho

⁸ Traducción propia.

sujeto. De este modo los saberes detrás de las distintas prácticas institucionalizadas son considerados como una creación y construcción socio-cultural que a través de distintas condiciones de posibilidad se han desarrollado y asentado como alternativas para la atención a las adicciones de la población potosina. La cosificación de la que Taussig habla podemos verla en la concepción de los adictos en tanto se les considera como personas que no tienen voluntad. En ese momento, lo que las ciencias autorizadas para hablar sobre adicciones dicen, se puede actuar sobre la persona para hacerla objeto de intervención terapéutica.

En el caso de Martín pareciera que en el intento de tratarlo humanitariamente hay un proceso de cosificación (Taussig 1992). Nadie le habla hasta que Sergio le pregunta si se irá con él. Él no recibe ninguna explicación de a dónde lo llevarán, aunque tiene una idea muy clara de modo que sólo pregunta si habrá alimentos garantizados. Taussig plantea que los enfermos se convierten en un objeto, en una cosa, y que la manifestación de la enfermedad en sintomatología, que puede ser distinguida por la gente de la organización y dotada de un carácter riesgoso, es la ilusión de algo que realmente existe pero que más bien está socialmente construido. Esta cosificación está enraizada en la estructura de la mercancía y la práctica de los expertos en adicciones es una manera singular de mantener la negación de la facticidad social de los hechos. Pareciera que Martín esta ahí porque está desvinculado de los nexos sociales que le dan vida y permanece bloqueado en su propia auto constitución. Por esta razón es tan fácil hacer este tipo de intervenciones. El problema es él y debe ser reparado. Él es el que será internado por tres meses en el Anexo y en él está la posibilidad de tomar una dirección distinta de su vida. El fenómeno de la cosificación dentro de la estructura de la mercancía, problema central de las sociedades capitalistas, refiere a la cosificación del mundo, las personas, y la experiencia, organizadas y

reconstituidas por el mercado y la producción de mercancías (ibíd., p. 84)⁹. Esto es particularmente interesante ya que Martín, aunque pareciera que está fuera del modo de producción, se está convirtiendo en parte central de éste. La existencia de Martín y lo que generó su situación en particular está legitimando las intervenciones sociales y terapéuticas con los adictos, y está aceitando los engranes del mercado de atención a las adicciones.

El enfoque antropológico de este estudio, por tanto, se desapega, desconecta y desidentifica con los intereses de la medicina convencional (Scheper-Hughes 1990; Menéndez 2003, 2005, 2009; Menéndez y Di Pardo 1996, 1998), de la bioquímica, de la psicología, y de la hibridación de saberes en los distintos modelos de atención a las adicciones. Con dicho desapego se pretende visualizarlos como producciones culturales y construcciones sociales. Este trabajo se sitúa como un desafío insistente al sentido común, que toma por sentado supuestos sobre los significados del diverso y conflictivo mundo en que vivimos (Scheper-Hughes 1990:195).

Las distintas instituciones de atención a las adicciones en San Luis Potosí contribuyen, en su afán de rehabilitar, a construir y consolidar diferenciaciones sociales (género, generación, y clase) que tienen en común formas de subjetivación de la adicción. A simple vista pareciera que estas intervenciones están dotadas de un aura de laicidad o secularidad, como procesos naturales de enseñanza y rehabilitación. Pero paradójicamente elementos religiosos saturan sus técnicas y prácticas cotidianas para transformar las identidades de las personas, transformaciones que no corresponden a la promesa normalizadora.

Al referirme a un dispositivo terapéutico de atención a las adicciones, comprendo a aquellas instituciones que conforman la oferta terapéutica, los contextos políticos, las

⁹ Según Lukács (1971:83) la base de la estructura de la mercancía “es que una relación entre personas toma el carácter de una cosa y por tanto adquiere una “objetividad fantasmal”, una autonomía que parece tan estrictamente racional y que abarca todo de manera que oculta cualquier rastro de su naturaleza fundamental: la relación entre personas” (Traducción propia).

disposiciones, regulaciones y vacíos legales que rigen sus prácticas. Este dispositivo se ha ido transformando y está integrado por un cúmulo de iniciativas institucionalizadas para la atención a las adicciones que reproducen y fusionan saberes compitiendo entre sí por legitimidades y autorizaciones para sus respectivas prácticas.

Este trabajo cuestiona las verdades hegemónicas que naturalizan y normalizan prácticas especializadas en la atención de aquello que es considerado anormal, un padecimiento o una enfermedad. Como en el caso de Martín, se abren cuestionamientos acerca de qué es lo que está llevando a ciertas personas a pensar que el joven necesita asistencia y requiere que alguna autoridad le remueva y le ofrezca una transformación de su situación. Las preguntas se extienden a pensar, en primer lugar, qué es lo que este tipo de intervenciones pueden llegar a producir en el individuo. En segundo lugar a cómo el individuo transforma, a través de la coerción de otras personas o instituciones, su subjetividad. Al mismo tiempo este trabajo se ha preocupado por lo que pasa en términos de las interacciones, y las relaciones de poder, entre personas que se encuentran en el ámbito institucionalizado de la atención a las adicciones y sus pacientes o adictos en tratamiento.

El trabajo antropológico que se ha hecho sobre uso de sustancias y el lugar que ocupan los consumidores en la sociedad moderna ha sido vasto, y recientemente se ha consolidado una inquietud específica por las adicciones y su atención. Los casos germinales de estudios como el de Becker (1963) marcaron un nuevo camino para los llamados estudios de “desviaciones sociales”. Discutió con las ciencias dominantes, que asociaban el consumo de sustancias con predisposiciones psicológicas, para demostrar que los procesos sociales del consumo están provistos de sociabilidad, creación de grupos sociales y de identidades, que a su vez no se

pueden desarticular de formas de control social, estigmatización, sanciones morales y legales que operan en la vida cotidiana del consumidor.

En México los estudios sobre adicciones han tenido sus orígenes en estudios sobre grupos indígenas y la presencia del alcohol en su vida social (Aguirre 1986; Menéndez 1991). Más allá de la cohesión social que produce el uso del alcohol y de la amenaza que representa la industria alcoholera para los grupos indígenas en México (Aguirre 1986), Menéndez encuentra que el fenómeno de la identificación o auto identificación con el “alcoholismo” debe ser visto como “construcciones sociales generadas a partir de relaciones económico-políticas e ideológicas que *instrumentan* el uso del alcohol” (Menéndez 1991:14). Y más allá, reconoce que categorías como “patología” o “funcionalidad” no deben remitir a niveles de ingestión individual o colectiva, sino a procesos que construyen agresividad, estigmatización o reconocimiento ideológico. En su estudio encuentra que la condición “patológica” del fenómeno (su asociación con la amenaza, negatividad y muerte) no se analiza más allá de la significación cultural de la relación consumo/brujería o consumo/pérdida del alma. La pérdida del alma en los grupos indígenas asociada a la patologización del consumo de alcohol, es un fenómeno paralelo a lo que sucede en las sociedades modernas al dar un reconocimiento ideológico al adicto como alguien que ha perdido su voluntad.

Los trabajos antropológicos más recientes en México, y algunos con enfoques desde otras ciencias sociales, se pueden identificar en función de múltiples variables. Podemos identificar trabajos por la sustancia y el grupo de consumidores: heroinómanos y consumidores de drogas ilegales (Villalobos 2010; Ovalle 2009; Ovalle, et. al. 2010; Zamudio 2006, González 2009), alcohólicos y su recuperación en AA (Brandes 2002a, 2002b, 2004 ; Menéndez 2009; Rosovsky 2009; Fainzang 2009; Módena 2009a, 2009b; Palacios 2008a, 2008b, 2009a, 2009b, 2009c;

Antunes 2009; Ibarra et. al. 2005; Gutiérrez 2014a, 2014b;), comedores compulsivos (Flores 2013), e incluso quienes siguen interesados en comprender el fenómeno del alcoholismo en grupos indígenas siguiendo la tradición mencionada anteriormente (Szeljak y Hooft 2008). La inquietud por comprender el crecimiento del fenómeno de la atención evangélica a las adicciones ha motivado múltiples estudios enfocados en la oferta religiosa cristiana en regiones del noroeste del país donde el consumo de sustancias ilegales se ha intensificado (Galaviz y Odgers 2014; García 2014; Hernández 2013). También destacan trabajos sobre las derivaciones institucionales surgidas desde AA como los grupos de Neuróticos Anónimos (Espín 2014), o los Anexos en sectores pauperizados de la Ciudad de México (Garcia 2015; Garcia et. al. 2015; Garcia y Anderson 2016). Esfuerzos se han enfocado en profundizar en la relación entre consumo y trabajo (Soto 2008); el consumo, la atención a las adicciones y la violencia (Menéndez y Di Pardo 1998; Garcia 2015; Garcia y Anderson 2016); y el narcomenudeo (Zamudio 2007, 2009, 2014). Han sido importantes también los debates sobre las incongruencias en el ámbito legal sobre la regulación de sustancias y el impacto social negativo que tiene el consumo de alcohol (Menéndez y Di Pardo 2006). Ha habido esfuerzos por el fenómeno de la drogadicción en México (Araujo y Nieto 2003) o como fenómeno generalizado (Romaní 1997); así como de quienes proponen formas alternativas y más efectivas para combatir la drogadicción (Araujo 2002; Mac Nally et. al. 1998; Romaní 2008).

El trabajo antropológico sobre adicciones y la atención a las mismas alrededor del mundo, al igual que en México, se ha intensificado. Las llamadas “adicciones” se han identificado, en estos trabajos, como objeto de saberes e intervenciones, y como fundamentos de auto-identificación, de sociabilidad, y de acción (Raikhel y Garriott 2015). Raikhel y Garriott (2015) reconocen que una característica de la literatura sobre adicciones es que ha tenido un

enfoque prioritario en Estados Unidos, el Reino Unido y en otros países de habla inglesa, aunque algunos trabajos han abordado diferentes conceptualizaciones intelectuales e institucionales de las adicciones enraizadas en distintas historias nacionales y políticas¹⁰. Los autores hablan de una “antropología de las adicciones” y caracterizan un entramado de culturas de uso de sustancias y mercados de drogas, en íntima relación con trabajos sobre conocimiento científico, la producción y la representación de la experiencia de especialistas, y con el concepto de gubernamentalidad (Rose et. al. 2006)¹¹.

Raikhel y Garriott (2013:32) nos brindan la noción de “trayectorias de adicción” (*addiction trajectories*) que para ellos comprende aquellas categorías y conceptos de adicción que cambian en el tiempo y espacio, tratamientos que se mueven a través de distintos dominios institucionales, y vidas constituidas en los terrenos de la adicción, la experiencia, y la subjetividad. La trayectoria de adicción comprende la construcción del yo adicto en su condición previa a la intervención, durante la intervención y después de ella, pero también comprende las concepciones y definiciones de adicción en su carácter cambiante dependiente del tiempo y el

¹⁰ Los autores reconocen los trabajos de Christensen (2014) en Japón, y Brandes (2002a) en México, como ejemplos de exploraciones a las traducciones de los grupos de doce pasos en contextos locales que difieren al de su origen en EEUU. Por otro lado, hay trabajos sobre el tema que exploran otras latitudes y que ponen en el centro de sus preocupaciones, también, las traducciones de grupos de doce pasos a otras localidades, como por ejemplo los múltiples estudios de AA en México de los que se ha hablado anteriormente, y en Brasil (Jarrad 1995; Antunes 2009).

¹¹ Al hablar de antropología de las adicciones conciben en la categoría “adicción” un entrecruce de temas que definen el mundo actualmente. El conocimiento científico (particularmente el bio-científico) que define identidades, personalidades, y subjetividades; la transformación mutua de tecnologías medicas novedosas y de escenarios culturales en los que se ponen en práctica; y las mediaciones de sistemas biológicos y psicológicos, y sociales y político-económicos, por experiencias y significados incorporados y subjetivos (Raikhel y Garriott 2013) forman parte de este entrecruce que hace importante utilizar el término como concepto generador de fenómenos socioculturales. También identifican que estos trabajos, en su mayoría, refieren a las adicciones como una categoría usada por sus interlocutores para referirse a un objeto de estudio o para identificarse con ella, o a un dominio de investigación más amplio que se enfoca a problemas de consumo compulsivo de sustancias. Ambas posturas buscan mantener una distancia de lo que comúnmente se ha conocido como el “concepto de adicción” (Room et. al. 2015:27), una noción de un consumo habitual y severo a pesar de las consecuencias y de las determinaciones del individuo que están más allá de su control (Raikhel y Garriott 2015).

espacio, así como de la institucionalización y transformación de métodos, dispositivos, y modelos terapéuticos para su tratamiento. En síntesis su noción comprende trayectorias epistémicas, terapéuticas, y de experiencia.

Más allá de la antropología de las adicciones, las formas de subsistencia a través de la venta de estupefacientes, y las intervenciones policiales y de salud, entendidas como síntomas de segregación racial y de pobreza también han sido objeto de las inquietudes antropológicas (Bourgois 2010; Bourgois y Schonberg 2009; Cajas 2004; Epele 2010). A su vez el trabajo etnográfico para comprender las adicciones conlleva una preocupación por las situaciones de alta marginalidad y de desigualdad social que convierte el consumo de sustancias en alternativa de vida (Bourgois 2010; Bourgois y Schonberg 2009; Araujo y Nieto 2003; Garcia 2008, 2010; Carr 2010; Knight 2015; Epele 2010; Pine 2007; Pine 2008). También han surgido trabajos etnográficos que se enfocan en analizar la forma en que las renovaciones legales y de disposiciones oficiales generan transformaciones en la práctica jurídica y policial (Garriott 2011; Tiger 2013); en las pugnas políticas en la semántica del lenguaje terapéutico y la relevancia de las narrativas de recuperación (Carr 2010; Skoll 1992; Cain 1991; Swora 2001; Brandes 2004; Epele 2016); las intersecciones entre creencias religiosas de salvación y problemas de seguridad y riesgo (O'Neill 2012a, 2013, 2015); así como en las disputas morales en la construcción de nuevas subjetividades a través de la intervención (Zigon 2010, 2011; Haas 2014). También ha habido quienes analizan la experiencia de los prestadores de servicios, terapeutas y facilitadores del proceso de recuperación (Bowles 2016).

Aunque este trabajo entra en diálogo y procura no perder de vista los aportes de estos análisis antropológicos, hay trabajos con los que hay mayores afinidades y enlaces. Particularmente los ejemplos de Carr (2010), Brandes (2002a) y Garcia (2008, 2010) sobre la

construcción del sujeto adicto, y el uso que éste hace de los discursos sobre la adicción como una enfermedad crónica en el contexto terapéutico, retoman las luchas diferenciadas y las relaciones de poder en las intervenciones. En estas relaciones, y en sus particulares interacciones, emergen alternativas de asimilación, negociación o rechazo. Estos autores nos recuerdan que los procesos de intervención terapéutica no son procesos unidireccionales que van de experto a adicto, sino que se construyen múltiples relaciones de los distintos actores involucrados. Estos intercambios se gestan a partir de las condiciones de posibilidad que la (des)configuración de las políticas públicas estimulan para la creación de estos escenarios. En el marco de estas relaciones de poder, la tradición etnográfica para estudiar el tema nos recuerda que no hay que dejar de observar procesos históricos y políticos específicos (Bourgois 2010; Bourgois y Schonberg 2009 ; Garcia 2008, 2010; Garriott 2011; Carr 2010), que para nuestro caso será importante considerar en términos de las particularidades del caso potosino y mexicano en la generación de las condiciones de la proliferación de ofertas terapéuticas para la atención a las adicciones.

Este trabajo abona a un campo del conocimiento casi ausente sobre el fenómeno de la atención a las adicciones en México, en un sentido amplio que comprenda la diversidad de ofertas terapéuticas y la concepción de lo que es llamado adicciones. Al incluir distintas instituciones en el estudio (una clínica privada, un Centro de Integración Juvenil, Anexos -de puerta abierta y de puerta cerrada-, y un Centro de Rehabilitación Cristiano) delimito la diversa oferta terapéutica que produce subjetividades, comunes y diferenciadas, sobre lo que significa padecer y atender una adicción. El concepto de trayectoria de adicción es pertinente ya que recupera un enfoque en el que se identifica como objeto de estudio a las definiciones cambiantes de “adicción”, a los tratamientos institucionalizados, y a las vidas tocadas y transformadas en este dispositivo.

El uso del término dispositivo en la obra de Foucault es utilizado para referirse a “estrategias de relaciones de fuerza que soportan unos tipos de saber y que son soportadas por ellos” (Gabilondo 2009:23). Agamben (2011) en su artículo *¿Qué es un dispositivo?* explica que un dispositivo nombra a aquello que motiva y es recipiente de la actividad de gobierno, por lo que los dispositivos implican un proceso de subjetivación, es decir, que deberán producir su sujeto. Siguiendo a Agamben, Foucault llamó dispositivo a “aquello que tiene capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivos” (ibíd., p.257). El pensar la atención a las adicciones como un dispositivo integrado por diversas tecnologías y técnicas de producción de sujetos permitirá analizar las relaciones de poder en las que los actores involucrados están imbricados. En el caso de Martín este recurso conceptual nos ayuda a visualizar las valoraciones que se producen del adicto, su caracterización como una pérdida y como una persona que ha perdido su voluntad que requiere que la autoridad de otras voluntades intervengan en su subjetividad. Como veremos más adelante el dispositivo de atención a las adicciones refleja desigualdades sociales, configuraciones legales y de políticas públicas, contenciones políticas en los encuentros terapéuticos, la preponderancia de un pensamiento religioso para el tratamiento, y la determinación de los contextos locales con su propia historia y marco político. Mantener una postura analítica que focalice en las relaciones de poder, las paradojas de la construcción y transformación del adicto, y del adicto en rehabilitación, en las interacciones de la vida cotidiana del dispositivo terapéutico entre consumidores de drogas, familiares y especialistas será una de las principales inquietudes el estudio.

Particularmente propongo que en la biopolítica de las adicciones, es decir, en la forma en que la vida y la salud de los adictos es atravesada por procesos gubernamentales y políticos, el

dispositivo es un escenario de juegos de voluntades. La voluntad tiene una centralidad, como se ha mencionado, en la forma en que se conciben las adicciones en México. Los juegos de voluntades, con sus tensiones, conflictos y paradojas, se dan en las relaciones e interacciones en la puesta en funcionamiento del dispositivo. Estos juegos de voluntades los entiendo a partir de dos lógicas presentes en la cotidianeidad de la atención a las adicciones: en las que el adicto a perdido su voluntad a costa de la sustancia y es concebido como un “desecho” tal como en el caso de Martín; y en donde la droga se concibe como un suplemento de su voluntad y donde las intervenciones sobre el adicto operan igualmente como suplementos tal como veremos que sucede con la creencia en un poder superior para los adictos en recuperación.

2. Suplementaridad y gasto improductivo en la biopolítica de las adicciones

Las nociones de gubernamentalidad, biopoder y biopolítica han sido ampliamente utilizados por antropólogos para explicar transformaciones al estado, las políticas públicas, y las burocracias, hasta problemáticas relacionadas con cuestiones específicas de salud que no se reducen al consumo de sustancias y a la atención a las adicciones.¹²

¹² El concepto de gubernamentalidad ha sido aplicado en estudios antropológicos de políticas públicas y estado (Agudo 2009, 2011; Sharma y Gupta 2006; Escalona 2001), para entender dinámicas interconectadas a través de Estados-nación (Besserer y Nieto 2015; Ferguson y Gupta 2002; Fraser 2003), y para profundizar en intervenciones gubernamentales afectivas para construir nuevos sujetos a partir de delinquentes (Shoshan 2014). El concepto de biopolítica también ha sido utilizado para teorizar sobre el estado desde la antropología (Das y Poole 2004) y para explorar formas de gobierno moderno en que las políticas de vida se tornan centrales (Inda 2005). El trabajo antropológico se puede vincular con el biopoder y la biopolítica en el ámbito de la salud explora experiencias de sufrimiento, violencia, y muerte (Scheper-Hughes 1997), tráfico de órganos (Scheper-Hughes 2002a, 2002b;), la ciudadanía biológica como efecto de desastres nucleares (Petryna 2002), para analizar la vida en zonas de abandono social (Biehl 2005), encuentros entre refugiados y profesionales médicos (Ong 1995), la administración de la muerte y la violencia que genera con ciertas creencias culturales y materiales (Langford 2009) y con el ser persona o ciudadano (O’Neill 2012b). A parte de los enfoques etnográficos mencionados anteriormente en relación a tráfico y consumo de drogas, y atención a las adicciones, los conceptos se han empleado para explorar las relaciones de poder/saber en programas de reducción de daños (Bourgois 2000).

En su definición de biopoder Foucault ofrece un amplio panorama para comprender la inclusión de la vida del ser humano dentro del orden de lo político, en que las sociedades modernas “tomaron en cuenta el hecho biológico fundamental de que el hombre constituye una especie humana” (Foucault 2006:15). El poder es entendido como algo productivo que no sólo sirve para dominar, sino que cambia las cosas, produce realidades, y es un medio de inteligibilidad de acciones de otros. El poder implica un espacio de libertades, en donde el individuo puede, en un campo de posibilidades, pensar, saber, hacer y negociar (Foucault 1979). Esta noción de poder busca identificar cómo es que el sujeto tiene capacidad, y la utiliza, para luchar contra –no sólo la autoridad- sino a alguna técnica, forma y mecanismo de poder. La propuesta metodológica que acompaña esta noción de poder, implica buscar el poder en lo empírico, es decir, que el objeto de análisis no es un poder, sino las relaciones de poder. Tres modalidades de mecanismos de poder son identificables a través del desarrollo de las sociedades modernas y comúnmente se presentan simultáneamente: jurídico-legales, para sancionar y castigar; disciplinarios, para vigilar y corregir individuos; y de seguridad, para calcular costos de los permitido y prohibido estableciendo límites de lo aceptable. El biopoder, en sus términos biopolíticos, produce lecturas estadísticas sobre la población cuya función es provocar modificaciones al destino biológico de la especie. Foucault nos dice que “Una sociedad normalizadora fue el efecto histórico de una tecnología de poder centrada en la vida.” (Foucault 2011:134). La biopolítica comprende a la vida dentro de cálculos explícitos y convierte al poder/saber en un agente de transformación de la vida humana. La biopolítica de las poblaciones tiene como objeto al cuerpo viviente y su soporte en los procesos biológicos: nacimiento, mortalidad, salud, y longevidad (Foucault 2011:129-131). La vida emerge como un objeto de intervención dentro del campo de lo político, aunque la misma vida escape sin cesar de sus

cálculos de intervención. Las instituciones de atención a las adicciones forman parte de las prácticas biopolíticas y se incluyen dentro de la administración de las normas con funciones reguladoras. Los dispositivos como la psiquiatría, las instituciones penales, la sexualidad, y podríamos incluir también a la atención a las adicciones, se entienden en el paso de mecanismos de jurisdicción en sentido amplio para ser transformadas por regímenes de veridicción, procesos que permiten afirmar y decir como verdaderas una serie de cosas. En los dispositivos hay una conexión intrínseca entre un régimen de verdad y las tácticas gubernamentales. Las tácticas gubernamentales en la génesis del estado moderno enlazan el poder soberano y el poder disciplinario (estableciendo su relación genealógica con el poder pastoral) tornándose fundamentales para la constitución del capitalismo industrial de la sociedad moderna (Foucault 1979).

El biopoder y la biopolítica las podemos comprender en tanto surgen dentro de lo que Foucault (1999, 2006) llamó gubernamentalidad. Una forma de poder que tiene tres connotaciones: 1) es un conjunto de instituciones, procedimientos, análisis, reflexiones, cálculos y tácticas que permiten ejercer el poder sobre la población, la economía política (liberal) es su forma de saber, y los dispositivos de seguridad son sus instrumentos técnicos esenciales; 2) es la tendencia occidental hacia la preminencia del gobierno, con el ejercicio de la soberanía y la disciplina, que ha generado una serie de aparatos específicos de gobierno y una serie de saberes y; 3) es el resultado del proceso por el que el estado de justicia medieval se transformó, en los siglos XV y XVI, en estado administrativo. Esta noción revela también la importancia de pensar en estos procesos más allá de los meros aparatos instituciones del estado, pues incluye regímenes de verdad para la conducción de conductas, aparatos particulares y artefactos para ejercer el

poder e intervenir, y las condiciones de posibilidad e inteligibilidad de acciones sobre la conducta de otros y de uno mismo (Rose 2004).

En México podemos identificar un dispositivo biopolítico en la producción de subjetividades alrededor del concepto e idea de “adicción”, y de la configuración de instituciones variadas con un objetivo en común de combate a las adicciones. El dispositivo de atención a las adicciones ejemplifica la necesidad de gobernar al individuo y a poblaciones, a través de formas morales expresadas en subjetivaciones y prácticas de sí (Foucault 1986; Rose 2003, 2004). Las técnicas, tecnologías, mecanismos y artefactos sociales que se han creado para la atención a las adicciones son parte de los dispositivos de gubernamentalidad, de las tácticas biopolíticas, que están buscando modificar las formas de subjetivación del individuo, es decir los procesos por los cuales uno se constituye como un sujeto de un tipo determinado, a través de gobernar y promover el autogobierno de su voluntad, su libertad y sus formas de actuar (Rose 2003, 2004).

La noción de normalización (Foucault 1975) es fundamental para comprender la aplicación de dispositivos, técnicas y tecnologías de biopoder, y se identifica a través de procesos de homogeneización e individualización en formas de intervención sobre los individuos y poblaciones.¹³ Esta noción considera estrategias cotidianas en instituciones, leyes, ideologías, discursos, prácticas profesionales, etcétera, que buscan la regulación, el control y la administración, integrando estas formas de poder en los sujetos.

¹³ En su obra “Lo normal y lo patológico”, Georges Canguilhem (1971), el célebre historiador francés de las ciencias de la vida, identifica el surgimiento de un tipo de normalización moderna. Este proceso estuvo marcado por el paradigma científico de preocupaciones médicas, veterinarias, farmacológicas, quirúrgicas, estadísticas y demográficas por parte de comisiones de salud austriacas a mediados del siglo XVIII. La aparición de las palabras “normal” y “normalizado” marcaron el surgimiento de una clase normativa que conquistó el poder para identificar la función de normas sociales con sus propios usos y sus propias determinaciones de contenido. A partir de entonces ha habido una serie de transformaciones que desde las instituciones médicas han determinado lo que es normal y aquello que no.

La normalización, en nuestro caso de estudio, toma forma a través de procesos de gubernamentalidad y tácticas biopolíticas, y ha pluralizado las verdades y técnicas de trabajo sobre el reconocimiento de las adicciones como problema. En estos procesos paradójicamente se han producido efectos inesperados que podríamos caracterizarlos como desnormalización. La atención a las adicciones al no cumplir con la promesa de la rehabilitación, pues como veremos a lo largo de la tesis, más bien, legitima la permanencia y reproducción institucional, profundiza las diferencias en las subjetividades de las adicciones, transforma a los individuos dejando la marca imborrable de su adicción, y perpetúa lógicas de intervención que en algunos casos se torna en nuevas formas de dependencias. La desnormalización provocada por este dispositivo fortalece formas de gubernamentalidad que radican en instituciones que no son parte formal de los aparatos del estado pero que llevan a la práctica mecanismos de poder que históricamente han sido asociados a éste. Estas instituciones contribuyen a través de su intervención, a sostener la permanencia de técnicas biopolíticas de sujeción de cuerpos y control de poblaciones en técnicas sofisticadas y especializadas, operando como factores de segregación y jerarquización social, garantizando relaciones de dominación y efectos de hegemonía (Foucault 2011:131). En el México contemporáneo, las formas de gobierno que promueven las instituciones de atención a las adicciones son un producto de la privatización del estado en el marco del neoliberalismo, ya sea a través de aparatos que buscan un beneficio económico o de organizaciones no gubernamentales que realizan esta tarea (Ferguson y Gupta 2002).

Como se ha comentado anteriormente la biopolítica de las adicciones debe ser entendida con un enfoque a las ideas centrales que se disputan en el terreno de su atención terapéutica. Entender el marco general en el que se dan las relaciones de poder resulta útil pero es necesario ir más allá para profundizar en el entendimiento de las lógicas que subyacen a la atención a las

adiciones y que son medulares para que efectivamente se pongan en marcha. La biopolítica y gubernamentalidad detrás de los juegos de voluntades son un punto de partida indispensable, pero para entender la forma en que dichos juegos se expresan en la cotidianeidad debo recurrir a dos conceptos. Suplementaridad y gasto improductivo son conceptos que ayudarán a evidenciar las formas en que el hablar y actuar sobre las adicciones se encuentra lleno de ambigüedades, múltiples valorizaciones, ambivalencias, y paradojas en las que el dispositivo terapéutico de atención a las adicciones es mucho más productivo, creativo y complicado, de lo que nos permite entender la biopolítica.

Para Bataille (1974, 1996, 2009) el gasto improductivo es todo aquello que es considerado una pérdida, pues su fin está en sí mismo mas no en la continuidad de la vida o de la actividad productiva¹⁴. La comprensión de las valorizaciones de pérdida son centrales para entender las dinámicas sociales. Si los valores están en el derecho de adquirir, conservar, o consumir racionalmente, el gasto improductivo queda excluido (Bataille, 1974). Propone dividir las formas de consumo en aquellas enfocadas a la conservación de la vida y continuación de la actividad productiva, y aquellas que tienen su fin en sí mismas, que no tienen utilidad productiva y que enfatizan la pérdida. Esto es acorde a la constitución y apreciación del sujeto en su potencialidad de mercantilización como fuerza de trabajo (Virno 2003; Osorio 2006; Negri 2007; Marx 1959; Wolf 1990) que si bien el sujeto no se reduce a ello, si le dota de valores sociales en tanto ser productivo en el marco del capitalismo.

Retomando a Bataille tenemos al adicto como una materialización encarnada del gasto improductivo o de la pérdida. El adicto representa lo indeseable dentro de los valores sociales de

¹⁴ A diferencia de muchos trabajos de su época (los años treinta) que buscaban entender la lógica económica del mundo contemporáneo, Bataille se avocó en proponer una comprensión en conjunto de la naturaleza, el hombre, la economía y la historia. Su enfoque hacia las actividades productivas y la economía política se enmarcaba dentro de un análisis de la reproducción social que se basaba en el excedente, a diferencia de enfoques ampliamente discutidos que toman como referencia la escasez.

lo productivo. Martín es un ejemplo de cómo el adicto encarna la pérdida de voluntad, de valor, de capacidades, de decisión, y del imaginario de un buen uso de su libertad. En los encuentros terapéuticos, y en la vida cotidiana, los adictos son identificados como personas no productivas, personifican y dan cuerpo al gasto improductivo. Los principales indicadores de su adicción tienen que ver con su pérdida de funcionalidad en el mundo laboral, la pérdida del empleo, y su incapacidad para generar relaciones y vínculos sociales saludables, o en otras palabras su capacidad para destruir las relaciones y vínculos que tenían. Los adictos son reconocidos como pérdida, su existencia no tiene utilidades y usos para la reproducción social bajo el orden económico y político en el que se encuentran. Los adictos son reconocidos como personas que existen sólo para sí mismos, para su autoconsumo (a través del consumo de sustancias) que derivará en la muerte.

Bataille (2009) hace una reflexión sobre la vida social en relación a un conjunto sistemático de relaciones entre seres vivos. Parte de una premisa en términos de excesos de producción no de escasez. De esta manera el límite del sistema se alcanza cuando el excedente no puede ser absorbido en su crecimiento, por lo que “es necesaria la pérdida sin beneficio, el gasto, voluntario o no, glorioso, o al menos, de manera catastrófica” (Bataille, 2009:34). Bataille enfatiza que la destrucción o la pérdida tienen el sentido del fracaso, del padecimiento, de la desgracia, y no puede ser vista de manera alguna como deseable. Pero a pesar de ello es una operación necesaria, pues sin ella no podría haber otra salida.

Su propuesta busca la extensión del crecimiento invirtiendo principios económicos y morales para pasar de una economía restringida a una general que invierta dichos principios. Él propone un cambio de paradigma. En ese sentido, la negación de que sean necesarias operaciones sin beneficio tiene en sí mismos efectos específicos. Las adicciones son entonces un

efecto del rechazo de la pérdida (o gasto improductivo) como necesario para el crecimiento social. Esto quiere decir que, dentro de la concepción actual de una economía restringida, el adicto se concibe como un gasto improductivo indeseable. Pero en términos de una economía general, el adicto es el producto mismo del exceso que el capitalismo neoliberal ha generado. En este sentido las formas de intervención terapéutica son respuestas de contención al exceso, de control de la pérdida, y, si bien se enfocan a atender una problemática social en un enfoque aislado en un paradigma de salud, no están atendiendo las condiciones que generan que las adicciones se conviertan en un problema de tal magnitud. Un ejemplo, complementario al dispositivo terapéutico de atención en México, está en los programas de reducción de daños para adictos a la heroína en Estados Unidos por ejemplo. En ellos se distribuye metadona a los adictos como una técnica disciplinaria que no produce placer pero que promete retribuir gradualmente la utilidad del adicto a la sociedad. A esto subyace una economía moral que castiga a los adictos por su transgresión al orden y a la productividad, y por su entrega al placer y al mero consumo (Bourgois 2000). Concebir al adicto desde una economía general implicaría cambiar el paradigma con el que se reconocen a las adicciones en la modernidad, con el que las políticas de drogas se han implementado bajo un régimen prohibicionista, y cuestionar el posicionamiento de las valoraciones de producción, conservación, y acumulación, como metas o fines.

La comprensión del derroche, de actividades que no buscan ganancia o retribución económica, de las formas de placer y las búsquedas de pérdidas considerables, permite superar miradas reduccionistas de la sociedad humana, que las ven como productos indeseados (pero necesarios para esa lógica valorativa asociada al capitalismo), para entender dinámicas sociales que van más allá del puro pensamiento mercantilista. La fuerza del gasto improductivo, como

concepto, invita a buscar superar las racionalidades de contención del exceso, del miedo a la pérdida, y de la insistencia en lo productivo.

Los anexos, los centros de rehabilitación, las comunidades terapéuticas y las clínicas privadas de atención a las adicciones en San Luis Potosí operan bajo la premisa de la rehabilitación, de restituir la condición de normalidad a sus adictos. En otras palabras buscan transformar con ellos su condición anormal y devolverles la capacidad de insertarse en la vida social productiva. Implícitamente operan con la premisa de que estas personas tienen un carácter de pérdida para la sociedad que debe ser restablecido. La misma idea de “rehabilitación” implica que deben ser nuevamente habilitados para su integración a la sociedad.

La idea de que el individuo llega a consumir (se) –gastar (se)- al ser un adicto a las drogas, nos muestra el potencial de degeneración y muerte a la que los adictos se enfrentan, y reafirman el carácter de gasto improductivo que representa. Como uno de los psicólogos de un Anexo me comentaba sobre sus pacientes, “si no se recuperan lo que les espera son tres opciones: la cárcel, el psiquiátrico o la muerte”. Esta perspectiva está implícitamente impregnada de una lógica de pérdida o de gasto improductivo, en la que el adicto se asocia directamente a los peligros que la pérdida de su capacidad productiva conlleva. En una ocasión la directora del CIJ me comentaba que “hacían el favor” de atender a un chico de 13 años que no iba a la escuela, sus hermanos eran narcomenudistas y sus padres no asumían ninguna responsabilidad por él. Para ella el “hacer el favor” implicaba que lo recibieran en su programa de Centro de Día, con actividades de lunes a viernes de 8 a 17 hrs., pues sabía que él no tenía casi ninguna posibilidad de salir del consumo de sustancias. En este caso, como muchos otros, la pérdida lo habita al punto de dejarlo en una deriva que no tiene regreso a su recomposición como sujeto productivo, a pesar de que se hagan esfuerzos institucionales para rehabilitarlo.

La mayoría de los esfuerzos de intervención para la rehabilitación son poco exitosos. Los dirigentes de estas instituciones así como las personas especializadas en la intervención que ahí laboran reconocen que tienen un nivel de éxito muy reducido. El psicólogo del Anexo me decía: “Los grupos de AA reconocen que alrededor de un diez por ciento de las personas que llegan con ellos se recuperan, nosotros andamos como por un quince o veinte por ciento”. A pesar de que los esfuerzos de intervención a las adicciones que se conciben como una inversión productiva en términos de salud pública, tomando en consideración las cifras del psicólogo (ya que no existen referentes estadísticos sobre el éxito de la rehabilitación), podríamos considerarlas como una forma de pérdida en términos de Bataille. Ya no sólo el adicto es una forma de gasto improductivo, sino que el propio dispositivo terapéutico de atención a las adicciones lo es también. Esto es un tanto paradójico ya que, si bien pueden ser vistos como una pérdida en su improductividad en términos de eficiencia y eficacia, son una forma de gasto improductivo que está generando efectos y lógicas de producción de subjetividades que tienen un impacto real en las vidas de los actores, tanto de los profesionales como de los adictos y sus familias así como de la sociedad potosina en general.

El segundo concepto que me interesa articular en la discusión es el de “suplemento” (Derrida 1986). Este concepto tiene una doble significación: es un añadido que colma y acumula la presencia; y es algo que se insinúa en lugar de, es algo que representa. La función común del suplemento está en que, se añada o se sustituya, es exterior. El suplemento se encuentra en una situación ambigua en la que transgrede y respeta lo prohibido, se manifiesta a través de la

presencia de la ausencia. El suplemento es el medio entre la ausencia y la presencia totales, las mediaciones suplementarias son las que producen el sentido de aquello a lo que difieren.¹⁵

Para Derrida la peligrosidad del suplemento refiere a un modelo de vicio o perversión, una alteración de sí mismo al ser afectado de manera negativa por otra presencia. La estructura del suplemento es algo que reproduce una ilusión de una esencia verdadera (inalcanzable y siempre en movimiento). Esta estructura implica la división constante de uno mismo, siempre se es diferente a sí mismo, y el yo está marcado por una alienación básica que integra y separa al sujeto. Derrida nos invita a pensar, desde una analogía de la suplementaridad de la escritura por la lengua, en el riesgo implícito del ejercicio de escritura porque en sí mismo está restando autoridad, presencia y dominio a la lengua. La escritura está sustituyendo a la esencia lingüística por un suplemento que borra al sujeto mismo de la enunciación. Como la escritura con el escritor, la droga con el adicto es esa forma objetivada de suplementaridad del sujeto.

Inoue (2006) identifica que el suplemento derridiano, es un suplemento no esencial, adherido a aquello que ya está completo y, al mismo tiempo, que suplanta la ausencia de aquello que clama estar completo. Reconoce que en su movimiento contradictorio, el suplemento se posiciona como exterior y extra a la identidad pero sigue siendo necesario para que la identidad

¹⁵ “...el concepto de suplemento –que aquí determina el de imagen representativa- abriga en sí dos significaciones cuya cohabitación es tan extraña como necesaria. El suplemento se añade, es un excedente, una plenitud que enriquece otra plenitud, el *colmo* de la presencia. Colma y acumula la presencia. Así es como el arte, la *techne*, la imagen, la representación, la convención, etc., se producen a modo de suplemento de la naturaleza y se enriquecen con toda esa función de acumulación. Esta especie de la suplementaridad determina en cierta manera las oposiciones conceptuales en las que inscribe Rousseau la noción de naturaleza en tanto que ella *debería* bastarse a sí misma.

Pero el suplemento suple. No se añade más que para reemplazar. Interviene o se insinúa *en-lugar-de*; si colma, es como se colma un vacío. Si representa y da una imagen, es por la falta anterior de una presencia. Suplente y vicario, el suplemento es un adjunto, una instancia subalterna que *tiene-lugar*. En tanto sustituto, no se añade simplemente a la positividad de una presencia, no produce ningún relieve, su sitio está asegurado en la estructura por la marca de un vacío. En algún lugar algo no puede llenarse *consigo mismo*, no puede realizarse sino dejándose colmar por signo y pro-curación. El signo es siempre el suplemento de la cosa misma” (Derrida, 1986:185).

esté llena y completa. Para ella “el hecho de que la identidad necesite el suplemento significa que es deficiente y que puede completarse sólo con la presencia del suplemento”¹⁶ (ibíd., p.9). A este razonamiento sigue que el suplemento está dentro de la identidad que le excluye, se agrega para reemplazar, se insinúa en lugar de (ocupa el lugar de). “La presencia del suplemento ausente desvía sin cesar y, por lo tanto, arranca la estabilidad y fruición de la identidad” (ibídem). Así la lógica del suplemento expone la contradicción interna de la aparentemente estabilidad de la esencia. El carácter aparentemente no esencial del suplemento es necesario para aquello que parece completo, y al mismo tiempo, suplanta la ausencia en lo que reclama como completo.¹⁷

En el marco del consumo de drogas y la atención a las adicciones existe una ambivalencia en que se puede considerar lo negativo (riesgoso, peligroso) y lo positivo del suplemento. Tal como pasó con Martín, la gente de la ONG reconoció una transgresión en las líneas morales o las barreras de las convenciones sociales y, se le consideró momentáneamente como una contaminación peligrosa (Douglas, 1973) pues él estaba habitado por un suplemento

¹⁶ Traducción propia.

¹⁷ Inoue (2006) utiliza el concepto de suplemento para entender las experiencias del lenguaje de las mujeres de periferias económicas y culturales en Japón. Ella posiciona a estas mujeres como suplemento para comprender sus experiencias de lenguaje de mujeres o lenguas femeninas designadas como secundarias y representaciones derivativas (fallidas) del ideal y original lenguaje de mujeres. Al “ocupar el lugar de” en el binario de género como la ontología del lenguaje de mujeres, el suplemento expone aquello que el discurso del lenguaje de mujeres falla en contener y, por tanto, amenaza el reclamo temporal y espacial del origen del lenguaje femenino y quebranta su identificación estable y directa con la igualmente esencializada noción de “cultura japonesa”.

La autora rastrea el uso del concepto suplemento en trabajos de Judith Butler que lo reelabora con la noción de lo “abyecto”. Esto no es ni el sujeto soberano ni el objeto porque es lo que era originalmente e inherentemente parte del sujeto pero fue abyecto y localizado como exterior para que el sujeto pudiera ser sujeto. Butler explora la sexualidad normativa y el modo en que la homosexualidad ha sido sistemáticamente abyecta como secundaria y derivativa para que la heterosexualidad pudiera ser normalizada. La heterosexualidad como el origen, lo natural, y lo normal es establecido por sus reclamos de antigüedad por sobre la homosexualidad. Ésta última está retrasada en el tiempo, es una copia fallida del original. Butler muestra que el sujeto normativo se puede constituir solamente por la fuerza de la exclusión y abyección de la homosexualidad. Por tanto la homosexualidad no puede ser posterior a la heterosexualidad. Si el heterosexual puede emerger solo después de que el homosexual fue abyecto desde él, entonces no hay heterosexualidad previa a la homosexualidad, ni puede el heterosexual ser más normativo que el homosexual (ibíd., p. 10-11).

negativo. Para Douglas “El contaminador se convierte en un objeto de reprobación doblemente malvado, primero por cruzar la línea y segundo porque pone en peligro a los demás” (ibíd., p.187). El orden ideal de la sociedad se refleja al custodiar al transgresor que representa un peligro y una amenaza. Martín fue la personalización de la enfermedad, de la contaminación peligrosa (del suplemento peligroso y de pérdida) que por sus faltas a la rectitud evidencia la posibilidad de incurrir en esa misma situación. “El universo entero se encuentra sometido a los intentos que hacen los hombres para obligarse los unos a los otros a un buen comportamiento cívico” (ibíd., p.16). En términos de la autora la impureza o suciedad, personificada en Martín, se manifiesta en la ausencia de cuidado de la higiene y en la falta de respeto de las convenciones. Evidentemente estas valoraciones simbólicas estaban fuera de las intenciones consientes de la gente de la organización, sin embargo nos dicen mucho sobre la valoración de aquel que está en situación de impureza y que representa al peligro. La anomalía y peligrosidad que representó Martín en ese escenario de interacciones sociales generó acciones basada en medidas para enfrentarse a esa ambigüedad.

Soto (2008) muestra ejemplos de la industria maquiladora en Cd. Juárez, Chih., donde el consumo de marihuana y cocaína se torna aceptable y se justifica su uso al permitir a los trabajadores realizar sus labores e incluso les estimule a poner mayor atención y esfuerzo. Becker (1963) explica que en el proceso de dominio del consumo de marihuana entre músicos existe una valorización positiva de aquellos que se tornan en usuarios frecuentes de la sustancia pues su uso se asocia con la creatividad, la sociabilidad, y con la distinción del resto de la sociedad. Goffman (1963) con su estudio sobre el estigma muestra que aquello que la sociedad estigmatiza y menosprecia de ciertos grupos sociales (minusválidos, por ejemplo) se puede volver un valor dentro del grupo estigmatizado. Esto es justo lo que sucede con la atención a las

adicciones y ayuda a explicar el éxito de grupos de autoayuda frente a instituciones profesionales. Los adictos estigmatizados por su dependencia a sustancias tienen un suplemento negativo al momento en que su voluntad es socavada por la sustancia; pero cuando se integran a un grupo de AA o se internan en un Anexo se distinguen de toda la sociedad y se asumen como elegidos con la oportunidad de cambiar de vida asumiendo la voluntad –externa al igual que la sustancia- de un poder superior. La peligrosidad del suplemento droga es sustituida por la positividad del suplemento poder superior. El dispositivo terapéutico de atención a las adicciones es un escenario en el que la autoridad (poder superior, profesional, grupo de AA, familia) es el suplemento ideal de las voluntades perdidas.

Las ambivalencias positivas y negativas del suplemento permiten entender las racionalidades inestables y las dinámicas de la concepción de las drogas y las adicciones en la modernidad.¹⁸ Esto también permite entender las formas en las que se define la intervención. José, por ejemplo, de cincuenta años trabajaba como albañil y había perdido contacto con sus familiares. Al llegar al Anexo pidió asistencia para que le ayudaran con su problema con el

¹⁸ Las concepciones dominantes sobre las adicciones en San Luis Potosí las entiendo bajo un enfoque analítico que toma como base la condición paradójica que éstas representan en el marco del capitalismo y la modernidad (Derrida, 2003; Guattari, 2003). Mientras el consumo de drogas es rechazado por los discursos y prácticas del sector salud y por las leyes bajo nociones de dependencia, patología, adicción, y criminalidad, en términos prácticos el consumo es fomentado de manera ambivalente. Este consumo puede ser social y legalmente aceptado para ciertas sustancias como el tabaco o el alcohol, pero puede ser rechazado para las sustancias ilegales (dependiendo de los contextos). En el fondo impera una “retórica de fantasía que está en la raíz de cualquier prohibición de drogas: las drogas te hacen perder cualquier sentido de realidad verdadera” (Derrida, 2003:25 –traducción propia-). La guerra contra las drogas, siguiendo a Derrida, se declara contra las agresiones artificiales, patogénicas y exteriores que amenazan la naturaleza orgánica y originaria del cuerpo. Pero paradójicamente las drogas son consideradas para la liberación de la opresión, supresión o represión social de un ideal o un cuerpo perfecto, o de la violencia reactiva que constriñe fuerzas, o deseos, originarias (ibíd., p.32).

En San Luis Potosí y en México, se impulsa el consumo de bebidas alcohólicas abiertamente, la presencia de bares y centros nocturnos prolifera, mientras legalmente hay sustancias prohibidas y socialmente su consumo es tabú. El alcohol cuenta con el respaldo legal para su venta y consumo, y resulta incongruente que siendo una sustancia legal sea la que más daño a la sociedad mexicana produce (Menéndez y Di Pardo 2006). Aun así esta sustancia cuenta con una gran aceptación de la sociedad potosina a comparación de aquellas sustancias consideradas como ilegales.

consumo de alcohol. Él sabía que el alcohol era una presencia negativa en su vida, pues le atribuye la pérdida de su trabajo, de su familia y de las cosas que disfrutaba en su vida. El alcohol fue para él un suplemento negativo que se transformó de ser algo exterior a él en parte de su identidad, de manera que él y las personas a su alrededor ya no lo concebían como José solamente, sino que se le reconocía por la presencia predominante que el alcohol tenía en su vida y por los efectos negativos que esa presencia le acarrearba en sus actividades diarias. En el Anexo a José le prometieron que su primer paso para iniciar su recuperación sería reconocer que él era ingobernable frente al alcohol. El alcohol operaba como un suplemento que impedía la manifestación de la presencia y esencia de José. Su primer paso implica, como en todos los programas de rehabilitación basados en los doce pasos de AA, que él no era agente; pero el alcohol que consumía sí.

El concepto del suplemento manifiesta una preocupación occidental por la presencia auténtica; las drogas son un indicio en el que se expresan preocupaciones más amplias sobre el “yo” auténtico. La noción de fármakon (droga), que retoma Derrida (1975) de Platón, ayuda a comprender esta tradición occidental en búsqueda de la presencia auténtica. El fármakon es ambivalente, es un remedio o un veneno, a pesar de que tenga potencial terapéutico nunca es benéfico. El remedio farmacéutico es artificial y en ese sentido se opone a lo natural, a lo auténtico. Para Ronell una de las formas de constitución del sujeto en la etapa del capitalismo de fines de siglo XX, está caracterizada por la preocupación por la exterioridad, entendida como simulacros, tecnologías, prótesis, excentricidad y lo que te saca de lo propio (Ronell 1992:29). La construcción del sujeto está caracterizada por la pérdida del yo auténtico y esta forma de reconocimiento del sujeto está en la forma en que se construyen subjetividades sobre la adicción.

Se podría decir que este espacio de producción de subjetividades es emblemático de las formas de constitución del sujeto.

Alberto, un joven que conocí en el Anexo, describía en algún momento su estado de intoxicación como si lo habitara un “otro yo” después de haber bebido una botella de vino con una amiga: “cuando iba de regreso a mi casa pues me ganó la maldad, salió mi otro yo, el maldoso, el destructivo, el que le gusta destrozar cosas. Empecé a rayar coches, ya cuando me agarró la policía, (...) caí al eme pe (sic –MP ministerio público-) por portar arma blanca y por andar borracho en la calle”.¹⁹ El “otro yo” para Alberto es una forma suplementaria que se manifiesta como algo exterior que está presente en el sujeto. Son añadidos que se vieron como remedios (terapia en el caso de José) o venenos (alcohol en el caso de Alberto) que ocultaron la autenticidad del yo, y que en el uso suplementario que hacen los sujetos aún mantienen esa autenticidad oculta.

Derrida (2003) revela un modelo para pensar las lógicas de drogas, sus divisiones arbitrarias (en legales e ilegales, para curar y para intoxicar, etc.) que producen distintos efectos y su fundamento en la creencia de lo natural en oposición a lo antinatural. Ronell (1992) lo retoma para hablar del potencial de sobre posición de un suplemento, como una especie de parásito que parte del interior pero también está afuera, con una ambivalencia que al mismo tiempo le da un sentido positivo y uno negativo. Para Derrida (2003:30) la drogadicción es condenada o deplorada en nombre de la autenticidad, opuesta a la alteridad artificial y a la simulación o estimulación por proyecciones artificiales. Tal como se enseña en el Anexo y como lo aprendió Alberto, el alcohol es un suplemento externo pero que también estaba dentro de él al mantener un comportamiento no natural, eso le restaba autenticidad. Pero al mismo tiempo,

¹⁹ Entrevista realizada el 30 de marzo de 2013 en las instalaciones del Anexo.

retomando la ambivalencia del suplemento, en el momento en que Alberto era bebedor activo y encontraba pares que mantenían en una escala valorativa positiva el consumo de alcohol, éste último era un suplemento de carácter positivo que en gran parte le daba el sentido a su convivencia.

La lógica del suplemento aporta también la posibilidad de enfrentar la ilusión de la voluntad libre y pura, la ilusión de que hay una esencia que siempre está presente, que como ilusión nunca se puede alcanzar. Esto es visible en los procesos de intervención a las adicciones en que hay una búsqueda de la esencia del individuo, regida por los preceptos de los profesionales en adicciones o del grupo. Esta búsqueda por la esencia no reconoce su carácter inalcanzable ni su carácter reproductor de la lógica del suplemento. En este último punto Ronell (1992:25) afirma, por ejemplo, que para salir de las drogas o el alcohol el adicto debe cambiar su dependencia a una persona, a un ideal o al procedimiento mismo de cura. La directora del CIJ afirma que los alcohólicos que acuden a grupos de Alcohólicos Anónimos para atender sus problemas de alcoholismo realmente no identifican los orígenes de su problema y no se curan, sino que sustituyen su dependencia al grupo²⁰.

Es muy loable el espíritu de ayuda de cualquier persona que tenga el problema y que quiera ofertar este apoyo a los demás. (...) Pero si no has superado tu problema y lo ves como una mira de oro (...), ni estas preparado. Tú sabes que el consumo de drogas es el síntoma de una enfermedad en el ámbito de la salud mental. ¿Por qué ha funcionado muy bien Alcohólicos Anónimos? Porque se hacen dependientes de las reuniones, se convierten en dependientes. Y cambias una cosa por otra. (...) Además los usuarios de drogas pues son enfermos. De alguna manera combaten el síntoma, pero la enfermedad ahí está.

De esta manera ella se diferencia de las prácticas no profesionales de atención a las adicciones y se autoriza para criticarles, manifestando implícitamente que ella y su equipo tienen los saberes idóneos y respaldados científicamente para ofrecer una salida real al problema de

²⁰ Entrevista realizada el 17 de septiembre de 2012 en las instalaciones del CIJ.

adicción. Las mediaciones suplementarias que juegan, la droga en un primer momento y AA en un segundo momento, para la directora del CIJ ocupan una valoración negativa, ninguna de sus formas suplementarias es vista como adecuada para combatir la adicción.

En algunas etnografías se menciona que se produce una dependencia entre los adictos y sus proveedores de tratamiento (Bourgois y Schonberg, 2009; Bourgois, 2010; Garcia 2010), en el que los adictos entran en una especie de circuito de intervención (Córdova, 2013) y el proceso terapéutico es en sí mismo un nuevo suplemento del yo, un suplemento valorizado como positivo que coexiste con el suplemento negativo de la droga. Aunque den cuenta de las mediaciones suplementarias pero no lo hagan explícito, estos estudios aclaran que el proceso de intervención requiere la extirpación de ese suplemento negativo mientras se implanta un nuevo suplemento que se desea como positivo.

El acercamiento etnográfico propuesto así, permite pensar en la conformación del sujeto a través de procesos de ambigüedades de discursos y prácticas, trasposiciones del yo, de complementariedades y de simulaciones que también son sus formas constituyentes. El adicto, entonces, puede ser visto, como lo perciben las instituciones de atención a las adicciones, encarnando un yo suplementario que mantiene oculto al yo auténtico que está detrás de la sustancia y su consumo, y la droga es ese peligroso suplemento que debe extirparse del sujeto. Pero al mismo tiempo el suplemento es ambiguo (Derrida 1986:208), se inscribe en el espacio de la repetición y del desdoblamiento de sí, es ambivalente pues no sólo puede ser representación del mal, sino que puede ser valorado como bueno. Por ello es que etnográficamente se exploraran las formas, tiempos y espacios en los que se da cada valorización, de manera que esto ayude a comprender la conformación del orden biopolítico considerando formas de estigmatización, las proscripciones legales y la agendas de salud y las formas de intervención,

que introducen al adicto y a su relación con sustancias en espacios contenciosos y ambiguos de aceptación o rechazo.

Con estos dos recursos conceptuales (gasto improductivo y suplementaridad) pretendo visualizar los juegos de voluntades en el campo político donde el dispositivo terapéutico de atención a las adicciones se construye, transforma y pone en práctica. Esto será analizado etnográficamente a través de decisiones familiares, orientaciones por parte de especialistas, en la configuración de políticas para la atención a las adicciones, en contextos de interacción en donde la atención a las adicciones se ha convertido en una forma más en que la vida se torna en un objeto de gobierno. Las formas de gubernamentalidad en el área de la salud están traspasando fronteras en las que antes se consideraba que la injerencia era únicamente de parte del estado o de sus aparatos institucionalizados. La vida de los adictos es objeto de intervención por parte de múltiples instancias que operan con la misiva gubernamental de dar orden, normalidad, disciplina, y reintegración social, aunque en muchas ocasiones sus intervenciones tengan efectos completamente inesperados. Uno de los puntos centrales de este fenómeno, para el cuál será importante tener en cuenta las mediaciones suplementarias y el gasto improductivo, es que la biopolítica es puesta en práctica en el dispositivo a través de formas de conversión religiosa.²¹ De modo que la vida del adicto puede ser recuperada, bajo los estándares sociales aceptados, mediante una conversión aunque ésta no necesariamente implique la obtención de una religión. En este sentido estos dos conceptos dan luz a la complejidad biopolítica en la que el dispositivo funciona y muestran formas de mecanismos de poder pastoral, jurídico-legal, disciplinario y de seguridad.

²¹ Los capítulos 2 y 3 están enfocados en analizar este fenómeno.

3. México, San Luis Potosí y la atención a las adicciones.

Este trabajo propone una contribución a la discusión antropológica sobre drogas y la atención a las adicciones en el mundo contemporáneo, pero principalmente en Latinoamérica. Es un estudio realizado en México, en San Luis Potosí, uno de sus estados más olvidados por la producción antropológica con un enfoque en fenómenos de salud, enfermedad y atención, y principalmente en lo que a adicciones refiere.

La ciudad de San Luis Potosí cuenta con características significativas que se presentarán como paradigmas en múltiples ciudades de México. Si bien es sólo una muestra de instituciones en la capital del estado, a partir de ahí se establecen algunas bases que son compartidas por gran parte del territorio mexicano en relación a la oferta de atención a las adicciones y al contexto social, político y económico más amplio. La ciudad se caracteriza por tener una larga trayectoria de influencia religiosa católica (que últimamente ha entrado en crisis), una política caciquil en procesos inacabados de democratización (Flores 2002), una economía precaria que se traduce en desigualdades sociales, altos índices de criminalidad y múltiples efectos negativos derivados de la guerra contra el narco.

San Luis Potosí se caracteriza por tener una trayectoria religiosa, política y económica que para el siglo XX marca la presencia de una tradición católica enlazada, y en tensión, con tradiciones liberales. La conformación del campo político de la entidad, siempre en relación a vínculos externos, se ha constituido a través de procesos sociales en los que el caudillismo y el caciquismo han fortalecido formas de gobierno local (Lomnitz-Adler 1992), fungiendo en momentos como formas de mediación entre élites potosinas y autoridades federales durante gran parte del siglo XX. Para la segunda mitad del siglo, hubo oposiciones significativas al status quo y se abanderaron discursos por los derechos civiles y la democracia, que significaron anhelos de

cambio desde círculos conservadores y universitarios que trascendieron a otros grupos y preocupaciones ciudadanas (Monroy y Calvillo 1997).

La economía de la entidad se ha regido por la explotación de recursos agrícolas y mineros, mientras los grandes centros urbanos, como su capital, se han convertido en núcleos de actividad industrial y comercial (Monroy y Calvillo 1997). En los años noventa la implementación del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) exacerbó problemas como la desregulación del comercio y contribuyó al crecimiento del narcotráfico, la drogadicción y la intensificación de la violencia relacionada con las drogas (Watt y Zepeda 2012). Desde hace aproximadamente veinte años ha habido una fuerte tendencia a priorizar los intereses de la inversión industrial, facilitando políticas de inversión extranjera y de “flexibilización laboral”, no sólo en el estado y ciudad de SLP, sino en otros sitios de México (Montiel 2000; Soto 2008). Tanto en San Luis Potosí como en regiones del norte del país se manifiesta este nuevo estilo de industrialización urbana. Este tipo de inversiones se prometen como un gran apoyo para el desarrollo local y el mejoramiento de condiciones de vida de la población potosina; pero la subordinación a intereses privados y del mercado global y local han tenido efectos adversos, como la transformación de estilos de vida de importantes sectores de la población, un incremento de la pobreza y marginación urbana, y por tanto una profundización de las desigualdades socioeconómicas (Rivera 2010).

En San Luis Potosí la influencia de la moral religiosa ha tenido una gran penetración en la vida cotidiana. Desde su fundación en 1592 el pueblo de San Luis Potosí estuvo dividido por clase sociales y contó con importante presencia de autoridades religiosas católicas²². Alrededor

²² En ese entonces era conocido como “Puesto de San Luis Potosí”, y fue el reflejo de la necesidad de instalar asentamientos urbanos debido a la gran cantidad de gente que requería el pueblo “Mineral de Cerro de San Pedro”. Como era un lugar pequeño y había muy poco agua, se fundó el Puesto de San Luis Potosí al suroeste del pueblo minero.

de la parte más céntrica de la ciudad, que estaba reservada para españoles, se fundaron a lo largo del siglo XVI y XVII los ahora famosos siete barrios de la ciudad cada uno con su respectivo templo²³. Los barrios contaban con una población inmigrante y casi en su totalidad indígena que había sido traída para trabajar en las minas (García 2012). En estos lugares, habitados por pueblos prehispánicos, es preponderante la religiosidad popular, las formas locales de organización religiosa y la centralidad que ocupan las fiestas patronales (Redfield 1982). Durante el periodo posrevolucionario una gran cantidad de grupos laicos católicos mostraron su apoyo a la preponderancia de la iglesia católica (Saldaña 2011). Actualmente la ciudad cuenta con la presencia de diversas congregaciones religiosas católicas (dos de ellas fundadas por una laica potosina a mediados del siglo XX), muchas de ellas se dedican a la educación de las infancias y juventudes potosinas a través de sus escuelas privadas. En la actualidad la iglesia católica cuenta con vínculos significativos con la élite y autoridades potosinas. En ocasiones recientes, los intereses de la iglesia y de la política han sido protegidos recíprocamente lo cual se puede comprobar concretamente en los casos de impunes de pederastia (Hernández 2014; Faz 2016; Espinosa 2016), mientras su acción social cuestiona apoyos de sus sacerdotes a figuras públicas polémicas como el padre Solalinde y se limita a hacer acciones asistenciales.

A raíz de la guerra contra el narcotráfico que inició con la presidencia de Calderón en el 2006, San Luis Potosí ha sido un escenario que ha contado con momentos álgidos en los que la sociedad potosina se ha visto seriamente afectada por estos hechos. En los últimos diez años ha habido múltiples oleadas de alza de actividades criminales que han derivado en asesinatos estratégicos a autoridades de seguridad pública y políticos de la entidad, balaceras y persecuciones policiales. Esto ha sido ocasionado por el cambio violento y sistemático de grupos

²³ Tequisquiapam, Tlaxcala, Santiago, San Miguelito, San Sebastián, San Cristóbal del Montecillo, San Juan de Guadalupe.

del crimen organizado queriendo controlar la producción, distribución y trasiego de drogas ilegales, así como otras fuentes de ingreso del narco. Los centros de atención a las adicciones y las personas que asisten cotidianamente a estos espacios, al igual que la sociedad potosina, se han visto afectados por estos hechos. Estos lugares se han convertido en espacios de resguardo y de protección, aunque sea de manera indirecta y sin esa intención, para personas que forman parte del crimen organizado. El director del CRC me comentaba que por esa razón ellos trataban de ser muy cuidadosos con las personas que recibían y es un secreto a voces que personas que participan en grupos delictivos son integrantes también de algunos grupos de autoayuda. La inseguridad ha escalado a tal grado que incluso ya hay movilizaciones, por parte de la sociedad civil y por parte de organismos como la Comisión Estatal de Derechos Humanos, que apuntan hacia un fenómeno de feminicidios en la ciudad (Álvarez, 2015). Desde el 2015 se emitió una alerta de violencia de género y a fines del 2016 se acrecentó el malestar social por desapariciones y por muertes de mujeres jóvenes.

Frente a este panorama caracterizado por las políticas económicas antes mencionadas, por la compleja situación política, religiosa y de múltiples desigualdades sociales, la oferta de atención a las adicciones ha proliferado. Las instituciones que ofrecen servicios para dar tratamiento a las adicciones son en su mayoría iniciativas derivadas del modelo de autoayuda de los doce pasos de AA. En la ciudad de SLP tan sólo hay dos instituciones que operan con financiamiento del estado, mientras hay cerca de cincuenta centros de rehabilitación que operan con sus propios recursos y más de la mitad de ellos se encuentran fuera de las reglamentaciones legales.²⁴

²⁴ En el Capítulo 1 se profundizará en la proliferación de instituciones de atención a las adicciones, el marco de políticas públicas, y las características particulares de estas instituciones.

Las instituciones de atención a las adicciones están controladas por una variedad de expertos en el tema. Desde autoridades de la Secretaría de Salud, que tratan de seguir y regular las formas de rehabilitación desde las políticas públicas, hasta autoridades moral/religiosas y profesionales apegadas a la ciencia. Los discursos profesionales y especializados en la atención de las adicciones se han ido disseminando y hasta ahora forman parte básica de una opinión pública sobre los males, riesgos, y temores que hay alrededor de las adicciones. Un claro ejemplo de esto es el programa radiofónico patrocinado por una de las clínicas particulares incluidas en este trabajo que lleva al aire sus marcos explicativos sobre el fenómeno.²⁵ Este panorama ofrece una ventana etnográfica a la hibridación de saberes originados en el cristianismo, la ciencias duras y lo que se conoce como grupos de autoayuda, así como un escenario de intercambios, competencias y disputas por la legitimidad y autoridad de las prácticas. Es un espacio de competencia para los profesionales en adicciones y aquellos que practican intervenciones terapéuticas a partir de su propia experiencia de adicción.

En los discursos y prácticas de expertos está presente el etiquetamiento, la estigmatización, las luchas de poder y la necesidad de autorizar y legitimar formas de intervención. Como vemos en el caso de Martín, éstos discursos y prácticas de expertos permean prácticas de otros actores sociales como la gente de la organización que vio necesario hacer algo con Martín. Esto es ejemplo claro de lo que Derrida (2003) refiere en relación a las formas de hablar y actuar sobre las drogas y las adicciones, pues tienen características retóricas que las constituyen. Las drogas y las adicciones son objeto de retóricas que tienen en su centro a la norma y a la salud y, por tanto son utilizadas de maneras variables para cumplir fines políticos, sanitarios e incluso de limpieza social como con Martín.

²⁵ En el capítulo 5 presentará un análisis de este programa radiofónico.

Seguendo a Guattari (2003) al hablar sobre drogas hay que situarlas en su contexto social, a las formas en que las drogas se sujetan a fuerzas socioeconómicas, a fuerzas estructurales que definen el marco normativo que socialmente se le da a ellas como a sus usuarios. En San Luis Potosí, y en México, las intervenciones institucionales construyen sujetos adictos dentro de un marco político y legalista que define la prohibición y la permisividad del uso de sustancias diferenciadas; dentro de un marco en que las ciencias y saberes aplicados por expertos definen la condición patológica del sujeto; y principalmente en el marco moral de valorizaciones ambiguas que circulan y son interpeladas y retomadas ampliamente y en dicho proceso transformadas. San Luis Potosí, como muchas otras ciudades del país, es una ciudad en proceso de intensa industrialización y en ella se presentan múltiples valorizaciones del uso de sustancias en función de sus contextos de consumo y de los sectores poblacionales involucrados en éste. Las sustancias pueden ser valoradas ambiguamente, como un riesgo y un peligro, del mismo modo que pueden ser valoradas positivamente como un elemento que apoya para el buen desempeño laboral, o un medio para el autodescubrimiento para la formación de un yo tipo burgués.

De parte de instancias gubernamentales se han hecho intentos por contabilizar y por entender el problema de las adicciones en términos epidemiológicos. La Encuesta Nacional de Adicciones (2008, 2011), el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, y el Estudio Básico de Comunidad Objetivo de los CIJ, son fuentes estadísticas que recaban su información de encuestas, registros demográficos, centros de tratamiento de rehabilitación no gubernamentales, consejos tutelares para menores, servicios de urgencia hospitalaria, servicio médico forense, y del censo. Estos instrumentos de información son consideradas por las instituciones públicas y por la autoridades estatales como referentes e indicadores de la situación

del consumo de sustancias y de las adicciones en México. Desde el enfoque de este estudio, son instrumentos que complementan las tecnologías de gobierno que legitiman las intervenciones terapéuticas que construyen a la adicción como una problemática social. Una cosa es lo que en términos de epidemiología y estadística se dice de los adictos y otra es cómo se vive la experiencia de la adicción, cómo operan las instituciones de la atención a las adicciones, y cómo se viven esas intervenciones.

En SLP las intervenciones producen formas de transformación de subjetividades que están dirigidas no solamente a aquellos que pueden ser definidos y categorizados con facilidad como adictos (como Martín), sino también a personas que están en situación de riesgo y con quienes las intervenciones se hacen en nombre de la prevención del riesgo de un mayor daño.²⁶

La conformación institucional de la oferta de atención a las adicciones en la ciudad de San Luis Potosí se integra por una multiplicidad de instituciones y una reducida variedad de modelos de atención que son una muestra de lo que también sucede en ciudades similares.²⁷ Los modelos pueden ser de autoayuda, mixtos o profesionales, y las instituciones pueden ser instituciones privadas y públicas, de fundamento cristiano y seculares, que operan sin o con certificaciones oficiales, y que operan de forma autogestiva, con recursos de gobierno o autoridades sanitarias. Podríamos reducir las cuestiones de accesibilidad a estas instituciones se limitan al dinero que tenga el potencial cliente de la institución y a si él ha decidido por cuenta propia internarse o no. Los Anexos y los grupos de AA son los tienen una mayor apertura y disponibilidad de internar a cuánto individuo les solicite apoyo. Son sitios en dónde es más fácil ver una confluencia de personas de diversos sectores sociales, a pesar de que la mayoría son

²⁶ El capítulo 5 explorará cómo las prácticas y discursos alrededor de las adicciones han logrado legitimar formas de patologización de la vida cotidiana y de intervención en personas con otro tipo de padecimientos considerados “enfermedades emocionales”.

²⁷ En el primer capítulo se presenta esta variedad de ofertas terapéuticas.

personas de clase trabajadora. Las clínicas privadas concentran una población clase media y alta, mientras los sitios como el CRC integran personas que pertenecen a diversos estratos socioeconómicos.

Uno de los principales factores que determina la accesibilidad a las instituciones de atención tiene que ver con la voluntad del individuo para someterse a un proceso de rehabilitación. Incluso hay un dicho generalizado entre la población, “si el adicto no quiere salir de su problema, nunca lo podrá hacer”, que hace referencia al primer paso de AA, en donde el alcohólico debe aceptar que su vida se había tornado ingobernable frente al alcohol. Como vimos con Martín, puede ser él quien asuma esa decisión o puede ser que alguien más decida por él. Personas como Martín con quienes no es claro si es su voluntad o la de alguien más la que determina su internamiento sólo pueden acudir a Anexos. Incluso los Anexos son conocidos comúnmente como centros de contención o de internamiento involuntario. El resto de las instituciones solicitan, incluso algunas por escrito, que el adicto solicite su ingreso y que firme de conformidad junto con algún familiar directo. Por otro lado, la propia configuración del dispositivo como una oferta predominantemente dirigida a hombres obligó a que este estudio fuera poco incluyente con las experiencias de mujeres adictas. De las instituciones incluidas en este estudio tres de ellas aceptaban mujeres para el tratamiento de las adicciones (CIJ, Anexo de puertas abiertas y Clínica privada) y son pocas a comparación de la cantidad de hombres en estos espacios.

La ciudad de San Luis Potosí se presenta entonces como un escenario que comparte características con otras ciudades frente a políticas neoliberales que rebasan la propia configuración de lógicas locales. Es una ciudad que pertenece a una región que mantiene índices de consumo ligeramente más altos de la media nacional y que al mismo tiempo cuenta con una

oferta amplia de atención a las adicciones. La presencia y labor de algunas de estas ofertas responde directamente a la transformación de la presencia institucional estatal de los servicios de salud y al reconocimiento por parte de sectores sociales de una necesidad por ofrecer servicios de atención a las adicciones.

La realización de este trabajo etnográfico en la ciudad de San Luis Potosí permite observar un espacio social que se replica con algunos matices en otras ciudades de México, en el que las evaluaciones morales y el marco económico y político contribuyen a definir en gran medida las formas de actuar, concebir, y definir el problema de las adicciones. Nos muestra los efectos de una política prohibicionista que cataloga como ilegales a ciertas sustancias, y de una política sanitaria que produce prácticas estatales desde la inversión privada y la sociedad civil. Nos permite recuperar las manifestaciones de formas de estigmatización en las que los enfermos son responsables individualmente de sus padecimientos, en un entorno socioeconómico que ofrece limitadas opciones de formas de ganarse la vida y estilos de vida normativizados que de salir de la norma se consideran una enfermedad. Finalmente es un espacio en el que se percibe una agudización en formas de diferenciación y marginación social, y en donde las formas históricas del consumo de sustancias han estado impregnadas de valorizaciones ambivalentes que se polarizan entre la perdición y el éxtasis.

4. Estructura de la tesis

Los apartados de esta tesis tienen la finalidad de estructurar el desarrollo de ideas de manera que permitan una argumentación fluida y a la vez se estimulen discusiones a mayor profundidad en cada uno de estos espacios. El primer capítulo reconstruye y analiza los procesos históricos que han generado condiciones para entender la actual proliferación de ofertas terapéuticas en la

ciudad como un escenario paradigmático de la atención a las adicciones en México y de la construcción de sujetos dentro del marco político-económico actual. Este capítulo explora la gestación y las transformaciones en las políticas públicas y regulaciones legales del dispositivo. Al mismo tiempo incluye una descripción etnográfica de las instituciones que formaron parte de este estudio. Esta descripción ofrece un panorama general de cada institución, así como de sus prácticas de intervención y sus interrelaciones. Conocer la diversidad de instituciones ayudará a tener un panorama claro de la diversidad de subjetividades y de los juegos de voluntades que se producen a través de intervenciones biopolíticas, del mismo modo que permitirá visualizar la forma en que se llevan a la práctica lógicas de pérdida y complementariedad en las relaciones cotidianas durante las intervenciones. Esta descripción también será útil para caracterizar el dispositivo como un conjunto de aparatos paraestatalizados que aplican tecnologías de desnormalización.

El componente ritual de las intervenciones terapéuticas toma un carácter en extremo relevante para los procesos de transformación de las subjetividades; los efectos que tiene el internamiento y la generación de *communitas* en estas instituciones les dota de un carácter productivo en el que las relaciones sociales se interconectan y dan sentido individual y colectivo a la experiencia biopolítica. En el capítulo cuarto se desarrollan algunas reflexiones sobre los distintos tipos de técnicas que están institucionalizados en las intervenciones terapéuticas. Como formas de biopolítica para disciplinar al cuerpo enfermo, las intervenciones terapéuticas para la rehabilitación de las adicciones están constituidas por fuertes procesos rituales que determinan la constitución de ciertos tipos de adicto, y que al mismo tiempo, permiten explorar algunas de las paradojas que se presentan en las ideas sobre la adicción en recuperación y la vida cotidiana. Estas técnicas, se verá, están altamente influenciados por una ideología neoliberal que trabaja

únicamente con y desde el paciente, reafirmando el carácter individual de la enfermedad y la capacidad única de la recuperación a través de la conversión. Al mismo tiempo el capítulo mostrará que las técnicas utilizadas por el dispositivo tienen una serie de efectos que distan de ser aquellos que las instituciones propiamente planean. La premisa normalizadora bajo la cuál las intervenciones están asentadas realmente no entrega dicha normalización. La producción de subjetividades de adicción y de adicción en recuperación produce efectos alternativos que perpetúan formas de segregación, estigmatización, y dependencia, aunque en esta ocasión ya no necesariamente a las sustancias. Este capítulo incluye el fenómeno de cosificación del adicto como un objeto de consumo, a través de circuitos de intervención e internamientos involuntarios, del que las instituciones echan mano para mantener su práctica especializada y para perpetuar su propia existencia.

Los siguientes dos capítulos exploran la naturaleza espiritual de la enfermedad y las alternativas de recuperación, a través de la conversión religiosa, que forma parte nodal del dispositivo terapéutico de atención a las adicciones. En el tercer capítulo se hace una exploración y análisis de los orígenes del programa de AA y de las prácticas centrales que localizan la enfermedad en la pérdida de la voluntad del individuo, en la necesidad del sometimiento de su voluntad a un poder superior y en la influencia de prácticas de religiosidad que dan cabida a una transformación del yo. El cuarto capítulo analiza la conversión religiosa como un requisito, en distintas ofertas terapéuticas, para la rehabilitación del adicto. Esto no implica que adopten una religión, sino ciertos preceptos de vida que tienen elementos religiosos. Las ideas sobre la práctica del programa de los doce pasos están fuertemente vinculadas a discursos y prácticas cotidianas que reflejan la preponderancia de la voluntad de un poder superior. En este sentido se hace una reflexión sobre la promesa nunca cumplida de sobriedad por parte del proceso de

recuperación de AA. En ambos capítulos se hace un contraste con la propuesta de conversión religiosa del CRC frente a unos que parecieran más secularizados, los que ofrecen las instituciones basadas en el programa de los doce pasos de AA. Ambos capítulos son un reflejo de la relevancia que toma la religiosidad en procesos biopolíticos que pareciera que se encuentran lejos de la influencia de valores morales que tienen sus orígenes en fundamentos cristianos.

El último capítulo responde preguntas básicas que se dirigen a la forma en que se conciben las adicciones dentro del dispositivo ¿Qué es la adicción? y ¿Qué significa ser adicto y adicto en recuperación? De este modo se analizarán las distintas subjetividades de la adicción promovidas por los expertos de estas instituciones, así como sus diferencias, y las estrategias y técnicas utilizadas para capacitar a sus pacientes y familiares sobre su enfermedad. A través de ejemplos etnográficos analizaré las formas de interacción que se dan en escenarios de relaciones de poder entre familiares, especialistas y adictos para definir perfiles del yo, antes, durante y después del tratamiento. Estas estrategias serán variables en función de la institución (cristianos, AA y Anexos, y CIJ). Este apartado desarrolla el análisis del paso que dan estas instituciones para intervenir a personas adictas, para después intervenir a personas con distintos perfiles y padecimientos en nombre de la prevención de las adicciones. El capítulo explorará cómo es que estos esfuerzos de intervención se insertan en disputas y relaciones de poder que cuestionan y legitiman el desarrollo de sus actividades como estrategias para la rehabilitación en las adicciones.

Capítulo 1. Despliegue del dispositivo terapéutico de atención a las adicciones

En el presente capítulo haré una reconstrucción histórica que permita integrar elementos que han contribuido a la configuración actual del dispositivo terapéutico de atención a las adicciones en San Luis Potosí. Esta actual configuración la podemos caracterizar como la gubernamentalidad biopolítica materializada en una diversidad de instituciones de atención a las adicciones.

El prohibicionismo y la guerra contra las drogas han contribuido a estigmatizar el consumo de sustancias en México. La separación de usuarios de sustancias y de aquellos que comercian con las sustancias han sido objeto de intenso debate, y se ha tratado de diferenciar etiquetando a los individuos como enfermos o criminales. En otras palabras, el prohibicionismo y la guerra contra las drogas, han tenido efectos directos en la forma en que se ha comprendido el problema de consumo y las estrategias que se han tomado para identificar a aquellos que rompen el marco del consumo socialmente aceptado, aquellos que se encuentran invadidos por la pérdida y secuestrados por un suplemento negativo. Estos enfoques han priorizado una postura persecutoria, punitiva, que lejos de ser benéficos han producido múltiples perjuicios (Atuesta 2014; Enciso 2010; Montfort 2016; Cebrián 2011). A lo largo de la consolidación del modelo prohibicionista han surgido otro tipo de paradigmas que conciben al consumidor de sustancias como un adicto, una persona enferma que requiere atención especializada desde ámbitos de la salud. En México el combate al narcotráfico es una prioridad del gobierno y se destinan cantidades millonarias del presupuesto en dicha tarea. De forma paradójica los recursos destinados para las adicciones no se comparan en absoluto y son la forma que ha tomado este particular ensamblaje global.²⁸ La forma que ha adoptado globalmente la guerra contra las drogas

²⁸ Para Ong y Collier (2005:4) los ensamblajes globales son formas globales territorializadas en situaciones específicas. Son sitios de formación y reformación de problemas antropológicos, dominios en los que formas y valores de existencia individual y colectiva son problematizadas o puestas en cuestión, en el sentido de que son sujetas a reflexiones e intervenciones tecnológicas, políticas y éticas.

y el narcotráfico ha preponderado frente a la atención a las adicciones que poco a poco ha tenido presencia alrededor del mundo a través de diversos paradigmas. La atención a las adicciones, como ensamblaje global, no debe ser entendida como un fenómeno se valida como convencional o que es dependiente de ser aceptado o sostenido por una cultura y por un conjunto de significados o estructuras sociales; sino que debemos entenderla enlazada a fenómenos globales pero que se asimila en nuevos ambientes para codificar contextos y objetos heterogéneos que con susceptibles de control y valoración. Es por ello que las transformaciones institucionales en el ámbito de la salud relacionadas con la oferta de atención a las adicciones en México, están íntimamente ligadas fenómenos estructurales de tendencias globales neoliberales y con los cambios de modelos político-económicos de los estados nación. Este capítulo discutirá los esfuerzos institucionales, y la ausencia y surgimiento de disposiciones políticas para la atención a las adicciones. Este enfoque permitirá conocer y comprender específicamente las condiciones en que se ha configurado la oferta de atención a las adicciones en SLP, las formas en que la política pública se recrea en la práctica, y los matices que toma la labor de intervención que aparentemente están al margen de las prácticas de los aparatos de estado.

El capítulo iniciará con una reconstrucción histórica de las principales transformaciones que han moldeado condiciones en México para que se haya constituido el dispositivo de atención a las adicciones del modo en que se despliega actualmente. Posteriormente caracterizaré los espacios etnográficos en los que se realizó el trabajo de campo. Cada uno de estos espacios, conformados por un cúmulo de tecnologías terapéuticas, conforman el dispositivo de atención a las adicciones en SLP. Haré una descripción de cada una de las instituciones (CRC, CIJ, Anexos, y Clínica Privada). A través de mis acercamientos a estas instituciones pretendo reconstruir una imagen de lo que se vive cotidianamente en los sitios y una entrada a la diversidad instituciones

que integran el dispositivo terapéutico de atención a las adicciones en SLP. Estas descripciones permitirán conocer la estructura interna de las instituciones, sus dinámicas cotidianas, y los vínculos interinstitucionales y con las autoridades de la Secretaría de Salud (SSA). Esto proporcionará una perspectiva de cómo está constituida la oferta de atención a las adicciones en SLP y sus distintos perfiles en la producción de subjetividades de la adicción y de la recuperación. Al mismo tiempo nos dará los elementos necesarios para entender cómo el dispositivo terapéutico está integrado por diversos mecanismos de poder, formas de autorización y legitimación de sus prácticas, y técnicas de intervención terapéutica que lo hacen una tecnología biopolítica de gobierno con características complejas propias. Esto reflejara las diferenciaciones institucionales y la base fundacional compartida que da sentido a la intervención para el tratamiento de las adicciones, es decir, una lógica de pérdida y de mediaciones suplementarias insertas en los juegos de voluntades de las relaciones sociales del dispositivo.

1.1.El adicto y la atención a las adicciones

El concepto de adicción no puede ser entendido sin el marco de la modernidad que le dio vida. Junto a una amplia disponibilidad de sustancias, gracias al capitalismo internacional y la ciencia médica, surgió un sujeto de drogas. Este sujeto es patologizado y criminalizado, lo que caracteriza a la cultura de la modernidad como una cultura drogada, una *high culture*, en la que cualquier sustancia, comportamiento y afecto puede ser patologizado como adictivo (Alexander y Roberts 2003). La contención de las desviaciones sociales relacionadas con las drogas es abordada para el disciplinamiento desde retóricas médicas, criminológicas, psicológicas y psiquiátricas. Estos acercamientos parecen olvidar que la adicción emerge junto con la modernidad, y la complejidad, el valor creativo y diversidad de la adicción sobrepasa

considerablemente las limitaciones de esas visiones disciplinarias (ibíd.). Para Derrida la modernidad es narcótica pues es una formación cultural moldeada por las drogas (Derrida 2003). Las manifestaciones culturales de la adicción y la modernidad “serán encontradas en algún lugar entre una interioridad psíquica o vivida manifestada en una experiencia subjetiva de los estados alterados de conciencia del adicto y una exterioridad médica y sociopolítica, esto es, el contexto de la adicción y la atribución de la adicción, que en turnos constituyen el fondo de la experiencia de interioridad del sujeto” (Alexander y Roberts 2003:4).²⁹

La noción de adicción no existía antes de la modernidad. Levine (1978) nos dice por ejemplo que las concepciones de la borrachera habitual en Estados Unidos se transformaron en el siglo XIX. Demuestra que la noción de “adicción”, era algo desconocido hasta antes del auge del capitalismo moderno, y que su atribución patológica no tiene más de doscientos años de antigüedad. La forma de tratar los problemas de consumo de alcohol pasó del gusto hacia una compulsión o necesidad. Los grupos de temperancia argumentaron que la ebriedad, la intemperancia y la borrachera habitual eran una enfermedad. El argumento inició con el alcohol y se fue extendiendo a otras sustancias. Hasta este momento la fuente de la enfermedad estaba en la sustancia, por eso los grupos de temperancia buscaban la prohibición. La sustancia era, y sigue siendo, un suplemento peligroso. Después de la prohibición, comenta Levine, la nueva concepción de la enfermedad situaba su origen en el individuo mismo. A la fecha las nociones que circulan en el dispositivo terapéutico en México son una combinación de ambas concepciones de enfermedad.

Para Room (2003), el surgimiento de la adicción en la sociedad se da en el marco del auge de la revolución industrial. Las primeras representaciones en las novelas de esa época

²⁹ Traducción propia.

describen a la adicción como un fenómeno solitario, trágico e inexplicable. Las condiciones sociales estaban caracterizadas por una creciente movilidad en la población, un amoldamiento en los lazos de familias extendidas, y un debilitamiento de las redes de soporte social de las familias nucleares, lo que produjo que las familias dependieran del autocontrol del esposo/padre en su consumo (ibíd., p.222). De ahí también la gran preocupación de los grupos de temperancia para prohibir la bebida y restaurar el autocontrol que el alcohol les había arrebatado a los jefes del hogar. Sus orígenes están ligados íntimamente con la condición productiva del sujeto en el modelo de producción capitalista. El marco cultural que le da sentido a la idea de adicción, se presenta en aquellas sociedades que están altamente influenciadas por una economía y política capitalista, y que en la actualidad podemos asociar también con el neoliberalismo. La individualización y el individualismo se dan por sentados, las nociones de libertad y derechos individuales, por ejemplo, contribuyen a ubicar la adicción (y su tratamiento) como un fenómeno que está en la persona y/o en la sustancia, aparentemente aislado de su entorno social inmediato. Es una falla del enfermo, pues no supo controlarse, falló en detener un patrón de consumo a pesar del daño que le produce. La adicción es también una versión secularizada y racionalizada de ideas de posesión, de usurpación del ser de la persona por un agente exterior, que toma el control de su comportamiento en contra de su voluntad. Este marco cultural también caracterizado por la mercantilización del tiempo, caracteriza al adicto como alguien que sólo experimenta con el tiempo en vez de utilizarlo y sacarle provecho.³⁰

³⁰ Room (2003) asocia al marco cultural de la adicción contemporáneo con los criterios para identificar el síndrome de dependencias de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10). Las dependencias son caracterizadas por: 1) uso de drogas como posible causante de comportamientos que no ocurrirían de otra forma; 2) uso repetido de drogas que causan mal comportamiento o eventos; 3) pérdida del autocontrol; 4) dejar de hacer otras actividades por usar drogas, o mal uso del tiempo al usar drogas; 5) se asocia a una condición biológica (abstinencia o tolerancia); y 6) se asocia a una condición psicológica (ansias, deseo intenso, compulsión por el consumo). Este tipo de definiciones o caracterizaciones de la adicción han sido objeto de estudio a partir de la estructura social de las comunidades científicas abocadas

Si el adicto surgió con la modernidad, lo mismo sucedió con la ansiedad para dar un tratamiento a estos males. Estas inquietudes pasaron de iniciativas de los movimientos de temperancia antes mencionados hasta esfuerzos institucionalizados por parte de autoridades sanitarias. Durante el siglo XX se dio la emergencia de biopolíticas globales identificables a través de la historia de la salud mundial (Bashford, 2006). Los desarrollos de estadísticas vitales desde fines del siglo XIX y la inteligencia epidemiológica buscaron establecer una estandarización internacional, y el trabajo técnico de prevención y administración de enfermedades infecciosas en los modelos de higiene recibió un impulso. Para inicios del siglo XX, aún no hay una preocupación global por el fenómeno de las adicciones y más bien son algunos esfuerzos aislados, por sectores poblacionales no necesariamente ligados a la medicina, epidemiología o a la psicología, los que ponen atención a este naciente fenómeno con un enfoque principalmente hacia el alcoholismo. Para la segunda mitad del siglo XX, según los propios discursos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) se prioriza en los instrumentos y lógicas higiénicas para incrementar la gobernanza de los movimientos poblacionales en el mundo por lo que el dominio de la salud va tomando preponderancia (Bashford, 2006). Esto implicó un desplazamiento de la focalización de las luchas con las bases materiales de la pobreza, para llevar la atención hacia discusiones de bienestar, inclusión y exclusión.

La atención de las adicciones en México está ligada a la implementación del prohibicionismo como paradigma durante casi la totalidad del siglo XX, y la criminalización que esto conllevaba para el poseedor de sustancias prohibidas. A la par de la implementación del

a “descubrir” o construir la adicción. Campbell (2007) habla de una organización social de la ciencia, que permite observar críticamente esos espacios como productos culturales, como espacios de relaciones de poder, y como espacios de producción de verdades normativas. En otras palabras, pone en perspectiva analítica la estructura social de las comunidades científicas encargadas de “descubrir” o construir aquello que llaman adicción.

prohibicionismo y la guerra contra las drogas en México se han desarrollado secundariamente algunas estrategias para la prevención y tratamiento de las adicciones. De tal modo la consolidación de la producción de sujetos adictos tiene una íntima relación con el prohibicionismo, con las definiciones legales y las políticas policiales impuestas por los EEUU dentro de un régimen global de prohibición. A pesar de que hubo una emergencia de biopolíticas globales en relación a las historia de la salud mundial desde inicios del siglo pasado (Bashford, 2006), éstas se han visto opacadas en México por la influencia del prohibicionismo aunque se han estado manifestando en los últimos cuarenta años. El consumo de sustancias en los últimos años ha sido reconocido en México como un problema de salud pública pero la influencia punitiva que hace una lectura de los consumidores de sustancias ilegales como criminales ha sido predominante. En la actualidad sigue siendo claro que el paradigma del prohibicionismo y la guerra contra el narcotráfico han dejado al margen los esfuerzos institucionales y gubernamentales para atender el problema de las adicciones como uno de orden de salud pública.

1.2. Políticas de drogas y de atención a las adicciones

Desde fines del siglo XIX e inicios del XX, la consigna prohibicionista extendió su influencia en la sociedad mexicana, entre la visión oficial y la opinión pública se puede identificar lo que Montfort (2016) reconoce como intolerancia. Después de la revolución mexicana, Estados Unidos puede ser considerado como el empresario moral que impulsó la prohibición (Enciso 2015:22). Los médicos que formaban parte de la élite revolucionaria influyeron, dando seguimiento al prohibicionismo norteamericano, en la incorporación de la prohibición de las drogas en la Constitución de 1917. “Esa alineación no sólo se vinculaba con las relaciones de poder desigual frente al gobierno estadounidense, sino también con la expansión de sus ideas

europizantes sobre la higiene, la farmacología y su clasismo” (ibíd., p.22). La prohibición en la constitución fue una forma en que se ensambló en México una tendencia sobre el tratamiento político-legal que se les daba a las drogas globalmente. Montfort (2016) señala que a partir de los años veinte la campaña de criminalización influenciada por los EEUU ganó fuerza. Aunque había algunas voces que cuestionaban la penalización; la conciencia intolerante y penalizadora se arraigó en lo judicial y médico.

La “criminalización con excepciones” (Enciso 2010:69-73) entre 1930 y 1947 se caracteriza por establecer un mecanismo de control estatal de distribución de drogas y el tratamiento médico de los toxicómanos durante el gobierno de Cárdenas. Esta política establecía una distinción entre el criminal y el adicto. Estados Unidos no aceptó la propuesta, fracasando así un único antecedente de discurso de salud pública frente al prohibicionismo que fue reforzado después de la segunda guerra mundial. De hecho es el único momento en que ha habido una regulación para el consumo de sustancias. Durante los años treinta hubo algunos argumentos lúcidos que promovían la ruptura de mitos como el que la marihuana afecta a la salud. Incluso Leopoldo Salazar Viniegra fue con diplomáticos mexicanos a Ginebra en 1939 a una sesión del Comité Consultivo del Opio a cabildear que se legalizaran las drogas para combatir al tráfico de drogas (Enciso 2015:23). Para 1940 el director del Dpto. de Salubridad convenció al presidente Cárdenas de legalizar las drogas en México. Así se hizo por algunos meses en plena Segunda Guerra Mundial pero la presión política estadounidense y sus amenazas de frenar el comercio de medicamentos con México obligaron a continuar con el régimen de criminalización del uso de drogas (ibíd., p.23). A pesar de que el gobierno mexicano sucumbió frente a las presiones estadounidenses, Enciso nos dice que, no hay evidencias para argumentar que la legalización de las drogas fuera una política fracasada sino todo lo contrario. Los dispensarios, como política

pública, funcionaron a pesar del poco tiempo que duró su puesta en práctica, aunque desafortunadamente no hay un estudio sistemático de sus consecuencias y resultados. Para el transcurso de los años cuarenta la intolerancia y la persecución criminal en torno a las drogas se consolidó (Montfort 2016:16). En México “...la estigmatización, la reprobación moral y la criminalización de la producción, el comercio y el consumo de la marihuana, heroína y cocaína se mantendrían con insistencia particular” (ibíd., p.19). El consumo de estas sustancias se reducía a ambientes carcelarios, la baja milicia, pepenadores, élites (artísticas, deportivas y políticas), y hasta los años cincuenta el consumo se mantuvo como tabú y en tono condenatorio.

El periodo de “la internacionalización del discurso criminalizador” (Enciso 2010:73-79) se caracterizó por un apoyo a la cruzada estadounidense contra las drogas, que para los años sesenta tuvo un impulso particularmente fuerte para la marihuana. Este periodo se comprende desde 1947 con la Procuraduría General de la República asumiendo la persecución del narcotráfico, hasta 1969 con la puesta en práctica de la Operación Intercepción. El año de 1947 se distinguió por el cambio oficial del gobierno mexicano de una postura en donde el asunto de las drogas ya no sería un tema de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, sino de la policía. A partir de ahí la Procuraduría General de la República envió policías para que persiguieran a productores, consumidores y traficantes. Las décadas de los años cincuenta y sesenta se consolida el prohibicionismo en México, la creación de una clase campesina vinculada con el narcotráfico, y se establecen las condiciones para posteriormente generar estrategias policiales y militares que, con el pretexto de acabar con cultivos de drogas, inician el derrame masivo de sangre principalmente en las regiones del norte del país (Enciso 2015). Los tipos de consumo aparecieron en los medios juveniles, asociados a la crítica del status quo, la psicodelia, el rock, el espíritu rebelde de la juventud, y la contracultura (Montfort 2016:19; Zolov 1999).

Entre las décadas de los años cuarenta y cincuenta el estado posrevolucionario mexicano, como sistema político con un fuerte proyecto de industrialización, procuró fortalecer el eje de políticas de bienestar social a través del fortalecimiento y la expansión del Instituto Mexicano del Seguro Social (Barajas 2010). La creación de dicho instituto es un efecto de las concentraciones de ingreso, la acumulación de riqueza en el país y la concentración de poblaciones urbanas. Fue una estrategia gubernamental de interés para las empresas pues aseguraba al obrero, dándole tranquilidad para así, aumentar su rendimiento, evitar conflictos, y potenciar la economía (ibíd., p.72). Aun así esto dejaba a las familias y a un gran sector de no asalariados fuera de la cobertura. Para 1958 la proyección de cobertura del instituto había incluido la figura de la “medicina familiar” buscando dar atención también a la familia del trabajador. Aunque fue un periodo de expansión del instituto nunca logró dar cobertura amplia a los trabajadores del país. Para 1960 sólo el 60% de la fuerza de trabajo tenía cobertura, lo que se traducía a un 6.1% de la población (ibíd., p.82). Para 1960 se creó el ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) ofreciendo cobertura en salud específicamente a los trabajadores de la administración pública federal (Medina 2011). El surgimiento de estas instituciones no significó en absoluto que hubiera reconocimiento de un problema interno de consumo de sustancias, ni mucho menos que se requiriera atención especial al tema en términos de salud.

Durante el gobierno de Nixon en EEUU, se inicia la “criminalización con dientes” en México (Enciso 2010:79-89). Esto originó una actitud policiaca y militarista contra el narcotráfico en todo el mundo y se expandió a lo largo del territorio nacional. Nixon en la década de los setentas, oficialmente declara la primera guerra contra las drogas (Palacios y Serrano 2010:137) y es quien logra que se clasifique a la marihuana como una droga “Schedule I” equiparándola a la heroína en la Acta de Sustancias Controladas de EEUU. México, Turquía y

Colombia se convirtieron en los blancos privilegiados de la coerción norteamericana para fortalecer sus medidas de seguridad y combate al narcotráfico (ibíd.). A partir de los años ochenta, después de que el gobierno estadounidense declaró a las drogas como la preocupación doméstica número uno, la producción y el comercio, se convirtieron en un problema para México y otros países latinoamericanos (Montfort, 2016:19). El consumo y los problemas que éste generaba a los consumidores quedaron en el margen de la atención mediática y política.

1.3.Surgimiento de instituciones terapéuticas

En la década de los setenta que se fundan los Centros de Integración Juvenil, A.C. (CIJ) en la ciudad de México. A fines de los años sesenta, el grupo Damas Publicistas y Asociadas, A.C. establecen acciones que buscan sensibilizar a diversos sectores frente al consumo de drogas. Dicho grupo estaba preocupado por el abuso de consumo de drogas en jóvenes. Esta institución más adelante se convertiría en CIJ. Para 1970 se abrió en México el primer CIJ denominado “Centro de Trabajo Juvenil” y en 1973 formalmente se establecen los Centros de Integración Juvenil, A.C. que más adelante recibieron financiamiento de la Secretaría de Salud para operar formalmente bajo su regulación y resguardo. En esa década el CIJ abrió unidades de atención en entidades federativas del país y estableció vínculos con instancias nacionales e internacionales. El enfoque a la población juvenil desde los primeros esfuerzos institucionales para la atención a las adicciones nos habla acerca del paternalismo, la caridad y asistencialismo, que no sólo el estado mexicano mantenía con su población, sino también desde los sectores sociales privilegiados. Éstos buscaron una forma de cuidar a las juventudes necesitadas y en ellas encontraron a los consumidores de sustancias como un perfecto objeto de intervención. El poder pastoral, como una preocupación y una puesta en práctica de acciones asistenciales de

dependencias sociales, se encuentran en el surgimiento del dispositivo terapéutico de atención a las adicciones en México.

En los años ochenta los trabajadores del CIJ crearon un sindicato nacional, y se consolidó su estructura organizativa con un patronato nacional, una comisión de vigilancia y una comisión consultiva (Moreno s/f: 9-23). A inicios de la década de los ochentas, en México por decreto presidencial (DOF: 03/09/1982), el CIJ se incluye como organismo sectorizado de la SSA y se integran funcionarios públicos de diversas secretarías al patronato. A partir de entonces el CIJ se ha posicionado a nivel nacional e internacional como un referente del trabajo en contra de las adicciones; han aumentado las unidades en el país, han establecido convenios con diversas instancias locales, estatales, federales e internacionales; y han publicado libros y desarrollado áreas de investigación epidemiológica, psicosocial y clínica. Es interesante que se reconozca el surgimiento de este tipo de iniciativas frente a la histórica carencia de atención médica pública en el país. Este esfuerzo, junto con la consolidación de AA en México, resulta de los gérmenes que, más tarde en el estado neoliberal mexicano, potenciaron la multiplicación de ofertas de atención a las adicciones en México.

En la Ciudad de México durante los años setenta se fundó el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (México, 2008). Esta institución se transformaría en el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental, para finalmente derivar en lo que actualmente conocemos como Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”. Frente a esta institución estatal el CIJ se consolidó como la institución enfocada particularmente a las adicciones, con presencia en diversas entidades ofreciendo tratamiento a pacientes con problemas de consumo de sustancias. En San Luis Potosí a inicios de los años ochenta se fundó el CIJ de la entidad. Actualmente a diferencia de las sedes del CIJ de Ciudad de México y

Guadalajara, estas instalaciones no cuentan con un servicio de internamiento para sus pacientes sino sólo de tratamiento ambulatorio.

Los grupos de AA, por su parte, tienen una larga historia de presencia en México y SLP. Ésta data de principios de la década de los cuarenta por la influencia de algunos mexicanos y estadounidenses que viajaban entre ambos países. El primer grupo fue anglo parlante y se estableció en la Ciudad de México en 1946 (Rosovsky 2009). El crecimiento de los grupos hasta 1960 fue lento. La realización en 1964 de la “Segunda Convención de AA para México, Panamá y el Caribe” fue un momento clave para el crecimiento de AA. El evento motivó la creación de una Oficina Intergrupar en México. Esta oficina hizo funciones, temporalmente, de la Oficina de Servicios Generales de AA. Hubo una mayor distribución de literatura de AA y se produjo un mayor acompañamiento de grupos extranjeros a los mexicanos, las Oficinas Intergrupales fueron multiplicándose y lo mismo sucedió con los grupos Al-Anón para familiares de alcohólicos. “Entre 1964 y 1974 el número de grupos en México pasó de 36 a 928” (ibíd., p.23). La Central Mexicana de Servicios Generales de AA se fundó en 1969 y contó desde sus inicios con el registro y reconocimiento de parte de la Oficina Mundial de Nueva York.

Una primera fragmentación de los grupos de AA en México fue en 1975. Para ese entonces ya existían cerca de mil grupos. Uno de ellos inició lo que es actualmente conocido como Movimiento “24 horas” (ibíd., p.24-5). La idea inicial de estos grupos era mantener abierto el grupo, día y noche. Así aquellos compañeros que necesitaran de una junta, sin depender de los horarios de sesión de hora y media de los grupos “tradicionales”³¹, podrían acudir cuando

³¹ Dentro del léxico de AA se le llama grupo “tradicional” a aquel que sigue los lineamientos y disposiciones de la estructura de AA. Estos lineamientos fueron impuestos por los Servicios Mundiales de Alcohólicos Anónimos con sede en Nueva York. Para el caso de México existió un cisma en el que algunos miembros de AA decidieron que la estructura podría “alcanzar la mayoría de edad” en México por lo que se fundaría nuevamente una Estructura de Servicios Generales de AA apegada a los tres legados (doce pasos, doce tradiciones y doce conceptos para el servicio mundial) y sus treinta y seis

quisieran. En cierta forma esta disponibilidad de las juntas es un paralelo a la droga misma que puede ser utilizada en horarios fijos así como en cualquier momento e incluso compulsivamente. En cierta forma, como veremos más adelante, esta facción de AA en México se puede equiparar al sisma que hubo con AA Sección México en donde también había de por medio una contienda política para negociar y aplicar modificaciones al programa. De por medio había discusiones sobre el uso de los recursos financieros de la agrupación, debates sobre internamientos involuntarios, e incluso la negociación de lo que se reconocía como espiritualidad (Ramírez 2002).

Rosovsky (2009) hace una reconstrucción histórica de la presencia de AA en México y de sus fragmentaciones en grupos de 24 horas y del surgimiento de la Sección México. Ella identifica este fenómeno de fragmentación como algo único en el mundo, y como un reflejo de dinámicas psicosociales de la población mexicana, resultado de un desarrollo histórico turbulento y una heterogénea mezcla de tradiciones, "...permanente conflicto, tratando por un lado de proteger sus raíces y tradiciones y, al mismo tiempo, de vivir una forma de modernidad; la lucha entre una vieja vocación de someterse al autoritarismo y la búsqueda de la libertad, la autonomía y la expresión personal (ibíd., p.29-30)". Hernández (2013), por su parte, etiqueta a la diversificación de grupos de AA en ciudades fronterizas del norte del país como grupos disidentes.

principios fundamentales. Esta iniciativa se llama "Alcohólicos Anónimos Sección México" y se distanció de la Central Mexicana de Servicios Generales de AA órgano estructural oficial que está enlazado a los Servicios Mundiales. Esta división no impidió que los grupos que están afiliados a una u otra estancia sea considerado "tradicional". Lo que en términos coloquiales considera a un grupo como tradicional o no, es el manejo de los tiempos para participar en tribuna en las juntas, el tiempo total de la junta, y, en general, hacer una interpretación literal de lo que la literatura aprobada por los Servicios Mundiales propone. En este sentido tanto grupos afiliados a la Central Mexicana o a la Sección México pueden ser "tradicionales".

Del movimiento 24 horas surgieron los “Anexos”, un lugar adyacente al grupo donde aquellos compañeros que así lo desearan podían quedarse a vivir un tiempo mientras iniciaban su proceso de recuperación. Esto más tarde derivó en internamientos involuntarios por tres meses, y donde se ofrecen los servicios por una cuota fija o flexible, en los aún llamados Anexos. Del mismo movimiento surgieron las llamadas “granjas de rehabilitación” en distintos sitios del país en donde pueden internarse alcohólicos hasta por un año (ibíd., p.24)³². En algunos sitios del país estos grupos son reconocidos como de “terapia intensiva”. El adjetivo “anexado” es una palabra común para quienes han pasado por algún Anexo y podemos darle una doble interpretación. Denota, por una parte, la asociación del internamiento con un centro de rehabilitación (principalmente un Anexo) y, por otro lado, es una categoría con la que ellos mismos se reconocen e identifican durante el proceso de internamiento, asumiendo su situación de personas que están o estuvieron en dicho proceso, haciendo referencia a una condición espacial y de tratamiento a un problema de consumo de sustancias.

El proceso de desarrollo de AA en San Luis Potosí es muy similar al proceso más amplio de dispersión y diversificación de AA en México. En el año de 1962 se fundó el primer grupo de AA en San Luis Potosí. Su nombre fue Grupo Potosino y fue estimulada su fundación por dos personas que “recibieron el mensaje” de AA en un hospital de Zapopan por parte de los miembros del Grupo Tapatío que al volver a SLP se dieron a la tarea de formar el grupo.³³ En entrevista con el Coordinador de las Oficinas Intergrupales de SLP, me indicó que éstas fueron

³² Tanto los Anexos como las granjas de rehabilitación son espacios en los que se practican distintas formas de violencia y de violaciones a los derechos humanos. Para consultas sobre este tema se pueden consultar: para SLP un estudio elaborado por la Comisión Estatal de Derechos Humanos (2005); y el trabajo de la Open Society Foundation (2016) concentra los principales hallazgos de estudios sobre el tema llevados a cabo en México, América Latina y el Caribe.

³³ Información obtenida del sitio web de la Central Mexicana. Consultado por última vez el día 20 de septiembre de 2016. <http://www.aamexico.org.mx/linea/demo1960.php>

abiertas en su sede en el estado de SLP el año de 1969.³⁴ Desde entonces algunos grupos fueron tomando más fuerza y se consolidaron algunos grupos que a la fecha siguen existiendo y algunos otros que han desaparecido. Según otro testimonio, los grupos se fueron multiplicando poco a poco y para el año de 1970 ya existían al menos diez grupos en la ciudad de SLP.³⁵

1.4. Trayectorias y emergencias institucionales frente a las políticas públicas

En los años ochenta agentes gubernamentales de EEUU condicionan el apoyo al autoritarismo en México a cambio de la adopción de políticas de combate al narcotráfico. Estas medidas superan la influencia del ajuste estructural adoptado en el ámbito de la salud, en lo relativo al consumo de sustancias, para mantener un dominio de la guerra contra las drogas. Las campañas contra las drogas continuaron con la heroína en los setenta y la cocaína en los ochenta, teniendo impacto a nivel global y extendiendo sus procedimientos policiacos y militares en todo el mundo (Astorga, 2005; Bertram et al., 1996). Hasta la década de los años dos mil se mantuvo este marco regulatorio bajo una fuerte influencia del gobierno norteamericano. En 2006 al inicio de la presidencia de Felipe Calderón una serie de acciones estratégicas se desplegaron para dar una lucha frontal con el crimen organizado y particularmente con el narcotráfico. Esto se tradujo en la militarización de las calles y en el uso del ejército para acciones de seguridad pública.

La guerra contra el narcotráfico, según cifras oficiales hasta 2016, ha provocado más de 175,000 muertos, 27,000 desaparecidos, y múltiples violaciones a los derechos humanos por parte de las fuerzas policiacas y militares³⁶. La inversión para la atención a las adicciones no se

³⁴ Información obtenida del compañero de AA, Manolo F., realizada el día 8 de diciembre del 2014 en las instalaciones de las Oficinas Intergrupales en el Centro Histórico de la ciudad de San Luis Potosí.

³⁵ Información obtenida del compañero de AA, Marcos C., realizada el día 4 de diciembre del 2014 en las instalaciones del Anexo de puertas abiertas.

³⁶ Según datos de *El País* (<http://elpais.com/especiales/2016/guerra-narcotrafico-mexico/>), obtenidos del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. Los datos no oficiales estiman que los

compara en absoluto con el gasto que se ha hecho para la guerra contra las drogas. Hay quienes incluso calculan que el gasto de la guerra contra las drogas (entre 2006 y 2012), dividido en dos amplias categorías: ley y orden, y prevención, tratamiento y derechos humanos, se distribuye en un 97% para los primeros, y en un 3% para los últimos (Atuesta 2014). La tendencia en los últimos años no ha sufrido modificaciones significativas. Frente a este panorama, hay que reconocer que en términos del neoliberalismo, el narcotráfico como negocio ha sido ampliamente exitoso. Al pertenecer al mercado negro ha generado una cantidad muy grande de excedente que, dentro de marcos desregulados, ha sabido insertarse en las lógicas de reproducción de capital financiero. Los esfuerzos de la guerra contra el narco, en vez de reducir el crimen organizado, parecen fortalecerle y estimular su reproducción.

En términos de salud pública, en México se puede distinguir una segunda etapa del acercamiento político y económico al fenómeno de las drogas y la atención al consumo problemático de las mismas. Lo que en los años ochenta se promueve como “programas de ajuste estructural” por instituciones de financiamiento internacional como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, marcan un giro con lo que pasa en México (a pesar de que hasta este momento había una priorización del tema con un enfoque de seguridad y criminalidad). Aunque la operación de estos programas han seguido los dogmas básicos del neoliberalismo (libre mercado, privatización, empequeñecimiento de gobiernos locales frente a manejo financiero y desregulación económica), existen diversos debates sobre su impacto en la economía y la salud (Pfeiffer y Chapman 2010).

Dentro de este panorama se insertan iniciativas del gobierno mexicano para atender problemas de salud. La capacidad de las instituciones estatales fue rebasada por la demanda y

muerdos por la guerra ascienden a más de doscientos mil y que los desaparecidos son más de cincuenta mil.

abrió posibilidades para que la inversión privada y Organizaciones No Gubernamentales pudieran ofrecer una atención controlada. Ferguson (2011) identifica un proceso global en el que las formas de asistencia social superan los estados-nación y son las ONG las que reciben el dinero de las fundaciones filantrópicas internacionales. Es una forma de tercerización de servicios frente a la reducción de las funciones regulatorias del estado. Esta forma de estado neoliberal, en el que se prioriza la asistencia social a los pobres a través de préstamos o dádivas económicas para que resuelvan sus problemas según sus propios intereses, tiene el supuesto de que un aumento en la capacidad de compra conllevará al incremento en la capacidad de producción y distribución local. Pero lo que logran estas formas de asistencia o de “ajuste estructural” es acentuar aún más la diferenciación social y evidenciar que las tendencias de políticas sociales neoliberales realmente no benefician a los pobres. En la atención a la salud, si bien ha habido un apoyo importante a la inversión privada, el sector de la sociedad civil organizada no se ha visto beneficiado por las inversiones de fundaciones internacionales. AA, por ejemplo, que ha tenido un gran éxito en México y que incluso ha dado pie a múltiples facciones que operan con la misma base ideológica de intervención, tiene una filosofía de manejo de recursos financieros que les impide participar activamente en procesos económicos y políticos que no sean los propios de la organización. Por esta razón es que fueron tan exitosas y que su reproducción fue tan prolífica. No dependían (ni dependen) de recursos estatales ni de recursos de financiadoras internacionales, sino de los mismos recursos de la población objetivo de sus acciones. Son un modelo de intervención que es ideal para el neoliberalismo mexicano pues depende única y exclusivamente de sí mismo.

El surgimiento y distribución del CIJ y la atención precaria que ofrecían centros de salud, hospitales y clínicas a pacientes con algún problema de intoxicación en el país eran las únicas

instituciones que abrían la posibilidad de atender las adicciones. La multiplicación y proliferación de AA, y posteriormente de los Anexos, ayudaron a crear la idea de que había un vacío institucional para la atención a las adicciones y se fortalecieron como el paradigma de la atención en México.

En 1985 hubo nuevamente un cisma más dentro de AA. Dentro de la Central Mexicana surgió un movimiento alterno conocido como Sección México. Los motivos de la separación se atribuyen a la forma de organización centralizada de la Central Mexicana, a la idea de un “regreso a lo fundamental”, y a intereses económicos y de relaciones de poder (Rosovsky 2009:26-7). La Sección México se separó del reconocimiento de la Oficina Mundial y, en México, oficialmente AA sólo respalda a la Central Mexicana a pesar de que en términos coloquiales ambas instancias se reconocen como grupos de AA.

El coordinador de las oficinas intergrupales de AA en SLP, fue quien me indicó que en San Luis Potosí surgió la corriente de AA conocida como “fuera de serie”, que muchos otros miembros de AA la asocian con la Sección México e incluso con los grupos de 24 horas. Marcos C. comenta que en el año de 1980 algunos miembros de AA en SLP estaban cansados de los protocolos “obsoletos” de los grupos tradicionales. Este grupo hizo un evento que llamó “1er Congreso Nacional de Grupos Fuera de Serie”. Participaron grupos de otros estados de la República y contaron con el apoyo de autoridades del municipio y del estado. Este evento fue un parte aguas para la multiplicación de grupos en la ciudad de San Luis. Según Sergio, el director de los Anexos etnografiados, los grupos se multiplicaron a casi seis veces la cantidad de grupos que existían en ese entonces.

La idea de los grupos fuera de serie era romper con los protocolos que algunos miembros consideraban inadecuados para la gran cantidad de jóvenes que se integraban a los grupos.

Querían ofrecerles una dinámica más adecuada a sus necesidades. Marcos C. y Sergio cuentan que mientras se desarrollaba la junta había quienes jugaban baraja, platicaban, contaban chistes, jugaban dominó, apostaban. Sergio dice “mientras estaba la junta todos ponían atención aunque estuvieran haciendo otra cosa”. Al parecer desarrollaban una especie de habilidad en la que podían tanto poner atención a quien estaba en “tribuna” como jugar dominó al mismo tiempo.³⁷ Marcos C. comenta que era común que hablaran entre ellos con improperios, maldiciones, bromas, alburas y ofensas, aunque era un ambiente de compañerismo y diversión que nunca les llevó a generar rencores entre ellos o a algún tipo de pelea física. Algunos de sus fundadores hablan de conceptos anarquistas y de rupturas de las normas que les caracterizaban en ese entonces, por lo que rápidamente fueron desplazados de su reconocimiento formal como grupos de AA. Las solemnidades rituales, los tiempos de hablar y la performatividad narrativa de la tribuna fueron por ejemplo, cuestionados y reconceptualizados. Gradualmente los grupos fuera de serie, según Marcos C., Sergio, e Ignacio (psicólogo de los Anexos), muchos otros miembros de AA perdieron el sentido inicial de su misión y derivaron en centros de rehabilitación y Anexos en donde se violan sistemáticamente los derechos humanos a través de maltratos, torturas, y el uso continuo de violencia en las terapias. Ignacio y Sergio, así como algunos miembros de AA, se refieren bromeando a los grupos fuera de serie como los “fuera de sí”.

El congreso y la formación de grupos fuera de serie, en San Luis Potosí, a la par que contribuyen a la multiplicación de grupos de AA, provocaron el surgimiento de proyectos alternos a los grupos de AA y nacieron los primeros Anexos en SLP. El primero de ellos fue el grupo “Hombre en Fuga”³⁸, surgió en 1987 de una asociación entre varios compañeros de AA.

³⁷ La tribuna es una plataforma, que asemeja la forma de un atril, desde donde una persona habla al frente del grupo. En cierta forma es como una especie de púlpito aunque la diferencia de altura implica solamente estar de pie frente al grupo que está sentado.

³⁸ El nombre del Anexo fue una apología a la obra literaria de Carlo Coccioli que lleva el mismo nombre.

Ellos se impusieron la misión de ofrecer techo y alimentos a personas con problemas de alcoholismo y drogadicción que solicitaran el apoyo y que voluntariamente decidieran internarse. Su labor inició con la misma idea del Movimiento de 24 surgido en la ciudad de México. Marcos C., uno de los fundadores del grupo, comenta que tenían vínculos con la Cruz Roja y el Sector Salud quienes incluso enviaban gente a su Anexo. Duró poco tiempo con esa misión hasta que los líderes del proyecto decidieron hacerlo exclusivo para internamientos de tres meses, incluso para personas que se internaran en contra de su voluntad. Al poco tiempo tuvieron que cerrar por problemas administrativos y financieros. El segundo Anexo, que aún se mantiene abierto, fue el “13 de febrero”. Inició a fines de los ochenta como un Anexo de puerta cerrada recibiendo a personas en contra de su voluntad, y para el año de 2010 crearon un proyecto alternativo de clínica privada con servicios profesionales.

A partir de estos esfuerzos germinales, AA y sus diversas corrientes fueron creciendo en SLP y en México. Tal como lo menciona Rosovsky (2009:25) “el surgimiento de esta organización y sus innovaciones corresponden a una necesidad real: el estado y la sociedad no ofrecían en ese entonces –ni en la actualidad- servicios o recursos para el tratamiento de los alcohólicos, especialmente los de muy bajos recursos. No hay albergues ni camas en hospitales que puedan brindar apoyo a los que no tienen hogar o son rechazados por sus familias”. De este modo miembros de AA toman iniciativa y crean espacios que sirvan para cubrir lo que ellos, y muchas personas de su entorno social inmediato, concebían como una necesidad.

También durante la década de los años ochenta surgió un proyecto de rehabilitación para adictos con fundamento cristiano en Liérganes (Cantabria), España. Fue el año de 1985 en que se abrió la primera casa de rehabilitación Reto a la Esperanza. Con el tiempo fueron recibiendo apoyo de empresas, de capital privado, donaciones en efectivo y especie, y desarrollaron

métodos para ser autosustentables como talleres de carpintería, producción agrícola y de ganado. Estas ocupaciones son parte importante del proceso terapéutico de los internos. Actualmente tienen presencia a nivel internacional en más de veintinueve países. La iniciativa llegó a México en 1995 a Tlaxiaco, Oaxaca, fue ahí donde inició su primera casa en territorio mexicano. Desde entonces ha permanecido como un servicio voluntario y gratuito para personas que piden apoyo para el tratamiento de sus adicciones y se ha extendido a otras ciudades del país, entre ellas figura la ciudad de San Luis Potosí. Su presencia en SLP es relativamente reciente pues no cuentan con más de diez años de presencia en la entidad, y es una de las pocas casas de su organización que tiene cupo para menores de edad. Su llegada a la ciudad coincide con los inicios de la guerra contra el narcotráfico del entonces presidente Calderón.

Esta explosión de AA y demás corrientes, el surgimiento del CRC y la consolidación del CIJ en SLP, como institución sectorizada de la SSA, se dan en un marco normativo inexistente para la atención a las adicciones en México. En otras palabras, antes de que existiera un marco normativo se estaba consolidando un panorama de atención a las adicciones integrado por diversas instituciones, diversos tipos de expertos (desde personas que habían sido alcohólicos o drogadictos como en AA, hasta profesionales de distintas áreas en el CIJ), y diversos tipos de servicios como el internamiento y los servicios ambulatorios.

En los años ochenta también comienza a definirse una política pública para las adicciones en México, pero tuvieron que pasar casi dos décadas más para que existiera un intento de regulación de las prácticas de rehabilitación en adicciones. Para el año de 1984 las adicciones se reconocen en la Ley General de Salud (LGS) como problema de salubridad general. Con la creación del CONADIC en 1986 se incluye el primer Programa Contra las Adicciones en el Programa Nacional de Salud de 1983-1988 el cual tuvo se enfocó a la prevención al consumo.

En el mismo año se conforman los Consejos Estatales Contra las Adicciones (CECA) en apego a la Constitución y a la Ley General de Salud (LGS) de la SSA.³⁹

Hasta el año 1999 fue que se creó la Norma Oficial Mexicana 028, vinculada a la SSA, que regulará el funcionamiento de instituciones abocadas a la atención a las adicciones.⁴⁰ Es decir, que todas las instituciones que conforman el dispositivo terapéutico de atención a las adicciones en México, y particularmente las de SLP, funcionaron por más de dos décadas sin una regulación formal de parte de las autoridades del estado mexicano. Cabe señalar que, como con prácticamente todas las leyes, la existencia de esta Norma Oficial no implica su correcto funcionamiento ni su cabal seguimiento.

La guerra contra el narcotráfico iniciada con la presidencia del Calderón, provocó la transformación más reciente en el panorama de atención a las adicciones de nuestro país. Precisamente a fines del 2006 se crea el Programa de Acción Específico en Prevención y Tratamiento de las Adicciones (PAE) 2007-2012 respaldado por un amplio conjunto de leyes, reglamentos y normas que forman un marco jurídico a sus acciones.⁴¹ El PAE contiene reflejos de lo dispuesto en la Constitución, en la LGS, en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012. Este conjunto de documentos establece acciones

³⁹Los CECA están presididos por el gobernador y son coordinados por el Secretario de Salud local, y a través de sus secretarios técnicos se mantienen enlazados con el CONADIC. Están integrados por instituciones públicas y privadas para aplicar programas contra las adicciones. Su función es dar seguimiento a las acciones en materia de prevención, atención y tratamiento a las adicciones, así como coordinar el trabajo interinstitucional en ese sentido. Información obtenida del sitio web del CONADIC el 20 de septiembre de 2016. <http://www.conadic.salud.gob.mx/pcecas/pcecas.html>.

⁴⁰ Según las últimas modificaciones a la NOM 028, en el 2009, tiene el siguiente objetivo y campo de aplicación: “1.1. Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los procedimientos y criterios para la atención integral de las adicciones. 1.2. Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud y en los establecimientos de los sectores público, social y privado que realicen actividades preventivas, de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, reducción del daño, investigación, capacitación y enseñanza o de control de las adicciones.” (NOM 028, México 2009)

⁴¹ Diversas leyes y reglamentos estatales forman un complemento al marco jurídico federal, mientras que a nivel internacional, México está suscrito a acuerdos, convenios y tratados diversos para fortalecer la lucha contra las adicciones.

preventivas y de tratamiento a las adicciones, y prioridades administrativas. Este programa fue un reflejo insuficiente a la extraordinaria cantidad de recursos que estaban siendo dirigidos a la guerra contra el narco. En 2008 se hacen actualizaciones de la NOM 028 para especificar que los recién creados Centros Nueva Vida (CAPA) quedan bajo su regulación, perfilándose como los establecimientos de atención a las adicciones que más recursos públicos reciben⁴².

Para el año 2009 se aprueba la Ley de Narcomenudeo, que había sido propuesta desde 2006. Históricamente es la primera vez que se tomó en serio, aunque sea de manera discursiva, el problema del consumo interno (Enciso, 2010:86). La Ley de Narcomenudeo categoriza legalmente a los usuarios de sustancias ilícitas como; consumidores, farmacodependientes, narcomenudistas y narcotraficantes. La diferencia básica con estipulaciones previas, en la Ley General de Salud (Art. 478 y 479), es que especifica cantidades de posesión de consumo personal e inmediato para hacer legible al portador ya sea como enfermo o delincuente. Para el primero habrá que hacer una canalización a algún centro de atención para las adicciones, mientras que el segundo será procesado penalmente. Existen diversas críticas sobre la dificultad y relatividad en la práctica para aplicar estas distinciones, que apuntan hacia un fortalecimiento del sistema punitivo y criminal que se aleja aún más de la idea del enfoque de salud pública hacia el consumo de sustancias (Carrillo, 2012; Hernández, 2010). La Ley de Narcomenudeo es un antecedente único que reconoce legalmente al adicto (farmacodependiente) como sujeto que debe ser intervenido, aunque no deja de generar cierta confusión legal con el delincuente. La definición legal entre el delincuente y el adicto da cuenta de la cercanía de estas dos categorías

⁴² Los Centros de Atención Primaria a las Adicciones “Nueva Vida” (CAPA) se crearon durante el sexenio pasado en el marco del PAE 2007-2012, con la finalidad de dar atención primaria para la prevención a las adicciones y de tratamiento a casos de consumidores que, según sus propios términos, aún no desarrollen una sintomatología de adicción. Al mismo tiempo son un ejemplo del vínculo entre las estrategias de la guerra contra las drogas y aquellas dirigidas hacia la prevención y el tratamiento de las adicciones, pues surgen con la inversión de recursos provenientes de decomisos al narcotráfico.

de persona, su diferenciación legal radica en la cantidad poseída de drogas ilegales. Esto se determina en un espacio ambiguo de aplicación de la ley entre policías y ministerios públicos. Aún dentro del reconocimiento del adicto en la ley, este reconocimiento no deja de ser relativamente arbitrario.

Finalmente para el año 2011, por decreto presidencial, se creó el Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones (CENADIC), para coordinar la operación de todos los centros de prevención y tratamiento a las adicciones, quedando el CONADIC con facultades de análisis y estadística epidemiológica, así como de elaboración de proyectos y propuestas de evaluación (DOF: 10/01/2011).

Por lo que hemos visto podemos dar cuenta de que la situación para la atención a las adicciones se ha ido transformando. Dentro de procesos históricos que han preponderado la guerra contra las drogas y más recientemente una guerra contra el narcotráfico, las adicciones reconocidas como un problema social que requiere atención terapéutica han ido tomando lugar en México. Han surgido instituciones que han conformado un dispositivo terapéutico de atención a las adicciones. Es importante destacar que el surgimiento institucionalizado de ofertas terapéuticas se dio en un marco normativo que era inexistente. En este sentido nacieron instituciones en un entramado informal que se desarrolló prácticamente al margen de las instituciones públicas o que dependen directamente del estado. A pesar de que las adicciones, caracterizadas como un problema de salud pública, son un problema y un área de intervención que está claramente vinculada con aparatos institucionales del estado, en términos concretos en México su atención ha sido primordialmente dominada por instituciones que se encuentran al margen del estado. Pero estas instituciones, aunque no están vinculadas directamente con el estado, paradójicamente aplican técnicas biopolíticas de gubernamentalidad, ejercicios de poder

pastoral, disciplinario y de seguridad que sitúan al adicto como un sujeto de control social y de intervención terapéutica que es necesario insertar en procesos normalizadores. Dentro de la íntima relación entre el prohibicionismo y un enfoque de salud pública frente a las adicciones, el surgimiento de un dispositivo terapéutico en el marco de la ausencia normativa y regulatoria de prácticas de intervención muestra que la parte moralista del prohibicionismo, en que el adicto es reconocido como una pérdida, ha tenido éxito. La lógica es que los enfermos y adictos son quienes deben ayudarse a sí mismos. El dispositivo terapéutico se ha fortalecido en gran parte debido a que las instituciones autogestivas y autónomas como AA y sus derivaciones no tienen un vínculo de dependencia con disposiciones de las instituciones estatales. Fue la respuesta de la población ante el propio reconocimiento de una necesidad y la construcción de una problemática social. Pero también fue respuesta ante una carencia de capacidad y voluntad estatal conformada por la moral prohibicionista y neoliberal. Hemos llegado al punto en que las propias poblaciones reproducen por sí mismas formas de gubernamentalidad y mantienen en funcionamiento el dispositivo terapéutico de la atención a las adicciones en un ejercicio de autoregulación y autodisciplinamiento.

1.5. Panorama actual del dispositivo terapéutico

Los últimos diecisiete años y sus transformaciones en las políticas enfocadas a las adicciones, marcan dos paradigmas para la política pública en México: 1) la distinción de la autoridad máxima en la materia de atención a las adicciones que es la SSA, y su NOM 028 como parámetro para la administración de los establecimientos que ofrecen estos servicios y; 2) el surgimiento de la Ley de Narcomenudeo como la única política pública que identifica legalmente al adicto como enfermo, así como su canalización a un centro de atención a las adicciones para

su tratamiento. El reciente énfasis en las adicciones como problema de salud pública integra a drogas ilegales, como a drogas legales, y ambas entran en procesos de intervención terapéutica y responden a la lógica de pre-construcción de sujetos adictos desde saberes científicos que justifican la intervención planeada. La creación de estos paradigmas en la política pública no implica que todas las instituciones de atención a las adicciones sigan la norma y dejen de operar desde la clandestinidad, tampoco implica que la ley de narcomenudeo sea aplicada adecuadamente y haya acabado con los grises interpretativos para etiquetar a los criminales y adictos o que haya acabado con la corrupción policial y judicial que constantemente crea deslices entre estas dos categorías.

Actualmente en México el dispositivo terapéutico se integra por 310 Centros Nueva Vida, 113 Centros de Integración Juvenil (99 son centros de prevención y tratamiento, 2 unidades de tratamiento para heroinómanos, y 12 unidades de hospitalización), 14,000 grupos de A.A. (550 de ellos ubicados en cárceles)⁴³, 2,402 grupos de AA Sección México⁴⁴, y un número incierto de Anexos y Granjas que seguramente supera a los antes mencionados⁴⁵. La Organización Mundial de la Salud identifica el escenario de atención a las adicciones principalmente atendido por organizaciones no gubernamentales con cerca de un 60% de la oferta dominada por este sector (WHO, 2010).

De este modo podemos darnos cuenta, como reconocen Marín y Medina (2014), que actualmente la atención a las adicciones en México es llevada a cabo por medio de tres diferentes

⁴³ Información obtenida del sitio web de la Central Mexicana: www.aamexico.org.mx. Última vez revisado el día 25 de septiembre de 2017.

⁴⁴ Información obtenida del sitio web de la Sección México: www.aa.org.mx. Última vez revisado el día 25 de septiembre de 2017.

⁴⁵ A pesar de que hay quienes aproximan la cantidad a 50,000 (Quesada, 2013), el dato preciso es difícil de aproximar debido a la rápida formación y conclusión de estas iniciativas de internamiento de adictos en espacios que, muchas veces, se encuentran en condiciones ínfimas para la subsistencia de los internos. Así mismo, muchos anexos están completamente fuera de la mira de las instancias gubernamentales que deben regular su funcionamiento, operando en casas clandestinas por ejemplo.

esquemas. El primer esquema está representado por el sector público. Está integrado por los Centros de Atención Primaria Nueva Vida y los CIJ. En la ciudad de San Luis Potosí hay un CIJ, el Instituto Temazcalli (funciona con recursos estatales), y un Centro Nueva Vida, éste último, al igual que todos los Centros Nueva Vida del país, solamente ofrece atención primaria, es decir, preventiva y de intervención con personas que aún no desarrollan una adicción. El segundo esquema son los servicios profesionales de salud privados, incluyendo clínicas residenciales especializadas, que están registrados antes el CONADIC y certificados por la NOM-028. En San Luis Potosí solamente hay uno de estos centros.⁴⁶ El tercer esquema es el que está integrado por los servicios de grupos de ayuda mutua, en donde se incluye a los grupos de AA, Anexos, granjas, Movimiento de 24 hrs., y demás corrientes de AA. En la ciudad de San Luis Potosí y su zona conurbada hay 112 grupos reconocidos por la Central Mexicana, un número indeterminado de grupos de la Sección México, y aproximadamente cincuenta centros de rehabilitación entre grupos de 24 horas y Anexos.⁴⁷

Estos tres esquemas no coinciden con la tipología que establece la política pública desde la NOM-028 de los modelos de atención a las adicciones (profesionales, mixtos y de ayuda mutua). La tipología de Marín y Medina se enfoca en la naturaleza de sus recursos para la intervención, es decir, pública, privada y de ayuda mutua (que se mantienen de sus propios recursos). Aunque ubican a los Anexos en su propia categoría, se podría decir que son una especie de fusión entre privado y ayuda mutua, pues tienen cuotas fijas para el internamiento y reciben donaciones de sus miembros. La tipología de la NOM-028 se basa en el tipo de

⁴⁶ Información obtenida de un listado de establecimientos reconocidos por el CENADIC del año 2015. Consultado vía internet el día 20 de septiembre de 2017.

http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/Directorio_reconocidos_17_04_2017.pdf

⁴⁷ El número aproximado de Anexos en San Luis Potosí lo obtuve de un listado que me proporcionaron los funcionarios del CECA, en donde aparecían cerca del 20% de los centros en proceso de certificación. Para el año de 2015 en un listado oficial del CENADIC solamente hay dos centros de rehabilitación certificados.

intervención y en la naturaleza del servicio que ofrecen para la rehabilitación, siendo los mixtos, por ejemplo una fusión entre servicios profesionales (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras) y de ayuda mutua (basados en el programa de los doce pasos de AA).

Los Anexos no son las únicas instituciones del dispositivo terapéutico que operan fuera de la norma. También hay instituciones privadas que operan fuera de la norma tal como la clínica que es parte de este estudio. Al no estar certificados están operando en ambigüedades legales. Se encuentran entre el reconocimiento formal gubernamental y las prácticas clandestinas de su propia traducción de la política de salud en el área de las adicciones. Es de llamar la atención que el dispositivo está dominado, en términos de la oferta y la cobertura de servicios demandados por la población, por los establecimientos no certificados y que se encuentran fuera del orden regulatorio del estado. De modo que si el cálculo de la OMS para México es del 60% de atención por parte de Organizaciones No Gubernamentales, siguiendo el recuento que aquí se ha hecho, para San Luis Potosí es de más del 95%.

Actualmente el dispositivo terapéutico está integrada por diversos agentes dentro de las instituciones: profesionales, “adictos en recuperación”⁴⁸, autoridades institucionales, burócratas, familiares de los adictos, distintos tipos de instituciones y distintas lógicas de intervención con adictos enfermos. Este complejo entramado social deriva de procesos históricos que han mostrado el desarrollo gradual de distintas ofertas de atención a las adicciones en un marco de desregulación estatal hacia sus prácticas. Al mismo tiempo se ha agudizado una guerra abierta contra las drogas ilegales y contra el narcotráfico en México a partir del año 2006.

El dispositivo está integrado, como hemos dicho, también por instituciones que no son parte formal del aparatos de estado (CRC, AA, Anexos, y clínica privada) son espacios donde se

⁴⁸ Este término se usa dentro del léxico de AA para referirse a los adictos que ya no consumen. La expresión sigue la lógica de que la persona una vez enferma nunca dejará de estarlo. Es un recordatorio de que su recuperación es día a día y de que se mantiene la amenaza latente de volver a caer en lo mismo.

produce al estado pues desde su aparente ausencia en contextos biopolíticos se forma su propia reproducción. La forma en que los ensamblajes globales de la guerra contra las drogas, el narcotráfico y la atención a las adicciones como problema de salud pública se dan en México han contribuido a la consolidación de un dispositivo biopolítico que ejerce el poder del estado sobre los cuerpos adictos extendiéndose por las “ramas capilares de lo social” (Das y Poole 2004:10). La intención de dominar la vida de la biopolítica de las adicciones en México ha colonizado a la ley desde el dispositivo terapéutico por mecanismos de poder pastorales, disciplinarios, y de seguridad que, como nos dicen Das y Poole (2004), producen categorías de lo patológico a través de prácticas parasitarias de la ley. La noción de márgenes del estado de estas autoras es pertinente ya que podemos ver en el despliegue histórico de un dispositivo terapéutico un movimiento mimético del estado para dar legitimidad a prácticas en donde “una imagen del bien común se pone en juego”, de tal modo que los espacios en donde aparentemente no ha entrado el estado, son más bien sitios en los que el estado es continuamente formado en los recovecos de la vida diaria (ibíd., p.23). Podemos reconocer pues en el dispositivo terapéutico “sitios de prácticas en los que la ley y otras prácticas estatales son colonizadas mediante otras formas de regulación que emanan de las necesidades apremiantes de las poblaciones, con el fin de asegurar la supervivencia política y económica” (ibíd., p.8). De tal modo nos enfrentamos ante una construcción del estado mexicano que en las prácticas de intervención y control de las adicciones delega el poder, más que alienarlo de los sujetos, pues permite en las prácticas institucionales del dispositivo que iniciativas como AA, Anexos, clínica privada y CRC día a día ejerzan formas de intervención. Esto nos permite pensar al estado, como bien nos señalan Das y Poole, precisamente en los márgenes del cuerpo ciudadano.

Por otro lado nos encontramos frente a un despliegue del dispositivo terapéutico a través una serie de técnicas que se replican, transforman y readaptan, en algunos casos de formas diferenciadas y específicas, para la producción de sujetos adictos y adictos en recuperación. El ensamblaje global y modo en que neoliberalismo toma forma en México permite que la biopolítica se manifieste en las prácticas de intervención con una nueva población creada históricamente. Esta población se creó, como hemos visto a partir de dos momentos. Un primer momento caracterizado por el prohibicionismo y la criminalización del adicto. Y un segundo momento en el que, sin dejar de lado las inquietudes del primero, se incluye una tendencia asistencialista y una percepción de la necesidad de intervenir en la modificación de conductas ahora identificadas como patológicas. Pero esto, como continuaremos viendo, no puede ser entendido a profundidad si no se exploran las prácticas cotidianas de la intervención. El dispositivo terapéutico deberá ser entendido entonces en términos de las relaciones entre sus actores, que tienen fundamento en la noción de que el adicto está invadido por la pérdida, y donde se manifiestan juegos de voluntades bajo lógicas de complementaridad. Este acercamiento etnográfico nos permitirá entender la lógica subyacente a la construcción de sujetos adictos en oposición a una idea de “normalidad” y al mismo tiempo comprender cómo la intervención contemporánea de las adicciones ha legitimado múltiples estándares y valorizaciones de lo que es ser normal después de ser adicto.

1.6. Acercamiento etnográfico al dispositivo terapéutico

Para poder tener una perspectiva más clara de cómo funciona el dispositivo terapéutico y cómo se diferencian entre sí las instituciones que lo integran, haré una breve presentación de cada una

ellas.⁴⁹ Las descripciones que se hacen a continuación, en su mayoría, se enfocan a los primeros días que tuve de contacto con las instituciones y con la gente que en ellas labora y se somete a tratamiento. En todos los casos se sabía de antemano que yo era un antropólogo haciendo un estudio sobre la atención a las adicciones en San Luis Potosí. A lo largo de las descripciones se hará énfasis en las formas en que estas instituciones se vinculan unas con otros, en la vida cotidiana dentro de las instituciones y en las técnicas de tratamiento en ellas observados. En algunas instituciones, donde inicié mi trabajo de campo desde el año 2012, dejé de hacer seguimiento etnográfico puntual después de los periodos de trabajo de campo formales destinados particularmente a esos sitios, para dar cabida a otras instituciones y proyectos de atención a las adicciones, pero procuré mantener el contacto y hacer visitas esporádicas, principalmente con los Anexos.

a. Centro de Integración Juvenil

Mi primer acercamiento al CIJ fue durante mi primera etapa de trabajo de campo y lo había seleccionado porque quería conocer el lugar a dónde se canalizaba, por parte de los procesos judiciales, a los reconocidos “adictos” por la instauración de la ley de narcomenudeo. Me enteré que lo habían cambiado de locación ya que antes se encontraba en una zona cercana al centro y ahora estaba en la periferia en una zona del sureste de la ciudad. Al llegar me sorprendí de lo amplio que era el espacio que ocupaba, era casi una cuadra completa y me llamó la atención la pintura fresca, los colores claros y, en general, la imagen impoluta que proyectaba. Pensaba que era todo lo contrario a lo que puede venir a la mente al pensar en la imagen de una persona con una adicción. Para entrar al predio había que cruzar una gran puerta corrediza metálica que daba

⁴⁹ El Apéndice I sintetiza en un cuadro comparativo las principales características de las instituciones que fueron incluidas en este estudio antropológico.

hacia la calle. Una vez adentro, había una puerta de cristal más que separaba el interior de las instalaciones del pasillo que daba a la calle. Al cruzar esa puerta se veía el escritorio de la recepción.

La recepción tenía amplias entradas de luz y el lugar se percibía muy amplio. En el centro había unas quince sillas alineadas con vista en dirección a una televisión apagada en uno de los costados de la sala. Ahí había una persona sentada. Después de unos minutos salió de una oficina la recepcionista y me preguntó en qué me podía ayudar. Era claro que la formalidad imperaba en el lugar. Me presenté con ella, le mostré mi carta del Colmich y me identifiqué con mi credencial. Le pedí hablar con alguna autoridad de la institución para negociar mi posible incorporación para hacer mi trabajo etnográfico. Tomó mis documentos y me pidió esperar unos momentos. No pasaron más de quince minutos cuando me solicitó acompañarla a una oficina.

Caminamos por un pasillo al costado de la recepción y me encontré con que había múltiples oficinas, eran los consultorios psicológicos, médicos y salas de juntas. Me llevó con la directora de la institución. Ella me dijo que no habría inconveniente en que yo realizara mi trabajo y que me daría todas las facilidades que pudiera, pero que no podía justificar mi presencia en la institución más que me vinculara formalmente con ésta. De tal modo me habló del programa de voluntariados que manejaban y me lo propuso como estrategia para mi inserción en la institución. Acepté mi rol como voluntario en su institución durante ese primer periodo de mi trabajo de campo.

La directora me comentó que eran la única institución, a excepción del Instituto Temazcalli, de profesionales en la atención a las adicciones en SLP. Recalcó la importancia de su trabajo, la particularidad y el valor que tienen en tanto profesionales y en tanto a la seriedad y cuidado que deben dar a pacientes con problemas de adicciones. Fue enfática en la importancia

de su relación, como institución, con otros actores en la ciudad, desde políticos hasta empresarios. Comentó que el CIJ, en lo local, tiene un patronato con políticos y empresarios influyentes que busca constantemente recursos y apoyos para la institución. De ese modo fue que consiguieron el predio en el que se encuentra el establecimiento ahora.

Durante nuestra conversación abordó las estrategias terapéuticas de la institución. Manejaban tres tipos de terapia. Llamaban “centro de día” a su iniciativa sustituto del internamiento, pues al no tener el servicio de internamiento ofrecen actividades durante toda la jornada (de 9 a 17 hrs.) para adictos. Solamente tenían a dos personas en esa modalidad, eran jóvenes que no estudiaban ni trabajaban. A quienes requerían internamiento les ofrecían trasladarlos a sus instalaciones en otros estados como en Guadalajara, por ejemplo. La segunda terapia era la psicológica. El paciente es atendido individualmente por un especialista en psicoterapia que es asistido en caso necesario por el médico de la institución para recetar algún tipo de tratamiento farmacológico. Y la tercera forma de terapia era la terapia grupal y familiar. Ésta es ofrecida a grupos de pacientes, por una parte, y a padres de familia, por otra. En ambos casos había un psicólogo que facilitaba las sesiones. Estos dos tipos de terapia eran mucho menos frecuentes que las de terapia individual. La directora me comentaba que en sus instalaciones albergaban también un grupo de Narcóticos Anónimos (NA), y que como complemento a la terapia psicológica de sus pacientes les recomendaban que se incorporaran a algún grupo de AA.

La directora me explicó que los servicios que ofrecían no eran gratuitos. A pesar de contar con apoyo de la SSA, la institución tenía un método para distribuir las cuotas dependiendo del perfil socioeconómico de sus pacientes. Esto se determinaba desde el primer contacto con el paciente. La trabajadora social hacía un perfil psicológico y de consumo con el paciente y

también aplicaba una encuesta socioeconómica. Esto servía no sólo para determinar las cuotas que debía pagar por cada una de sus visitas, sino también para saber a qué psicólogo le asignarían el caso y el tipo de tratamiento que le ofrecerían.

Tuve que seleccionar un horario para mi voluntariado, por lo que decidí ir en las mañanas para poder acudir por las tardes al Anexo de puertas abiertas. De tal modo podría hacer mi trabajo de campo en ambas instituciones simultáneamente. Así que todas las mañanas me comprometí a ir desde las nueve a las quince horas. Desde ese momento percibí que sería difícil trabajar directamente con pacientes, fue claro por parte de la directora que el trabajo de terapia psicológica era muy sensible y se reducía al consultorio del especialista, por lo que sería imposible que yo participara de alguna manera o que interviniera en el proceso haciendo entrevistas o teniendo contacto con los pacientes. Pude tener relación con los pacientes del “centro de día”, principalmente acompañando sus actividades durante la jornada, juegos de mesa, actividades de cuidado del jardín, comidas, manualidades. Cuando sentí que entablé una buena relación con José Fernando, un joven de diecisiete años que consumía marihuana, inhalables, y que se juntaba con pandillas, le propuse visitarlo en su casa. Hice algunas visitas con su familia. Fue un error no haber solicitado formalmente el permiso a la institución ya que la directora me llamó la atención al no haberles consultado antes de hacerlo pues estaba en contra de las normas de la institución. Como parte de la institución, el personal que en ella labora o colabora (incluyendo a sus voluntarios), por ninguna razón puede dar seguimiento a los hogares de sus pacientes.

La directora me dijo que durante una temporada habían dejado de participar en actividades organizadas por el CECA debido a las dificultades para relacionarse con los grupos de AA y con centros de rehabilitación que tenían ese modelo de tratamiento. Hizo claro su

posicionamiento al respecto, cuando le dije que haría trabajo también en un Anexo, diciéndome que esas iniciativas no funcionaban pues nunca daban un tratamiento a los problemas emocionales que habían generado el problema de adicción. En sus palabras: “salen de una dependencia, para entrar a otra”. Ella se refería a salir del consumo de drogas para hacerse dependientes a las juntas de AA. Su discurso muestra que alguien con la autorización y competencia profesional para atender las adicciones pone en circulación una idea de complementariedad para el tratamiento de las adicciones en los Anexos y grupos de AA. Esta difusión discursiva se replica en múltiples espacios y actores para simplificar procesos suplementarios en los juegos de voluntades del dispositivo terapéutico.

El suplemento peligroso, la droga que provoca la dependencia, en los grupos de AA y Anexos es sustituida por otro suplemento que es la permanencia en los grupos y la recurrencia a sus juntas. En su afirmación, la directora del CIJ, manifiesta para diferenciarse y deslegitimar estas otras iniciativas que el adicto nunca logra encontrar su esencia, contactar consigo mismo, y libremente encaminar su vida lejos de las dependencias pues lo único que hace es sustituir un suplemento por otro. Desafortunadamente el tipo de trabajo etnográfico me impidió conocer las técnicas terapéuticas para conocer las puesta en práctica de las lógicas suplementarias ahí mismo. Más adelante, como se verá en el siguiente capítulo, pude adentrarme etnográficamente al mundo de la terapia psicológica (con una psicóloga que tuvo experiencias como terapéutica y que ahora ofrece servicios en su práctica privada) para tener referencias mayores de este tipo de intervenciones. Pero independientemente de eso, el CIJ es una institución en donde están presentes los juegos de voluntades. Como se dijo ahí son canalizadas las personas que bajo la ley de narcomenudeo son identificadas como adictos para que reciban su tratamiento. En este sentido hay una intervención estatal policial bajo la cual los sujetos son interpelados y canalizados a

dicha institución. La voluntad estatal se ejecuta reconociendo la enfermedad del adicto y con ella su incapacidad para conducirse adecuadamente en el mundo –es una persona con la voluntad socavada- y demandando la necesidad de ser intervenido. Esta técnica implica mecanismos de poder disciplinarios y técnicas pastorales de observación, seguimiento del caso, y confesión privada dentro de su proceso terapéutico dentro de la institución.

Finalmente, la directora del CIJ también me comentó que muchos de los integrantes de los grupos de AA y Anexos son personas con las que no se puede hacer un trabajo coordinado, ni tampoco llegar a acuerdos. Su experiencia fue a través del CECA cuando intentaban establecer bases comunes del trabajo pero las reuniones derivaron, para ella, en una pérdida de tiempo y en peleas entre facciones de directores de grupos y Anexos. Estas declaraciones también traen a la vista la caracterización de los adictos en recuperación (miembros de estas agrupaciones que se mantienen sin beber y drogarse) como personas que mantienen el estigma de la adicción. Son personas, que aunque no beban y se droguen, tienen actitudes que resaltan personalidades adictas, son irresponsables, violentos, necios, y con ellos no se puede trabajar en equipo.

La forma en que conocí al CIJ, los discursos de la directora, la infraestructura, en énfasis en el profesionalismo, la certificación, la preparación de sus prestadores de servicios, la distinción y separación de otras ofertas terapéuticas (aunque recomendaran a personas a integrarse a grupos de AA), y el orden burocrático administrativo de la institución me hizo pensar en las aspiraciones de orden del estado laico y modernizante.

b. Anexo y Anexo de puertas abiertas

Llegué durante esa misma temporada de trabajo de campo al Anexo de puertas abiertas de Sergio. Éste se encuentra en calles aledañas al centro histórico de San Luis Potosí, en el barrio de

San Miguelito. Las calles empedradas y los acabados de casas de cantera dan la imagen de que uno aún está en una zona del centro histórico de la ciudad. El portón de la entrada tiene un letrero pintado, aunque con letras borrosas, que hace referencia a su función. Cuando crucé la puerta por primera vez me llamó la atención ver una serie de objetos que ocupaban gran parte de la cochera. Había repisas, llantas usadas, máquinas y muebles viejos. En la cochera había una vieja camioneta roja con un letrero de otra organización asistencialista que opera a nivel internacional. A un costado había una señora que me habló muy rápidamente, alzaba su voz y gritaba, me pedía dinero como si estuviera mendigando. Sus ropas se veían descuidadas, al igual que su pelo. Se veía sucia y cuando me sonreía se mostraban sus dientes manchados, posiblemente de fumar cristal o posiblemente por falta crónica de higiene.

Mientras mi mirada seguía explorando el lugar, ahora desde su patio, veía cuartos marcados como “oficina”, “consultorios”, “cocina”, y “sala de juntas”. Al fondo de ésta última había un escritorio que miraba de frente a las sillas postradas a manera de auditorio. Ahí había un viejo de unos setenta y cinco años que escribía afanosamente en un cuaderno. Me acerqué a él para pedirle información y hablar con algún encargado del lugar. Contestó manoteando y balbuceando. Le entendí que debía buscar en la oficina. Cuando me dirigí a la oficina vi en el patio a un niño menor de ocho años que caminaba arrastrando una cuerda. Él me preguntó que a quién buscaba. Me llevó a la oficina y me dijo que ahí esperara, le avisaría al encargado que yo estaba esperando. En términos generales, la amplia casa tenía un aspecto descuidado, algunos vidrios rotos, muebles desgastados, la apariencia de suciedad (aunque después descubrí que limpian constantemente) y un color beige carcomido en los muros.

La oficina era de Sergio, el director del lugar. Ahí vi múltiples reconocimientos a su nombre, de talleres, cursos, capacitaciones y congresos sobre tratamiento de adicciones, así como

la cédula profesional de un médico y un letrado con las “Reglas externa”⁵⁰. Estos elementos en la oficina me parecieron un esfuerzo por demostrar cierta profesionalización que seguramente tenían alguna efectividad con las personas que entraban al lugar. Mientras observaba, recordaba la oficina de la directora del CIJ en donde no había este tipo de ambientación. Yo iba con la recomendación de la ONG en donde trabajé, de quién Sergio tenía referencia y con la que él había participado en actividades de capacitación. Al presentarme con él y comentarle sobre mi trabajo, me dijo que le parecía muy bien y que él me facilitaría todo lo necesario. Le ofrecí dar un taller de habilidades psicosociales (producto de mi experiencia previa en la ONG) a los internos y aceptó la propuesta.

Sergio me comentó que la casa tiene capacidad para veinte personas, mientras su anexo de puertas cerradas puede albergar hasta treinta personas. El modelo de trabajo de los Anexos los explica de la siguiente manera:

(...) se clasifican de dos formas, ya sea pura gente profesional y el caso de nosotros que es mixto. El modelo profesional tiene psiquiatría, psicología, trabajo social, químicos, médicos. Como son del gobierno, ellos trabajan solamente con gente que quiere salir adelante, o sea, no pueden encerrar a nadie en contra de su voluntad.

Nosotros tenemos este mismo modelo, nada más que la necesidad de la población (...) nos orilló a abrir otro centro en donde están en contra de su voluntad. Este modelo es mixto, que es manejado por profesionales y por adictos en rehabilitación. La finalidad es que este modelo se pudiera hacer más pegado al programa de A.A. Pretende que haya la libertad posible y persigue que la gente se catalogue igual, independientemente si tiene una profesión o no. (...) a partir de que se

⁵⁰ Estas reglas externas pueden aplicarse prácticamente a la mayoría de Anexos, aunque también haya un margen muy amplio de flexibilidad y adaptación en función del criterio del director o dueño del Anexo. Las reglas, según el letrado son las siguientes: “1. El tipo de tratamiento es de 90 días; 2. En caso de agresión, el paciente será puesto a disposición de las autoridades correspondientes; 3. Si el paciente está sometido actualmente a tratamiento traer medicamento, receta e indicaciones; 4. Ser participe en la junta familiar semanal, es lo más adecuado (no es obligatorio); 5. La primera visita será a los 45 días; 6. Ser acompañado por un adulto, preferentemente familiar (padres, cónyuges e hijos), que firmará como responsable; 7. Las visitas extemporáneas, sólo se darán en casos de extrema urgencia (autorizado por el director); 8. De la evolución de su paciente (podrá solicitar información después de una evaluación); 9. No prestar radio, celular, etcétera, de ningún tipo a los internos”.

rompen las jerarquías surgen muchos beneficios, porque entonces hay una forma más de relacionarse.⁵¹

En este segmento de la entrevista Sergio hace referencia a la voluntad del adicto para internarse. Ésta es para él la principal diferencia que existe entre sus dos Anexos. El primero, de puertas abiertas, es para quien decide estar ahí voluntariamente durante su recuperación, y el segundo, de puertas cerradas, es para quienes son obligados por sus familiares a internarse⁵². El último también sirve para quienes han vuelto a beber y/o drogarse después de haber estado en el de puertas abiertas. Incluso, más adelante me enteré que, amenazarlos con internarlos en el de puerta cerrada es una técnica persuasiva para mantener su buen comportamiento y respeto a las normas y actividades que les corresponden llevar a cabo en el de puerta abierta. Fui testigo de más de una persona que fue enviada al de puerta cerrada por problemas disciplinarios.

Sergio justifica la existencia de su Anexo de puerta cerrada como una necesidad de la población. De tal modo el encierro involuntario, que focaliza disputas morales entre quienes se atribuyen el poder de decisión sobre el adicto (él mismo o familiares del adicto), se torna en una necesidad que más allá de hacer comprensible la existencia del Anexo lo hace indispensable. Después de presentarme con él me permitió hacerle una primera entrevista. Entraban y salían personas de su oficina. Algunas buscaban algo ahí dentro, haciendo caso omiso a nuestra presencia, algunos otros hablaban directamente con Sergio sin dar relevancia a que él y yo conversáramos. Esto me pareció un signo importante de la dinámica informal y familiar que el espacio tenía, un gran contraste a comparación del encuentro con la directora del CIJ.

⁵¹ Información obtenida de la entrevista realizada a Sergio M. El día 11 de agosto de 2012 en las instalaciones del Anexo de puertas abiertas en la ciudad de San Luis Potosí, S.L.P.

⁵² La expresión “puerta cerradas” y “puertas abiertas” se interpreta literalmente. La usan para definir el perfil de cada establecimiento, en donde existe la imposibilidad de salir y en dónde la coerción para el internamiento no está en la imposibilidad de salir sino en el contrato moral y escrito de cumplir con su internamiento.

En ambos establecimientos deben estar internados por un mínimo de tres meses aunque esto puede cambiar en función de lo que decida el director, a quien también llaman “padrino”.⁵³ En ambos lugares las técnicas de tratamiento son las mismas, al menos tres juntas de AA al día. Los del Anexo de puertas abiertas tienen otro tipo de actividades complementarias (talleres y consultas psicológicas, para quienes pueden pagarlas como un servicio complementario), mientras los de puerta cerrada sólo incrementan la cantidad de juntas de AA al día. En el primero hay una junta llamada “taller de inteligencia emocional”.

Precisamente el día que me presenté se llevaría a cabo el taller. Por lo que dijeron sus presentadores (un padrino y el psicólogo del Anexo) es una adaptación del programa de los doce pasos de AA para todo tipo de personas. Así la población objetivo del taller se amplía a personas con distintos “padecimientos emocionales” (depresión, tristeza, soledad, problemas de pareja, codependencia). Los tres psicólogos que colaboran en el Anexo de puerta abierta también ofrecen charlas esporádicas sobre temas preventivos e informativos. Los internos conviven en esos talleres y charlas con los participantes externos que frecuentan el taller.

Ambos establecimientos operan con sus propios recursos. Manejan una cuota para sus internos (aunque rara vez se paga completa y muchos no pagan nada⁵⁴), y reciben apoyos informales y donaciones de parte de particulares o dependencias de gobierno. Sergio también

⁵³ El término “padrino” que en México se utiliza como sustituto de *sponsor* proveniente de la jerga de AA en EEUU, refleja la terminología de la tradición católica que relaciona al padrino con el ahijado que se consagra con el bautizo. Para este caso, es una convergencia de símbolos religiosos y seculares (García, 2015). Esto se ha generalizado incluso a espacios que no son parte formal de AA como algunas clínicas privadas, centros de rehabilitación y anexos. A partir de aquí dejaré de usar las comillas al hacer referencia al término.

⁵⁴ “Nos vemos en la obligación de abrir las puertas y permitir que entre gente que no tiene para pagar, y que a veces dan 200 pesos por semana, 300 pesos por semana. O sea 25 mil pesos no te puedo negar que haya habido quien los haya pagado, pero en 5 años que tiene abierto este lugar, yo creo lo han pagado 4 personas” Entrevista realizada con Sergio el 11 de agosto de 2012.

La cuota de recuperación por el servicio en el Anexo es de diez mil pesos menos. En ambos lugares se incluye la estancia, alimentación, el uso de instalaciones y el tratamiento.

funge como administrador. Aunque mucha gente de grupos “tradicionales” de AA critica a los Anexos por “lucrar con el programa de los doce pasos”, los Anexos no son un negocio boyante. Más bien las cuotas y pagos entran dentro de una lógica de transacciones e intercambios que tienen que ver con la idea de espiritualidad que se maneja en AA. Los psicólogos no tienen un sueldo pero cuando hay posibilidad Sergio les da algún apoyo, dan terapias a pacientes que las puedan cubrir y también a pacientes externos, o tienen algún otro trabajo fuera de la institución que les permite aumentar sus ingresos. En este contexto los profesionales son una minoría y se encuentran en total precarización pues sólo quien quiere y puede pagar por sus servicios lo hace.

Me llamó la atención que durante el discurso de Sergio escuchaba constantemente que caracterizaba al adicto como “cualquier persona”. Comentaba que la enfermedad atacaba por igual a profesionistas, “gente de dinero”, o empresarios. Durante el tiempo que estuve haciendo trabajo de campo en sus establecimientos nunca me topé con algún empresario o con alguna persona de clase alta. El trabajo que se hace en estos espacios está más bien dirigido a personas de clase media y baja, y la universalidad de la enfermedad de la adicción es un recurso retórico de los discursos gestados en la ideología comprensiva de todos los sectores y clases sociales de AA.

Después de mi primer periodo de trabajo de campo, en el que me centré en el Anexo de puertas abiertas, le pedí a Sergio conocer el trabajo que hacían en el Anexo de puerta cerrada, en donde solamente aceptan hombres. Este último es una casa antigua asemejando una vecindad pequeña. Más adelante durante el transcurso de mi trabajo de campo, Pablo el “padrino” del Anexo de puertas cerradas me dijo que esa casa había sido un prostíbulo y una casa de juegos antes de que la convirtieran en un centro de rehabilitación. Me pareció una linda singularidad que

el mismo sitio haya sido un sitio de “vicios” y después fuera un sitio de tratamiento para las adicciones. Hay un patio chico que sirve de espacio para conectar los cuartos de las dos plantas.

En el Anexo de puertas cerradas la mayoría de los internos son llevados con engaños o a la fuerza. Sergio e Ignacio (psicólogo) comúnmente participan al ir por un “doceavo”⁵⁵ lo que se traduce, generalmente, en cargarlo, arrastrarlo e inmovilizarlo en contra de su voluntad hasta internarlo. Pablo es el “padrino” que se encarga de la operación del establecimiento. Se encarga del lugar y de la recuperación de los internos, es responsable del orden y rinde cuentas a Sergio. Vive entre la puerta que marca el adentro del Anexo y el afuera de la calle. Se encuentra en un espacio separado de los internos, que es el único acceso a la calle y al Anexo. Pablo convive con los internos en las juntas informativas, en algunas juntas de compartimiento (sic), y cuando hace la lista de compras para los internos en la tiendita de la esquina. Es el guardián del orden y coordina a los encargados y servidores al interior del establecimiento. La disciplina de este lugar es evidente a diferencia del de puerta abierta. Aquí Pablo mantiene un orden con sus encargados que inmediatamente recuerda a una institución total (Goffman 2009).

Los Anexos también albergan personas que no son adictas, personas diagnosticadas con algún trastorno psiquiátrico, personas de la tercera edad, o menores de edad que han sido canalizadas a Sergio por parte de alguna institución como el DIF, por ejemplo. Los primeros dos (que comprenden a las dos personas que encontré en mi primer acercamiento al Anexo) llegan a los Anexos porque son llevados por sus familiares, quienes pagan cuotas fijas por el cuidado que al Anexo les da. Esta es de las fuentes de financiamiento que regularmente ayudan a mantener a flote la institución.

⁵⁵ “Doceavo” hace referencia a la persona que “le llevan el mensaje” de AA. Es el adicto neófito que aprenderá a reconocerse como enfermo a partir de la ideología de AA. La expresión “doceavo” viene del doceavo paso del programa de AA, que implica “llevar el mensaje”.

Finalmente Sergio me comentó que acudían con regularidad a las convocatorias que hacía el CECA para capacitaciones y trataban de cumplir con sus exigencias en función de la NOM 028. El funcionamiento del dispositivo pretende normativizar y regular las prácticas de las diversas instituciones certificando sus prácticas. Sergio acude a las sesiones y procura responder a las demandas estatales pero no puede cumplir con las demandas de los órganos oficiales. Los esfuerzos del CECA más allá de las capacitaciones, hablan también de las estrategias de institucionalizar el desplazamiento de las formas de intervención a través del simple monitoreo y seguimiento de acciones concretas para gestionar las funciones de instituciones como el Anexo. Esta es una marca del ensamblaje local que tienen las tendencias globales de las adicciones como problema de salud pública. Sergio me dijo que aún no estaban certificados pero que estaban en proceso, y criticó las estrategias pedagógicas y formativas del CECA. Para Sergio los capacitadores, al no haber trabajado con adictos ni haber padecido la enfermedad ellos mismos, tenían poca sensibilidad con la problemática y por tanto, poco que enseñarle sobre la enfermedad de la adicción.

Parte importante por la que Sergio cree que su proyecto se ha mantenido es porque no busca su enriquecimiento, ni hacer negocio como muchas otras personas, sino más bien que hace lo que siente que Dios le está pidiendo y le “lleva el mensaje” a quien lo necesita.

Los Anexos, tanto el de puertas abiertas como el de puerta cerrada, nos hacen recordar a las zonas de abandono social (Biehl 2005) pues parecía que no sólo adictos, sino otro tipo de personas indeseables, locos, ancianos, y dementes después de haber tenido una muerte social aguardaran su muerte en estos espacios. De igual modo el encierro del adicto es equiparable a la fusión de técnicas de orden social y de regímenes de asistencia que acompañó el surgimiento del loco como sujeto moral durante la época clásica (Foucault 2009). El adicto es

también un sujeto moral que demanda confinamiento y debe ser ocultado hasta que sea normalizado para volver a la vida social. Al mismo tiempo estas instituciones muestran una tendencia a orientarse hacia la profesionalización aunque prepondera un discurso que enaltece la experiencia para ofrecer ayuda a adictos a partir de la experiencia propia.

Los Anexos son instituciones con mecanismo de poder pastorales (ideología espiritual de AA), disciplinarios (vigilancia, encierros y coerción) y de seguridad (estableciendo límites de lo permitido), en donde juega un papel fundamental el carácter carismático de sus líderes (Weber 1981). Éste se caracteriza por ser una autoridad a la que se le obedece por ser un ejemplo, se le atribuye liderazgo, reconocimiento y valorización de posición de autoridad, su fundamento es un llamado (de “llevar el mensaje”), una vocación, una cualidad reconocible, una entrega personal y llena de fe surgida del entusiasmo y esperanza. Las características de este tipo de autoridad en los Anexos (que como veremos se replican también en el CRC), distan mucho de la del CIJ. En ésta última encontramos una autoridad racional (ibíd.) que es respaldada por un derecho establecido racionalmente para ser respetado por los miembros de una asociación, esta autoridad impera dentro de un cuadro burocrático y sus facultades de mando se respaldan en competencias legales. La autoridad racional, que domina gracias al saber, de la directora del CIJ se opone a la autoridad carismática, que domina gracias a sus cualidades, de los Anexos.

c. Centro de Rehabilitación Cristiano

Durante el trabajo de campo de mis estudios de doctorado tuve la oportunidad de adentrarme a este centro de rehabilitación. Había conocido a Jorge, el director del centro, en un juego de fútbol organizado por Sergio, quien comúnmente organiza torneos entre centros de rehabilitación. Jorge

me recordaba de esa ocasión y me aceptó para hacer mi trabajo de campo en su institución. Le llamé por teléfono y me comentó precisamente sobre los juegos a los que le invitaba Sergio. A él le gustaba participar en ellos con su centro siempre y cuando Sergio hiciera que sus internos fueran respetuosos y cuidaran no decir groserías e impropiedades. Inmediatamente lo tomé como un signo de que yo también tenía que cuidar mi forma de hablar y mi inserción en la institución. Como el referente que Jorge tenía de mí estaba asociado a los Anexos posiblemente me creyera curtido por ese tipo de contextos.

Al teléfono me dijo que llegara a sus instalaciones la mañana siguiente. Me dio las indicaciones para llegar a una carpintería con un punto de venta en una de las carreteras principales de la ciudad de San Luis Potosí hacia la zona media del estado. Cuando llegué, había mucho movimiento, veía filas de personas que subían y bajaban escaleras llevando consigo sillas de madera. Le pregunté a uno de los jóvenes por Jorge y le expliqué el por qué estaba ahí. Él le gritó a otra persona y le dijo que yo buscaba a Jorge. Le llamaron por teléfono y en cinco minutos llegó. El sitio era una tienda de muebles, un punto de venta con una variedad de muebles, salas, comedores, recámaras. Jorge me llevó a un escritorio en la esquina de la mueblería y me dijo que ese lugar era donde hacían y vendían los muebles. Jorge al igual que Sergio me dijo que no habría problema en que hiciera mi trabajo con ellos. La única restricción que me impuso fue el grabar entrevistas. Justificó su postura arguyendo que los internos firmaban un contrato en el que se les decía que no se les grabaría ni tomaría fotografías durante su internamiento. Aquí, al igual que en el Anexo de puerta cerrada, sólo hay hombres. El contrato que firman al internarse, para Jorge, da cuenta de que el internamiento es voluntario.

Jorge me comentó que las personas que se internan con ellos provienen regularmente de otros estados de México. Esto es usado como estrategia para evitar escapes al llevar a los

internos de un sitio de la república a otro. Este dato llama la atención pues si se internan voluntariamente no tendrían por qué intentar escapar. Entre los internos había solo una minoría de oriundos de San Luis Potosí. Desde un inicio les aclaraban que el tiempo mínimo del internamiento es de ocho meses. Dijo que era difícil competir contra los Anexos que piden tres meses, mientras que para ellos ocho meses apenas es tiempo para poder promover un cambio en el pensamiento del interno y en sus palabras “poder abrir su corazón hacia cristo”. Debían ser cuidadosos también con a quién aceptaban porque en ocasiones gente “mala” quería internarse para aislarse de problemas vinculados al crimen organizado.

Gran parte del éxito de la institución de Jorge, cree que está en la bendición que Dios les ha dado para poder trabajar en su obra, y en que afortunadamente pueden ofrecer ese servicio de manera gratuita. Su organización se sostiene de donaciones (dan recibos deducibles de impuestos) y por la venta de los muebles que elaboran.

Desde ese primer encuentro con Jorge por la mañana pase todo el día en su institución. Me llevó al taller y me presentó con Chava, el encargado del área de lijado. Él me explicó que este lugar era distinto a muchos en donde él había experimentado un intento de rehabilitación. Aquí conoció a Dios y eso fue lo que él necesitaba, afirmó que eso es lo que todos necesitan. Me compartió que tenía un historial con más de veinte internamientos en distintas instituciones a lo largo del país y que ahí se sentía mejor que nunca. Tenía más de un año de estar interno. Me indicó donde trabajar y me dio una silla para lijar. El almuerzo fue cerca del mediodía. Nos reunimos en una parte del taller para hacer oración, uno de los jóvenes la dirigió haciendo una reflexión sobre sus últimas lecturas de la biblia, y al final se hizo un rezo colectivo.

Durante el tiempo de trabajo sonaba de fondo una grabadora con reproducciones de canciones cristianas en distintos géneros musicales. El rock, las baladas pop, y la trova tenía un

carácter religioso, las canciones se dirigían a Dios, en términos de agradecimiento y alabanza. En los coros de las canciones se escuchaba al conjunto de voces de los trabajadores en el taller cantar. Cerca de las 14:30 horas el trabajo paró. Los que estábamos en el taller subimos a una camioneta de tres y media toneladas con unas bancas improvisadas y nos llevaron a la casa a tan sólo unos cinco km de distancia. La casa es muy amplia, al parecer tenían alrededor de 100 personas viviendo ahí, algunos de ellos eran menores de edad. Es de las únicas casas de su organización que tiene una casa para menores de edad en México, cuenta con dos edificios de habitaciones, una bodega, dos patios, dos cocheras, una sección para los tres matrimonios que viven ahí (administrando la casa), un gran comedor que es también utilizado para las sesiones de estudio de biblia, y una alberca en el jardín que está seca y que se usa para guardar a los perros durante el día.

Al llegar a la casa la comida estaba servida en las mesas. Me invitaron a sentarme a comer. Traté de conversar pero me regañaron. Uno de los chicos me dijo que no podía hablar. Más tarde entendí que me confundió con un recién llegado y que todos deben tener una “sombra”, es decir, una persona más experimentada que les acompaña todo el tiempo y que les instruye sobre las normas de comportamiento, les ayuda con sus estudios de la biblia, e incluso con su trabajo en el taller. Después de la comida regresamos al taller del mismo modo que llegamos a la casa.

Terminamos la jornada al atardecer y al volver a la casa se hizo una reunión de oración antes de cenar. Hubo una reflexión en torno a una lectura de la biblia, se contaron algunas canciones acompañadas de guitarras y se hizo una oración final. Me sorprendían la diversidad de voces, tonos, palabras, y gritos, que había en sus momentos de oración. Gradualmente subía la intensidad del momento hasta escuchar ligeros gritos alabando a Dios.

El CRC es una institución dentro del dispositivo terapéutico que presenta mecanismos pastorales más obvios que otras instituciones. El líder de la institución es también una autoridad carismática pero al mismo tiempo presenta cualidades importantes de una autoridad racional en el sentido weberiano. La presencia de matrimonios en la institución, en donde el líder es parte de uno de ellos, fortalece aún más la legitimidad de las autoridades carismáticas como ejemplos a seguir. El funcionamiento del centro opera bajo regímenes burocráticos así como asistenciales. Su periodo de internamiento está enfocado en promover una conversión religiosa profunda que marque de forma permanente al interno de modo que se torne en un elemento integrante de la misma organización que garantice su reproducción. Más allá de pensar en este sitio como una zona de abandono social muestran la relevancia que tienen estas instituciones como un recurso para algunos individuos que buscan esconderse o aislarse de la sociedad.⁵⁶ A comparación de las zonas de abandono estas bien podrían ser zonas de invisibilidad social.

Esta institución muestra la presencia de influencia protestante en América Latina y el éxito que éstas están teniendo en la instauración de centros de rehabilitación para las adicciones. Sus técnicas de rehabilitación enfocadas en el trabajo y la oración, bajo un esquema de horarios fijos e inamovibles, como estrategias rehabilitadoras empatan muy bien con los intereses normalizadores en un marco de estado neoliberal en donde el trabajo y la disciplina son altamente valorados. En este caso también los mecanismos de poder disciplinario se movilizan a través del acompañamiento y supervisión del neófito en todo momento con su respectiva sombra y con el marcaje constante de proscripciones del lenguaje y comportamiento (una especie de control policial llevada al extremo).

⁵⁶ Durante la última década se fueron popularizando por los medios de comunicación escrita, principalmente, casos de ataques y asesinatos en Anexos y centros de rehabilitación a lo largo de la república. En estos sitios presuntamente había integrantes de bandos contrarios del crimen organizado, o células de éste operando con la fachada de ser una institución para la atención a las adicciones.

d. Clínica privada

Sergio me presentó con Roberto, el director de la clínica. De hecho me platicó que con él e Ignacio iniciaron su trabajo en Anexos. Después de trabajar juntos un tiempo, Ignacio y Sergio decidieron dejar el Anexo en el que colaboraron con él para formar el propio. La principal disyuntiva que los llevó a separarse fue el trato que daban a los internos, pues para ellos se utilizaba una violencia física y verbal excesiva.

La clínica fue fundada en el año 2004. Empezó siendo un Anexo en el centro de la ciudad. Poco tiempo después el proyecto se amplió para dar inicio a lo que ahora es la clínica. La diferencia sustancial entre ambos establecimientos es que en el primero internan a personas en contra de su voluntad, le llaman “internamiento necesario”, mientras que en segundo es “internamiento voluntario”.

Mi primera interacción con el director de la clínica fue en una capacitación que estaba dando el CECA a distintas instituciones para su proceso de certificación en la NOM 028. Al inicio de la capacitación Roberto interrumpió al facilitador para decir que ellos estaban ahí sólo por compromiso y que no creían en nada de los supuestos apoyos que brindaban las autoridades. Les criticó porque no reconocían el trabajo que hacían y que éste era un trabajo que le correspondía al gobierno. Él se retiró y dejó a una persona que era de su equipo de trabajo para el resto de la capacitación. La segunda ocasión que tuve un contacto con él fue con Sergio pues Roberto lo había invitado a un programa de radio que organizaba la clínica. Roberto nos esperó en la puerta de la estación de radio. Él refrendó la invitación que ya me había hecho Sergio para acompañarlos a cabina. El tema de la discusión giró en torno al apoyo, y la falta del mismo, de parte de instituciones de gobierno para la atención a las adicciones. El punto de Roberto era que

debían recibir recursos si estaban haciendo una labor que le correspondía al estado, y sin embargo, lo único que recibían era: falta de apoyo, inseguridad jurídica, e incompreensión y estigmatización por apoyarse en modelos mixtos que no se basaban solamente en tratamientos profesionales. Después de la transmisión de radio nos invitó a su casa en una colonia de clase media alta en SLP. Roberto forma parte de una familia de empresarios y políticos en SLP, de la cual se reconoce como “la oveja negra”. Tomamos un refresco y le expresé mi interés en conocer el trabajo que hacían en su clínica para incorporarlo a mi estudio y con gusto aceptó, comentando que me facilitaría todo lo que necesitara para hacer mi trabajo. Aunque yo sabía que Roberto tiene también un Anexo decidí centrar mi atención en la clínica, pues representaba un espacio institucionalizado, a primera vista, diferente a aquellos con los que había trabajado.

La clínica se presentaba para mí, según lo que Roberto me planteaba, como un espacio novedoso en donde se conjuntaban los saberes heredados del modelo de los doce pasos de AA y un enfoque profesional basado en terapias psicológicas. Me hizo recordar la presentación que Sergio hacía de su propia institución, el Anexo de puertas abiertas, y encontrar que esa conjunción de saberes para la intervención se limitaba a muy pocos internos, es decir, a aquellos que tenían la solvencia económica para pagar su terapia psicológica con el profesional.

Al llegar a la clínica, de inmediato noté un contraste en la apariencia de la infraestructura. Era un espacio más parecido al CIJ que a los Anexos. La fachada tenía el logotipo institucional y un color blanco impoluto predominaba en los muros. La entrada estaba cerrada con candado y tuve que tocar el timbre para que alguien abriera. Una vez dentro me solicitaron que firmara un libro de visitas en el que tienen el control de todos los accesos. Me recibió uno de los psicólogos quien me invitó a pasar a la recepción y al área de consultorios, compuesto por dos habitaciones separadas. Mientras caminábamos veía a una persona que trapeaba el piso de mosaico que

poblaba, a excepción de las áreas verdes, un gran espacio al aire libre en el centro del predio. Frente a la recepción había otra construcción, de dos plantas, con un área de valoración para los recién llegados y el área administrativa y directiva en el segundo piso. A mitad del patio había otra construcción integrada por un comedor y por una sala de usos múltiples. Al fondo, se levantaban dos pisos que abarcaban la totalidad del predio en donde se encontraban las habitaciones de los internos.

El psicólogo me explicó que llevaban un tratamiento especial con aquellos pacientes que se quedaban en la clínica. Hizo esta distinción cuando especificaba que, en la parte trasera del edificio de habitaciones, en el mismo establecimiento había también un espacio terapéutico de Anexo. Literalmente había una puerta trasera en el edificio que daba paso al Anexo en la parte trasera del predio de la clínica. En este Anexo llegaban personas que no tenían los recursos suficientes para costear la clínica. El otro Anexo, del que me habló el psicólogo, también era propiedad del mismo director de la clínica, sólo que se encontraba en la zona centro de la ciudad y fungía como centro de “internamiento necesario”. Es el sitio a donde enviaban a los internos de la clínica o de la parte trasera de la clínica que tenían un comportamiento indeseable. Era una forma de castigo y también una forma de mantener en orden, bajo amenaza, a los internos.

El psicólogo me comentó sobre el modelo que utilizaban para tratar a los pacientes de la clínica. Era un modelo que les permitía trabajar con los doce pasos de AA, a través de sus juntas, y también mantener terapia psicológica grupal e individual. Las terapias grupales eran rotativas por parte del personal profesional como los psicólogos y por parte de algunos padrinos con experiencia en su propio proceso de recuperación. Las terapias individuales eran un servicio individualizado por parte del psicólogo con su paciente. A la par se invitaba a los familiares del adicto a llevar un proceso terapéutico complementario, por el cual había un cargo extra. En el

equipo de la clínica había dos psicólogos, varios ex internos que hacían de terapeutas (supe de al menos tres que iban frecuentemente a hacer alguna actividad), una secretaria, el contador, y tres padrinos. Me explicó también que se les ofrecía a las familias, sin costó extra, un taller semanal en el que se hacía “conciencia de enfermedad” con los familiares, les explicaban los fundamentos teóricos y prácticos desde un enfoque de salud mental y física frente a las adicciones, y realizaban dinámicas que abrían reflexiones y discusiones sobre sus propias experiencias así como del modo para tratar con su enfermo. Más adelante supe que las terapias individuales, al igual que en los Anexos de Sergio, eran para quiénes pagaban un extra por dicho tratamiento. El resto de los pacientes tenían, con suerte, una o dos sesiones privadas con algún psicólogo durante todo su internamiento. Los de la parte trasera de la clínica no tenían ese tipo de tratamiento y su terapia se basaba únicamente en las juntas de AA en sus distintos formatos. Dependiendo del día de la semana, los internos de la clínica tenían una o dos sesiones por apartados del grupo de atrás de la clínica. Las demás sesiones, dos o tres al día, junto con los tiempos y espacios de comida, eran compartidas entre toda la población interna, entre unas veinticinco y treinta personas. La situación, entonces, no era muy distinta a la intervención que ofrecía el Anexo de puertas abiertas de Sergio en lo respectivo al tratamiento.

Chema, de cerca de cuarenta años, me compartió que había perdido todo por su adicción a la piedra. Había sido parte de un grupo de choque y sicariato del crimen organizado y su adicción a la piedra lo hizo, según sus palabras, “perder todo”. Logro librarse de sus problemas de trabajo y decidió, en lo que reconoce como su fondo de sufrimiento, que debía solicitar ayuda. Comenta que no le asustan las condiciones de la mayoría de los Anexos, pero que decidió hacerlo en un lugar que "estuviera a gusto y tranquilo". Tuvo que trasladarse desde el centro de la República para ir a la clínica, y en ella invirtió sus últimos ahorros, con la esperanza de

recuperar su vida de las drogas. Su discurso destacaba la lógica de pérdida sobre la que se monta la idea de adicción, pues lo había perdido todo incluso su vida, y al mismo tiempo destacaba la complementariedad pues las drogas le habían arrebatado su vida.

Me comentó que el sitio era muy cómodo y que contaba, en las habitaciones de la clínica, con una habitación compartida con otro interno, pantalla plana con servicio de televisión de paga y baño privado. Esta misma distribución la tenían las habitaciones para mujeres, que no superaban el veinte por ciento de los internos. En la parte de atrás de la clínica cuentan con dos dormitorios, solo hombres, con una área verde muy pequeña y una pequeña explanada de concreto donde jugaban fútbol y una especie de gimnasio improvisado con pesas de cemento. A diferencia de la clínica, aquí los colores son más oscuros, el gris reina y de no ser por el área al aire libre, el espacio sería muy similar al Anexo de Sergio. El comedor, a un costado de la cocina, se encuentra en esta parte del predio y al levantar las mesas se transforma en la sala de juntas en donde se integran los dos grupos de internos.

Las terapias grupales que ofrecían a los de la clínica, el área VIP según los internos de la parte trasera, eran de un carácter distinto a las meras juntas de AA que ofrecían a los de la parte de atrás. Tuve oportunidad de conocer directamente una de ellas en donde se buscaba que los participantes nos pusiéramos en contacto con nuestro niño interior. La facilitadora de la terapia fue una ex interna que se mantenía en abstinencia y se había incorporado a un grupo de AA después de su internamiento. Al final de la terapia grupal, me comentó que después de su internamiento había incursionado por su cuenta en distintos espacios terapéuticos. En un taller aprendió esta actividad. Con ella buscaba lograr que los participantes se perdonaran a sí mismos (a través de imaginar la imagen de un niño con el que dialogaban manteniendo los ojos cerrados) o al menos tuvieran un contacto con emociones personales que eran reprimidas. Algunas

personas, al final de la experiencia, comentaban que les funcionó. Otros reflexionaban que sus niños interiores estaban molestos y dolidos por sus acciones pero que aun así amaban a su yo adulto. Algunos de los participantes lloraban y el ambiente, en general, se sentía con emociones a flor de piel.

Los padrinos eran quienes llevaban este tipo de terapias alternativas en la parte trasera de la clínica. En estas sesiones se lleva material audiovisual que se enfoca en desarrollar algún tipo de reflexión con los internos. En una ocasión, por ejemplo, el padrino llevó una audio grabación en donde un niño que fue abortado habla a su madre. Después de los primeros minutos era fácil identificar que la grabación era una crítica al aborto (el niño narra emocionado su proceso de desarrollo en la matriz, hasta que describe como lo van desmembrando clamando la ayuda de su madre, para hablarle años después diciéndole que la ve aún sufriendo por la decisión que tomó y expresándole su perdón). En la reflexión con el grupo, al final del audio, el padrino dijo que quería hacer conciencia para enfrentar las emociones a aquellas personas que habían tenido algún problema por el estilo. Más tarde me enteré que una de las chicas internas había confesado públicamente desde la tribuna, un par de noches antes, su propia experiencia abortando y el sufrimiento que eso le seguía causando.

Erick, uno de los internos de la parte trasera, antes de ingresar estudiaba una licenciatura en una universidad privada y era el dueño de una pequeña empresa de mudanzas. Él me permitió hacerle varias entrevistas. La última de ellas fue en una de sus visitas a la clínica en el marco de una junta de AA. Como en todos los Anexos, les recomiendan a los que terminan su periodo de internamiento que continúen yendo a las juntas aunque ya estén afuera. Él me dijo que los psicólogos ofrecen a las familias, por un costo extra, como un agregado al proceso de rehabilitación de su familiar algunas terapias complementarias. Entre esas terapias están las

llamadas “focos rojos”, “el muerto” y “confrontación”. Desafortunadamente no presencié el desarrollo de ninguna de estas terapias, pero Erick describió la primera para mí. Esta terapia la dirigieron a una de las internas que fue ingresada en contra de su voluntad. Lucía, casada, con dos hijos y mayor de cuarenta años, fue en quien se centraron.

Te sientan aquí en el centro. Los demás se sientan alrededor en herradura. Te vendan. Durante hora y media te empiezan a decir, pero cosas fuertes, (...) una hora y media, y luego pasan los servidores. Te dicen toda la mierda que tengan. Pero gritando. Gritándote aquí [pone la palma de su mano frente a su cara]. Y si en algo son expertos es en gritar, o sea tienen los gritos bien desarrollados. Te quitan la venda. Atrás, en el pizarrón, anotaron todas las cosas que te iban diciendo y todos lo van leyendo en voz alta. Por ejemplo, el último que me tocó a mí fue el de Lucía. ¡Mala madre, mala hija, bacínica de mecos, no le importan sus hijos! ¡Pinche mala vieja, puta! Ya se me olvidó que tantas mamadas. No me sé las combinaciones que se avientan. Porque tienen una capacidad güey que yo digo: ¡no, este güey me cae que no! (...) Pero todos, después de una hora y media, todos leyéndole la lista. Y después de eso ya remata el terapeuta gritándole como el peor de los jueces. (...) Siempre dicen, antes de los focos rojos, prometo "atacar tu enfermedad, no tu persona", ¡no mames!, ¿entonces la que llora es la enfermedad?⁵⁷

Este tipo de terapia también la dan de manera gratuita a internos que “estén flaqueando” me comentaba Erick. Este tipo de tratamiento es conocido coloquialmente como “teraputiza” y, siguiendo la definición de Erick, la aplican cuando uno no está atento en las juntas y cuando la pasa encabronado, con actitudes que no se pueden tolerar en el internamiento por el riesgo de contagiarlo a los demás. Se podría decir entonces que las terapias a al vez que son un método que encamina la recuperación del adicto, también son un método de control de los internos. Esta es una de las razones por las que a Erick no le extraña que más de la mitad de sus compañeros, durante gran parte de su internamiento, se la pasen renegando. “No los culpo porque, la verdad, esta de la chingada aquí. Uno no está tranquilo, tienes una neurosis pero chida”. Durante las

⁵⁷ Testimonio extraído de una entrevista en las instalaciones de la clínica el 27 de octubre de 2015. Erick tenía apenas cinco días de haber salido de su internamiento y estaba en un periodo de prueba, que él junto con su padrino se habían impuesto para continuar en el programa de AA.

visitas de su madre, le comentaba cosas que no le decía más que a sus amigos de confianza durante el internamiento, “...en sus visitas le dije cómo me sentía: desesperado, triste, deprimido, me siento ansioso, ya me quiero largar de aquí, estoy desesperado, yo ya me quiero ir”.

En la clínica privada comúnmente los internamientos son de tres meses, aunque dependiendo de los planes de pagos y de las posibilidades de los internos o de sus familias se hacen planes de más, o menos, tiempo. Llegué a conocer casos de quienes eran internados por quince días y quiénes estaban ahí por hasta seis meses.

Aunque esta institución parecía tener un modelo diferente al de los Anexos, resultó ser un espacio muy similar a aquellos, con el agregado de las terapias alternativas facilitadas por los padrinos y por los ex internos que ahora estaban autorizados a dar terapias por la propia clínica, y del lujo que tienen los que están en la clínica. De ese modo los mecanismos de poder pastoral, disciplinario y de seguridad se mantienen, pero las formas de autoridad dejan de tener el carácter carismático de liderazgo y más bien son autoridades híbridas que presentan características tradicionales, carismáticas y racionales. Esto sucede debido a que son múltiples autoridades a las que los internos deben responder: el director de la clínica, los psicólogos, los padrinos y los ex internos que dan terapias grupales. Es el único lugar en donde se promueve la idea de “internamiento necesario”. Aunque en otras instituciones hay internamientos involuntarios, aquí han desarrollado una racionalidad que produce el efecto de naturalizar la necesidad del internamiento. Así el adicto, que está caracterizado por una condición de pérdida y al que debe extirpársele el hábito del consumo de drogas (que son un suplemento negativo), debe ser intervenido e internado. Es indispensable que se proceda con él o ella de este modo. Esto es

complementado por técnicas de adoctrinamiento a través de una pedagogía de la adicción en los talleres que se ofrecen a familiares para hacer “conciencia de enfermedad”.

1.7.El complejo entramado del dispositivo terapéutico

Nos encontramos con un dispositivo integrado por distintos tipos de instituciones que trabajan en conjunto atacando una anormalidad reconocida como enfermedad y caracterizada como adicción. La trayectoria histórica de los ensamblajes globales en México, vinculados con la prohibición de drogas y un reciente enfoque en políticas públicas, ha generado las condiciones para que el dispositivo haya crecido y se haya sofisticado. Ha crecido en términos de su multiplicación institucional y su diseminación a lo largo del territorio nacional. Y se ha sofisticado en términos de sus autoridades institucionales y sus formas de legitimación y reconocimiento en función de su relación con autoridades de los aparatos del estado, y de la diversidad de técnicas y tecnologías biopolíticas que usan para la intervención.

Por una parte estamos frente a un dispositivo terapéutico que ha tenido una tendencia hacia la paraestatalización. Con esto me refiero a que las instituciones que le conforman aunque aparentemente no son aparatos de estado, el estado está presente en sus formas de intervención con las poblaciones reconocidas como adictas. De este modo, los padrinos, las autoridades de centros de rehabilitación e incluso los ex internos de centros de rehabilitación, se encuentran realizando acciones policiales, de control social y de disciplinamiento que son de orden gubernamental. Los sectores sociales que están preocupados por el problema que ven en las adicciones ejercen el poder que antes era conferido únicamente a las instituciones estatales. Este proceso no se da de manera unilateral y, como vimos, entre las mismas instituciones hay disputas

de legitimidad que ponen en cuestionamiento formas de autoridad, profesionalización y capacidad para poder llevar a cabo estas acciones.

El reconocimiento de algo llamado “internamiento involuntario”, o mejor aún “internamiento necesario”, es el resultado de años de trayectorias de adicción en las que se ha construido como problema en México y que decanta desde sectores de expertos (ex adictos, padrinos, y autoridades de Anexos y centros de rehabilitación) en un enfoque que se percibe indispensable el encierro, aislamiento y tratamiento de los adictos. Los mecanismos de poder disciplinario se extienden en estas instituciones en funciones policiacas que les permiten internar a los adictos sin que ellos lo decidan (aunque sea de buena voluntad y con la lógica de ayudarlos). Esto materializa la ausencia de voluntad en los adictos en la imposición de una voluntad externa que decide por ellos, muestra que los adictos no son considerados como personas en la misma categoría que quienes toman decisiones por ellos, y les excluye de la posibilidad de ser protegidos frente al encierro. Es más, en casos extremos como en el de Martín (que vimos en la introducción) ya no son las autoridades institucionales quienes motivan el internamiento sino la propia ciudadanía. El reconocimiento del adicto como alguien que vive a través de simulacros (no una vida real), que el control de su vida está tomado por las drogas, en otras palabras la atribución suplementaria negativa que se le da a la adicciones, legitima las intervenciones de los demás sectores sociales con aquel que es reconocido como enfermo.

La propia historia y los procesos de ensamblajes globales que ha tenido la prohibición y la salud en adicciones en México han generado condiciones para que en la práctica del día a día del dispositivo terapéutico existan hibridaciones en los métodos en que se trata a un criminal y un adicto. Mientras el trato jurídico que se le da a un criminal es a través de las fuerzas policiales, su encierro, enjuiciamiento y procesamiento penal, para el adicto es ambiguo y son

múltiples los actores dotados de autoridad para intervenir. Entre ellos, por ejemplo, están Ignacio y Sergio, psicólogo y director del Anexo respectivamente. Paradójicamente ninguna de estas autoridades, facultadas para encerrar a los adictos, es una autoridad que oficialmente esté respaldada por el estado.

Esa falta de respaldo oficial es el tipo de inseguridad judicial a la que se refería Roberto criticando a las autoridades sanitarias de que no les apoyan. La acción de internar a alguien en contra de su voluntad es una privación ilegal de la libertad, y legalmente las autoridades de los centros de rehabilitación son quienes dan la cara por estas acciones. Las ambigüedades jurídicas y su aplicación, podríamos decir que se dan en ambas direcciones. Se da para el adicto que se torna sujeto de la intervención y se da para el director del centro que es quien virtualmente está rompiendo las leyes, aunque para la familia y la ciudadanía (caso Martín, por ejemplo) sea bien visto que lleven a los adictos a tratamiento mediante el encierro. Posiblemente este tipo de acciones en cualquier otro sitio del mundo estarían prohibidas y penalizadas, pero no en este dispositivo terapéutico de atención a las adicciones.

Por otro lado, el dispositivo se caracteriza por ser un espacio en el que la institucionalización de las prácticas de intervención está sujeta a grandes libertades. Quiero decir, por una parte que, basta con buena voluntad para abrir un centro de rehabilitación y por otra que, las instituciones de intervención son espacios de experimentación libre con poblaciones patologizadas. El tiempo del internamiento es un dato significativo en este sentido pues no hay una convención dentro del dispositivo sino varias. Pueden estar ocho meses (CRC), tres meses (Anexos y clínica privada), o el tiempo que el terapeuta indique (psicólogo CIJ). Estas medidas bien pueden ser vistas como una definición del criterio experto independiente uno de otro así como un criterio comercial para crear un modo de competencia con otras instituciones, pero esa

definición finalmente tendrá repercusiones en la construcción de subjetividades. Por otro lado si bien existen las directrices ideológicas de AA que dan contención al potencial creativo de las instituciones, aun así existen acciones que son cuestionadas por su falta de respeto a los Derechos Humanos. A su vez destaca la extrema rigidez programática y doctrinal que ofrece el CRC, con la conversión al cristianismo de por medio para el tratamiento de las adicciones; y también la profesionalización de la atención que se encuentra dominada por lógicas burocráticas extremas.

La presencia de instituciones como los Anexos y su dominio como la oferta más popular nos muestra la relevancia de las autoridades carismáticas. En ellas gran parte de su liderazgo radica en sus cualidades, en la fe que llena de esperanza y entusiasmo, pero más en un llamado que está íntimamente relacionado, como veremos más adelante, con el ámbito espiritual que promueve la conversión religiosa para la efectiva transformación del adicto. El que estos líderes, incluyendo el del CRC, hayan experimentado por cuenta propia aquello que llaman adicción, permite que se legitimen como autoridades ejemplares dentro de las instituciones y se fortalezca el ámbito de control de sus subordinados (internos).

Este capítulo nos ha permitido conocer el proceso histórico y los términos de la organización institucional del dispositivo terapéutico, pero al mismo tiempo nos ha dejado algunas preguntas abiertas sobre el tipo de trabajo concreto que se hace para la rehabilitación y sobre cómo se aspira a transformar a aquellos adictos, anormales, en personas que ya no padezcan los males de su dependencia a las sustancias. En el siguiente capítulo exploraremos en primer lugar, cómo es que estas instituciones conforman micro espacios sociales que motivan la transformación de subjetividades de quienes se internan en ellas. Como efecto de la intervención se da la conformación de los que Turner llamaba *communitas*, y esto se posibilita en gran parte

porque se produce dentro de lo que Goffman reconoció como institución total. En segundo lugar veremos cómo es que a través de técnicas específicas en algunas de estas instituciones se hacen cambios en las identidades y se transforma el yo de la persona.

Capítulo 2. Técnicas para la transformación de sí mismo (del yo) en el dispositivo terapéutico para la atención a las adicciones

Como vimos en el capítulo anterior, el dispositivo terapéutico es un producto de condiciones influenciadas en gran medida por políticas prohibicionistas y por un reciente enfoque de las adicciones como problema de salud pública. Dicho dispositivo está integrado por instituciones que ofrecen servicios para el tratamiento terapéutico de las adicciones. Desde instituciones con autoridades racionales y altamente burocratizadas, hasta instituciones con autoridades carismáticas y un funcionamiento informal que se ha construido a partir de la propia experiencia empírica. Estas instituciones llevan a la práctica mecanismos de poder pastoral, disciplinario y de seguridad en sus formas de intervención. En cierta forma, muchas de ellas, se mueven dentro de regímenes de legalidad ambiguos y actúan desde los márgenes del estado siguiendo lógicas de gubernamentalidad.

Este capítulo introduzco dos ideas que son fundamentales para entender el funcionamiento institucionalizado del dispositivo. La idea de *communitas* normativa y de institución total nos dan elementos para pensar en la complejidad de los efectos del encierro con las poblaciones adictas. Se verá cómo es que nos abren posibilidades de entender que estos espacios son sitios de producción cultural y de socialización. Esto no necesariamente se opone con los ensamblajes globales de los que hemos hablado, sino más bien nos habla del carácter productivo socio-cultural que tienen las formas en que se dan las prácticas de atención a las adicciones en México. En el ejercicio de intervenir poblaciones adictas, que pareciera de una lógica vertical en donde las intervenciones llegan al sujeto, veremos que las instituciones son espacios en donde se crean dinámicas sociales en las que participan activamente los sujetos adictos independientemente de los efectos de dichos procesos.

Este capítulo servirá también para explorar las técnicas medulares de las instituciones incluidas en este estudio para profundizar en el carácter performativo, del trabajo, de la repetición, y de la producción de núcleos comunitarios que motivan y soportan el paso hacia una conversión religiosa o hacia una transformación de sí mismo. El capítulo tiene como objetivo mostrar algunos de los resultados de procesos históricos que condicionan la existencia del dispositivo y que se pueden visualizar a través del desarrollo de tecnologías terapéuticas específicas. Dichas técnicas dotan de un carácter identitario y particular a cada una de las instituciones revisadas. En primer lugar se mostrará al CRC y su base para motivar los procesos de transformación del yo en una disciplina apegada a normas, cronogramas de actividades, oración, lectura de la Biblia, y principalmente trabajo. En segundo lugar se mostrará cómo en los Anexos y la clínica privada se maneja como técnica fundamental a las juntas de AA. Aunque los Anexos tienen actividades disciplinarias como los servicios y siguen una rutina pre programada, las juntas son el marco de interacción fundamental en donde se llevan a cabo los impulsos de transformación del yo. Como se verá en los dos siguientes capítulos, aunque las juntas son el sitio simbólico en donde se moviliza el discurso espiritual y religioso del programa, el impacto de esto supera el momento de la junta e impregna la cotidianeidad de los procesos de rehabilitación durante los internamientos.

Hacia el final del capítulo haré una reflexión complementaria. Me enfocaré en un espacio etnográfico que muestra cómo el dispositivo no sólo son sus instituciones. Este espacio lo conocí de manera marginal durante mi trabajo de campo. Aunque no me aboque a profundizar en él, servirá como un contraste para marcar diferencias principales entre adaptaciones de intervención extremas que surgen del dispositivo. Revisaré una derivación de los grupos y Anexos que se

rigen bajo los doce pasos de AA conocidos como grupos “fuera de serie” en un evento de aniversario de grupo.

Esto casos permitirá identificar que existen, dentro de la puesta en práctica del dispositivo terapéutico para las adicciones y a pesar del fondo de conversión religiosa que éste promueve, distintas proyecciones de lo que implica ser un adicto en recuperación o una persona que ha dejado las adicciones. Esto mostrará que el dispositivo terapéutico tiene alcances que superan por mucho las fronteras físicas de las instituciones de modo que se instalan en prácticas que operan desde los márgenes de las instituciones predominantes. En este sentido las subjetividades que se crean en los adictos en estos distintos procesos de recuperación no son homogéneas. Por lo que la revisión a las técnicas de biopolítica y gubernamentalidad de las que se echa mano en estos espacios es fundamental para comprender el fenómeno contemporáneo de la atención a las adicciones en México.

Finalmente, se considera que las respuestas de aquellos a los que se pretende interpelar dentro del dispositivo terapéutico para las adicciones no siempre encajan con las expectativas institucionales. Hay sujetos que desarrollan tácticas de adaptación al entorno institucional sin que esto implique una transformación profunda del yo, o hay quienes prefieren mantenerse al margen de los estímulos rituales y performativos de los procesos de cambio. Al mismo tiempo, este tipo de reacciones se convierten en los efectos inesperados o en las respuestas incontenibles que no son planeadas por el despliegue del dispositivo generando procesos que se avocan a la reproducción institucional, pero no a la prometida normalización.

2.1 Communitas normativa e institución total en el dispositivo de atención a las adicciones

El internamiento es el proceso en que los individuos permanecen anexados, es decir, dentro de un establecimiento de atención a las adicciones. Dos elementos caracterizan este proceso.

Primeramente una distinción espacial separa al individuo del contexto social amplio en donde se desenvuelve. Al ser un encierro, se le confina con un grupo de internos y autoridades. Parafraseando lo que Goffman (2009) dice de los enfermos mentales, el adicto se hace adicto hasta el momento en que pisa una institución. Al ingresar a la institución, con todo aquello que le legitima y autoriza, se borra toda duda de si aquella persona podría ser o no catalogada como adicta. El segundo elemento que caracteriza el internamiento es que el adicto es objeto de una serie de acciones que se implementan para conformar las “mortificaciones del yo” y el “sistema de privilegios” (Goffman 2009). Estos dos elementos los concibo dentro de un proceso liminal en el que se pretende transformar al individuo bajo los términos de intervención institucional-ritual. Las instituciones que se han descrito anteriormente, a excepción del CIJ, son instituciones que comparten las características aquí discutidas.

El internamiento y las juntas constituyen las principales técnicas de la construcción de sujetos adictos “en recuperación”, o cristianos en el caso del CRC, siendo la base en que la intervención se legitima y de la cual se espera la rehabilitación. El internamiento representa la posibilidad de aprendizaje y acción para los internos, les permite interactuar con el modelo de atención según sus intereses, y también, en algunos casos como se verá más adelante, desarrollar habilidades que identifican como estratégicas en sus relaciones interpersonales. El internamiento es la forma que se concibe como más efectiva para contrarrestar la pérdida que caracteriza al adicto dentro del dispositivo. A su vez es la forma en que, bajo la lógica de mediaciones suplementarias, se instalan suplementos que pretenden extirpar la droga del control de la vida del adicto. El internamiento es, entonces, el espacio en el que se sustituye la voluntad del adicto por la voluntad del padrino, terapeuta, grupo, poder superior, o familia.

En términos de Turner (1988) el internamiento como proceso liminal supone la existencia de los centros de rehabilitación como anti-estructura en tanto intervienen en la dinámica estructural de vida del adicto. Turner retomando a Van Gennep caracteriza los ritos de paso (Turner 1980, 1988) como una transición de cualquier condición estable o recurrente culturalmente reconocida.⁵⁸ El interés de Turner por los ritos de paso se dirige hacia un fenómeno que identifica como liminalidad. En ésta se concibe a la persona sin estatus, sin propiedades, sin distintivos, con una conducta que suele ser pasiva o sumisa, y donde hay una obediencia a los instructores. “Es como si se viesan reducidos o rebajados hasta una condición uniforme para ser formados de nuevo y dotados con poderes adicionales que les permitan hacer frente a su nueva situación en la vida” (Ibíd.). Entre ellos existe una intensa camaradería e igualitarismo, por lo que terminan homogeneizándose, sin distinciones.

En los Anexos, el CRC, y la clínica, la situación liminal podríamos pensar que está en el aislamiento de las relaciones sociales con el exterior desde su ingreso al internamiento, en la carencia de pertenencias o elementos materiales, y simbólicos, que ayudan a la autodefinición. El interno entraría en un proceso liminal marcado como adicto para proceder a su constitución como adicto en recuperación. El adicto proviene de una estructura en que ha sido derrotado por el alcohol y/o drogas. Dentro de la pérdida que caracteriza al adicto se entiende que es incapaz de salir de su problema de consumo por sí mismo (su voluntad ha sido suplantada por la de un suplemento negativo) y que esto le ha agudizado sus defectos de carácter metiéndolo en problemas con su familia, amigos, trabajo y consigo mismo. El espacio ritual le otorga la anti-

⁵⁸ Tienen tres fases: la separación, que implica, a través de una conducta simbólica, la separación del individuo de un punto en la estructura social y de un conjunto de condiciones culturales; el margen o umbral, donde el sujeto ritual tiene características en las que pierde atributos que tenía en el pasado; y la agregación, que implica su reincorporación, la consumación del paso. En su agregación se encuentra en un estado relativamente estable y se espera que se comporte de acuerdo a las normas dictadas por la costumbre y principios éticos vinculantes con los otros de su sociedad (Turner 1988:102).

estructura para restablecerse en la estructura, reformado, rehabilitado y con la posibilidad de convertirse en una persona que no consume drogas. La lógica ritual del internamiento le ofrece al adicto la posibilidad de dejar de ser una pérdida.

El carácter liminal del rito de paso, en estos casos difícilmente logran una homogeneización de sus internos. La constante jerarquización hacia el interior de la institución impide que los pocos momentos de igualitarismo se mantengan de manera permanente durante el internamiento. En todo caso estamos hablando de momentos específicos en los que dentro de técnicas estratégicas como las juntas de AA, o las reuniones del CRC, se estimula la gestación de un tiempo-espacio liminal. En las juntas cualquiera puede ir al frente del grupo y ser escuchado públicamente, y catalogado como una persona igual a los demás. Lo que los hace iguales en ese momento es que han compartido la enfermedad de la adicción y por tanto simbólicamente se hace eficaz dicha homogeneidad.

Turner vincula la liminalidad con lo que llama *communitas*, que puede ser entendida como un momento extraordinario fuera de la estructura secular (anti-estructura). Es un modo de interacción humana de comunidad sin estructurar, en forma rudimentaria y de individuos iguales que se someten a la autoridad de quienes controlan el ritual. Está yuxtapuesto y es alternativo a la sociedad como sistema estructurado, diferenciado y jerárquico. Para Turner la *communitas* surge cuando no hay estructura social, “se introduce por los intersticios de la estructura en el caso de la liminalidad; por los márgenes, en el de la marginalidad; y por debajo suyo, si se trata de la inferioridad” (op. cit., p.134). Se ve como un proceso dialéctico, hay una liberación de la estructura, se pasa por la *communitas* y esa experiencia permite volver a una estructura revitalizada. También hay un reconocimiento de su potencial normatividad:

Pero la espontaneidad e inmediatez de la *communitas* –en oposición al carácter jurídico-político de la estructura- rara vez puede mantenerse durante largo tiempo, y la misma *communitas* desarrolla

pronto una estructura en la que las relaciones libres entre los individuos acaban por convertirse en relaciones, regidas por la norma, entre personas sociales (Ibíd., p.138).

Una *communitas normativa* es aquella que ya ha sido instituida y normativizada. La norma prepondera. Pero se mantiene lo liminal, la ambigüedad del sujeto ritual y su inserción al contexto imaginario de igualdad de condiciones (que la autoridad reitera constantemente), y la ruptura del status. En estas instituciones, a través de sus principales técnicas de intervención, el adicto es separado de su categorización y atribución de persona sana o normal para ser concebido como un adicto. A través de un ritual de paso y de la liminalidad, es convertido en un alcohólico y drogadicto en recuperación, en un cristiano, con la esperanza de recuperar su salud bajo la promesa de la sobriedad y de la bendición de Dios. De este modo, podemos pensar en esta *communitas normativa* en el marco de un rito de paso que se repite de manera infinitesimal durante los internamientos. Las instituciones del dispositivo estructuran la vida social en el internamiento. Ofrecen una temporalidad y espacialidad más allá del abandono, de la pérdida con la que ha sido caracterizado el adicto, que les da una conversión momentánea (para algunos pocos más duradera) acompañada de un contexto ritual de internamiento que significa cobertura y refugio para algunos, y castigo y aislamiento para otros.

En estos ritos de paso no siempre se cumple las reinserciones a lo social con un nuevo estatus, es decir, el adicto no siempre se reintegra como adicto en recuperación o como cristiano converso al contexto social de dónde proviene. Para quienes funciona la rehabilitación es porque se les alberga dentro de un nuevo sistema social e ideológico como adictos en recuperación crónica o como buenos cristianos. Y funciona la rehabilitación no en términos de su normalización, sino de una desnormalización pues estas personas quedan marcadas para toda su vida con un estigma y con una nueva identidad que no conocían hasta antes de ser intervenidos. Pero éstos son la minoría de los casos.

La mayor cantidad de internos en estos espacios vuelven al consumo de sustancias aunque aprenden muy bien las reglas del juego dentro de las instituciones. En ocasiones los efectos de la intervención, del dispositivo de atención a las adicciones, derivan en la creación de sujetos emergentes que utilizan el rito de paso para su propio beneficio y que descubren que se pueden sincronizar a voluntad con los estímulos e interpelaciones rituales e institucionales obteniendo privilegios durante el internamiento. En el peor de los casos, como veíamos el capítulo pasado cuando Erick hablaba de su internamiento en la clínica privada, este tipo de intervenciones produce efectos tan negativos en los internos que se incrementan sus rencores, resentimientos, y emociones negativas. Los intentos de fuga, las fugas, la falta de participación en el tratamiento, la negación de la enfermedad, y la resistencia a incorporarse en las actividades cotidianas, son sólo algunas formas en que se manifiestan el rechazo de la acción del dispositivo de atención a las adicciones.

Pensar el internamiento que ofrece el dispositivo de atención a las adicciones en términos de institución total puede ayudarnos a comprender mejor algunas de las dinámicas que comparten estas instituciones. Goffman (2009) nos dice que las instituciones totales se caracterizan por estimular “mortificaciones del yo” e ideas sobre la “carrera moral”. Las mortificaciones del yo, pueden ser entendidas como las estrategias institucionales para alejar a la persona de su yo civil e introducirla al orden normativo de la intervención. La carrera moral está caracterizada por los cambios progresivos en las creencias sobre sí mismo y los otros. Esto se asocia principalmente las ideas relacionadas con la homogeneización de los internos, sin estatus, sin propiedades, para dar el paso de su estatus externo como adicto o no cristiano, para ser alcohólico y/o drogadicto en recuperación o cristiano en proceso de construcción. “Las instituciones totales, son siempre fatídicas para el yo civil del interno, aunque el apego de éste

por su yo civil varíe considerablemente” (Ibíd., p.59). Estos esfuerzos se insertan en la lógica de mediaciones suplementarias. Para eliminar el yo civil del adicto hay que instituirle uno nuevo que en primer lugar será un yo adicto y en segundo lugar será un yo adicto en recuperación.

El internamiento significa borrar el yo civil. El sujeto es marcado por la igualdad en la anomalía, la enfermedad, y la necesidad de ayuda externa. El ingreso y la admisión con la junta de bienvenida en los Anexos y la clínica, o la asignación de una sombra en el CRC, es el primer momento para dejar parte del yo y del mundo habitual. El neófito se inserta en un contexto desconocido, que le ubica claramente como alcohólico/drogadicto en recuperación o como potencial cristiano, sin ninguno de sus atributos personales anteriores. Aquello que le identificaba en su vida civil, ahí dentro, ya no tiene validez. La imagen del yo es atacada cuando el individuo es despojado de sus pertenencias (se aceptan únicamente tres cambios de ropa) y, al ser ocasionalmente objetos de violencia y amenazas (verbales principalmente) o por la proscripción de hablar con otros y de ser monitoreado permanentemente por su sombra. Los límites personales son transgredidos, pues desde la admisión se tienen todos sus datos (de los cuáles se puede hacer uso para los fines que los representantes de la institución consideren pertinentes). Las confesiones públicas (juntas y reuniones) representan formas de desacreditación del yo, y la privacidad es sólo una idea lejana que se difumina en la vida cotidiana comunitaria del internamiento. Las confesiones grupales o individuales en las instituciones totales muestran sumisión, transgresión de límites personales, un traspaso del límite del individuo y su ser con el ambiente, es un ejercicio de exposición de hechos y sentimientos, dónde públicamente se sufre una desacreditación de su yo (ibíd., p.37-8).

La ruptura entre el actor y sus actos es una forma más de mortificación del yo. Hay una pérdida de autonomía para decidir y hacer por sí mismo. Goffman lo llama la “economía

personal de los propios actos” (Ibíd. 50-4). En esta economía el personal somete a reglamentos y juicios las acciones de la persona, hay un control minucioso y restrictivo, así como la posibilidad de aplicación de medidas disciplinarias. Las actividades realizadas (o no), son echadas en cara como parte del control de la conducta por parte del personal o de los encargados. Su conducta y alineación con las acciones demandadas institucionalmente, como su buen desempeño por ejemplo, son elementos que determinarán su incorporación a su nuevo marcaje como alcohólico o drogadicto en recuperación. Estas formas de mortificaciones del yo le restan a la persona autodeterminación, autonomía y libertad de acción, lo que para Goffman es propio de una persona adulta. Al mismo tiempo, el interno no tiene posibilidades de utilizar formas de distancia y formas protectoras propias, debe contestar preguntas en las palabras y concepciones que el modelo le exige, a costa de quedar marcado como una persona que no busca cambiar y ser rechazado por las autoridades y grupo.

Hay ambigüedades que se presentan en las mortificaciones del yo. Por un lado, para algunos pueden generar reacciones y emociones negativas, y de rechazo. Para otros pueden representar un alivio. Para muchos internos como Manuel, llegar al Anexo de puerta cerrada en su décima ocasión con todo y las mortificaciones del yo, representó un alivio. Él llegó de manera voluntaria pues esto significaba dejar (temporalmente) la preocupación por su subsistencia en la calle. Su internamiento le aseguró un sitio en un contexto al que no le era complicado adaptarse, gracias a su larga trayectoria en Anexos, sin olvidar la ventaja de estar lejos de las sustancias y los beneficios físicos que esto le generaría. “Me preparo para el mundo de allá afuera”, retomando las palabras de Manuel, se reconoce como una persona distinta a la que llegó, asumiéndose en un proceso de construcción de sí mismo para reinsertarse en el exterior. Por el otro lado el caso de Ernesto, que a sus más de setenta años está internado y toma la tribuna para

contar sus historias sin adoptar el lenguaje y narrativa impuesta por el modelo de los doce pasos de AA, quien se ha ganado el apodo de “el renegado”. En su tercera ocasión dentro del Anexo de puerta cerrada y sus hijos solicitaron su ingreso por consumo de alcohol. Ernesto rechaza constantemente los métodos de mortificación del yo apegándose a su identidad previa al internamiento y rechazando su etiquetamiento como alcohólico. Rechaza la construcción de sí mismo bajo los términos normativos de la institución, aunque acepta tener un problema con el alcohol. En una entrevista él me dijo que no cree que en esa institución le puedan ayudar.

Los internos participan en un sistema de privilegios. A cambio de su obediencia reciben recompensas y privilegios (Goffman 2009:60). Los privilegios pueden ser jerarquías al interior de las instituciones. En el Anexo por ejemplo, se puede ser servidor, encargado, y llegar a la cocina, o a ser el encargado principal que rinde cuentas solamente al padrino. La organización jerárquica en el CRC es similar, siendo sombra, para después ser encargado de algún área de trabajo, para pasar a ser personal de confianza de los directivos. Evidentemente hay quienes juegan dentro del sistema de privilegios sin que ocurra en ellos una conversión o una transformación sustancial. Aunque algunos de los que ascienden en la escala jerárquica, efectivamente, aprenden las formas más seguras para la autodisciplina (ibíd. p.125) y son presionados por el ambiente y las normas para sentirse como casos patológicos que sufrieron un colapso social en el exterior (ibíd., p.157).

Los internos se pueden adaptar de distintas formas al internamiento: la “regresión situacional” es la abstención de participar en todas las actividades; la “línea intransigente” es un desafío y negación de cooperación con el personal (como lo hacía Ernesto, por ejemplo); la “colonización” implica que el establecimiento se torna en la totalidad para el individuo, representa su todo; y la “conversión” es cuando se asume la visión que tiene de él la institución, convirtiéndose en un

predicador de esos mismos principios. Cada táctica supone aliviar la tensión entre el mundo exterior y el mundo interior, y pueden ser usadas de manera variable durante los distintos momentos del internamiento (Goffman 2009:72-73). A pesar de estas tácticas, el mismo Goffman reconoce que “una vez que entró, nunca volverá a tener el status social que tenía previo a su ingreso” (2009:82). La promesa de normalización nunca se cumple pues se ha atravesado un punto de no retorno.

2.2 Trabajo, disciplina, y obediencia: para ser un buen cristiano

El CRC se destaca por manejar un tipo de rehabilitación diferente a la oferta de atención a las adicciones predominante en la ciudad de SLP y en México. Sus características particulares son, como se ha mencionado anteriormente: el trabajo intensivo en la carpintería; un código de comportamiento y un sistema de acompañamiento para compartir el día con una sombra; una rigurosa disciplina acompañada de un horario fijo de actividades pre programadas; y un proceso de conversión religiosa que se asienta, más que en un ritual particular (aunque sí lo hay), en la repetición y construcción de nuevos hábitos en la vida del interno.

Durante los días que pasé en el CRC pude percatarme de la rigurosidad y puntualidad con la que se desarrollaban las actividades. El equipo de responsables de cuarto y de actividades era en quienes principalmente recaían las responsabilidades para dar seguimiento a las actividades y para supervisar que las sombras y sus sombreados se alistaran para dar seguimiento al día a día. Los responsables de cuarto son personas de confianza que tienen una larga trayectoria dentro de la institución, reconocidos por las autoridades como personas que tienen conocimiento de la Biblia y que llevan en lo posible sus aprendizajes a la vida cotidiana, ellos son los últimos en dormir por las noches y son los primeros en levantarse por las mañanas. En las habitaciones hay alrededor de cuatro literas y por el sobrecupo hay personas que duermen en el suelo también. El

uso de las mismas se limita a pernoctar y a arreglarse rápidamente al despertar o después de tomar un baño.

El día en el CRC comenzaba a las 6 horas. Después de diez minutos una oración en la sala de juntas, que funge también como comedor, para proceder inmediatamente al desayuno. Después del desayuno había un tiempo breve para pasar al baño para posteriormente iniciar las actividades del día. Quienes se quedaban en la casa hacían limpieza o trabajo de cocina, mientras la mayor parte de los internos se dedicaba al trabajo en la carpintería. El trabajo, en la casa o en el taller, dura desde las 8:30 de la mañana hasta las 11 que hay un refrigerio (acompañado de una oración) para nuevamente continuar con el trabajo. A las dos de la tarde es el regreso a la casa para integrarse con los que se quedaron ahí, comer, y tener un pequeño momento de descanso o dispersión. Para éste último, un juego de futbol o de ping pon son de interés para muchos. El regreso al trabajo, para todos, es a las tres y media de la tarde hasta las siete y media que es cuando regresan a la casa. Después de un breve descanso se reúnen para la oración previa a la cena, cenan, y tienen un breve tiempo libre antes de ir a los dormitorios para descansar y comenzar la misma rutina al siguiente día.

Hay algunas actividades extraordinarias pero que, igualmente, están programadas. Realizan “reuniones” de una duración de una hora y media aproximadamente a las 7 am todos los miércoles y viernes. Estas reuniones son diferentes a las oraciones diarias ya que, a parte de las lecturas de Biblia, sermones y una breve oración, hay diversos cantos y oraciones que terminan en un momento colectivo de éxtasis en el que los participantes pasan gradualmente de balbucear agradecimientos a gritarlos a todo pulmón. Los días miércoles, por la noche, y domingos, a medio día, tienen otras reuniones que son abiertas al público en las que invitan a familiares y cristianos que quieren ir a escuchar la palabra de Dios. En estas actividades

regularmente participan como coordinadores quienes tienen una mayor trayectoria en la institución, invitan a algunas personas seleccionadas previamente para que hablen sobre su experiencia de lectura de algún pasaje particular de la Biblia y también a alguien del público externo. La participación del asistente que no tiene invitación a hablar se limita a escuchar las reflexiones de los otros, o en caso extraordinario a levantar la mano y decir su opinión sobre lo discutido para luego ser contestado por el coordinador de la reunión, y finalmente, como se dijo, a participar del colectivo en la oración final.

La programación y realización de actividades rutinarias es parte central del proceso de rehabilitación en este centro de rehabilitación. Aunque las autoridades y algunos de los integrantes del CRC comentan que han sido bautizados, hablan del bautismo como un evento único, parece que el peso significativo en la transformación de sí mismo está en la rutina diaria y en la incorporación a una dinámica híbrida basada en la disciplina y en la pastoral cristiana. En este proceso el acompañamiento de las sombras, la fusión de oraciones con trabajo, y el asumir responsabilidades individuales para el funcionamiento del colectivo se tornan centrales.

Recuperar parte del testimonio de uno de los internos con autoridad en el CRC, Chava, quien me orientó mis primeros días en el CRC y fue una especie de sombra para mí en el taller de carpintería, ayudará a comprender mucho mejor la diferenciación que establecen entre lo que ellos mismos llaman “nacer en el agua” y “nacer en el espíritu”. Estas diferencias sustancialmente tienen que ver con la distinción entre un cambio estimulado por un ritual de paso frente a un cambio que se origina en el día a día y en la construcción de nuevos hábitos.

Durante una de nuestras conversaciones en el taller, Chava me platicaba que para él y muchos de los demás que habían encontrado a Dios en el CRC lo habían logrado a partir de los cambios en sus actitudes, en la forma de expresarse, y en su forma de ver el mundo. A

continuación agrego un extracto de mi diario de campo en el que registré la distinción mencionada.

Chava me comentaba, haciendo referencia a la reunión del día anterior, que Jorge había marcado una diferencia entre “nacer en el agua” y “nacer en el espíritu”. El nacer en el agua es el bautizo que el hombre hace al hombre en nombre de Dios. Los congresos a los que asistían en donde se reúnen otros CRC del país, me comentaba Chava, es donde uno ve realmente la obra de Dios al presenciar la gran cantidad de hombres y mujeres que se bautizan. Para él eso representaba la presencia de Dios entre ellos. Este evento, donde el hombre toma la decisión de aceptar a Cristo en su corazón frente a los demás y para sí mismo, para Chava dista por mucho del nacimiento en el espíritu. El nacer en el espíritu implica que la persona realmente cambie, es decir, que toda su vida de un giro para volcarse a Dios y a seguir el ejemplo de Cristo. De ahí entonces que todas sus acciones, palabras y actitudes serían diferentes a lo que era antes. De ese modo podrían notar entonces que alguien realmente había nacido en el espíritu, por sus cambios.

Los congresos a los que hace referencia Chava son eventos masivos en donde se reúnen integrantes de las distintas comunidades y casas que tiene la red del CRC a través del país. Regularmente estos eventos se dan en algunas de las sedes más grandes y que manejan mayores recursos económicos. La selección de participantes desde cada sede, tal como sucede en SLP, es responsabilidad de sus autoridades locales pues son ellos quienes eligen a los que irán a bautizarse. De toda la población interna eligen a quienes tienen un tiempo considerable en el internamiento (al menos los ocho meses recomendados para la estancia) y quienes han mostrado un cambio de actitudes y de pensamiento, participando activamente de las actividades de la casa y del trabajo, así como en las reuniones y mostrando un dominio interpretativo de sus ejercicios de lectura de la Biblia. Cabe señalar que, de la mayor cantidad de personas que yo conocí en el CRC durante mi trabajo de campo, conocí a muy pocos que habían sido bautizados en este tipo de eventos.

El ejemplo que Chava despliega en su narrativa para diferenciar los dos tipos de nacimiento (agua/espíritu) nos aclara que la participación ritual en uno de estos congresos, en

donde se realizan bautizos colectivos, no necesariamente implica la transformación de la persona. En otras palabras, el rito de paso que marca el nacimiento de un cristiano no es el bautismo en sí, sino un cambio real de actitudes. Resulta hasta cierto punto contradictorio el que elijan a quienes se pueden bautizar en base a sus cambios, pero que al mismo tiempo reconozcan que el rito no es el marcador de cambio de la persona. Esto se puede ver como una especie de recurso retórico en el que el mismo Chava se concibe a sí mismo como una persona nueva, ha nacido en espíritu, sin que esto implique que le hayan reconocido en un contexto ritual su cambio.

Las justificaciones del nacimiento espiritual se intensifican al observar el día a día en el CRC. Las personas que sin haber nacido en el agua y han escalado en la jerarquía interna son una muestra de la fuerza del nacimiento espiritual. Ellos son responsables de habitaciones, de alguna área del taller, o responsables de alguna otra tarea necesaria para el buen funcionamiento de la institución (camionetas de recolección, áreas administrativas, puntos de venta de la mueblería, etc.). Estas personas, sin haber sido bautizadas, son quienes mantienen aceitado el engranaje de la institución. Con sus acciones puntuales, organizando y llevando a cabo actividades estratégicas, mantienen el orden, la disciplina, y la dinámica rutinaria que da vida a la institución. Estas personas son, a su vez, el ejemplo a seguir de los neófitos y su inspiración para ajustar sus aspiraciones a futuro.

El ejemplo de Yayo servirá para clarificar este punto. Él llegó al CRC a sus dieciséis años. Ingresó a un centro en una ciudad de Oaxaca. Actualmente tiene veintiocho años y ha pasado temporadas en distintas casas del CRC en el DF, Guadalajara, para llegar en el 2014 a SLP. Él inició su consumo de crack a edad temprana. Su padre era alcohólico y tuvo una presencia satelital durante su infancia y juventud, dejando en su memoria recuerdos marcados de

crimen, violencia y abuso doméstico. Comenta que su familia siempre vivió con muchas carencias y que aunque él era trabajador, había aprendido a tocar guitarra, y era hábil para aprender cosas nuevas, pero encontró en las drogas una forma de escapar de su “realidad”. Consumió hasta que éstas se convirtieron en su nuevo estilo de vida, dejando la escuela secundaria y sus responsabilidades en el hogar. Para ese entonces su padre estaba en prisión y vivía solamente con su madre y hermanas. Después de un par de años de consumir en una frecuencia alta y de iniciar una vida en el ámbito criminal, él mismo vio una alternativa en el CRC para salir del entorno en el que vivía, pues comenta que, no quería seguir los pasos de su padre.

Desde un inicio se destacó por ser una persona muy participativa, muy estudiosa de la Biblia, un gran deportista, músico, y alguien que aprendió rápidamente las tareas de la carpintería. Dentro del CRC retomó los estudios y terminó su preparatoria, actualmente tiene idea de continuar con sus estudios profesionales en derecho, si es que en algún momento sus funciones y responsabilidades en la institución se lo permiten. En relación al trabajo, él mismo destaca que, la propia estrategia del CRC en el taller de carpintería le ayudó a dominar todas las áreas y especializarse en pintura. Se refiere a que con frecuencia de semanas o meses, van rotando a los recién llegados en distintas áreas (lijado, corte, herrería, pintura, barnizado, ensamblaje, etc.) para que aprendan el oficio en todas sus facetas. “Te imaginas estar muchos días haciendo lo mismo, no, eso no es bueno, por eso les cambiamos actividades en el taller con frecuencia”, me comentaba. Aunque ahora él es el responsable del área de pintura y acabado de los muebles, reconoce la dificultad y el riesgo de estropear la terapia ocupacional haciendo una sola actividad con un exceso de repetición. Pareciera que él ya ha superado esta dificultad, pero

no está todo el tiempo pintando pues es también responsable del taller y hace múltiples actividades a parte de supervisar el área de pintura.

La terapia ocupacional ocupa una parte central del tratamiento que ofrece el CRC. No sólo para Yayo ha sido importante en su ascensión en el sistema de privilegios (Goffman 2009), sino que el mismo Chava, quien me acompañó mis primeros días en el taller y en la casa, me comentó su propia apreciación de la importancia de la terapia ocupacional durante su proceso en el centro. Él me explicaba que necesitaban estar ocupados con algo porque si se desocupaban les llegaba la ociosidad. Al no tener nada que hacer entonces pensarían en cosas como: ¿por qué estoy aquí?; extraño a mi familia; ya no quiero estar aquí. Me dijo que empezaban a desviar su mente hacia las drogas y a las cosas que hacían afuera mientras no estaban ahí. La desocupación conllevaba un riesgo y era un peligro para su proceso de recuperación. De ahí la importancia de tenerlos ocupados el mayor tiempo posible, de modo que su mente se ocupara en hacer algo productivo y se olvidaran de todo aquello en lo que no tenían que pensar. Junto a esta prioridad, la inquietud por tener una ocupación estaba acompañada por la relevancia de que en su proceso de recuperación tomaran algunas responsabilidades y se comprometieran con el trabajo. Con la división del trabajo en áreas de distinta especialización en la carpintería, a cada uno se le asignaba una tarea específica otorgando al inicio una libertad para que terminaran el trabajo en función de sus propias habilidades, mientras que se esperaba que en algún momento la persona pudiera responsabilizarse del trabajo asumiendo para sí y para las autoridades un tiempo concreto para su realización. Cumplir con la fecha límite se convertía en un indicador de productividad, responsabilidad, y compromiso con el trabajo y con aquellos compañeros que dependían de sus resultados para la realización de su propio trabajo.

Jorge también me explicaba la relevancia del trabajo en el proceso de recuperación del centro. Al verlo un día por la tarde, pues él no estaba presente en el taller durante todo el día, le comenté mi impresión sobre el ambiente en el taller. Entre otras cosas, le comenté sobre las frases motivacionales y citas bíblicas que, junto a la señalética propia de la carpintería, había a lo largo del taller. Una de ellas llamó especialmente mi atención “Aquí no se obliga a nadie, pero si lo vas a acer, hazlo bien [sic]”. Para mí el mensaje era claro. La idea del bien, implicaba corresponder y ser recíproco con el trabajo comprometido de los demás compañeros en el taller. Implicaba asumir responsablemente tu labor y realizar tus actividades de la mejor manera posible. Torciendo un poco la interpretación podía conectarlo con la idea de seguir los pasos de Cristo, un ejemplo que le mantenía del lado de las virtudes, los valores, la responsabilidad, la colaboración, y la confianza, pero en términos generales del lado del bien, la oposición simbólica del mal y del riesgo permanente que representa el mundo exterior y sus influencias negativas. Cuando le comenté a Jorge la frase, me comentó que no se trataba de que trabajaran a fuerza, sino que era importante que si querían hacer algo lo hicieran bien. El razonamiento implicaba que toda acción debe ser realizada bien, pues de otro modo, no hay un interés real en llevarla a cabo y tampoco hay un compromiso o un actuar responsable frente a dicha acción. Jorge me dijo que para eso funcionaba también el sistema de sombras, para que incluso en el taller tuvieran a alguien que les guiará con lo que debían hacer.

Frente a la relevancia de hacer las cosas bien, cumplir las metas establecidas y los objetivos de tareas concretas en el taller, estaba presente el riesgo que Yayo planteaba. Llegar a un punto de cansancio, aburrimiento, o repetición indeseada que, paradójicamente, tenía el mismo resultado de aquello que se buscaba evitar mediante la terapia ocupacional. La descripción de Yayo de lo perjudicial y el riesgo de estropear la terapia ocupacional me hizo

mucho eco en relación a mi propia experiencia en el taller al pasar mis semanas de trabajo en el CRC lijando sillas. De tal forma, el trabajo intenso en el taller pretende evitar que el pensamiento del adicto se desvíe y que centre su atención en las tareas laborales, pero esto, a su vez, representa cierto grado de riesgo pues la actividad repetitiva puede ocasionar sensaciones indeseadas de frustración, hastío, y desmotivación.

En la experiencia de Yayo, al mostrar talento para la pintura y ser suficientemente fuerte para no desviar su atención del trabajo fue que logró hacerse responsable del área. Al mismo tiempo, al perfeccionar su uso de la guitarra y participar activamente en las reuniones cantando y tocando, Yayo se iba acercando más y más a un ideal de cristiano ejemplar que respondía a la dinámica y demanda que el CRC tiene para sus internos. Pero no sólo fue importante su involucramiento en las reuniones. Mostrar un interés genuino en la Biblia y tomar como ejemplo el evangelio y los pasajes del libro sagrado para, en sus palabras, “llevarlos a su vida y ser la persona que Dios quería que fuera”, fueron también indicadores de su valía para la institución y de su capacidad como una persona confiable para la coordinación de actividades en el CRC y en quien las autoridades podían depositar autoridad. A su vez, Yayo se fue convirtiendo en una figura de apoyo para muchos de sus compañeros pues a él acudían con dudas sobre pasajes bíblicos y de sus estudios de guitarra.

Casi una cuarta parte de los internos tenía un perfil como el de Yayo. Aunque podría decir, que él era una especie de mando medio, pues después de él estaban las autoridades directivas del CRC y debajo de él los responsables de áreas y las sombras, hay algo que mantenía en común con esta cuarta parte de los internos. Todos ellos acumulaban una trayectoria institucional en distintos centros, de la misma red del CRC a lo largo de la república, que superaba el tiempo estipulado de los ocho meses de internamiento. Algunos de ellos apenas

tenían los ocho meses cumplidos, algunos tenían un año, y a partir de ahí había quienes como Yayo tenían hasta diez años en la institución. En segundo lugar, eran personas que tenían una sensibilidad espiritual cristiana que se mostraba en sus actividades del día a día. Para Chava y Yayo esto significaba que eran personas que mostraban un cambio en su forma de ser, de manera que lo importante en sus vidas se había convertido en hacer bien su trabajo, en profundizar su conocimiento de la Biblia, y llevar a su día a día las actitudes que Dios quería en ellos. Estas personas tienen un dominio, superior a la media, de la Biblia y fungen, no sólo como sombras, sino como modelo a seguir en aspiraciones de muchos internos.

Al preguntar a Yayo si tenía planes para el futuro, él me comentaba que quería seguir haciendo lo que había hecho hasta entonces, es su manera de seguir lo que Dios quiere de él y para él. Al preguntarle sobre su familia y si no extrañaba ver a su madre o a sus hermanos, él me comentó que sí lo hacía, pero que tenía permitido hablar con ellos por teléfono cada mes y que en el tiempo que había estado en el CRC había podido ir a visitarlos dos veces. Mientras contaba su distancia y separación con la familia, al mismo tiempo reafirmaba que era importante para él estar en el lugar donde estaba aunque implicara sacrificar estar con su familia. Al mismo tiempo comentaba que era difícil que la familia pudiera entender por completo lo que él había decidido hacer, su devoción por Dios y la misión del CRC, y que por eso también prefería verlos muy esporádicamente. Lo que pasa con Yayo y con muchos de los internos que deciden hacerse voluntarios en el CRC después de su internamiento, es que la reestructuración de su ideología, ahora en el fundamento cristiano, ya no es compatible con el mundo exterior en el que vivían. El mundo de las drogas y de la adicción es un horizonte lejano y, más allá de ese mundo, hasta sus relaciones familiares dejan de tener un significado prioritario de referencia.

Cuando preguntaba a los internos, responsables de actividades, de área del taller, o con algunos chicos que me parecía se estaban incorporando al CRC según las expectativas institucionales, sobre el tiempo que les faltaba o si tenían algún plan para el momento de su salida recibía dos respuestas y en la mayoría de las ocasiones casi en el mismo orden. En primer lugar, me decían que aunque había terminado su tiempo oficialmente, las autoridades del CRC les recomendaban quedarse más tiempo para que se aseguraran de poder llevar sus aprendizajes en el internamiento a la vida en el exterior. En segundo lugar respondían, con una menor frecuencia, comentaban que deseaban dedicarse en la institución a poder ayudar a otras personas con problemas como ellos y que veían a Yayo, por ejemplo, y querían ser como él.

Yayo no es el único ejemplo al que muchos internos aspiran llegar a ser. El mayor ejemplo está en el director del CRC Jorge. Cuando platicaba con Chava, él me comentaba sobre la relevancia que tenía Jorge como líder de la institución y como ejemplo de buen cristiano para todos los internos. Durante una de nuestras primeras conversaciones él me decía que veía, en Jorge, a una persona ejemplar que les daba la oportunidad de aprender de Dios, de la Biblia, y que les compartía su propia experiencia como ejemplo de transformación.

Chava me dijo que a través del ejemplo de Jorge ellos aspiraban a ser como él, a seguir sus pasos y a ser personas que también pudieran dar testimonio de su cambio de vida, como Javier lo hacía con ellos. En relación al taller y el trabajo, Chava me dijo que le quedó muy marcado lo que Javier les decía: “Ustedes no están aquí para hacer muebles, están aquí porque es una actividad que les ayuda a encontrar a Dios”.⁵⁹

Este último comentario de mi diario de campo, por un lado, reafirma la convicción de los internos por seguir los pasos del director de la institución, y por el otro, remarca que hacer muebles es la actividad idónea para encontrar a Dios, más que el rito de paso del bautismo.

⁵⁹ Diario de campo del día 13 de abril de 2015.

Ernesto, uno de los chicos que estuvo dentro del CRC, al salir, se casó con una chica; manteniendo una dinámica de trabajo con el CRC. Su esposa también es cristiana y actualmente tienen un niño pequeño. Ernesto vive con su familia en una casa cercana al CRC y ayuda a realizar tareas para la institución aprovechando su capacidad para poder moverse en la ciudad dependiendo del tipo de necesidades que tenga la casa. Es una especie de apoyo externo de la institución que desempeña labores fundamentales para su funcionamiento, y que por su condición privilegiada de movilidad en el exterior de la institución puede llevar a cabo. Su caso, es una especie de hibridación del modelo que Jorge y Yayo presentan para los internos. Sigue el ejemplo de formar una familia como Jorge; pero a diferencia de éste él no vive dentro de la institución. Se mantiene como parte del equipo del CRC y participa en sus reuniones, y en lo respectivo al trabajo su posición como alguien que ya no está encerrado le permite realizar actividades estratégicas para el CRC en la ciudad que ninguna de las otras autoridades puede realizar.

Chava resaltó también que Jorge les planteaba el trabajo como un camino para conocer a Dios. Como veníamos mencionado, la transformación más profunda que se promueve, estimula, y acciona en el CRC se deriva del trabajo. Éste está íntimamente ligado con una noción de obediencia o de seguimiento de los deseos divinos, y de una disciplina y una responsabilidad de hacer las cosas bien. Resulta sorprendente que la forma en que funciona el dispositivo terapéutico de las adicciones, para esta institución, se apoye en disciplinar a la persona a través de un trabajo arduo y un cronograma fijo de actividades rutinarias, en un proceso pastoral que lleva a los internos a aspirar a convertirse en los líderes de la institución. Esto deja de lado lo que pudiéramos pensar que es el punto nodal de la transformación del yo a través del rito de paso.

Finalmente, también hay que tomar en cuenta el hecho de que para muchos de los internos, así como para muchos que se convierten en usuarios recurrentes de Anexos, la estancia dentro del CRC se convierte en una escapada y aislamiento de su vida cotidiana hasta antes de su llegada al centro. El mismo Chava y Yayo me comentaban que para muchos de los que llegaban ahí el paso por el CRC no significaba que fueran a dejar sus vidas anteriores. El regreso al entorno familiar, con el grupo de pares, a múltiples dificultades y condiciones de desigualdad social que en un primer momento coadyuvaron al agravamiento de su consumo de sustancias significan, en muchos casos, volver a consumir sustancias. En comparación, aquellos que aspiran a quedarse dentro de la institución son parte vital de la reproducción social de la misma. Lo que para unos representa un escape temporal del mundo exterior, para otros es la construcción completa de un nuevo entorno social en el que son útiles, valorados, y en el que su vida tiene un nuevo sentido dentro de la institución. Ayudan a que la institución se mantenga, funcione, y tenga orden. Producen un trabajo no asalariado que les garantiza beneficios de movilidad social siempre y cuando se mantengan dentro de la institución. Al formar parte e incorporarse voluntariamente a un proceso de conversión incorporan a sus hábitos, valores, prioridades, una forma de entendimiento del mundo que da nuevo sentido a su vida. Este nuevo sentido es preponderante siempre y cuando sus vidas giren en torno a la institución; sea que se queden viviendo en ella como Yayo, y hasta ahora Chava, o como el chico que salió y que a pesar de poder hacer su vida afuera de la institución prefiere continuar colaborando en ella. En el CRC tenemos un ejemplo significativo del efecto que tienen las instituciones totales en los procesos de conversión de sus individuos.

2.3 “Háblame de ti y de lo que has hecho”: el Anexo y los adictos en recuperación

En la clínica privada y los Anexos integrados en este trabajo (puertas abiertas y puerta cerrada), a diferencia del CRC, la base terapéutica en la CT y el Anexo son las juntas de AA. El trabajo no es la parte central y, aunque se puede considerar también como terapia ocupacional, se limita al mantenimiento y limpieza de los dormitorios y áreas comunes, así como al cumplimiento de otros servicios que algunos internos asumen en cocina o supervisando a otros internos para que cumplan sus quehaceres. Cumplir con estos deberes es fundamental para el buen funcionamiento de estas instituciones, y en su discurso también para el tratamiento de las adicciones pero, particularmente en estos casos, ocupa un lugar secundario en el proceso de rehabilitación.

El surgimiento de AA deviene de los Grupos Oxford en su base religiosa-espiritual; sus orígenes se complementan con el pensamiento psicoanalítico freudiano, en donde el hablar es el principal medio terapéutico (Brandes 2002a, 2004; Carr 2010; Foucault 2011).⁶⁰ Aunque el habla es el principal medio terapéutico, el uso del habla aquí es muy diferente al del psicoanálisis. Un ejemplo que clarifica esta diferencia es que en la clínica privada y los Anexos existen las creencias de superación de la adicción a través de la socialización de vivencias para encontrar empatía por parte de sus compañeros. Siguiendo estas creencias la franqueza de sus testimonios y la confianza que sienten por el ambiente de igualdad y complementariedad es fundamental para que sea efectivo el ejercicio de la confesión en tribuna. En este sentido, la adhesión a un grupo y la participación del proceso terapéutico de las juntas producen una empatía e identificación con experiencias y sufrimientos de los compañeros.

Pero existen múltiples formas en las que los sujetos interpretan y viven la utilidad de las mismas. Recordando la noción de interpelación de Althusser (1974); en estos procesos los

⁶⁰ En el siguiente capítulo se profundizará sobre los orígenes de AA.

sujetos se ven interpelados de distintas maneras por el reconocimiento que de ellos hace el núcleo del proceso de recuperación en este tipo de instituciones totales.

Mediante un breve análisis del tipo de juntas que se llevan a cabo en estas instituciones consideraré las diversas respuestas frente a procesos de interpelación institucional. Este abordaje nos permitirá, por una parte, superar el sentido estricto que tienen las juntas que buscan superar “los inevitables sentimientos de aislamiento”(Brandes 2004:134) y que pretenden generar una *communitas* normativa, y por otro lado, identificar el uso táctico que pueden hacer los sujetos de estos espacios siguiendo sus propios intereses para poner en perspectiva la eficacia del modelo de sí mismo que promueven las juntas.

Distingo tres tipos de juntas: 1) las de bienvenida a un integrante nuevo a la clínica o a los Anexos para su sensibilización con el método y hacer conciencia de la necesidad de intervención; 2) las informativas en las que el padrino explica y discute pasajes de la literatura de AA con los participantes de la junta; y las juntas de “compartimiento”(sic), en donde se comparten libremente “historiales”⁶¹, inquietudes, sentires, emociones, reflexiones, opiniones y experiencias, en función de algún tema en particular designado por el coordinador. La articulación de historiales, aunque están rodeados de una idea de formato libre, están integrados por una estructura y por ciertos requisitos performativos de éxito. Éste último tipo de juntas serán las que analizaremos ya que son las más comunes, preponderantes, y se realizan de lunes a viernes, al menos dos veces al día en los Anexos y en la clínica privada.

La ambientación de la sala de juntas tiene un carácter significativo. En las tres instituciones incluidas en este apartado, los muros están pintados de blanco. Alrededor hay

⁶¹ Los historiales son los testimonios que la persona que está en la tribuna comparte al grupo durante la junta. En muchas ocasiones los participantes hacen referencia a lo que otros han comentado previamente, siguiendo no sólo un hilo conductor de su propio testimonio, sino uno más amplio que rige la junta.

cuadros con los doce pasos⁶² y las doce tradiciones⁶³ de AA. En el Anexo de puertas cerradas se pueden encontrar carteles: “Aquí no vas a ser (sic) lo que hacías afuera. Aquí vas a hacer lo que no hacías afuera”; un listado de los defectos de carácter⁶⁴; y un cartel con la imagen de un hombre en cadenas con el enunciado “Reconozco mi derrota ante el alcohol”. Al frente, en las tres instituciones se encuentran las fotos del Dr. Bob y de Bill W. (fundadores de A.A.); un cuadro con la “Oración de la serenidad”⁶⁵ y otro con el “Yo soy responsable”⁶⁶. De igual modo, las frases que se reconocen dentro de la jerga de AA como “axiomas” se encuentran en los muros laterales escritos con la misma tipografía: “Primero lo primero”; “Poco a poco se va lejos”; “Vive y deja vivir”. La frase “Si faltas a tus juntas no preguntes porque vuelves a beber o drogarte”; un pizarrón; y un reloj son elementos importantes en la ambientación del espacio en donde se llevan a cabo las juntas.

Todos estos estímulos visuales constantemente recuerdan la importancia de aprender e incorporar los valores morales de AA, así como los principios y fines que movilizan esta intervención. Cada participante es incitado por lo que lee a su alrededor para conocer y apropiarse de lo que AA le propone, y es motivado a establecer un compromiso consigo mismo y con el grupo bajo los términos de la ideología de AA. Estos mensajes visuales están dirigidos al sujeto, en tanto adicto, y lo envuelven en una interpelación lingüística en todas direcciones. Establecen los límites espaciales entre el “dentro” y el “afuera” y tienen una función de

⁶² Consultar Apéndice III.

⁶³ Consultar Apéndice IV.

⁶⁴ Los defectos de carácter son los pecados capitales dentro de la jerga de AA. El orgullo, la avaricia, la lujuria, la ira, la gula, la envidia y la pereza, son los causantes de los males que, acompañados por el consumo de alcohol o drogas, hacen al alcohólico o drogadicto no tener el control de su persona.

⁶⁵ “Señor concédeme serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, valor para cambiar las que si puedo y sabiduría para distinguir la diferencia”.

⁶⁶ “Yo soy responsable cuando cualquiera, donde quiera extienda su mano pidiendo ayuda, quiero que la mano de A.A. siempre esté allí, y por esto: Yo soy responsable”.

contenedores del sujeto; aunque puedan perder de vista al compañero que habla en tribuna, en cualquier dirección hacia donde miren hay imágenes que los relocalizan como sujetos adictos.

Esta ambientación es propicia para el ritual. La sala de juntas como espacio ritual es gestionada y organizada por los mismos internos. En muchas ocasiones son ellos mismos quienes llevan a cabo la junta sin necesidad de que alguna autoridad del centro de rehabilitación esté presente. En términos de Turner, como hemos visto, se produce una *communitas* normativa, que es instituida, normativizada y donde, aunque la norma prepondere, aún se mantiene una liminalidad. La sala de juntas como espacio ritual es el lugar perfecto para el paso a la *communitas* normativa en el que se pasa a un estadio dentro y fuera del tiempo, fuera de la estructura social, se reconoce la ambigüedad del sujeto ritual así como su inserción al contexto imaginario de la igualdad de condiciones y homogeneización (que la autoridad en la junta, el coordinador, no se cansa de remarcar diciendo “todos los alcohólicos y drogadictos somos iguales”). Las mismas instituciones son las que generan y cuidan las condiciones para la eficacia del espacio ritual.

Las juntas inician con un saludo de bienvenida y la presentación del coordinador, quien está en un escritorio frente al grupo. Los compañeros miran hacia él desde sus sillas, emulando un salón de clases. Generalmente él introduce el tema de la sesión⁶⁷. Hace una reflexión sobre su experiencia; dando oportunidad a voluntarios para que pasen a la tribuna y compartan sus propias experiencias. La participación se rige por tiempo. Tienen un margen de quince minutos para hablar desde la tribuna, aunque el límite es flexible. Al terminar la junta, el coordinador reitera la

⁶⁷ Los temas de las sesiones varían, pueden ser relacionados con alguno de los doce pasos, de las doce tradiciones, o algún defecto de carácter por ejemplo. Generalmente se lleva un orden, una secuencia temática y de coordinadores, previamente diseñado por el grupo. En ocasiones la junta inicio sin tema particular y las inquietudes del primero en subir a la tribuna definen el tema a tratar.

función catártica y de cohesión grupal que la sesión tiene e invita a los participantes a decir la oración de la serenidad.

Compartir el historial en tribuna, esta especie de confesión pública, tiene ciertas implicaciones. Para Brandes (2002a) lo que sucede dentro de los grupos de AA, es un proceso de identidad e integración grupal, un performance que debe ser aprendido a través de distintas estrategias narrativas, y un alivio de ansiedades del yo. Para Carr (2010:94) la confesión es el instrumento terapéutico primordial para psicólogos y trabajadores sociales, en donde verbalmente se deben manifestar las acciones y experiencias pasadas, junto con deseos, pensamientos y sentimientos, si es que uno espera una catarsis. Foucault (2011:56-69) habla de la confesión como uno de los elementos más importantes en el proceso de formación de sujetos, pues busca crear verdades a través de la revelación de secretos que guarda uno mismo y que piden salir a la luz, y es un ritual discursivo en donde el sujeto que habla coincide con el sujeto enunciado, que despliega relaciones de poder, autentifica la verdad, y articula modificaciones intrínsecas transformando al sujeto liberándolo, ofreciéndole su salvación. Para Goffman (2009:37-8), las confesiones grupales o individuales en las instituciones totales muestran sumisión, transgresión de límites personales, un traspaso del límite del individuo y su ser con el ambiente, es un ejercicio de exposición de hechos y sentimientos del yo, dónde públicamente se sufre una desacreditación de su yo.

Siguiendo el discurso institucional se busca que la tribuna sea un espacio de catarsis para el interno. En ésta se manifiesta su historial y se externalizan malestares de los que se “liberan” durante su participación, reafirmando las raíces freudianas del programa de AA. Pero si observamos un poco más a fondo, en estas juntas los internos aprenden de los testimonios de otras personas. El compartir la propia experiencia supone que quien escucha pondrá en

perspectiva sus propias vivencias tratando de entender en el otro su propia situación. Es por esto que se ha hecho común el dicho “si no lo has hecho, escúchalo para que no llegues a eso”. Esto se aleja de la popularización de lo que se interpreta como la lógica catártica freudiana para el individuo, y dota a la junta de funciones pedagógicas.

Las formas convencionales de iniciar las participaciones en la tribuna las veremos en los casos de Manuel y Cristóbal. Manuel tiene ocho meses en el Anexo, ha estado en múltiples ocasiones en diversos anexos y es su segunda vez en el Anexo de puerta cerrada. Él consumía inhalantes y alcohol desde los doce años. Cristóbal tiene más de un año interno, también es su segunda ocasión en el Anexo. Su consumo era de alcohol y barbitúricos principalmente. Ninguno de los dos tiene certeza de cuándo saldrán. Ambos son hablantes expertos dentro de las juntas y han logrado dominar el género lingüístico de la tribuna. En el caso de Cristóbal esto, junto con su buen comportamiento en general, ha ayudado a que mantenga su posición como encargado. Mientras que Manuel es un ejemplo a seguir y alguien que ha mostrado también un dominio del mensaje de AA dispuesto a dialogarlo con los compañeros fuera del marco de las juntas.⁶⁸ Al iniciar la junta dicen:

Cristóbal: Buenas tardes compas mi nombre es Cristóbal y soy adicto a las drogas y al alcohol.

Grupo: ¡Adelante!

Cristóbal: doy gracias a mi poder superior que me permite estar de pie, viviendo sin drogas y sin alcohol.

Manuel: Buenas tardes compas, mi nombre es Manuel y soy un alcohólico y drogadicto.

Grupo: ¡Adelante!

Manuel: Más que nada, primeramente darle gracias a Dios, por estas 24 horas, verdad, y al chile yo, vea, el día de hoy no me siento bien, no, ando pa' la verga wey.

⁶⁸ La presencia en las juntas y la participación constante en tribuna produce la adquisición de habilidades (aprender a manejar géneros discursivos nuevos que pueden ser llevados a otros contextos), la incorporación del vocabulario clave y el comportamiento oportuno al estar en la tribuna o fuera del grupo (Brandes 2002a, 2004).

En su historial Cristóbal continúa hablando sobre sus ansiedades hacia el consumo, y Manuel sobre su egoísmo y auto conmiseración.⁶⁹ En ambos testimonios identifican defectos de carácter como causantes de malestar, ansiedad y “andar pa’ la verga”. Para el cierre de sus tribunas, Cristóbal dice “Gracias por su tolerancia compas” y Manuel “el día de hoy, pues es lo que trato de hacer, ya me di cuenta que no estoy solo, y que aquí tengo a mis compañeros”. Al terminar de hablar, regresaron a su asiento con el resto del grupo. En ambos casos se muestra la estandarización del saludo por un parte, reconociéndose como alcohólico y/o drogadicto y agradeciendo al poder superior, y por otro lado, de la despedida en que agradecen al grupo por su escucha y acompañamiento. En cierta forma estos gestos delimitan la sincronización del sujeto con el ritual y con el tiempo-espacio compartido con sus compañeros en el momento de la junta, dentro de un marco compartido de terapia.

Lo que llamo sincronización, implica que el adicto se sitúa en un tiempo y un espacio común, de aceptación, comprensión y de reintegración a la “realidad” lejos de su adicción. Esta sincronización en la tribuna se logra mediante tres elementos. El asumir las formas meta-comunicativas del contexto ritual (hablar sobre malestares emocionales, la responsabilidad individual, la identificación y control sobre los defectos de carácter) que permite movilizar la función pedagógica del discurso de la construcción del yo. En este sentido lo que dicen en tribuna no es solamente una descripción de sus experiencias sino están mostrando a los demás cómo debe ser reconocida la enfermedad y cómo deben identificarse con ella en su propia

⁶⁹ La conmiseración es la compasión que se siente ante el mal ajeno. En los Anexos y la clínica privada la conmiseración tiene una connotación negativa, es un género de habla sancionado e inaceptable para la recuperación. Entre los internos es común escuchar que alguien “se está auto conmiserando” o “se está conmiserando”, ambas expresiones se utilizan para describir a alguien que está mostrando signos de baja autoestima, negación de su situación (¿por qué me pasa esto a mí?), soledad, sufrimiento y compadecerse de uno mismo. Al mismo tiempo se le concibe como alguien que no quiere reconocer que la solución está en él, en su responsabilidad individual y en su cambio de juicios y actitudes. Al mismo tiempo la literatura de AA, habla de que la conmiseración es camino hacia el resentimiento y al odio, vinculados con defectos de carácter que deben ser transformados.

experiencia a la luz de la experiencia de quien habla. El siguiente elemento es su adaptación lexical de un gran repertorio de improperios, citas de lugares comunes de la literatura de AA, bromas, y albures.⁷⁰ Esta adaptación lexical es altamente valorada y se consideran índices de sinceridad de lo que hablan. Finalmente la sincronización se da al articular discursos coherentes y reflexiones complejas sobre las subjetividades de la adicción. En tribuna no basta con mostrar que uno se identifica con referentes de la enfermedad y con marcadores de su proceso de recuperación, sino que se debe construir un discurso estructurado sobre la experiencia. El yo que se construye en tribuna debe seguir una estructura en función de una lógica temporal qué era antes de que llegó, que encontró en el grupo, cómo eso le ayuda a su recuperación y que esperanzas tiene para el futuro. Pero al mismo tiempo debe ser capaz de integrar en esa narrativa el tema que se haya asignado a la reunión.

Esta forma exitosa de sincronización bajo la interpelación institucional sirve también como una especie de pedagogía de la junta y de la participación en tribuna. De esa forma, los discursos de transformación por el programa, que incluye trabajar sobre los defectos, enfrentar sus emociones y dejar las drogas y el alcohol, se conjuntan para puntualizar la responsabilidad individual sobre los propios actos aceptando su condición para impulsarla como posibilidad de transformación personal hacia la vida, hacia su “realidad”.

La tribuna se concibe como liberadora de ansiedades y malestares emocionales, una interpretación altamente reproducida de la catarsis freudiana en los círculos de AA. Manuel por ejemplo manifiesta abiertamente desde su inicio que se siente mal, y cuando termina, después de

⁷⁰ Autores como José Limón (1994) desarrollan análisis sobre discursos de poder, que bien pueden ser interpretadas como autoridades discursivas. Desarrolla un análisis del lenguaje de hombres mexicanos de clase baja, en las que identifica roles significativos del uso de bromas y albures que constituyen parte de la cultura, como forma de identidad positiva y resistencia. A pesar de las diferencias del caso y del tipo de análisis, existe una coincidencia en la valorización del uso del lenguaje en tanto productor de identidades, para este caso, de los sujetos adictos.

treinta minutos de tribuna, manifiesta agradecimiento y comprensión de su situación al grupo, quienes se encuentran reflejados en su testimonio, y son así, testigos de desdichas compartidas. A diferencia de la catarsis freudiana aquí el alivio se produce por compartir lo que uno lo hace sufrir y por encontrar otras personas que vivieron experiencias similares. Para Manuel se cumple la condición de *communitas* que junto con la catarsis de la tribuna le sincroniza, le restablece en tiempo y espacio con sus compañeros en un espacio de iguales, que le ayuda personalmente a superar sus malestares iniciales.

Por otro lado, Alberto (con no más de mes y medio en su primer anexo) de 23 años, consumidor de marihuana, alcohol y pastillas (opiáceos, barbitúricos, y benzodiacepinas), con su preparatoria trunca y con una larga experiencia de trabajo (que también le permitió desarrollar sus habilidades como estafador) en bares y antros, al bajar de la tribuna después de una participación expés de cinco minutos y regresar a su asiento, comenta al oído de Cristóbal “como que ahora no me sentí tan bien después de la tribuna, ¿tú?”. Cristóbal retomando su postura recta en la silla, contesta entre dientes “yo estoy aquí por mi recuperación, si me sirve a mí, qué me importa que a ti no”. Alberto ejemplifica las expectativas de la tribuna, pero aún no percibe los beneficios de la misma como Cristóbal, aún no ha encontrado su propia forma de sincronizarse en la junta⁷¹. Con su interacción, Cristóbal y Alberto, muestran que a pesar de que se promueven esos sentimientos de empatía y se ponen en funcionamiento mecanismos de solidaridad e identidad grupal, siguen existiendo formas de diferenciación, en las que la catarsis buscada es un fin utilitario individual. La reacción de Cristóbal es paradójica pues a pesar de que la institución promueve una *communitas* normativa durante las juntas, con este gesto se distancia

⁷¹ Alberto, como vimos anteriormente, rápidamente dominó las formas institucionales para acceder dentro del sistema de privilegios a una posición de autoridad dentro del Anexo. Su habilidad para sincronizarse estando en el mismo tiempo y espacio que sus compañeros en el Anexo dentro del ritual de paso que implica el internamiento, aún no le ha ayudado a desarrollar las habilidades para reconocer y explotar los beneficios de su sincronización durante el ritual de las juntas.

de los valores colectivos, solidarios y de compañerismo que plantea el momento ritual para acentuar la relevancia del proceso como uno individual orientado a fines que benefician sólo a quien hace buen uso de las técnicas.

El proceso de aprender el arte de hablar en público dentro de las juntas es característico de los grupos de AA. Brandes (2002a, 2004) propone reconocer el hablar en público en estos contextos como un performance. Richard Bauman desarrolla la idea de performance como forma de comunicación verbal, que consiste, básicamente en “el supuesto de responsabilidad con una audiencia para exhibir una competencia comunicativa” (1975:293).⁷² Esta competencia se basa en conocer y tener la habilidad para hablar de formas socialmente apropiadas. Quien habla sabe que lo hace para una audiencia por la manera en que se lleva a cabo la comunicación, la audiencia evalúa la forma en que lo hace, así como su habilidad y efectividad en la muestra de su competencia, al tiempo que se marca como una experiencia que puede ser mejorada.

Algunos dominan gradualmente ese arte de hablar en público. Utilizan distintas estrategias narrativas. Una de estas formas es la imitación de compañeros. Los internos han desarrollado un concepto para designar a aquellos que no encuentran su propia voz. Los llamados “imita changos” son quienes tratan de copiar formas performativas en las que el sujeto se presenta a sí mismo frente al grupo y manifiesta su narrativa. Un ejemplo es el caso de Alberto quien fue duramente criticado por Cristóbal por no saber posicionarse en tribuna por sí mismo. Otro método son las habilidades propias para narrar que, en conjunto con el contenido narrativo del discurso de desarrollo de la adicción, tocar fondo, y encontrarse en recuperación, contribuyen a desarrollar un estilo propio. Un método más es el desarrollo de micro historias que caben dentro de las diversas temáticas propuestas en las sesiones. Esta estrategia eventualmente

⁷² Traducción propia.

se torna en un recurso repetitivo, pues dependiendo del tema a discutir el que está en tribuna utiliza la misma reflexión que en ocasiones anteriores ha usado, por lo que es común que los participantes se quejen de que ya conocen sus historias. Finalmente, la improvisación, la explotación del carisma y capacidad comunicativa y creativa son otros métodos y recursos de los que se echa mano al subir a la tribuna y desarrollar la narrativa propia. Estos últimos dos elementos, el carisma y la creatividad, son entendidos como performances exitosos pues ayudan a dar reconocimiento, respeto, y legitimidad a la personalidad que habla frente a sus pares.

En una ocasión pude constatar el dominio performativo de Carlos, quien tiene un diagnóstico de esquizofrenia. Tiene más de 8 meses en el Anexo de puerta cerrada y casi nunca habla. Pasa la mayor parte del tiempo sólo, tiene poco cuidado en su aseo personal y gusta de tener las uñas de las manos largas. Cuando lo escuché en la tribuna parecía otra persona. Articulaba perfectamente sus ideas. Definía con claridad cómo era su vida antes de llegar al anexo, lo que las juntas y el internamiento le permitían hacer, poniendo en perspectiva sus acciones pasadas, proyectando una vida mejor para él y sus seres queridos. Sus compañeros respetan e identifican la performatividad de Carlos en tanto les resulta uno de los momentos de mayor lucidez en sus elocuciones verbales. Carlos logra su sincronización en la junta, compartiendo el mismo tiempo y espacio con sus compañeros, aunque no lo haga en la vida cotidiana durante el internamiento.

Este tipo de puesta en escena no tiene los mismos efectos para todos. Para algunos el ser centro de atención y tener que hablar en público, no deja de representar una dificultad o incomodidad a la que se resisten. Hay internos que no participan en la reproducción personal del carácter performativo del arte verbal, es decir, hay internos que casi nunca participan en tribuna.

La consistencia en la participación en las juntas y el dominio performativo son elementos significativos para la diferenciación jerárquica dentro del grupo.

La tribuna también se usa para dar consejos a compañeros. Desde la experiencia propia o haciendo intromisión en las del otro se dan “consejos personales no solicitados, emitidos con la intención de que sean edificantes para el grupo como un todo” (Brandes 2004:129). La “terapia dirigida” va más allá de la consejería. Quien sube a tribuna se hace responsable de “terapear” al público mezclando parte de su propia experiencia más una focalización hacia algún o algunos integrantes del público que le sirven de ejemplo para mostrar los errores que cometen los adictos. Es en este último punto es donde se agudiza la terapia dirigida pues se dirigen a una persona utilizando estratégicamente el conocimiento que tienen de su vida y experiencias personales, que les ha permitido acceder la propia experiencia en tribuna del “terapeado”, para exponerlo, humillarlo, burlarse y reprenderlo frente al demás público. Aunque este tipo de terapia se trata de evitar en estos establecimientos, su finalidad es hacerle ver sus errores, defectos y necesidades de cambio. Este tipo de prácticas se justifican con una racionalidad en la que la violencia es necesaria para quebrar el orgullo de la persona e iniciar el momento propicio para someterse a un poder superior e iniciar su rehabilitación. Generalmente quien se hace acreedor de este tipo de atenciones es quien no participa en las juntas y cuestiona los métodos terapéuticos del establecimiento, es una técnica de disciplina ejercida por el propio grupo.

Ernesto es una de las personas que se resiste. En el Anexo se ha convertido, a sus más de sesenta años y en su segundo internamiento ahí mismo, en “el renegado” para muchos de sus compañeros. Muchos se quejan porque está contra de las juntas y él se queja del trato que recibe por no querer aceptar esa forma de intervención. Se ha hecho acreedor de un trato preferencial o “dirigido” por sus compañeros en las juntas de compartimiento (sic) y en las juntas informativas

que les da Pablo en las mañanas. Ernesto no ha querido aprender las estrategias narrativas propias de las juntas, está renuente a ocupar el lugar y hablar como debe hablar un “adicto”, se niega abiertamente a ser interpelado como sujeto adicto. Rojo, uno de los internos más jóvenes (diecisiete años) en su primera experiencia de Anexo de puerta cerrada, comenta sobre Ernesto:

La mayoría de las juntas que hemos estado aquí son como para él, y no más se hace el que no entiende. Y explica cosas chidas, si le pones atención tiene, no sé, critica cosas. Si le pones atención te gustan un chorro y tiene un modo de explicarlas bien. Pero nada más se hace el que no entiende las cosas (...) no quiere agarrar el programa.

Efectivamente, Ernesto es uno de los ejemplos más claros de formas de rechazo a la condición de sujeto adicto en proceso de recuperación. Aunque es reconocido por Rojo que es aún novato todavía y reduce su objeción a una cuestión de formato, tiene conflictos constantes con Pablo (el padrino del Anexo) y con Cristóbal (el encargado). Sus participaciones en las juntas no se adaptan a los requisitos ni principios promovidos por el modelo, movilizándolo otros géneros de habla tratando de cambiar los parámetros de la interacción ritual. Hay otros internos que se encuentran en posiciones similares aunque no las manifiestan abiertamente.

De los veinte internos del Anexo de puerta cerrada, hay un cuadro muy pequeño de participantes entusiastas. A pesar de que constantemente el encargado y los servidores les invitan a que los demás suban, no reciben mucha respuesta del grupo, mostrándose resistencias en silencio y falta de participación. Hay quien después de tener dos meses de internamiento solamente ha subido una ocasión a la tribuna.

Dentro de la junta los sujetos tienen múltiples maneras subjetivas de no cumplir cabalmente con la norma. En una ocasión Cristóbal coordinaba una junta y para el término decía a sus compañeros que tenían que participar en la tribuna ya que de no hacerlo, los que siempre participaban lo harían en intervenciones más largas y alargando la duración de la junta sin importarles el tiempo. El que Cristóbal amenazara con alargar las juntas a costa de la

participación más activa del grupo, revela lógicas del ritual que se oponen a las nociones de “libertad” en la expresión y curación catártica, pues están siendo presionados por la autoridad para participar.

Rafa, quien tiene cerca de cuarenta años y está diagnosticado con esquizofrenia, responde a la amenaza de Cristóbal diciendo que no quiere estar en las juntas y que va a dejar de asistir. Cristóbal mandó llamar a Pablo, quien molesto entró a la sala de juntas a decirle a Rafa que tenía que estar en todas las juntas aunque no quisiera. Después de la discusión, el tema de alargar las juntas dejó de ser prioritario, para dar paso a la burla. Cristóbal criticó de las actitudes contrarias a las expectativas de la junta y a las disposiciones del coordinador. Esta situación la podemos observar como una expresión de *looping*, noción acuñada por Goffman (2009:49), que refiere a acciones del personal que públicamente exponen a alguien que está en contra de la norma. En este caso Cristóbal, como representante de la autoridad, sanciona la negativa de Rafa solicitando el regaño público por parte de Pablo. Esto convierte la acción de Rafa en objeto de burla para el grupo. El *looping* es una estrategia de ruptura del yo que motiva, a través de la represión autoritaria de reacciones defensivas a estímulos de la intervención, la conformación como sujeto adicto. Los referentes significantes del yo de Rafa son deteriorados para introducirlo forzosamente a la lógica de intervención y subordinación autoritativa de la institución y para que asuma su carácter de sujeto adicto. Es una estrategia del establecimiento y sus autoridades por sincronizar, incluir en el mismo tiempo y espacio terapéutico, forzosamente al adicto dentro de la junta. A pesar de que nadie habló a favor de Rafa, había varios internos que estaban de su lado, identificables por sus negaciones con la cabeza ante las palabras de Cristóbal. La junta es una actividad obligatoria, en donde no participan abiertamente ni están dispuestos a invertir más

tiempo del programado, por lo que se pone en cuestión la misma eficacia de la junta dada su lógica de participación voluntaria.

Finalmente quisiera retomar la importancia de la sinceridad en los testimonios de los internos desde la tribuna. Parte del reconocimiento del valor terapéutico de la junta tiene que ver con la confianza y la veracidad de los testimonios de los internos. Deben ser sinceros sobre su vida sin temor ni recato de lo que puedan pensar los demás compañeros, respaldados por el anonimato y por la seguridad de lo que se va a decir no va a salir de ahí. Se cree que mientras haya más sinceridad, el sujeto aprovechará el potencial terapéutico de hablar en la tribuna, y será mayor la sanación espiritual y emocional. Parte de las tácticas de los internos del Anexo y CT, es que algunas de sus experiencias de vida no son compartidas con el grupo. Más de uno me comentó que no se podía decir todo sobre uno mismo, pues había cosas de las que no querían que nadie se enterara y que sabían (por experiencias previas en esos lugares o en otros anexos) que la información siempre sale de alguna u otra forma. En este sentido, las tácticas utilizadas para hablar en público aplican al tipo de información que se comparte, es decir, también existen procesos de negociación en los que se definen cierto tipo de experiencias personales que pueden ser habladas y otras que, rechazando la lógica terapéutica y los principios de curación freudianos a través del habla, prefieren ser calladas. La construcción de la ideología de sinceridad y su seguimiento es una forma más de sujetar a los individuos para asumir su enrolamiento y calibración como adictos en recuperación.

La junta es una forma en que el sujeto se adapta a la lógica del modelo de intervención, en donde desarrolla una identidad de grupo y en donde se negocia su condición de sujeto adicto en recuperación. Esta condición subjetiva de ser adicto no es unívoca ni unilateral, es más bien polivalente. Si bien la junta es un contexto ritual en donde se negocia esta condición del sujeto,

es un contexto en el que los internos participan bajo las reglas del juego determinadas por el modelo de intervención y por aquellos dentro del grupo que creen y asumen esos principios. Las participaciones pueden variar: algunas son bajo el dominio de las estrategias narrativas que propone el modelo; otras bajo explicaciones al estilo de Ernesto, otras dando solamente opiniones sin participar del proceso de confesión; e incluso algunas otras limitándose a estar en silencio escuchando. Así es como, más allá de ser un campo donde los internos encuentran el reflejo de sí mismos y un ambiente de solidaridad para afrontar los inevitables sentimientos de aislamiento, las juntas de compartimento son también un campo contencioso, tanto para la integración del grupo, como de la construcción de subjetividades.

Los tres meses del internamiento, como se comentaba, es el tiempo normativizado para este tipo de centros de rehabilitación. Específicamente en la clínica privada es donde la temporalidad se respeta. En los Anexos, aunque los tres meses son el tiempo oficial, en ocasiones estas temporadas se alargan, tal y como Cristóbal y Manuel lo expresaban, no saben cuándo saldrán. Las recaídas al consumo de sustancias y el regreso al Anexo para un nuevo internamiento son cosa del día a día en estas instituciones. La experiencia repetida para muchos de los internos representa una oportunidad para perfeccionar sus habilidades performativas en las juntas y demostrar que domina su sincronización a la interpelación institucional sin que eso necesariamente represente que dejará a un lado el consumo de sustancias una vez que salga de su internamiento. Tal como lo mencionan las autoridades de estas instituciones, son muy pocos aquellos que dejan atrás su adicción.

2.4 “El show de la locura”: polarización del dispositivo terapéutico para las adicciones

Entre quienes han asumido su participación en grupos y Anexos, para compartir en sus juntas y para mantenerse como miembros del movimiento, hay algunos que han mantenido lo que se presentó en el capítulo dos como la corriente de AA “fuera de serie”. Los internos de los dos anexos en donde realicé mi trabajo de campo tienen contacto esporádico con algunos de estos grupos. Sergio, el director de los anexos, acostumbra llevar a los internos a algunas de estas juntas y principalmente procura llevarlos a aniversarios de grupos que han ganado fama regional y que conjuntan a una gran cantidad de personas que participan de diversas formas en esta corriente. Fue durante un aniversario de un grupo en la Huasteca potosina que yo tuve contacto con esta corriente mientras acompañaba a los internos del anexo de puertas abiertas al evento.

Focalizaré la atención en un sector de adictos en abstinencia que ha desarrollado prácticas terapéuticas que distan de las aceptadas formalmente por AA y sus miembros, e incluso por otras instituciones que surgen a partir de AA. Sus prácticas y su existencia me parecen interesantes porque creo que ponen en entredicho y en cuestionamiento algunos de los principios mismos de AA pero, al mismo tiempo, representan una alternativa para el mantenimiento de un alcohólico o drogadicto en abstinencia.

Había escuchado muchas conversaciones acerca de los grupos fuera de serie en donde se comentaban los métodos de la llamada “terapia dirigida” en donde, en vez de hablar sobre los problemas y experiencias personales en tribuna, se recalcan problemas y defectos a una o varias personas seleccionadas del público. Había escuchado que se maneja un lenguaje muy pesado con muchas groserías, improperios e insultos, y donde incluso agredían físicamente a los “terapeados” echándoles agua, café o refresco. Otros comentarios iban en dirección a la idea “liberadora” que tiene el programa de AA en donde su interpretación de liberarse de miedos se

materializaba en desnudarse frente al público, sin pudor alguno, en medio de la junta durante su participación en la tribuna. Cuando Sergio me invitó a ir con ellos a un aniversario de un grupo al que llegan miembros de AA desde distintos Estados, me pareció una oportunidad que no debía desperdiciar. Sergio es invitado a estos eventos porque se acerca a distintas agrupaciones y movimientos derivados de AA, y continuamente busca llevar a los internos de sus anexos para que conozcan las distintas alternativas para dar continuidad a su recuperación. Su constante involucramiento en otras corrientes y grupos es una forma de distinción y competencia entre sus pares.

Después de un viaje en autobús, desde la capital de SLP hasta la región huasteca del mismo estado, de más de cinco horas, las actividades de festejo del aniversario del grupo iniciaron informalmente con comida y un convivio en las instalaciones del grupo a celebrar. Debido al calor de la región y al tiempo previo a la junta muchos de los asistentes decidieron visitar uno de los ríos cercanos. La gran mayoría de los asistentes parecía conocerse, a pesar de venir de distintos sitios de la república (Morelos, DF, Hidalgo, Guanajuato, SLP), y cuando se saludaban solían preguntar por otras personas más que tenían la expectativa de encontrar en este espacio. Personalmente veía a personas conocidas y caras que me parecían familiares; muchos de los asistentes son miembros de AA o asistentes frecuentes a juntas en anexos y solamente se acercan a este tipo de juntas porque representan un evento extraordinario y la oportunidad de encontrar viejos amigos, así como de estar presente en lo que pueda llegar a suceder en la junta de aniversario. El grupo anfitrión rentó la sala municipal que se encontraba casi a escasos metros de las instalaciones del grupo.

La junta empezó alrededor de las 9 de la noche y terminó cerca de las 6 de la mañana, fue una de las juntas que llaman “maratónicas”. Una de las características ampliamente difundidas de

los grupos fuera de serie es que no tienen límites de tiempo para hablar en la tribuna, cuando generalmente en los grupos tradicionales el tiempo es de quince minutos. A media noche se repartió una cena a los asistentes sin interrumpir la junta.

La estructuración de la junta se puede comparar a la que tiene un espectáculo de lucha libre en donde se inicia con los luchadores de menor categoría para dejar hasta el final a los estelares. Éstos últimos regularmente son directores de Anexos con fama de ser de “terapia dura” o violenta y gente de grupos que tiene reconocimiento por sus habilidades en tribuna. En un inicio se presentan al frente del grupo, dejando a un lado la tribuna, las personas que son nuevas en el programa, que provienen de algún centro de rehabilitación o grupo y que llevan poco tiempo de familiarizarse con la jerga y forma performativa de tomar la tribuna. La participación de mujeres en el evento es casi marginal pues solamente presencié una participación en tribuna, mientras que la mayoría de las mujeres presentes eran una especie de accesorio para los hombres.

En un segundo momento se presentaron quienes están en una escala valorativa más alta, quienes muestran dominio del público conector e interactúan en la terapia dirigida para también dar gusto al público con chistes y bromas. Este momento es aprovechado para, desde la tribuna, dirigirse a personas con las que tienen algún tipo de conflicto. La metáfora de la lucha libre se materializó al momento en que dos de los participantes comenzaron a golpearse, tirando la tribuna e involucrando en la riña a algunas de las personas de primeras filas y algunos otros que corrieron a asistir a los protagonistas del pleito. La riña paró hasta que alguien lanzó gas pimienta para poderlos separar. La junta tuvo que parar durante alrededor de media hora, todos los asistentes desalojaron el lugar, en lo que el gas se disipaba de la sala de juntas.

El tercer momento está marcado por la participación en tribuna de quienes son considerados los veteranos y los que tienen mejor dominio de la tribuna y del público, quienes

comparten, aparte de dar terapia dirigida, de su propia experiencia y critican a aquellos que se han olvidado de los principios de AA y de los orígenes del movimiento fuera de serie. Este tercer momento está marcado por tensiones con las nuevas generaciones que quieren tomar parte de la jerarquía y reconocimiento que tienen los veteranos, por lo que la lucha generacional es bastante evidente entre algunas personalidades.

Este espacio anual de encuentro es como una especie de torneo en donde se ponen en juego el reconocimiento, el prestigio, el carisma y las habilidades verbales y retóricas para hablar en la tribuna. Precisamente por esto es que para muchos AA los grupos fuera de serie son rechazados, porque argumentan que se han desviado de lo que es el programa y de los principios de AA. Al mismo tiempo, uno de los principales argumentos de los defensores del movimiento fuera de serie es que las personas actualmente no han sido estimuladas por el alcohol solamente, muchos son poli usuarios que viven vidas muy intensas por lo que necesitan algo en su recuperación que les ofrezca estímulos similares a los que estaban acostumbrados. Así, los gritos y las mentadas de madre son necesarios e, incluso, indispensables para que algunas personas entiendan que deben dejar de beber y de drogarse. La opinión compartida de muchos es que mientras eso ayude a dejar las adicciones entonces está bien. Esta es una forma más en la que las mediaciones suplementarias se hacen presentes. El suplemento opera como un sustituto del uso de varias sustancias y de una vida intensa. No es suficiente con una junta en donde se busque la catarsis, como se ha comentado anteriormente, sino más bien de una junta en la que se mantenga al espectador al límite de su silla a la espera de estímulos extraordinarios o bien de un gradiente de violencia y de convertirse en el blanco de la terapia. Aquí ya no es un aprendizaje a través de lo que ha vivido el otro, sino un aprendizaje sobre lo que los demás dicen de uno mismo. En

términos de Derrida (1975) pensando que el *pharmakon* como veneno fue fuerte, la sustitución del suplemento, en su carácter de remedio también debe ser fuerte.

Durante la noche hubo un momento en el que Sergio se me acercó y me preguntó: “qué tal, cómo ves el show de la locura”. Después de la junta, durante el desayuno se me acercó un integrante de un grupo de SLP y me dijo: “cómo ves esta locura, arqueólogo, te llevas un chingo de tarea”, y con orgullo agregó “esto no es como con la gente normal ¿verdad?”. Ambas preguntas me mostraron las formas de diferenciación que estaban estableciendo ellos mismos con otros movimientos dentro de AA, principalmente aquellos considerados como tradicionales que siguen lo más cercano posible la literatura de AA. Lo que presencié no era una cosa “normal” dentro de AA. La “locura” que testifiqué era muestra de una agrupación de naturaleza distinta a cualquier grupo tradicional. Las personas que no son como la gente “normal”, si bien en algún momento fueron diferenciados por su condición de adicción, su estigmatización y etiquetamiento social, ahora estaban generando una nueva forma de diferenciación en la que cuentan con nuevos valores sociales incluso dentro del grueso de los adictos en recuperación. La idea de que son “locos” entre los que de por sí ya han sido considerados como anormales, hace eco con la noción de “loquear” como verbo que caracteriza el consumir drogas sólo que en este caso se participa de una locura que es producto de ésta primera y que es una sustitución necesaria para no volver a ella.

La pugna aquí no está en aceptar o negar la propia condición de adicción, o en reconocer a un poder superior a uno mismo, sino en demostrar quién es el mejor entre todos los adictos en recuperación que son partidarios del movimiento fuera de serie. En este último punto las valorizaciones de ser mejor o superior a los demás aparecen también en contención entre los

valores tradicionales del programa de AA y las adaptaciones prácticas que hacen frente a distintas necesidades y estímulos sociales.

2.5 Paradojas y tensiones del dispositivo

A lo largo de esta revisión de técnicas que se desarrollan en el dispositivo terapéutico vemos que existen situaciones que ponen en entredicho los fines normalizadores y la coherencia de los proyectos de intervención. Esto se debe en gran medida a la puesta en práctica de las técnicas de intervención y a la participación de los sujetos adictos en ellas. Los adictos tienen una participación activa y transformadora de los efectos esperados de las intervenciones. Aunque sean sujetos entendidos bajo una lógica de pérdida (en donde alguien más tiene que tomar el control por ellos pues no tenían voluntad propia) y bajo un suplemento negativo (la droga que les ha quitado su voluntad), y aunque se opere sobre ellos sustituyendo el suplemento por uno positivo, son ellos a través de sus acciones quienes determinan los resultados de la intervención. Los juegos de voluntades se pueden entender en estos contextos en una constante dialéctica una vez que el adicto está internado. Es decir, que el adicto a través de sus acciones negocia lo que va asumiendo o no de las intervenciones. Si bien hay una tendencia impositiva de la ideología cristiana por una parte y del programa de los doce pasos por otra, que busca imponer la voluntad del padrino, de la autoridad, del modelo a seguir, y finalmente del modelo terapéutico, el adicto se encuentra constantemente correspondiendo o rechazando voluntades. Este es un juego interminable en el que la lógica suplementaria es la protagonista.

En las instituciones se ha motivado la conformación de una *communitas* normativa que promueve la igualdad y solidaridad de sus miembros. Es un momento, un ritual, que se repite en los Anexos y en la clínica privada de manera infinitesimal y que resulta momentáneamente

efectiva ya que le da una identidad a quienes en ella participan. De ser una pérdida, un gasto improductivo, y una persona que había perdido voluntad, ahora se encuentra en un espacio que le da significado a su experiencia y que le permite entender que tuvo que llegar a eso para poder cambiar. En otras palabras ahora es alguien porque con su adicción no era nadie. Sobresale el hecho de que paradójicamente llega un momento en el que se acentúa el interés del sujeto de usar esta técnica como un recurso para liberarse de malestares individuales sin importarle necesariamente el proceso colectivo, pedagógico, y solidario que significa el rito. Para muchos el rito de la junta es un espacio en el que la tendencia individualizadora se va haciendo tendencia bajo la lógica “si a mí me hace bien, no me importan los demás” destacando así el valor sanador inmediato de subir a la tribuna y subordinando el valor que se promueve como *communitas* normativa. En cierta forma la tribuna es como un suplemento más, su uso es estimulado y promovido por el dispositivo, y se hace uso estratégico de él para aliviar momentáneamente los malestares emocionales. Más aún, en los grupos fuera de serie se lleva a un extremo esta práctica llegando a ser incluso un espacio de competencias, entre expertos que dominan el uso de la tribuna, por el reconocimiento del grupo y por aumentar su autoridad y ejemplaridad.

Quienes entran dentro de esas dinámicas de competencia y lucha por el prestigio, han aceptado la conversión que caracteriza Goffman (2009) cuando asumen la visión que tienen de ellos las instituciones y se convierten en predicadores de esos mismos principios. Pero el caso de los fuera de serie se puede ver que ellos mismos han sido quienes han demarcado nuevos estándares para la conversión. Es decir, que aunque alguien pertenezca a un grupo de AA tradicional, eso no significa que pueda integrarse a la dinámica que tienen los grupos fuera de serie que tienen una normativa distinta y una forma de reconocer su proceso terapéutico y el entendimiento mismo de la enfermedad con algunas diferencias. Las particularidades

generalizadas del proceso de conversión de AA que se comparten en Anexos, clínica privada y grupos fuera de serie, será explorada a profundidad en los dos siguientes capítulos destacando su carácter religioso y espiritual.

Mientras tanto en el CRC por irónico que pareciera se promueve un tipo de conversión que se basa más en un disciplinamiento del cuerpo y del adicto a través del trabajo duro, del rigor, de la puntualidad, de la perseverancia, que en un ritual religioso que marque el paso de un estadio a otro. En gran parte esto se determina gracias a una serie de indicadores que una vez interpretados dan fe de que la transformación se ha dado. Es una especie de semiótica de la vida cotidiana en que se leen señas, a través de cómo hablan, de cómo trabajan, de cómo tratan a los demás, de su comportamiento en general y en las reuniones, para identificar cuando “realmente uno vuelve a nacer”. Pero este “volver a nacer” no es un cambio permanente que surgió de un momento especial y único, aunque si hay quienes lo identifican a través de un hito. Al igual que con los adictos en recuperación de AA es algo que se debe mostrar en la cotidianidad, en el día a día. Por eso los adictos en recuperación de los Anexos, la clínica privada y los grupos fuera, así como los cristianos del CRC que son un ejemplo de liderazgo para los recién llegados, deben mantenerse dentro del régimen de una praxis que resalte los valores de la voluntad suplementaria ideal que promueve su institución. Esto es un efecto desnormalizador que caracteriza al dispositivo de intervención. Quienes son exitosos en su rehabilitación y se mantienen dentro de los regímenes de veridicción que adoptan de su modelo terapéutico, no son normalizados sino mantienen diferencias que defienden y que les dan significado, identidad, y propósito de vida.

Aquí es donde radica una gran diferencia entre los proyectos terapéuticos. Los internos de las instituciones aspiran formar parte de los proyectos normalizadores. En el CRC quieren formar parte de la institución de forma permanente y ayudarán a quienes lleguen para mostrarles cómo

ellos se han transformado. Mientras los que han estado en instituciones que trabajan con el modelo de los doce pasos de AA, una vez transformados, deciden “llevar el mensaje” bajo una racionalidad en la que su rango de acción está dentro de las instituciones y en el mundo exterior. Por paradójico que parezca los Anexos y la clínica privada, en este punto, parecieran más cristianos que los propios cristianos del CRC.

Las instituciones entonces se conciben a través de sus técnicas con una identidad propia que les caracteriza. Las técnicas de intervención terapéutica que abanderan les dan un carácter de transformación de subjetividades particular. Las personas que por estas instituciones son intervenidas, en cierta forma, son interpeladas por la identidad institucional y su transformación en adictos –en recuperación- se ve marcada por la influencia de las técnicas ahí empleadas.

Finalmente nos encontramos frente a los casos de aquellas personas que utilizan el dispositivo de atención. Como mencionaba es común encontrar casos de personas que han pasado por múltiples experiencias de intervención incluso en distintas instituciones. La eficacia y la efectividad transformadora de las instituciones en muchos casos es temporal o los adictos se las arreglan para entrar al juego de voluntades en función de sus propias necesidades o conveniencias. La creación de un circuito de intervención en el que se insertan algunos adictos se posibilita a través de las prácticas del dispositivo. En este sentido entrar al juego de voluntades se puede hacer de forma planeada por parte de los adictos. Al no tener hogar, alimento seguro, al vivir en las calles, y padecer males asociados a largos periodos de consumo, hay quienes deciden internarse por cuenta propia para pasar un periodo de “aliviane” como le llama Sergio. Al mismo tiempo ser parte del circuito de intervención se puede hacer de forma involuntaria también como en los casos en que los múltiples internamientos son producto de las voluntades de familiares que deciden internar al adicto.

Como se ha atisbado en este capítulo la parte más significativa del proceso de conversión dentro del dispositivo no ha sido explorada adecuadamente hasta ahora. Las instituciones del dispositivo que dominan la oferta terapéutica en México operan con un modelo de intervención que está basado en los doce pasos de AA y en toda una filosofía religiosa y espiritual. El carácter religioso de AA y su influencia en distintas instituciones de rehabilitación ayudará a comprender las razones de su proliferación y de su éxito en México. Al mismo tiempo nos dará aún más referentes para entender la lógica subyacente a la atención a las adicciones fundada en juegos de voluntades y mediaciones suplementarias.

Capítulo 3. Influencias religiosas y el “poder superior”

Durante mi trabajo de campo se fue haciendo evidente que para el éxito del proceso terapéutico, en algunas de instituciones del dispositivo terapéutico, la figura de un “poder superior” o de “Dios” jugaba un papel fundamental. Los sitios en donde estas ideas aparecían como centrales eran, evidentemente, el Centro de Rehabilitación Cristiano, y aquellos que se rigen bajo el modelo de los doce pasos de Alcohólicos Anónimos para su terapia: los Anexos, la clínica privada y los grupos de AA y sus distintas corrientes. Estas instituciones, a excepción de la clínica, como vimos en capítulos anteriores conforman el grueso de la oferta terapéutica y presentan características que las distinguen como instituciones totales que promueven *communitas* normativas en sus técnicas de intervención para promover la transformación del yo. Pero como veremos en este capítulo la conversión religiosa resultará neurálgica para el éxito del proceso terapéutico. La única institución en la que no se hace una referencia a un “poder superior” o a “Dios” para el tratamiento de las adicciones es el Centro de Integración Juvenil, que se rige bajo un modelo de intervención profesional en donde no tienen cabida los doce pasos de AA, y el profesional es quien define la estrategia de trabajo con cada paciente en el marco de su terapia individual o grupal, según sea el caso. El CIJ se distingue entonces de las demás instituciones por encarnar la parte del estado laico y modernizante, que en este caso se desplaza de modelos terapéuticos basados en la conversión religiosa.

Conforme me adentraba en las lógicas terapéuticas y en las prácticas y discursos cotidianos de estas instituciones, me daba cuenta que no sólo se reproducían ideas del “poder superior” constantemente entre los internos y los responsables de las instituciones sino que en muchas ocasiones se utilizaba como referente para definir la condición de un adicto en recuperación. La idea de un “poder superior” y el vínculo del adicto con éste es un recurso que

define la posibilidad de adentrarse al proceso de recuperación y un indicador de su potencialidad de recuperación y de su transformación hacia una vida nueva. La teoría de la práctica utilizada en estas instituciones comúnmente localiza el discurso sobre el poder superior como un medio para identificar o leer señales en las acciones de la vida cotidiana y así identificar si el adicto se ha sometido y sigue o no los designios del poder superior. Los comentarios sobre la no aceptación de un poder superior eran comunes, este tipo de comentarios justificaba el comportamiento del adicto en tanto no avanzaba en su proceso de rehabilitación. El no aceptar al poder superior, por ejemplo, se puede ver por pares y autoridades en la incapacidad de las personas para mantenerse en abstinencia (sin beber o drogarse). Otro indicador de no aceptar al poder superior está en las constantes referencias al orgullo del adicto. El orgullo es uno de los indicadores por excelencia de ser un enfermo adicto. La persona al no reconocer que es adicto, tiene problemas con alcohol o drogas, y pensar que su consumo lo puede controlar él o ella misma o bien dejarlo cuando quiera, es una señal clara de que la persona no cree en un poder superior y que no acepta que ese poder superior es la voluntad que debe seguir. De este modo al no aceptar al “poder superior” se produce una incapacidad en las personas para modificar sus juicios y actitudes consigo mismos, con su entorno y en las distintas relaciones y espacios en donde desarrollan su vida cotidiana.

Las formas en que en los discursos y prácticas se utilizan referencias al poder superior muestra como el dispositivo terapéutico es un escenario de juegos de voluntades. Reconocer la adicción, y la resistencia para rehabilitarse, en actitudes que demuestran un “orgullo” adicto y un rechazo al poder superior hablan acerca de la lógica de complementariedad que subyace a la técnica neurálgica del dispositivo. La conversión religiosa, o bien, someterse a un poder superior, opera bajo la marca suplementaria de suplir el orgullo adicto, la droga que secuestra la identidad y el ser del adicto, por un poder superior.

Esta tendencia del dispositivo terapéutico me intrigaba pues me hacía pensar en las influencias presentes de los orígenes de AA en México y en las distintas instituciones que ofrecen tratamiento a las adicciones. A más de ochenta años del origen de AA en Nueva York, me preguntaba ¿cómo es que su influencia religiosa se sigue manteniendo vigente en las prácticas cotidianas? Esto me parecía más sorprendente al pensar que sus adeptos son personas, con perfiles completamente distintos a los de aquellos que originaron AA⁷³, mexicanos, muchos de ellos católicos, de clase trabajadora, media y baja, que han crecido con valoraciones ambiguas sobre el uso de alcohol y drogas. La constante presencia del “poder superior” en los discursos y prácticas, no sólo de los grupos de AA sino también en centros de rehabilitación y anexos, obliga a preguntar sobre las formas en que se concibe dicho “poder superior” y su relevancia para el proceso de recuperación. Al parecer las formas en que se interpreta su presencia en la vida cotidiana y el impacto que ésta presencia tiene en la vida cotidiana de aquellos a los que les ha transformado la vida son variables. Y como se ha sugerido esta presencia responde a señales e indicadores sujetos de interpretación por parte de los adictos en recuperación y de las autoridades de las instituciones. A la par de estas señas, la presencia de un poder superior también es susceptible de usos estratégicos que hacen los sujetos del discurso para modelar su condición de recuperación durante su internamiento o en su vida cotidiana una vez afuera. Estas dudas están también focalizadas al fenómeno dentro del CRC, que permitirá hacer algunos contrastes críticos sobre la promoción y la práctica formal de una interpretación institucional religiosa de Dios frente a las prácticas más flexibles y múltiples que se promueven y experimentan por parte de los integrantes de centros de rehabilitación que trabajan con los doce pasos de AA.

⁷³ Norteamericanos blancos, de clase media, en un contexto post-prohibicionista (Jarrad, 1995; Brandes, 2002a). Los trabajos de Jarrad (1995), Brandes (2002a, 2004) y García (2015) cuestionan esta asociación de prácticas culturales dependientes de su contexto de surgimiento para mostrar que ha habido adaptaciones en otras geografías, estratos y grupos sociales, incluso algunas adaptaciones que se alejan de lo que la tradición norteamericana de AA propone formalmente.

La utilización del poder superior como recurso para la rehabilitación dentro del dispositivo terapéutico es una manifestación de la biopolítica gubernamental que se encuentra presente en el dispositivo. Estamos frente a un dispositivo híbrido que en sus técnicas utiliza mecanismos de poder pastoral, disciplinario y de seguridad, y que mediante la suplementariedad del poder superior y la conversión religiosa pretenden superar la adicción. La gubernamentalidad biopolítica se mantiene en estas instituciones al margen del estado y la figura de la divinidad es clave en sus técnicas de mediación suplementaria para sustituir la dependencia a sustancias. El poder superior permite a la persona constituirse como un nuevo sujeto bajo un marco ideológico que lo aleja de su suplemento negativo (droga) que lo constituía como enfermo, para ser un adicto en recuperación bajo el manto de un nuevo suplemento (no peligroso como la droga), de un poder superior, de una voluntad a la que la del adicto enfermo debe ser sometida.

3.1.Mito de origen

William Griffith Wilson (Bill W.) a sus veintidós años era ya un veterano de guerra.⁷⁴ A su regreso a los EEUU realizó estudios de economía, leyes y comercio. Consideraba que era alguien

⁷⁴ Es uno de los co-fundadores de AA. La mención de su nombre, tal como aparece entre paréntesis, se ha popularizado ampliamente por su rol central dentro de la mitología e historia de AA. La forma en que se le menciona, remite a la concepción de “anonimato” que se tiene dentro del movimiento. De tal modo, no es raro escuchar que entre compañeros de AA se llamen Juan P., Pedro M., Alberto R., respetando, tal como con sus cofundadores, parte del principio de anonimato de AA. Esta forma de nombrarlos los convierte en una réplica o en una versión alterna del prototipo de sujeto en AA (Bill W.). Hay análisis que argumentan que el anonimato es un principio por el cuál parte el sostenimiento y supervivencia del grupo. Para los grupos de EEUU tiene un funcionamiento apegado a los principios y filosofía de AA pero en grupos brasileños, por ejemplo, hay una especie de adaptación cultural. Estas adaptaciones en las que, a pesar de que el grupo sigue siendo una especie de protección del mundo exterior y sus amenazas, permiten que haya una especie de jerarquización y un acompañamiento directivo por parte de los “padrinos” que responde a dinámicas propias de contextos poscoloniales (Jarrad, 1995). Estos procesos de adaptación se asemejan ampliamente a lo que sucede en México dentro de los grupos de AA y los Anexos.

que bebía más de lo normal aunque no veía en sí mismo un problema de consumo de alcohol. Se sintió atraído por Wall Street y desarrollo rápidamente una carrera exitosa como corredor de bolsa. Durante 1929, al igual que muchas otras personas, fue víctima de la crisis financiera que lo dejó sin recursos económicos y sin trabajo. Para ese entonces, él tenía un estilo de vida en el que estaba acostumbrado a pasarla en un exclusivo campo de golf bebiendo, día y noche, y gastando estratosféricas cantidades de dinero. Después de la crisis financiera afrontó sus problemas bebiendo y agudizó su consumo. Por receta médica recibió la orden de tomar sedantes. Su consumo de alcohol era tan fuerte que terminó mezclando los sedantes con alcohol y tuvo que internarse en una clínica.

Era noviembre de 1934 en Nueva York. Bill W. había vuelto a beber, después de su hospitalización para atender los males físicos y mentales del alcoholismo. Durante algún tiempo había logrado dejar el alcohol debido al miedo de los males que le pudiera causar la bebida. En este momento él reconocía que el alcohol era su amo. Este episodio lo identifica como “el principio de mi última borrachera” (A.A. 2013). La noche en que retomó la bebida, Bill W., recibió una llamada telefónica de un amigo de parrandas que estaba de visita en la ciudad y quería ir a verlo. En su narración comenta que cuando su amigo llegó se veía inexplicablemente diferente, con el cutis fresco y radiante, en sus ojos había algo. Le ofreció un trago y el amigo lo rechazó. Le dijo “Tengo religión”.

Le costó trabajo comprender lo que su amigo le decía y se cuestionó a sí mismo sobre algo que él nunca había pensado para sí. Concluyó que él siempre había creído en la existencia de un “Poder Superior”, en un espíritu del universo que no conociera tiempo ni limitaciones, aunque siempre rechazó las religiones instituidas. Su amigo le “...manifestó categóricamente que Dios había hecho por él, lo que él no había podido hacer por sí mismo. Su voluntad humana

había fallado. Los médicos lo habían desahuciado. La sociedad estaba lista para encerrarlo. (...) había admitido una completa derrota. Entonces, efectivamente, había sido levantado de entre los muertos, sacado repentinamente del montón de desperdicios y conducido a un plano de vida mejor de lo que él nunca había conocido” (ibíd., p.10). Su amigo le propuso que él mismo escogiera su concepto de Dios. Bill W. en ese momento se dio cuenta de que todo lo que se requería de él, para tener lo que su amigo ahora tenía, era que estuviera dispuesto a creer en un poder superior a sí mismo.

A sus treinta y nueve años de edad y durante su última hospitalización para que le “quitaran el alcohol por última vez” (ibíd., p.12), poco después de su encuentro con su amigo, se llevó a cabo lo que más tarde reconoció como una “experiencia espiritual”. Esta experiencia se puede considerar como, siguiendo a Brandes (2004), una conversión religiosa. Se sentía desahuciado y pensaba que no le esperaba nada más que la muerte o la locura. “En la agonía del espíritu, una vez más pensé en el cáncer del alcoholismo que ahora me había consumido la mente, el espíritu y pronto el cuerpo” (AA 1984:76). De la desesperación gritó por auxilio divino: “Haré cualquier cosa, (...) Si hay un Dios que se manifieste” (ibíd.). Y continúa su narración del siguiente modo:

De pronto, mi cuarto resplandeció con una indescriptible luz blanca. Se apoderó de mí un éxtasis más allá de toda descripción (...) durante un tiempo no estuve consciente de nada más. (...) estaba ahí una montaña y yo estaba de pie en su cumbre, en donde soplaban un viento (...) de espíritu, (...) soplaban a través de mí. Entonces llegó un pensamiento resplandeciente: ‘Eres un hombre libre’. (...) la luz y el éxtasis descendieron gradualmente y de nuevo vi la pared de mi cuarto. Al estar más calmado, me embargó una gran paz, acompañada de una sensación difícil de describir. Llegué a estar gradualmente consciente de una presencia que parecía un verdadero mar de espíritu vivo. (ibíd.).

Ahí se ofreció humildemente a Dios para que hiciera en él su voluntad. En momentos de duda, poniendo a prueba su forma de pensar en relación a su nuevo conocimiento consciente de Dios,

permanecía en quietud y le pedía dirección y fortaleza para enfrentarse a sus problemas tal y como él lo dispusiera. Sus peticiones nunca serían para él mismo, y en tal caso lo serían cuando estuvieran relacionadas con su capacidad para servir a los demás. El efecto de esto, comenta, fue electrizante.

Había un sentido de victoria, seguido por una paz y seguridad como nunca había conocido. Había una confianza total. Sentí que me levantaban, tal como si respirara plenitud en el aire puro de la cumbre de una montaña. Generalmente Dios llega a la mayoría de los hombres gradualmente, pero el impacto en mí fue cabalmente súbito y profundo (A.A. 2013:13).

Estaba dudoso de lo que le había pasado y consultó con su médico la legitimidad de su experiencia. Éste le confirmó que le había sucedido algo que él sólo conocía por libros y que valdría la pena que se aferrara a lo que le había pasado, que ahora era una persona distinta y que lo que tenía era mucho mejor a lo que había tenido antes. Su amigo, a quien había visto algunos días antes y le comentó sobre su religión, lo fue a visitar al hospital y le recomendó leer un libro de William James, que a su vez le habían recomendado miembros de su grupo religioso, pensando en que esto le ayudaría a utilizar su encuentro con Dios como camino hacia la “sobriedad”.

Al dar cuenta de este cambio tan drástico en su vida, concluyó que debía entregar a otras personas lo que a él había llegado de manera gratuita. Su amigo le comentó que la fe sin obras era fe muerta, era imprescindible que trabajara con otros tal como su amigo había hecho con él. “Si él no trabaja es seguro que volverá a beber y, si bebe, seguramente morirá” (op. cit., p.13). A pesar de sentirse salvado, Bill acusa al resentimiento y a la auto conmisericordia como una amenaza constante para volver a beber. Cuando así se sentía después de haber abrazado, junto con su esposa, la tarea de ayudar a otros alcohólicos, iba a al hospital en donde él había estado para hablar con otros alcohólicos y se sentía reanimado y con los pies en la tierra. Esto lo considera “...un designio para vivir que obra cuando las cosas se ponen duras” (op. cit., p.13).

Este recuento es lo que podríamos considerar como mito de origen de AA. Le llamo mito de origen ya que, aunque he hecho un recuento directo de la narración de Bill W. desde el “texto básico de AA” y de biografía que condensó AA a partir de distintas fuentes publicadas por el mismo Bill W., la misma historia es repetida en múltiples ocasiones, contextos y situaciones entre los miembros de AA. El prototipo que establece el mito de origen es el ejemplo y el modelo que tiene AA, sus derivaciones institucionales y corrientes, de lo que es un alcohólico. Este prototipo tiene una vida circulatoria que en México ha impregnado a las narrativas de adicción, ya no sólo de alcoholismo.

A partir de mi propia experiencia de trabajo de campo, he notado que, los miembros de grupos de AA y los padrinos de Anexos y centros de rehabilitación cuentan esta historia con mucha frecuencia. Las autoridades carismáticas de estos espacios están fundadas en parte por el dominio del mito de origen y en la desarrollada habilidad de los padrinos por reproducirla o por hacer uso estratégico de pasajes específicos del prototipo de adicto originado en AA. De tal modo hay una gran variedad de formas en que se presenta esta narración y hay énfasis en distintos momentos o puntos significativos de la narrativa. La vida circulatoria del mito de origen muestra la plasticidad del mismo y las adaptaciones en los usos de la misma en función del objetivo que quiera buscar quien articula el discurso narrativo. Por ejemplo, en algunas ocasiones se enfatiza el momento del encuentro entre alcohólico con alcohólico donde hablan sobre sus experiencias y así se mantienen sin beber, para enfatizar que después de ese momento deviene la misma depresión, tristeza o infelicidad que se tenía hasta antes del encuentro. En otras ocasiones se enfatiza la incapacidad de dejar de beber por voluntad propia y, por supuesto, la incapacidad de clínicas, profesionales, médicos y/o remedios caseros para ayudar a dejar la dependencia al alcohol. En otras ocasiones se enfatiza el momento en que reconocen que un “poder superior”

será el único que les permitirá encontrar una alternativa de vida distinta al alcoholismo. Tal como hacen los cristianos en el CRC en sus prácticas de interpretación y exégesis bíblica, los padrinos y autoridades en el dispositivo terapéutico que usan los doce pasos de AA como método de rehabilitación escogen y adaptan diferentes pasajes en función del contexto, destacando el carácter pragmático de sus prácticas.

Si bien todas estas formas que retoman el mito de origen de AA se dirigen a fortalecer la importancia de AA como espacio único de recuperación y alternativa para el alcoholismo y la drogadicción, también es una estrategia narrativa que funciona para legitimar sus prácticas y mostrar que la creencia en un “poder superior” es fundamental para iniciar una transformación.

En este sentido, aunque Kleinman habla sobre las narrativas del padecimiento (*illness*), su propuesta permite entender cómo se construyen nuevas formas de entender el yo a partir de lo que en AA, los Anexos y la clínica privada hacen los adictos socializando sus “historiales”. Estos historiales son, al igual que el mito de origen, una narrativa de padecimientos. “Los significados de los padecimientos crónicos son creados por la persona enferma y su círculo para remodelar un salvaje, desordenado incidente *natural* en uno más o menos domesticado, mitologizado, controlado ritualmente, por tanto una experiencia cultural” (Kleinman 1988:48). Aunque en nuestro caso de análisis no hablamos de un incidente *natural* estamos frente a un fenómeno desordenado que se busca domesticar.

La narrativa del padecimiento es una historia que el paciente dice (...) para dar coherencia a los eventos distintivos y a un curso de largo plazo de sufrimiento. Las líneas argumentativas, las metáforas centrales, y los dispositivos retóricos que estructuran la narrativa del padecimiento son tomados de modelos personales y culturales para arreglar las experiencias en modos significativos y para comunicar efectivamente esos significados. (...) La narración retrospectiva (...), en estas instancias puede tener un propósito moral; actúa como el rezo de un mito en un ritual que reafirma

un núcleo de valores culturales bajo ataque y reintegra relaciones sociales cuya tensión estructural había sido intensificada (ibíd., p.49-51).⁷⁵

En nuestro caso, la reintegración de la que habla Kleinman será sustituida por una integración ya sea a una ideología de AA o al cristianismo. La relevancia de una figura prototípica como la de Bill W. y de la repetición del mito de origen, con sus variaciones, énfasis, y usos estratégicos, puede tal vez distorsionar levemente algunos acontecimientos de la experiencia del padecimiento, puede ampliarse para ser comprensiva de otro tipo de dependencias a sustancias (o incluso a otras prácticas como veremos en el último capítulo). Esta distorsión responde a que la narrativa no busca reproducir con fidelidad la historia del origen de AA, sino dar significado y valor a la creación del prototipo, de su historia de vida, y de su potencial como generador de referentes y comparaciones desde otras trayectorias de vida para entender su enfermedad.

3.2. Protestantismo en Alcohólicos Anónimos

Los centros de rehabilitación en adicciones que trabajan con los doce pasos de AA constantemente mencionan que no son ni promueven una religión. A pesar de la insistencia discursiva de que no son una religión, hay múltiples signos de su religiosidad y de símbolos religiosos que le dotan de un carácter religioso y espiritual.

El texto básico de AA, como la Biblia para los cristianos, es conocido coloquialmente como el “Libro Grande”. Fue publicado por primera ocasión en el año de 1939 y desde entonces ha sido reproducido ampliamente como el texto de referencia básica para los A.A. En él se encuentra el testimonio y la experiencia de varios alcohólicos que en los inicios de la comunidad de AA se prestaron para compartir sus historias y ponerlas a disposición de potenciales nuevos miembros para que tuvieran referentes más amplios de la transformación de sus vidas gracias a

⁷⁵ La traducción es propia.

AA. Según Jarrad (1995) es donde se creó y codificó la filosofía de AA, mientras que para Gutiérrez (2014) es donde se condensa la filosofía, el método terapéutico y la necesidad de cumplir con los doce pasos y doce tradiciones para lograr la rehabilitación. El que el texto básico de AA sea reconocido como el “Libro Grande” tiene una base en la comparación literal que la misma comunidad de AA otorga a su texto con la Biblia. En inglés es común referirse a la Biblia como “the Good Book” y en EEUU donde surgió AA es donde inicialmente se referían a su texto sagrado como “the Big Book” (“el Libro Grande” en México).⁷⁶ Por otro lado, por ejemplo, Paul Antze (1988) llama la atención al hecho de que dentro de los doce pasos de AA seis de ellos hacen mención directa a Dios mientras solamente uno menciona al alcohol. Al leer el “Libro Grande” me daba cuenta de que, como el mismo Bill W. lo menciona, constantemente hay referencias a Dios.

Teníamos que encontrar un poder por el cual pudiéramos vivir, y tenía que ser un *Poder Superior a nosotros mismos*. (...) Eso es exactamente de lo que trata este libro. Su objetivo principal es habilitarte para que encuentres un Poder Superior a ti mismo que resuelva tu problema. Eso quiere decir que hemos escrito un libro que creemos es espiritual, así como también moral. Y quiere decir, desde luego, que vamos a hablar acerca de Dios. (A.A. 2013: 42)⁷⁷.

Es bien sabido que los orígenes de A.A. están en la teología protestante del grupo evangélico conocido como Grupo Oxford.⁷⁸ La persona que llevó el mensaje religioso a Bill W. fue Ebby T., que más adelante formaría parte de AA. Fueron amigos desde la infancia y llegaron a ser compañeros de parrandas. Él formaba parte del Grupo Oxford, un movimiento evangélico (en

⁷⁶ El libro publicado en 1997 “The Good Book and the Big Book: A.A.'s Roots in the Bible” Dick B. es un ejemplo, no solo de la obvia analogía entre Biblia con cristianos y Libro Grande con AA, sino de las raíces directas que tiene el Libro Grande de AA con la Biblia. En cierta forma nos invita a pensar que es una Biblia adaptada a los alcohólicos.

⁷⁷ Las cursivas son copiadas del original.

⁷⁸ Son varios autores que han abordado como punto de referencia para el estudio de los grupos de AA sus orígenes en el Grupo Oxford. Aunque cada uno tiene un enfoque distinto y un interés particular para su análisis se pueden consultar los siguiente autores como referencia: Christensen 2010; Brandes 2004; Cain 1991; Jarrad 1995; Valverde y White-Mair 1999; Kurtz 1979; Dermatis y Galanter 2016; y Palacios 2008.

EEUU e Inglaterra) que intentaba abrazar todas las denominaciones religiosas. No tenían reglas, ni listas de miembros, ni jerarquías, y sus miembros habían rendido su fe a Dios concibiéndolo como una fuerza espiritual. Defendían reparar los daños hechos a otras personas, ayudar a otros que lo necesitaran y abstenerse de perseguir prestigio personal (Brandes 2002a:27). Estos principios, siguiendo a Brandes, son reconocibles inmediatamente para cualquiera que ha tenido el mínimo contacto con AA. Estas características también hacen eco con muchos movimientos religiosos desde el protestantismo que se definen en contraste de aquellos que perciben alejados de Dios por sus fijaciones en la ritualidad. El compromiso por la auto-examinación, el reconocimiento de defectos de carácter y el compartir con otras personas también es una herencia de este grupo (Dermatis y Galanter, 2016). La asesoría y guía del Grupo Oxford, según Dermatis y Galanter (2016), fueron las causantes de estimular la habilidad de Bill W. para dejar de beber después de su experiencia espiritual.

Particularmente Valverde y White-Mair (1999) identifican que el protestantismo de los fundadores de AA era marcadamente más moderno, no-denominacional y mucho menos proselitista que aquel de sus padres. Para ellas esta manifestación del protestantismo se caracterizó como tal por la distancia establecieron los fundadores de AA con los movimientos de temperancia, de los cuales fueron casi contemporáneos. No hubo mejor manera, para establecer dicha distancia, que rechazar la participación en debates públicos, especialmente debates públicos sobre la legalización del alcohol. Kurtz (1979), a quien consideran las autoras como el autor de la historia cuasi-oficial de AA, reconoce al Grupo Oxford por un estilo evangélico para recapturar el ímpetu y espíritu de lo que los miembros reconocían como un cristianismo primitivo. El Grupo Oxford inició en 1908, con ese nombre, y a partir de 1938 se le reconoce como “Re-armamento Moral”. El grupo utilizaba la analogía de la enfermedad del pecado en su

programa individual evangélico. Carole Cain (1991) reconoce la fuerte influencia del Grupo Oxford en los fundadores de AA en términos de la tradición oral, la terminología y los métodos de contacto personal. Entre estas influencias está el préstamo del modelo de alcoholismo en AA desde el modelo de pecado del Grupo. Aquella persona que tenía problemas con controlar su forma de beber, no sólo era considerada pecadora sino que, tenía en sí la enfermedad del pecado. El pecado conformaba una enfermedad suplementaria que habitaba al alcohólico. El programa individual evangélico del Grupo Oxford prometía extirpar el pecado. Las mediaciones suplementarias dentro de AA tienen sus orígenes en las influencias religiosas de la construcción de enfermedad. La adicción desde su problematización patológica ha estado conformada por lógicas de mediaciones suplementarias, y la terminología y conceptualización del alcoholismo como enfermedad en AA tiene sus raíces en el Grupo Oxford en la década de los años treinta.

Para Robin Room (1993) la forma particular del “poder superior” de AA deviene de tradiciones protestantes individualistas. Es un “poder superior” caracterizado por el individuo y que le habla sin intermediarios. Room lo ve como una ruptura del ambiente cultural caracterizado por el individualismo radical (“puedo hacerlo por mí mismo”) y por la creencia en la inevitabilidad del progreso a nivel individual y social a inicios del siglo XX.

Otra de las herencias de AA provenientes del protestantismo está en la estructura práctica y organizacional de viejas formas culturales (ibíd., p.181). Room menciona las reuniones de quakeros y algunas denominaciones protestantes como ejemplos de modelos no jerárquicos de juntas y de organizaciones acéfalas que impedían la conformación de una nueva congregación. Menciona a organizaciones fraternales masónicas y de temperancia que ofrecían modelos de grupo de interés mutuo con un fuerte énfasis en reuniones regulares y en el compañerismo e, incluso en algunos casos, manteniéndose en secreto con respecto al mundo exterior.

Muchas de estas influencias aún son visibles en las prácticas cotidianas de grupos, centros de rehabilitación y anexos que siguen el modelo de los doce pasos de AA. El poder superior se sigue manteniendo como una idea de fuerza espiritual; se promueve una concepción individual de Dios “como cada quien lo conciba”; se promueve la reparación de daños a quienes con sus acciones han afectado (octavo paso); hay reglas claras en los doce pasos y las doce tradiciones; hay un reconocimiento de defectos de carácter y se promueve la auto-examinación; y se mantiene la noción del consumo de alcohol o drogas como enfermedad.

Posiblemente en donde hay ligeras diferencias es en la utilización de listas de miembros. Mientras los Grupos Oxford y AA en sus inicios eran muy claros en no tener listas de ningún tipo, la organización interna y administrativa de AA y sus corrientes en México tiene un esquema de control en el que emplean listas. Hay referencia escrita de los miembros en las bitácoras que llevan un control de quién ha sido el coordinador de la junta. En la clínica privada y Anexos generalmente se tiene un control administrativo de los internos para responder a las exigencias mínimas que les pide la Secretaría de Salud (SSA). Esto último no sucede en la mayoría de los casos ya que, como se ha mencionado, muchas instituciones operan de manera clandestina y no se tiene ningún conocimiento o control de la población internada. Un segundo punto de divergencia serán las jerarquías y el prestigio personal. A diferencia de lo que los fundadores de AA deseaban que sucediera con su movimiento, en México la proliferación de los grupos y la diversificación de sus estructuras ha producido que la jerarquización sea una constante. El prestigio personal es evidente para quien detenta la titularidad, dirección o propiedad de un centro de rehabilitación. El prestigio es nominacional como directivos de las instituciones o padrinos, y al mismo tiempo es prestigio y reconocimiento grupal a pesar de que exista una retórica de igualdad y homogeneidad característica de las instituciones totales como se vio

anteriormente. El prestigio en muchos casos corresponde a la larga trayectoria de recuperación y al reconocimiento y respeto por parte de sus subalternos. El prestigio se logra también a través del “apadrinamiento” que en México, como comenta Jarrad (1995) para el caso de Brasil, presenta una especie de acompañamiento directivo que responde a dinámicas propias de contextos poscoloniales.

A manera de contraste, en el CRC que es una institución que se reconoce como cristiana, no denominacional, lleva por lema “nuestro fundamento es cristiano, nuestra guía la Biblia”. Resulta particularmente llamativo el hecho de que la mayor parte de ofertas terapéuticas del dispositivo tengan un texto básico que sea el fundamento de su doctrina, ideología y principios. Resulta más interesante que ambos textos estén emparentados y que tengan un fundamento religioso. En cierta forma los juegos de voluntades del dispositivo terapéutico para la atención a las adicciones están cimentados en la creencia de que existe una necesidad de conformar al individuo a través de la voluntad de un poder superior judeo-cristiano.

Actualmente en México el CRC tiene más de diez casas en distintas entidades del país. Abiertamente esta organización sigue una tradición protestante de evangelizar, encontrando en los adictos un objeto poblacional de intervención que requiere asistencia y guía cristiana para salir de sus problemas.⁷⁹ Su planteamiento de la recuperación es importante, ya que, de manera paralela que los AA, el neófito es y ha sido responsable de sus acciones y es su deber dejar a Dios entrar a su corazón. La idea de establecer permanentemente un cambio en su vida, como un “buen cristiano” que se aleje de las drogas, está íntimamente relacionada con una interpretación

⁷⁹ En su sitio web especifican que “Aunque la Asociación no pertenece a ningún sistema religioso, se define como entidad de carácter cristiano que utiliza la palabra de Dios (la Biblia) como guía a seguir, con el sincero deseo de servir al prójimo”. En incontables ocasiones traté de que me dieran una respuesta sobre su denominación, pero siempre contestaban que no eran de ninguna. Incluso durante el trabajo de campo traté de ver sus acercamientos con iglesias cristianas o pastores, pero no encontré tales vínculos pues la institución produce también sus propios espacios de adoración, reunión, estudio y prácticamente todas sus actividades vinculadas a la religión son endógenas.

de que esos son los deseos de Dios en su vida. Al tener rasgos de institución total como los centros de rehabilitación y anexos, el CRC también tiene una lógica de jerarquías y son claras las diferenciaciones de prestigio personal. A pesar de que estas instituciones son abiertamente religiosas, en sus orígenes protestantes, tienen grandes similitudes con aquellas instituciones que basan su tratamiento en los doce pasos de AA.

3.3. “No somos una religión”

El subtítulo de esta sección presenta una declaración que resulta una paradoja interesante. AA hace un gran esfuerzo por insistir que no son una religión pero su enseñanza central es que sólo pueden recuperarse con la ayuda de un poder superior (Antze 1988:149).

En el Libro Grande se menciona que el alcoholismo es una “enfermedad espiritual”. Le llaman una enfermedad trifásica: se reconoce que es una enfermedad física y mental, pero se hace énfasis en la dimensión espiritual. En la parte introductoria del texto se menciona: “No estamos aliados con ninguna religión en particular, secta o denominación, ni nos oponemos a ninguna. Simplemente deseamos ser serviciales para aquellos que sufren esta enfermedad” (AA 2013: vii). Esto, en sus usos prácticos en distintos centros de rehabilitación y anexos, se podría interpretar como una estrategia retórica para integrar nuevos miembros⁸⁰. Recordando los orígenes de AA asociados al protestantismo este rechazo a la religión es una forma de marcar una verdadera fe, una fe que permita una relación directa con el poder superior sin intermediarios de ningún tipo.

⁸⁰ Hay un esfuerzo intencional para desasociar AA de cualquier marco de referencia religioso convencional con la finalidad de atraer individuos con una gran variedad de antecedentes religiosos (Brandes 2002).

Jesús, es uno de los alcohólicos en recuperación que tiene más de veinticinco años sin beber y drogarse, participa apoyando al Anexo de puertas abiertas de Sergio a través de la impartición de un taller que titula “inteligencia emocional” que es una revisión de los doce pasos de AA de manera participativa en conjunto con los asistentes. Este taller tiene lugar en la sala de juntas del Anexo. Al entrar al inmueble, una vez iniciada la junta, las luces de la sala captan fácilmente la atención de quien va llegando. La sala se ve con mucha asistencia (más de la que hay en las juntas) y las demás actividades del Anexo cesan por completo. Todos los martes y jueves, por dos horas, a partir de las ocho de la noche Jesús coordina este taller. Los asientos de la sala de juntas están acomodadas todas en dirección al frente y se deja un pasillo en el centro para que se pueda acceder a las sillas vacías y para que Jesús pueda caminar en él. Es prácticamente la misma distribución que en las juntas de “estudio” o de “compartimiento”.

El tipo de público que participa en este taller es diverso. Llegan personas a la CT que nunca han tenido algún problema de adicción y se mezclan con los participantes que están internadas. La mayoría de estas personas son mujeres y entre los problemas que describen se encuentran la depresión, el convivir con una persona con alcoholismo o drogadicción y la codependencia. Estos malestares entran dentro de lo que Jesús menciona que son las “enfermedades emocionales” y para eso es que el taller de “inteligencia emocional” está diseñado; para poder tratar este tipo de malestares. A este público se agregan también algunos invitados o miembros de otros grupos de AA, y personas que también padecen problemas con el consumo del alcohol o drogas pero que no están internadas. Al ser un público más amplio y ver que había gente que tomaba anotaciones para mí fue más fácil, en primer lugar, participar como un asistente más al taller, y en segundo lugar, tomar anotaciones que nutrían directamente mi diario de campo.

Las sesiones están ordenadas para ir avanzando secuencialmente en función de cada uno de los doce pasos del programa de AA. Una vez terminado el ciclo de trabajo y revisión de los doce pasos se dan unas semanas de descanso antes de que el taller reinicia y pueden participar quienes ya lo han tomado nuevamente así como nuevas personas. En ocasiones se diseña alguna sesión en donde participa algún colaborador de Jesús. Sergio, Ignacio o Laura, psicóloga que es pareja de Ignacio, regularmente participan con intervenciones para colaborar con Jesús. Cuando los psicólogos participan ocupan la parte central de la sesión para dar el tema que se relaciona directamente con el paso correspondiente.

En mi experiencia de trabajo de campo tuve oportunidad de presenciar el inicio de varios talleres. Durante la junta de presentación del taller Jesús le decía a los asistentes que el taller se basaba en los doce pasos de AA y que no eran un grupo religioso. Que aceptaban todas las religiones de donde provinieran, si eran budistas, católicos, lo que fueran, no importaba, pues aceptaban cualquier religión. Continuó su idea invitándolos a que, aunque no creyeran en nada, tendrían que creer y considerar de corazón que existía un “poder superior” a ellos mismos. Destacando a éste como un punto fundamental para integrarse al programa de los doce pasos. En las juntas de AA es común escuchar comentarios, desde tribuna o de manera informal, haciendo recomendaciones a recién llegados y recordando lo que les dijeron a ellos mismos cuando llegaron. “Si no crees en nada, imagina que el “poder superior” es el grupo o la silla sobre la que estas sentado”. La invitación es para que el individuo deje de pensar que es él quien decide sus acciones (decisiones que incluso han sido suplantadas por el alcohol o droga) y que éstas deben responder a una voluntad superior a la de él mismo. Si bien el alcohol había sido su amo, al quitar el alcohol no pueden ser ellos mismos quienes gobiernen su vida, no pueden ser ellos mismos quienes controlen sus deseos y acciones, ahora su amo debe ser alguien más, y ese

alguien más debe ser un poder superior. Esta es una idea que corresponde con los métodos del CRC en donde se les pide que dejen a un lado sus propios intereses y deseos, pues los verdaderos intereses y deseos que hay que seguir son los que Dios tiene para ellos pues, finalmente, éstos deberían ser también sus propios deseos.

En otra junta Jesús comentaba:

...y este programa no es religioso, es importante que sepan que no es religioso, ni los vamos a cambiar de religión, ni los vamos a hacer hermanos, ni aleluyas. ¡Jajajaja! No, sus religiones que tengan ustedes, bienvenidas, ojalá las perfeccionen y se metan a practicarlas realmente como son. Esto no es religioso, pero si es, exactamente, espiritual.⁸¹

Estas declaraciones se pueden interpretar como una aceptación al católico predominante en México. Si se llega a este tipo de grupos siendo católico, el dispositivo terapéutico no aspira a cambiar tu religión pero si aspira a que te apegues lo más posible a sus principios al grado de que el programa te ayudará a hacerlo. Jesús enuncia que respetarán a las religiones de donde provengan pero al mismo tiempo hace mofa de ejemplos de religiones que no son la católica. Valverde y White-Mair (1999) identifican que el término “poder superior” fue seleccionado para referirse al Dios protestante sin ofender a los no cristianos o agnósticos. Sin embargo en este caso vemos a Jesús que no tiene pudor alguno al ofender y burlarse de corrientes cristianas, y en diferenciarse de ellas señalándolas como un extremo indeseable.

La condición de “enfermedad espiritual” es reconocida también por los profesionales que laboran en los Anexos y clínica privada. Ignacio, el psicólogo, explicaba su propia interpretación de lo “espiritual” del programa de los doce pasos al hablarle al público acerca de la necesidad de externar sus experiencias y del sentido del trabajo colectivo en el taller: "...buscar entre todos cierto equilibrio emocional en nuestras vidas. Se debe decir espiritual, pero yo tengo que

⁸¹ Reconstrucción del testimonio a partir de mis notas en el diario de campo y mi cuaderno de participación en el taller. Esta junta se llevó a cabo el día 11 de septiembre de 2012.

disfrazarle, soy psicólogo, y por eso digo cierto equilibrio emocional en nuestras vidas.”⁸² Ignacio en este espacio terapéutico que no corresponde a los profesionales marca la oposición entre ciencia y religión, y en ese mismo esfuerzo marca una equivalencia empírica entre lo emocional y lo espiritual.

Esta insistencia de negar el carácter religioso, de las técnicas de atención a las adicciones en las instituciones que operan bajo el modelo de los doce pasos, me parecía innecesario pues a simple vista estos espacios están alejados de los signos que se suelen asociar a una iglesia católica. No hay pastores o sacerdotes, no hay un orden jerárquico instituido formalmente entre sus miembros, no hay distinciones oficiales para sus miembros. Pero conforme me adentraba se podían identificar muchas similitudes evidentes entre una estructura y otra. La presencia y el uso de un libro básico que dicta la forma y el sentido de la institución, mitos de origen y mitos fundacionales, una especie de ritual confesional para expiar los pecados o la enfermedad, un listado de pasos o reglas para mantener la condición deseable de persona, son algunas de ellas. A pesar de la negación constante de su condición religiosa hay una exacerbación del contenido espiritual de su proceso de rehabilitación. Esto me mostraba una ruptura con las nociones generalizadas de lo que es una religión y de la amplitud de sus posibles ataduras para mantener un control entre sus feligreses. La idea, heredada del protestantismo, de que el “poder superior” es una presencia que perdona, que busca lo mejor de ti, de una voluntad mayor que ha sido negada por la condición de la adicción y por el orgullo y la soberbia del adicto, se convierte también en una estrategia retórica que permite llegar a un público más amplio que tal vez, por su historia de consumo de sustancias, nunca buscó acercarse a una religión o que, en su defecto, tuvieron una enseñanza distinta de lo que es la divinidad. Los miembros de AA generalmente

⁸² Extraído de la junta del taller de inteligencia emocional en el Anexo de puertas abiertas del día 11 de septiembre de 2012.

distinguen entre la idea de religión, que implica necesariamente una afiliación a una organización denominacional, y la idea de espiritualidad, que refiere a lo que los AA llaman “poder superior” (Brandes 2002a:29).

La insistencia en que AA no es una religión invita a la comparación. De igual modo que el protestantismo, y múltiples iglesias nuevas, AA está buscando generar una ruptura de lo que comúnmente se considera como religión para promover un camino de contacto inmediato con Dios, sin intermediarios. La estrategia que pretende llegar a un público más amplio, a la vez pretende que el sujeto en el que tenga eco el mensaje de AA desarrollará la capacidad individual de relacionarse con el poder superior. El proceso colectivo de rehabilitación que se promueve en estas instituciones motiva una individualización de la vida espiritual-emocional en la que la voluntad del individuo está sometida a una voluntad superior. Esta voluntad superior es una voluntad que el individuo debe de descubrir en su vida, que él debe caracterizar (con la ayuda del grupo, de la literatura, de su padrino), pero que finalmente él será el único que la conocerá.

3.4. De conocer a Dios a encontrarse con un Poder Superior

Sergio desarrolló para mí en una entrevista una explicación de lo que es el “poder superior”. En este sentido habrá que tomar en consideración que estamos frente a una narrativa perfeccionada y construida con una perspectiva informada por diversas influencias de otras autoridades de grupos de AA. Es una narrativa autoritativa de lo que fue y es Dios, dentro de un régimen normativo para entenderle y para enseñar a los demás qué es. Sergio creció creyendo en el Dios del que su madre hablaba. Un Dios que era castigador y que mantenía un constante escrutinio sobre sus acciones. Un Dios represivo al que debía de temer.

...se me hacía como una medida de represión. La pinche religión. ¡Pórtate bien porque te va a llevar el diablo! o ¡Dios te va a castigar! Por una parte. Por otra parte mi padre era maestro y se

decía ateo. Las únicas dos veces que yo recuerdo que él habló conmigo en mi niñez, una fue en relación a la iglesia. A la religión que mi madre nos inculcó (...) Que tenías que portarte bien porque el niño Dios no te iba traer nada. Yo creo que si existió el niño Dios, en ese momento, se dio cuenta de que yo me portaba muy mal porque no me traía nada, cabrón, jajaja.

Entonces yo crecí con esa idea así muy fija de que era como algo muy represivo. Sólo había leído algunas historias bíblicas como David y Goliat, Caín y Abel. Recuerdo que mi jefa compró un libro que se llamaba "El libro de nuestros hijos", era como una enciclopedia así grandote. Pero era lo único que yo tenía referencia del libro de texto de la Iglesia Católica. Y lo que te decían en el catecismo. Que más bien era como prestarte a servir como de esparrin para que desahogara sus frustraciones el catequista o la catequista porque: ¡jajaja! ¡Salían con cada mamada! Yo estuve en el Salesiano para hacer la primera comunión y el catequista que nos tocó era un hijo de la chingada.

⁸³ Muy diferente a la catequista acá en el tribunal para menores. (...) Entonces yo vivía con esa idea, la idea que te venden ellos.⁸⁴

La noción de un Dios punitivo quedó marcada en Sergio según su propia narrativa. La amenaza estaba presente todo el tiempo. Si se portaba mal sería castigado por Dios. Esta concepción de divinidad está altamente influenciada por el proceso de enseñanza al que fue sometido durante su infancia que, a parte de su madre y padre, incluyó a los catequistas católicos que tuvo en la escuela y en el tribunal para menores. Fue una imagen de Dios que restringía su modo de actuar.

La constante observación divina sobre el comportamiento en la vida cotidiana y que dicha observación sea interminable, con su omnipresencia y omnipotencia, le da la capacidad de identificar fácilmente los malos y buenos comportamientos, pero principalmente aquellos

⁸³ Colegio particular que forma parte de dicha congregación religiosa católica y que tiene una larga trayectoria de formación. Desde el año de 1955 se instaló en San Luis Potosí y en la actualidad cuenta con una oferta educativa desde primaria hasta bachillerato. Sergio estudio ahí ya que su madre consiguió una beca para sus estudios. Esta congregación junto con los Josefinos, Maristas, Hermanas del Sagrado Corazón de Jesús, Religiosas del Verbo Encarnado, Hermanas de la Caridad del Verbo Encarnado, Misioneros del Espíritu Santo, Hermanas Mercedarias del Santísimo Sacramento, y Opus Dei son algunas de los que han consolidado colegios con mayor trayectoria en la capital del estado en la formación de los infantes y jóvenes potosinos de clase media alta y alta. Actualmente el campo educativo ha proliferado y hay otras congregaciones católicas que ofrecen servicios educativos incluso a nivel superior, así como una gran cantidad de colegios y universidades laicas.

⁸⁴ Entrevista realizada el 15 de diciembre de 2014 en las instalaciones del Anexo de puertas abiertas.

comportamientos que salen de la normativa moral católica y que son susceptibles a la aplicación de castigo. De estas ideas se sigue que aquel que comete un pecado se aleja del reino de Dios y que, por tanto, se aleja de su protección y cuidado y en el peor de los casos se acerca al infierno, la oposición lógica de su reino. Tal es la manera en que Sergio manifiesta su conocimiento de Dios en su infancia: “pórtate bien porque te va a llevar el diablo o dios te va a castigar”.

Esta noción no se mantuvo permanente en la experiencia de Sergio. A lo largo de su vida, siguiendo su narrativa, pasó por un segundo proceso de enseñanza sobre Dios. Este segundo proceso de enseñanza me hace preguntarme si no fue también desde ahí en donde encontró la manera de articular sus creencias previas sobre el Dios castigador. La narrativa predominante de la gente que está en Anexos y corrientes derivadas de AA es hablar de un primer momento de conocimiento de Dios y del temor que le tenían como máxima autoridad punitiva. Pensando en las raíces protestantes de AA también existe una similitud importante pues es común esta caracterización del Dios castigador católico.

Este segundo proceso de enseñanza estuvo determinado por su contacto con AA. En este proceso no sólo aprendió una nueva forma de concebir a Dios pues también aprendió estrategias retóricas y narrativas para distinguir la diferencia entre lo que Dios era y es para él. Como en su caso muchos de los adictos en recuperación que ingresan a las filas de AA, sea por una temporada o de manera permanente, aprenden a través de sus juntas, de la revisión y estudio de la literatura de AA, de las conversaciones con aquellos que tienen más experiencia y trayectoria dentro del grupo, e incluso de invitaciones a leer la Biblia, que el Dios que conocían hasta antes de llegar ahí es un Dios diferente al que deberán conocer. La mayoría de los miembros con los que hablé tenían, a partir de su infancia, la noción de un Dios punitivo, perspectiva informada

por el antiguo testamento y muy posiblemente también por el proceso pedagógico que ya habían recibido hasta ese momento por su propia experiencia en AA, Anexos o la clínica privada.⁸⁵

Para Sergio fue hasta que tuvo contacto con AA que conoció a Dios.

...en los grupos, hay gente que se apasiona pero lee la Biblia bien, saben prácticamente todo lo que existe entre el Génesis y el Apocalipsis de cabo a rabo. Entonces yo escuchaba. Tuve una discusión muy fuerte y me regalan una Biblia. Me doy cuenta que tenían un concepto muy cómodo pero muy chingón de que hay algo más grande. Ese algo más grande no se dedica a castigar. Eso fue lo más efectivo para mí. Encuentro que hay algo más grande pero que no se dedica a castigar y eso me hace reflexionar en la forma en cómo me tocó vivir y veo que hay muchas cosas que pudieron haberme quitado la vida, si, muchas, sin embargo, algo sucedió para que yo siguiera aquí.⁸⁶

Frente a la imagen de divinidad castigadora muchas personas, como Sergio, van transformando su perspectiva sobre Dios al aprender nuevas narrativas y posicionamientos que les permiten entender a Dios de distinta manera desde el modelo de AA. En algunos casos llegan adictos a estas instituciones expresando que no tienen religión y que no creen en Dios, que crecieron en la católica pero que no la practican. Muchos llegan a tener algún tipo de conflicto pues la filosofía de AA pide desde su segundo paso que se crea en un “poder superior” que será quien permita recuperar el sano juicio. No es raro, pues, que se haya popularizado y generalizado la idea de que AA es como una religión, pues al neófito prácticamente desde su llegada a algún grupo o centro de rehabilitación, que opere con fundamento en los doce pasos de AA, se le comienza a hablar de un “poder superior”.

Para ilustrar estas reacciones de los neófitos en relación a su incertidumbre y asociación de AA con una religión mi experiencia en la entrevista con Martín F., el responsable de la Mesa

⁸⁵ Sólo algunos miembros de AA e internos en Anexos y centros de rehabilitación, me comentaron que eran católicos y que pensaban, más bien, en un Dios amoroso que perdona, una imagen que se asemejaba mucho a aquella que les proponían y que documentaba la literatura de AA.

⁸⁶ Entrevista realizada el 15 de diciembre de 2014 en las instalaciones del Anexo de puertas abiertas.

de Servicio de las Oficinas Intergrupales de AA, servirá de ejemplo. Él me comentaba lo siguiente:

Pues es lo que yo al principio pensaba, cuando no sabía de estas cosas, que era como una secta satánica. ¿Qué hacen ahí? ¿Matan pollos? ¿Hacen brujería? o ¿Qué onda? ¿No? Y no es nada de eso. Es que es el desconocimiento.

Martín F. me estaba presentando AA y desde su narrativa quería eliminar los posibles prejuicios que yo tuviera por lo que pudiera haber escuchado antes. Tal vez utilizó ejemplos extremos como la secta satánica o como la brujería, pero evidenció una creencia ampliamente difundida por la sociedad mexicana en donde AA se asocia con una religión. Para él la ignorancia es lo que produce que la gente desarrolle prejuicios frente a AA y les impida siquiera pensar en la idea de que existe un poder superior.⁸⁷

Sergio en su narrativa dice que “encuentra” que hay algo más grande que él. En el segundo paso del programa de AA se invita al adicto a “encontrar” a ese poder superior, a salir de sí mismo para identificar en otro invisible al que designa el orden, forma y condición de las cosas.⁸⁸ Esto le ayudó a explicar por qué no había muerto frente a múltiples amenazas. Le ayudó a explicarse por qué seguir con vida. Esto, como más adelante veremos, lo llevará también a reflexionar sobre su nueva misión y sentido de vida. Finalmente Sergio me comparte lo que para él es un “poder superior”.

...no es algo que podamos adorar, ¿verdad? Decir: ¡está en este momento! ¡Está en este lugar!, ¡Está de esta forma! Algo paradójico. Aun cuando no podemos tenerlo en forma o en un lugar, en

⁸⁷ George E. Valiant (2005) reconoce que incluso dentro de algunas opiniones de profesionales hay críticas que comparan a AA con cultos religiosos, para concluir que AA es equivalente o superior a cualquier otro tratamiento para el alcoholismo y que no tiene ningún tipo de efecto secundario. Reconoce que aunque produzca dependencia en sus miembros es una dependencia que les fortalece y que evita recaídas, algo que no han logrado hacer la medicina profesional. En su análisis Valiant hace una comparación entre ciencia y religión para destacar el valor de AA como alternativa terapéutica a aquellas desarrolladas por la ciencia.

⁸⁸ “Llegamos a creer que un Poder superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio”.

el momento en que se ocupa él sabe lo que tiene que hacer y con esa bandera he comulgado siempre.

(...)Definitivamente hay algo más grande. Sí. Yo siempre (...) he dicho que, es como, es algo que se tiene que estar alimentando, y que se va a alimentar con todo lo que hagas bien. Como si estuvieras inflando un globo, todo lo que hagas mal le saca aire, así es que ¡tú sabes!

Entonces así es como comparto este concepto del poder superior que encontré yo. (...) Si resulta algo harto difícil compartirlo abiertamente porque hay una pugna muy cabrona, eh, sobre todo si te topas con alguien que tiene una religión bien definida.⁸⁹

El que Sergio encontrara un poder superior ha dado también un giro completamente a su concepción previa. Ahora éste ya no lo castiga, más bien, se aleja si no hace el bien en su vida cotidiana. Mientras se mantenga haciendo el bien, como él dice, está dentro de lo que su “poder superior” le demanda. Ya no hay amenaza de que irá al infierno o de que el diablo acompaña sus acciones negativas, sino más bien una interpretación de éstas como un alejamiento de lo que el “poder superior” quiere para él. Él mismo puede ser, y será, el responsable de no seguir los lineamientos de “bondad” que su divinidad le demanda. Si vuelve a beber, si hace las “cosas mal”, él será el responsable y su “poder superior” será testigo de cómo él mismo está llevando su vida hacia una dirección indeseable. Ya no es Dios quien lo castiga sino que es el mismo Sergio quien sigue y hace (o no) la voluntad de Dios pudiendo recibir, más bien, su acompañamiento y amor⁹⁰.

La promesa que abre la tradición de AA para aceptar, reconocer y someterse a un poder superior se posiciona distante de la imagen castigadora, vengativa y vigilante que mantiene aquél Dios que conocía el recién llegado. Se propone que sea un poder superior a uno mismo y no necesariamente tiene que ver con las figuraciones conocidas con anterioridad sobre Dios. De ahí la insistencia en que si no creen en nada, crean en el grupo, la silla o cualquier cosa que no sean

⁸⁹ Entrevista realizada el 15 de diciembre de 2014 en las instalaciones del Anexo de puertas abiertas.

⁹⁰ La segunda tradición de AA habla de ese Dios que es amor. “Para el propósito de nuestro grupo solo existe una autoridad fundamental: un Dios amoroso tal como se exprese en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza. No gobiernan” (AA, 2014a).

ellos mismos. De ahí que Sergio sea enfático con la idea de que él, personalmente, ha encontrado un concepto de “poder superior” que trata de compartir. El adicto al carecer de fuerza de voluntad suficiente para tomar decisiones adecuadas y mantenerse sin beber y sin hacer daño a las personas a su alrededor, ha encontrado un “poder superior” que sustituirá su voluntad. El adicto ha encontrado un suplemento positivo que sustituye al negativo que era el alcohol o las drogas, sin embargo él es responsable de que la voluntad del poder superior se cumpla. En cierta forma él es depositario de esa voluntad que sólo se llevará a cabo mediante sus acciones consecuentes.

El tránsito para asumir una nueva postura frente a su adicción, es decir de concebirse como adicto, se da a partir de dejar de creer que uno mismo es capaz de afrontarla por sí sólo. Hay un “poder superior como cada quien lo conciba” que interpela a todo público independientemente de que pertenezca a una religión o no, “este poder es aquel que producirá que el alcohólico admita su falta de poder sobre el alcohol”⁹¹ (Valverde y White-Mair 1999:404). A pesar de que Room (1993) y Valverde y White Mair (1999) reconocen que dentro de AA se promueve una individualización del “poder superior”, “como cada quién lo conciba”, ambos reconocen que el Dios al que se apela es de extracción protestante y sus miembros al recurrir constantemente a sus ejemplos y diversas opciones de lo que puede ser una divinidad, finalmente apelan a una imagen de aquel Dios cristiano que perdona, que ama, y que les acompaña en todas y cada una de sus acciones. “Como cada quien lo conciba” es una retórica interesante pues lo que es inconcebible es que se conciba un poder superior fuera de esos lineamientos. Lo interesante es lo que el mismo Room plantea, en el sentido de que esta individualización del “poder superior” impide que el adicto haga una transferencia de sus cargas y responsabilidades a una institución o

⁹¹ Traducción del propia.

a otra persona. ¡Tú sabes!, como Sergio lo plantea, si sigues inflando el globo o si lo desinflas, y el “poder superior” estará o no presente a través de sus acciones.

Por último en su reflexión, Sergio, comenta que ese “poder superior” se presentará cuando sea necesario, a pesar de que no se le puede ubicar con claridad en algún sitio, lugar o momento. Él lo manifiesta como una paradoja. Pero más que una paradoja, es una forma retórica de hablar del “poder superior”. Claramente Sergio está dando sentido a su narrativa para alejarse de los lugares comunes que asocian a una religión y a su Dios con un espacio específico como un templo, o con una persona concreta como un ministro o un sacerdote. Él mismo me ha comentado, como muchos otros, que el “poder superior” se manifiesta en la “conciencia del grupo” o que en las juntas hay momentos rituales como el sonar la campana al comenzar para simbolizar la apertura a un momento en el que se sabe se manifestará el “poder superior” a través de los testimonios en tribuna y la atenta escucha de los compañeros en el grupo.

En el CRC el proceso es completamente diferente. Para mencionarlo de manera sintética, el voluntario que lleva a internarse por ocho meses entra a un proceso de rehabilitación en el que durante ese tiempo lee la Biblia y la comenta, hace oraciones colectivas, participa en reuniones de adoración y de estudio, escucha música cristiana (ninguna otra), y observa, escucha y hace cosas que surgen de la concepción de Dios que se tiene en el centro. La imagen de Dios es clara, es el Dios del evangelio que está disponible para aquel que lo quiera conocer y dejar su vida por él. En cierta forma esta noción de Dios no está tan distante de la que Sergio describe pues “el buen cristiano” que se espera que nazca en el CRC también debe dedicar su vida a hacer cosas buenas a los ojos de Dios. Conforme veremos en el siguiente apartado y en el siguiente capítulo, los paralelismos entre la concepción del poder superior en el CRC y en las instituciones que trabajan con los doce pasos se irán haciendo más claros.

3.5.Paralelismos del programa los doce pasos con el catolicismo-cristianismo

En la práctica cotidiana de los adictos en recuperación, dentro o fuera de su internamiento, los paralelismos o referencias que hacen sobre su forma de ver el mundo, informada por su aprendizaje de los códigos, normativas y prácticas basadas en el programa de los doce pasos de AA, están influenciadas por tradiciones cristianas que se pueden asociar con enseñanzas de la iglesia católica. En otras palabras no hay un abandono total de concepciones católicas en la forma en que se vive el programa de AA dentro del dispositivo terapéutico.

Era un día soleado y caluroso de la primavera del 2013, para ese entonces, yo ya tenía algunos meses de contacto y trabajo de campo en la CT y el Anexo. Llegué a la CT por la tarde; alrededor de las 17:30. Las puertas de la cochera estaban abiertas, como siempre están durante el día, y entré al inmueble. A mi costado izquierdo había una especie de lona que cubría un patio pequeño al frente de la casa que funge como bodega de triques. Al costado derecho, en una cochera techada para dos autos, había una mesa con bancos y trozos de madera vieja y empolvada, una serie de sillas, llantas viejas y estantes desgastados distribuidos aleatoriamente. Al pasar junto al baño que da al patio central, era imposible no reconocer el fuerte olor a orines. Me asomé a la sala de televisión, a la oficina de Sergio, a los consultorios, y finalmente a la cocina, para buscar a alguien y no encontré a nadie. Tenía intención de retomar conversaciones pendientes con quienes estaban internados. Después de ese breve recorrido escuché voces en la sala de juntas. Todos estaban ahí. Me sorprendió ver a Pablo sentado coordinando una junta. Él es el responsable del Anexo y su presencia en la CT es extraordinaria. Llega a suceder cuando tiene alguna solicitud o consulta urgente con Sergio sobre la operación o los recursos en el Anexo. Pablo estaba sentado en un sillón en una posición muy cómoda. Tenía un brazo estirado

y estaba sentado sobre una de sus piernas cruzadas. Los sillones de la sala estaban alineados frente a una fila de sillas que les encaraban. Con Pablo estaban los internos del Anexo de puertas abiertas, alrededor de once personas.

Me integré al grupo y como la presencia de Pablo era poco común, me pareció evidente que hacía uso de su posicionamiento como “alcohólico en recuperación” con una larga trayectoria en grupos para hablar con autoridad sobre el tema. Su necesidad de “llevar el mensaje” lo manifestaba estimulando constantemente a los presentes repitiéndoles que le preguntaran y que les dijeran sus opiniones, o lo que pensaban, pues él no siempre estaba ahí. Estaba cumpliendo una labor pedagógica con los internos del Anexo de puertas abiertas con quienes no trabaja comúnmente.

Pablo narraba el vínculo de los doce pasos de AA con los diez mandamientos. “Mira, los doce pasos son sacados de la Biblia”. Hizo una comparación con pasajes de la Biblia, haciendo referencia a que imaginaba que algunos de los presentes estaban leyéndola. Habló de Moisés cuando liberó a los hebreos de Egipto y al momento en que Dios le entregó las tablas de la ley. “...le dio la ley de Dios, y ese güey, con su pueblo cogiendo y bailando. ¿Cuál es la ley? Amarás a Dios sobre todas las cosas, a tu prójimo como a ti mismo, no robarás, no matarás, honrarás a tu padre y a tu madre. ¡Lo mandamos a la chingada!”. Comentó que Dios mandó a su hijo “amarás a Dios sobre todas las cosas y a tu prójimo, honra a tu padre y madre, ¿no?, y ¡también lo mandaron a la chingada!”. Y les recriminó que sus padres también les habían dicho eso, que debían trabajar, amar, estudiar, honrar a sus padres. Dijo que eso era lo que Dios quería, que

dejaran de beber y de drogarse, que fueran felices, que descansaran, que siguieran adelante, que sacaran a sus hijos adelante.⁹²

Para Pablo los diez mandamientos y los doce pasos bien podrían pertenecer al mismo campo semántico de significación. Esta es una estrategia para comunicar con mayor facilidad a quienes le escuchan sobre lo que se desea que hagan y crean. Apela a que tiene un público familiarizado con los mandamientos (muchos de ellos incluso, como él y Sergio, crecieron en el seno de familias católicas) le permite hacer planteamientos que sean más digeribles para los recién llegados. Siguiendo a Pablo, el “deseo” que tiene Dios (y sus padres) para ellos se manifiesta en ambas listas de “leyes”. El “poder superior” del que habla Pablo es el Dios que aparece en la Biblia, en el antiguo y en el nuevo testamento, que demanda, en síntesis, amor a él y a los demás. Las referencias que hace Pablo a la Biblia le ayudan a ilustrar lo que quiere decir. El peso de los doce pasos en el programa de AA como “leyes” o mandamientos emanados de Dios y que los llevarán a una vida “útil y feliz” como Dios y sus respectivos padres quieren.

En comparación en el CRC la Biblia es una herramienta base del trabajo diario. Todos los internos tienen Biblia y ésta es consultada, a parte de las lecturas personales, en cada reunión u oración según el orador lo vaya pidiendo. Las referencias son constantes en los estudios y hay un gran reconocimiento a aquellos que sobresalen haciéndolo.

Pablo comentaba, en esa misma junta, que “en la iglesia nos dicen que aparecen los siete pecados capitales, aquí les llamamos defectos de carácter, orgullo, pereza, envidia, sexo, ira, gula, avaricia, esas cosas son tendencias”. Hay, nuevamente, una superposición de ideas que aparecen absorbidas directamente de las tradiciones católicas en México. En los centros de rehabilitación que se trabaja el programa de los doce pasos de AA se hace una sustitución entre

⁹² Esta es una reconstrucción de lo que dijo en la junta a partir de mis anotaciones en mi diario de campo el día 4 de abril de 2013 y de las anotaciones que elaboraba durante la sesión.

pecados capitales y “defectos de carácter”. Esto sirve para ejemplificar aquellas características de la personalidad que, junto con su manera de beber o drogarse, les generan problemas. Los carteles en los muros, donde se hace un listado de los “defectos de carácter” y las virtudes que se oponen a cada defecto, son parte de la señalética de los grupos y salas de juntas en centros de rehabilitación y Anexos.

Las imágenes, tal como en la iconografía católica representada en esculturas o pinturas, de Bill W y el Dr. Bob, forman parte del mobiliario común de estos espacios, son símbolos sagrados que representan los más altos estándares y valores morales del movimiento internacional de AA (Brandes 2002a:41). El constante recordatorio visual de estos dos personajes implica a las prohibiciones, y ayudan a consolidar la integración grupal. La presencia de Robert Holbrook Smith (Dr. Bob) en la mitología de AA no es menor pues es reconocido junto con Bill como el cofundador de AA. Él era participante del Grupo Oxford (aunque en Akron, Ohio) y alcohólico también. Después del despertar espiritual de Bill, éste había logrado mantenerse sin beber hasta que en un viaje de trabajo a Akron sintió ganas de beber. Una amiga en común de los Grupos Oxford les presentó y durante ese viaje conversaron. La narrativa del mito explica que pensaban hablar sólo quince minutos y la conversación se extendió por horas. Entre ambos hubo una identificación inmediata. Los dos personajes principales de la mitología de AA eran médicos que habían intentado todo para dejar de beber. Ambos eran miembros del Grupo Oxford y acompañando su despertar espiritual encuentran que necesitan hablar entre ellos para sobrepasar sus ganas de beber de nuevo. Este momento fundacional de la comunidad de AA es largamente reproducido en las narrativas míticas, pues muestra que no sólo es necesario aceptar a un poder superior sino que es necesario, para mantenerse sin beber y drogarse, conversar con otros alcohólicos y drogadictos. De tal modo la junta de AA, el espacio ritual por

excelencia, en donde se reproduce ese primer intercambio entre alcohólico con alcohólico para dejar de beber simbólicamente debe estar acompañada de todos los elementos posibles para dar esa carga de eficacia terapéutica al momento.

Algo similar a lo que sucede con las imágenes de Bill W y Dr. Bob pasa con la “oración de la serenidad”⁹³ y el “legado a la responsabilidad”⁹⁴ enmarcadas en pequeños cuadros, así como algunos axiomas de AA como “Sólo por hoy”, “Poco a poco se va lejos”, “Primero lo primero”, “Vive y deja vivir”. El uso que hacen de estos axiomas es, en términos generales, dirigido al individuo y es un indicador más del proceso de individualización que conlleva la rehabilitación bajo este modelo. Tal vez el primero “Sólo por hoy” es el más popularizado porque hace referencia a las 24hrs. de AA, es decir, se promueve que el día de hoy se deje de consumir y al día siguiente se repita lo mismo y así sucesivamente. Esta medida, según muchos, ayuda a dejar atrás la lógica de plazos en los que se imponían una fecha para volver a beber o drogarse. Así se abstienen de hacerlo por un día a la vez. “Primero lo primero” se refiere a que la prioridad para el individuo debe ser él mismo. Dentro de lo que ellos reconocen como la enfermedad identifican que el adicto quiere hacer cosas por otros pero no se ayuda a sí mismo. Durante los internamientos justifican sus ganas de salir con que deben ver a sus familias e hijos, por ejemplo, mientras las autoridades les dicen que deben de pensar en el bienestar individual primero antes de querer estar o ayudar a alguien más. “Primero lo primero” refiere a que el adicto debe estar al frente de todas las decisiones y acciones que tome, en concordancia con el programa de los doce pasos, por el bien de sí mismo y de las personas que le rodean. Para ello una prioridad siempre será asistir a sus juntas por ejemplo. De ahí se desprende por ejemplo el

⁹³ “Señor, concédenos serenidad / para aceptar las cosas que no podemos cambiar / valor para cambiar las que sí podemos, / y sabiduría para discernir la diferencia”.

⁹⁴ “Yo soy responsable / cuando cualquiera / donde quiera, / extienda su mano pidiendo ayuda / quiero que la mano de AA / siempre esté allí / Y por esto: ... Yo soy responsable”.

dicho “si faltas a tus juntas no preguntes por qué recaes” que se asocia directamente con la falta de cumplimiento con el axioma; el adicto no está dando prioridad al mantenimiento al método sanador de su enfermedad mediante su asistencia a las juntas. “Poco a poco se va lejos” es un constante recordatorio de la paciencia que debe de tener el adicto en su proceso de rehabilitación. En este sentido no debe esperar que su vida cambie de la noche a la mañana sino que cambiará a través de sus pequeñas modificaciones en “juicios y actitudes” en la vida cotidiana. Esto de manera acumulada, siguiendo el ejemplo de padrinos que tienen años sin beber y drogarse, se verá reflejado en un bienestar personal y en una mejor relación con su entorno. “Vive y deja vivir” refiere a cortar con la tendencia que tienen los adictos a criticar, querer que otras personas actúen en función de sus intereses, y dejar de poner atención en sus propias acciones. Estos axiomas son recordatorios constantes de lo que debe ser un buen comportamiento y las directrices del proceso de rehabilitación en AA, son concebidas como tareas pequeñas pero que esconden un gran significado para dejar las adicciones.

El legado a la responsabilidad está íntimamente relacionado con la idea de “llevar el mensaje”. En el siguiente capítulo se explorará a profundidad este fenómeno, pero cabe señalar que este legado hace un énfasis importante en la individualización del proceso de rehabilitación. Regresando al momento en el que Bill W y el Dr. Bob se encuentran, el adicto debe responder al llamado de cualquier otro par que pida ayuda por su padecimiento. La transposición de ser una persona invadida por la pérdida y de haber perdido su voluntad a costa del alcohol o drogas, a ser una persona responsable que tiene la tarea de ayudar es una parte medular del mantenimiento sin beber y drogarse.

Las oraciones y axiomas, aunque pareciera que pudieran ser extraídos de enseñanzas cristianas o de interpretaciones de la Biblia, son ideas que fácilmente pueden ser abrazadas por

cualquier tipo de credo pues, como comenta Hiriart (2004), están dotadas de “una lacónica sensatez”. Las oraciones, desde que fueron incorporadas al programa de doce pasos, han permanecido como parte toral de las juntas de AA pues generalmente se recitan al finalizar las juntas de forma colectiva. Es una forma en la que se une la congregación, la múltiples voces integradas en una sola articulan oralmente los preceptos grupales. La oración de la serenidad se puede interpretar como una invitación a mantenerse un día a la vez viviendo el ahora, un fortalecimiento del yo para mantenerse lejos del alcohol, y el legado de la responsabilidad como una invitación a cumplir con la quinta tradición de AA⁹⁵. Tanto en el CRC como en donde se utiliza el programa de AA se estimula la conversación, meditación u oraciones directas con Dios, sin intermediarios de por medio en espacios privados. Pero es exclusivo del CRC que en ciertos momentos de sus reuniones se promueva la oración en formato libre y en voz alta.

El espacio sagrado de las juntas en los grupos de AA ha sido comparado con el espacio católico del templo (Brandes 2002a). Este espacio se ha reproducido en la clínica privada, en centros de rehabilitación y en Anexos, y prácticamente no hay un sitio en donde se reproduzca la ideología de AA en donde sus juntas no se hagan en un espacio que contenga mínimamente esos elementos.

La confesión ocupa parte significativa dentro del programa de los doce pasos. El cuarto y quinto paso hablan de hacer un inventario moral de sus acciones y de admitir frente a Dios, uno mismo y otra persona la naturaleza de sus defectos. En términos coloquiales y como generalmente se entiende, es hacer una confesión de cómo han dañado a otras personas con sus acciones y cómo se han dañado a sí mismos, de sus pecados, de aquellas cosas que hicieron o dijeron que les producen un malestar. Los “Grupos de Cuarto y Quinto Paso” centran su

⁹⁵ El Apéndice III contiene un listado de las doce tradiciones de AA. La quinta tradición es la siguiente: “Cada Grupo tiene un solo objetivo primordial: Llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.”

tratamiento en estos dos pasos que se focalizan en la búsqueda de autoconciencia y la confesión, se han extendido desde México a algunos lugares en EEUU y buscan fortalecer la espiritualidad de sus miembros y evitar recaídas frente al consumo de sustancias a través de retiros (Garcia, et.al. 2015).

En los grupos, centros de rehabilitación y Anexos, la confesión se puede identificar en dos momentos principalmente: en las juntas a través de la “tribuna” y en la práctica del quinto paso. El primero se enmarca a un contexto ritual en donde quien habla estructura sus elocuciones a partir de un modelo que debe cumplir con las normativas y códigos de habla. Es un proceso de identidad e integración grupal, un performance que debe ser aprendido a través de distintas estrategias narrativas, y un alivio de ansiedades del yo (Brandes 2002a).

La forma de contar historias (“story-telling”) en AA tiende a funcionar, no como una búsqueda psicoanalítica a la profundidad del yo, sino como un modo de enlistar las narrativas previas al alcoholismo. Los rígidos énfasis en el alcohol, o en las visiones previas del alcoholismo, y la exclusión de otros problemas en la vida de las personas puede ser doctrinario, pero puede ayudar a entender porque los grupos han sobrevivido durante décadas. Decir la historia personal no es una técnica simple con un significado y efectividad invariable. Es una técnica flexible que puede ser desplegada en formas contradictorias (Valverde y White-Mair 1999:404).

Las confesiones grupales o individuales en las instituciones totales muestran sumisión, transgresión de límites personales, un traspaso del límite del individuo y su ser con el ambiente, es un ejercicio de exposición de hechos y sentimientos del yo, dónde públicamente se sufre una desacreditación de su yo (Goffman 2009:37-8). La segunda forma de confesión, durante el desarrollo del quinto paso, se da de manera privada y en ocasiones también en un marco ritual,

entre quien se confiesa y quien le escucha. Esta forma de confesión, que es de la que habla el quinto paso, es en la que los miembros expresan que deben de decir todo, incluso lo que no se atreven a decir en la tribuna. La confesión es el instrumento terapéutico primordial para psicólogos y trabajadores sociales, que para este caso se extiende también a los grupos de AA, en donde verbalmente se deben manifestar las acciones y experiencias pasadas, junto con deseos, pensamientos y sentimientos, si es que uno espera una catarsis (Carr 2011:94). En este caso también se presenta como uno de los elementos más importantes en el proceso de formación de sujetos, pues busca crear verdades a través de la revelación de secretos que guarda uno mismo y que piden salir a la luz, y es un ritual discursivo en donde el sujeto que habla coincide con el sujeto enunciado, que despliega relaciones de poder, autentifica la verdad, y articula modificaciones intrínsecas transformando al sujeto liberándolo, ofreciéndole su salvación (Foucault 2011:56-69).

Por su parte, en el CRC no se llevan a cabo ningún tipo de prácticas confesionales. Incluso hay más bien medidas coercitivas que prohíben que haya conversaciones sobre las vidas que llevaban antes de llegar al centro. Éstas se limitan a través del monitoreo constante de las conversaciones y a través del acompañamiento que tienen todo recién llegado con algún interno más experimentado. Éste último es el encargado de que no se externen las experiencias que pudieran ser de carácter confesional o experiencias negativas, las malas acciones, formas de consumo, daños a otras personas, arrepentimientos, etc.

Esto último me lleva a uno más de los encuentros que tiene el programa de AA, y sus manifestaciones en centros de rehabilitación, clínicas y Anexos, con el catolicismo. La figura del “padrino” o “madrina” toma especial relevancia en estos espacios. Este término refleja la terminología de la tradición católica entre padrino y ahijado que es consagrada por el bautismo

(García 2015) y una variante de lo que muchos antropólogos llaman parentesco ritual o ficticio (Brandes 2002a). En la aplicación del modelo de los doce pasos hay distintas formas en que se manifiesta el “apadrinar” a alguien o el uso de la palabra “padrino”. A mi llegada a estos espacios me percaté rápidamente que incluso a mí mismo me decían “padrino”. Me lo decían por ejemplo los internos del Anexo las primeras veces que me veían. Me lo decían cuando, invitado por Sergio, asistía a una junta en un grupo que no había conocido previamente. Me percaté que se usaba como forma para referirse, con respeto, a otros compañeros con los que no se había tenido contacto previo sin importar si tenían o no más tiempo en el programa. “Apadrinar” a alguien significa también, conversar con alguien que pide consejo o recomendación específica sin que esto implique necesariamente establecer una relación permanente con el padrino. El término se usa para nombrar al “padrino de padrinos” quien es un veterano de AA que cuenta con gran reconocimiento de sus congéneres y que, como su título lo dice, ha apadrinado a generaciones de adictos en recuperación que a su vez han sido padrinos. Aunque el programa recomienda establecer un vínculo de este tipo con alguien, son muchos los miembros, anexados e internos de centros de rehabilitación que prefieren mantener una relación abierta y no exclusiva con los padrinos.⁹⁶ Recomiendan elegir al padrino en función de las experiencias vividas, si hay un historial que es similar seguramente tendrá recomendaciones más adecuadas. En la práctica muchos de los apadrinamientos se dan en función del carisma, de la popularidad y del liderazgo que detenta el padrino, signos por los que muchos recién llegados son atraídos. A diferencia de la

⁹⁶ Jarrad (1995) explica que en grupos de AA en EEUU esta relación es privada. Se procura que nadie sepa quién es padrino de quién y que sus vínculos, conversaciones, asesorías, e intercambios se mantengan en privado. Se procura que esta relación no implique una forma de reconocimiento o jerarquización entre los miembros. De hecho el término para referir este tipo de acompañamiento en EEUU es *sponsorship*, de modo que el *sponsor* no tiene propiamente un parentesco ritual sino más bien una especie de mecenazgo o patrocinio moral que es lo que define su apoyo. Jarrad identifica que en Brasil esta relación es de carácter público. Entre los miembros de los grupos se sabe incluso la forma de “apadrinar” de los padrinos, de modo que se puede elegir en función de sus métodos de acompañamiento. En este sentido el modo de apadrinamiento en Brasil es mucho más similar al de México.

relación de compadrazgo católica, aquí el vínculo genealógico se limita al padrino y a su ahijado, es decir, no existe el compadre. Incluso el término ahijado es sustituido a veces por “apadrinado”, aunque regularmente el único referente es el padrino: ¡soy su padrino!, ¡es mi padrino!. Esto demuestra una relación jerárquica y la subordinación del neófito frente al miembro de AA experimentado. El padrinazgo y su carácter particular, en México y Latinoamérica, está demarcado por las hibridaciones entre los principios propios de AA y las influencias que ha recibido del catolicismo.

Por su parte, el CRC no cuenta propiamente con una figura de “padrino”. Cuenta, más bien, con una figura que llaman “sombra”. La “sombra” es otro interno que tiene más tiempo en la institución y que tiene un desarrollo más avanzado de su conocimiento de Dios, la Biblia y la espiritualidad cristiana. En cierta forma es una especie de paralelismo de la relación padrino-ahijado, aunque la principal diferencia es que la sombra pasa prácticamente todo el tiempo con la persona que tiene asignada para su seguimiento. Él se convierte en el responsable de mostrar al recién llegado la dinámica de la institución, de acompañarlo en todas sus actividades, y de dar instrucción en su quehacer cotidiano. Se vuelve también en una especie de consejero y amigo, pero es también su autoridad moral inmediata. La sombra no puede ser elegida por el neófito sino que más bien es asignada por la autoridades.

Finalmente, un punto más de traslape entre las manifestaciones formales de la religión con AA está entre la estructura que constituye la forma organizativa de AA y la estructura de la Iglesia Católica. No es que la estructura institucional sea homologa sino, más bien, que la forma que adopta AA sigue una lógica jerárquica y vertical que permite hacer algunas comparaciones en términos de su operación, funciones y organización. En primer lugar, es relativamente fácil de distinguir la relevancia que tienen, para los centros de rehabilitación que operan con el modelo

de los doce pasos de AA, los fundadores de AA y principalmente Bill W. Como se mencionaba, su presencia física se en fotografías en todos los centros y Anexos son un recordatorio constante de su relevancia, ejemplo, testimonio y enseñanza, tal como sucede con la cruz, vírgenes o santos en los templos católicos. En segundo lugar, hay una literatura aprobada por los Servicios Mundiales de AA que hace referencia a las historias de estos apóstoles, incluso algunos que han sido escritos desde su propio puño y letra. Su literatura sirve como referente constante no sólo de lo que es el programa de AA, sino de toda una ideología y forma de ver el mundo, sus relaciones y el desarrollo de su espiritualidad. Este cuerpo de literatura bien podría ser para los AA, lo que la Biblia para los cristianos, a pesar de que a su “Libro Grande” está altamente influenciado por la Biblia. En tercer lugar está la situación de “aprobación” de la literatura por parte de los Servicios Mundiales. Esta literatura la edita y distribuye AA de manera oficial, son las fuentes de producción de saberes de AA, de su historia, de sus principios, de su filosofía y de su forma de operar y poner en funcionamiento su estructura y en “práctica” los doce pasos. Hay toda una serie de publicaciones, folletería y publicidad en México que no forma parte de la literatura aprobada de AA y que se encuentra en circulación gracias a iniciativas propias de AA Sección México, el movimiento 24 hrs., de centros de rehabilitación y anexos, o de los grupos llamados liberales o fuera de serie (iniciativas que trabajan con los doce pasos de AA pero que no son reconocidos como parte formal de AA). Este tipo de producción de conocimiento de AA podría compararse con los evangelios apócrifos que han sido rechazados por los católicos y cristianos. En tercer lugar, podríamos considerar que los cismas dentro de la comunidad de AA, aquellos mencionados que no forman parte formal de la estructura de AA, son una división interna que con variaciones en sus postulados y algunos fundamentos cambian ligeramente. Como sucedió y sigue sucediendo con el cristianismo, por ejemplo, con aquellos movimientos o iniciativas

religiosas que surgen de su influencia pero que, finalmente, son negadas formalmente por sus autoridades, dando lugar a nuevas manifestaciones religiosas, iglesias o cultos. Éstas iniciativas no son aceptados por los Servicios Mundiales de AA y no son considerados como parte de AA, independientemente de que operen con el modelo de los doce pasos o con una derivación o reinterpretación de éste, independientemente de que operen con el “Libro Grande” como base y de que sigan el testimonio y ejemplaridad de Bill W. y el Dr. Bob.

3.6. Religiosidad en el dispositivo terapéutico y juegos de voluntades

Como se ha descrito existe una fuerte influencia del protestantismo y del catolicismo en la aplicación de técnicas provenientes del programa de AA en las instituciones del dispositivo terapéutico. Aunque existe una fuerte tendencia repetitiva para decir que AA no es una religión, los elementos religiosos que son utilizados en su día a día y la influencia religiosa de la que abrevan para el desarrollo de su ideología, identidad, y sentido de comunidad son innegables.

Estos elementos apuntan a la necesidad por parte de quien es adicto de reconocer que tiene un problema que no ha podido superar por sí solo. Hemos visto que el adicto dentro del dispositivo terapéutico es concebido como una persona que representa la pérdida de uno mismo y una pérdida para la sociedad, el primer paso para iniciar su rehabilitación consiste en reconocer que tiene un problema: reconocer que su voluntad ha sido suplantada por la de la droga o el alcohol. En el dispositivo se le enseña que deberá someterse a un poder superior a él. Deberá dar cuenta de que él no es quien debe controlar su vida, sus decisiones, y sus acciones. Si bien él tendrá la capacidad de decidir qué hacer, deberá hacerlo teniendo en mente (y en espíritu) la presencia de Dios en su vida.

La hibridación de saberes protestantes y católicos en estas instituciones, permite que exista cierta familiaridad por parte de los miembros con sus raíces de formación religiosa católica en México. Los códigos en los que se traducen estos saberes destacan la participación grupal, el compromiso, y el involucramiento por completo de los adictos en estas instituciones. Es decir, si no hay una adopción de principios en su vida cotidiana la rehabilitación difícilmente tendrá éxito. En estos procesos la asimilación y reproducción de narrativas del mito de origen y la comprensión de la necesidad de hablar con otro alcohólico o drogadicto para poder mantenerse sin beber y drogarse es fundamental.

La droga queda eliminada del sistema de identificación de la persona para ser sólo un referente de quien era y quien es ahora gracias a ella. Su característica como suplemento negativo queda como parte de las narrativas de su yo adicto, y es suplida por el poder superior. Es interesante cómo el mito de origen lo podemos comparar con el comportamiento que se atribuye al adicto al buscar repetir la primer experiencia de éxtasis, al probar la droga, en sus consumos subsecuentes. El mito de origen refiere a un éxtasis de despertar espiritual y podemos hacer la comparación en la búsqueda de ayudar a otros y seguir la voluntad del poder superior como esa búsqueda de emular su primer éxtasis de experiencia espiritual. El carácter suplementario y de sustitución de la esencia del adicto lo mantienen tanto la droga, como el poder superior. Aunque cada uno de ellos sea reconocido con valores polarizados, pues el primero es negativo y el segundo positivo. En ambos casos la voluntad es determinada por ese agente externo que llega a suplir.

Los juegos de voluntades movilizados a partir de la influencia religiosa de AA en el dispositivo generan una serie de relaciones que hacen que el adicto asuma y adopte por completo una nueva identidad que estará regida por un poder superior en el que su voluntad será la

voluntad del adicto en recuperación. Estas voluntades tienen una orientación pragmática y la comprobación de sus eficaz puesta en práctica se refleja en los “juicios y actitudes” del día a día. Estas señas que como hemos visto construyen una semiótica de la vida cotidiana en donde se muestran índices que marcan si la persona está o no haciendo la voluntad del poder superior se seguirán explorando a mayor profundidad en el siguiente capítulo.

El dispositivo terapéutico a través de estas instituciones muestra la intertextualidad que constantemente se está tejiendo entre los axiomas, las oraciones, la Biblia, el Libro Grande y demás literatura de AA, la recurrencia al mito de origen y al encuentro de Bill W con Dr. Bob, que dan prioridad y hacen imprescindible el carácter religioso del dispositivo.

Tal estructuración de los juegos de voluntades es útil al entorno social en el que se inserta el dispositivo terapéutico. Como se ha venido diciendo la práctica desde los márgenes del estado de estas instituciones está contribuyendo a fortalecer al estado neoliberal tal como se presenta en México. La transformación de sujetos a través de someter su voluntad por la de un poder superior y por los designios de las normativa del modelo de los doce pasos de AA es ideal para el estado mexicano. Por una parte AA rechaza la participación en debates públicos por lo que hay una tendencia a priorizar las problemáticas en una escala individual en la que la persona es la principal responsable de solucionar y afrontar los problemas a los que se enfrenta. Los procesos de individualización tienen efectos en varias esferas de la vida cotidiana del adicto. Por una parte se somete a la voluntad de un poder superior como él, personal e individualmente, lo concibe. Es decir, pareciera que al final al poder superior (aunque está altamente influenciado por el protestantismo) uno le puede dar la interpretación que quiera. Aunque se sigan los designios del programa y se hagan acciones de buena fe, el poder superior como lo caracteriza uno puede distar de cómo lo caracteriza otro. El tiempo de oración y meditación en gran parte también es

individual. La equivalencia entre los malestares emocionales y los malestares espirituales no resuelven la focalización a la resolución del problema más allá de la responsabilidad del propio individuo. El marco de AA da un soporte para entender sus problemas como de índole espiritual y por tanto es el poder superior a través de él y de sus acciones que ayudará a resolver sus problemas. Los problemas adyacentes y las condiciones que ayudaron a que se agudizara el problema de consumo de sustancias finalmente terminan siendo también responsabilidad de la persona, de su caracterización como un sujeto de voluntad perdida o débil y que sólo él es el responsable de resolverlo. Esta responsabilidad individual se extrapola hacia la asistencia que se debe dar a otras personas. Es decir, una vez dentro del proceso de rehabilitación de los doce pasos de AA, la persona es responsable (para ayudar a su propia recuperación) de compartir con otros que piden ayuda que existe un lugar para cambiar. Los adictos en recuperación, individualmente, serán voceros de AA y sus acciones hablarán de la comunidad. Esta responsabilidad individual no busca hacer transformaciones en el entorno social, busca comprometer individuos a llevar una vida ejemplar y a ayudar a otros en el proceso de sustitución de suplementos solamente. No hay una preocupación por promover una transformación social que rebase los límites del trabajo individual, con uno mismo, con sus emociones y su cualidad espiritual.

Como veremos más adelante aceptar a un poder superior y someterse a su voluntad no es lo único que se requiere para llevar a cabo con éxito la rehabilitación del adicto. En el siguiente capítulo se explicará cómo hay algunos elementos clave más que tienen que ver con la pragmática de AA y con el servicio. Se explorará también cómo es que finalmente, si uno entrega su vida a la voluntad de Dios, éste será benigno y recompensará las buenas acciones del adicto en recuperación.

Capítulo 4. Aceptar la adicción y la pragmática de la conversión religiosa

Retomando la relevancia de la dimensión religiosa del proceso de rehabilitación, el dispositivo ha demostrado requiere de un proceso acompañado de enseñanza en el que se impondrá la nueva forma en que el adicto debe ser autoidentificado. Si bien el sometimiento a la voluntad del poder superior es fundamental en este proceso, hay toda una serie de indicadores, señales, y manifestaciones que externalizan el carácter patológico del adicto por una parte, y el carácter de su proceso de recuperación por otra parte.

Como se comentaba en capítulos anteriores los Anexos y la clínica privada se diferencian del CRC en su proceso de conversión religiosa. En los primeros prepondera la pragmática del programa de AA mientras que en el segundo prepondera un proceso disciplinario que basado en el trabajo se pretende llegar a ser un buen cristiano. Las dos formas de conversión son una hibridación de mecanismos de poder pastoral, disciplinario y de seguridad, y ambas promueven un estudio de sus textos básicos y la adaptación de un lenguaje y de comportamientos afines a la identidad institucional. Pero el caso de las instituciones que trabajan con un modelo de los doce pasos de AA tiene una serie de técnicas especialmente desarrolladas para demostrar la necesidad del adicto de subordinarse a la voluntad divina. Por paradójico que pareciera en este sentido, estas instituciones preponderan mecanismos de poder pastoral a diferencia del CRC que su fuerte es el disciplinario.

A lo largo del capítulo exploraremos algunos de los principales indicadores que muestran el avance en el proceso que promueven las instituciones que trabajan en base a los doce pasos de AA. Estos indicadores funcionan sobre una base de mediaciones suplementarias y se insertan en los juegos de voluntades que tienen lugar en las relaciones sociales y de poder de las formas de intervención del dispositivo terapéutico.

4.1. Bill W. y la repetición de la experiencia espiritual

La experiencia de Bill W. es la referencia de lo que es una experiencia espiritual entre los grupos de AA. Consultó la obra de William James (1999) para comprender lo que le sucedió y enmarcar su propia experiencia como espiritual. La conversión religiosa la identifica como un fenómeno que se presenta de dos modos. Retoma directamente parte del trabajo del Dr. E. D. Starbuck en donde se distinguen dos tipos de conversión religiosa, el volitivo y el de autorrendición. El primer tipo es una conversión religiosa consciente y voluntaria, es un cambio regenerativo, gradual, y consiste en la construcción de un nuevo conjunto de hábitos espirituales y morales. El segundo tipo es inconsciente e involuntaria, en la que podríamos colocar la experiencia de Bill W., con efectos subconscientes más abundantes y sorprendentes, caracterizado como producto de la intervención de fuerzas que superan la actividad del individuo, por más que éste se ha esforzado voluntariamente a cambiar (ibíd., p.160-163). En ambos casos la conversión en el individuo refiere a que “las ideas religiosas, antes periféricas en su conciencia, ocupan ahora un lugar central y que los objetivos religiosos constituyen el centro habitual de su energía” (James 1999:154).

En uno de los apéndices del “Libro Grande” se hacen acotaciones sobre la experiencia espiritual o el despertar espiritual. Estas acotaciones se hicieron por las confusiones que causaba la explicación de dicho fenómeno en ediciones anteriores. La imagen que se generaba era que “estos cambios de personalidad, o experiencias religiosas, tienen que ser de una índole de súbitos y espectaculares sacudimientos” (A.A., 2013:169). Aunque estos casos eran recurrentes, se menciona que no es la regla y que muchas transformaciones corresponden a lo que William James llama “variedad educacional”, pues se desarrollan lentamente. Esos cambios se pudieron

dar por un profundo cambio en su reacción a la vida que no fue realizado por él mismo. Descubren un recurso interior que identifican como un Poder Superior a ellos mismos. “La mayoría de nosotros pensamos que esta conciencia de un Poder superior al nuestro es la esencia de la experiencia espiritual”. Encuentran que para nadie habría de existir problema con la espiritualidad del programa pues sólo se requiere buena voluntad, sinceridad y una mente abierta para la recuperación.

Gerardo presenta un caso particular de experiencia espiritual. Lo conocí gracias a una amiga psicóloga que trabajó en una clínica privada en San Luis Potosí. Cuando dejó de ofrecer sus servicios a la clínica invitó a algunos de sus pacientes a continuar su trabajo terapéutico de forma privada. Gerardo fue uno de esos pacientes. Ella les preguntó si estarían interesados en compartir sus experiencias conmigo, y una vez que aceptaron participar en el trabajo me puse en contacto directamente con ellos. A sus cuarenta y cinco años, de piel morena y estatura baja, cuando lo conocí percibí una voz calmada y mucha tranquilidad en sus modos. Vestía mezclilla, una camisa azul y un suéter de estambre gris. Algunas canas pintaban su cabellera negra y sus ojos se veían vidriosos y un poco rojos. Hablamos en un café a orillas de un parque cerca del centro de la ciudad, me había indicado que le era un lugar cómodo para llegar después de su trabajo. Desde la llamada telefónica para concertar la cita, pensé que aún consumía, ya había conocido a otro de los contactos de mi amiga que lo hacía aunque en niveles que no le resultaban problemáticos. Sus ojos, algo rojizos, me hicieron pensar que posiblemente habría consumido alguna sustancia antes de acudir a la cita que habíamos concertado. Conversamos un rato sobre mi proyecto y le pedí permiso para grabar la entrevista. Estuvimos en ese lugar cerca de dos horas. Quedé intrigado por su historia y motivado por haber conocido a alguien fuera de los espacios institucionalizados de mi trabajo. Estaba sorprendido por encontrar, en la construcción

de su narrativa, elementos comunes a las estrategias narrativas en tribuna y mi intriga me obligó a pedirle que me concediera nuevamente una cita para continuar con la entrevista. Un par de semanas después continuamos la entrevista en mi casa.

Nunca imaginé que Gerardo describiera una experiencia similar a la del cofundador de AA pues la mayoría tienen experiencias espirituales de tipo volitivo. No había conocido a nadie que externara haber pasado por una experiencia de autorrendición. Gerardo había desarrollado una larga carrera como drogadicto y alcohólico. Nació en una familia de comerciantes del centro histórico de la ciudad y participó desde joven en el negocio familiar. Vendían ropa que ellos mismos traían de EEUU. Dejó la escuela para dedicarse al negocio. Al poco tiempo pudo emanciparse con propia tienda. Se juntó con su mujer y tuvo un hijo que falleció a los ocho meses de nacido. Él no estuvo en la muerte de su hijo. Cumplía una pena de un año en la cárcel por robo de vehículo automotor. Al salir de la cárcel se dio cuenta de que su negocio había quebrado gracias a su propio ritmo de consumo de alcohol y drogas. Desde su adolescencia había desarrollado un gusto especial por benzodiazepinas y posteriormente por el alcohol. Después de tener un “mal viaje”, por miedo, decidió dejar de consumir. Durante semanas sentía que se volvía “loco”. Se dedicó al trabajo físico, como albañil, lo que le ayudó a estabilizarse. Por un contacto familiar logró obtener una base trabajando en el municipio. Recuperó a su familia y tuvo dos hijas. Volvió al consumo de alcohol e inició a consumir cocaína en forma de piedra. En una ocasión estando drogado, como casi todo el tiempo estaba, atropelló a una persona y un familiar le asesoró para que su pena la cumpliera en libertad con la medida cautelar de firma semanal. Volvió a la cárcel por faltar un día a su firma en el penal. Su esposa pagó su fianza y lo dejó ahí porque tardó en salir. Como conocía a muchas personas le invitaron drogas como bienvenida al penal. Cuando salió, aunque tenía intenciones de ir a su casa, pasó a pedir fiada

droga. A partir de ahí, durante un periodo de quince días, no fue a su casa, ni al trabajo, y se mantuvo consumiendo “piedra” en la calle. “Ya no tomaba. Me empecé a drogar más y más. Andaba robando, no completaba. El otro día andaba haciendo cuentas (.....) entre quince o veinte mil diarios me gastaba, y no llenaba, y siempre era más. Estaba bien fuerte la adicción”.⁹⁷

Cuenta que, la mañana de su catorceavo día, llegó un momento en el que después de fumar seis piedras seguidas le empezó a dar un dolor en el pecho. La persona con quien estaba fumando le dijo, ofreciéndole de la caguama, que parecía que le iba a dar un “pasón”⁹⁸. Manifestó un dolor en el pecho y aceptó la cerveza. En su siguiente fumada dice que sus piernas le dejaron de funcionar y cayó al suelo de rodillas. Su amigo lo intentó parar mientras él le decía que le dolía el pecho y que sentía que le picaban el corazón con una aguja, aquel le empezó a dar un masaje en el pecho. En su último intento de fumar se desvaneció y no recuerda nada hasta despertar en la noche dentro de un automóvil abandonado junto a unos chavos que estaban drogándose. Al despertar no identificaba donde estaba y sólo recordaba que su amigo le aplastaba el pecho.

Empiezo a recordar que alguien me pasó una película. La escuela, cuando me case, mis hijos, la cárcel, algo así bien clarito. Es algo que no puedo borrar, y me dio un chingo de sentimiento y me empezó a entrar mucho miedo y me agarre a llorar. ¡Chale, hijo de su pinche madre! ¿En qué me he convertido? Me convertí en un ladrón, en un violador, en un irresponsable, en una persona que defraudó a mucha gente, que golpeó a mucha gente, que dañó, a tanta gente que pique, balaceé, mucha gente que le hice mucho daño. En ese preciso momento me di cuenta que ya no podía con todo eso. Sentía que me estaba muriendo y, luego, me decía mi compa: ¡no, güey, es que te moriste! Y me acordaba de la película, y oía una voz que me decía de mis hijos, ¿dónde están?, me acordaba cuando me pedían dinero para comer, querían que los llevara al cine, y yo los mandaba a la chingada. Y toda la gente que dañe, todo lo que hice, así todo, todo, y fue algo con lo que no pude.

⁹⁷ Fragmento de entrevista realizada el día 11 de noviembre de 2015 en mi casa.

⁹⁸ Presentaba síntomas físicos de un exceso en su consumo, de sobrepasar la cantidad que el cuerpo puede recibir. “Pasón” es un término que se usa para describir una sobredosis.

Comenta que sentía mucho miedo, lloró durante mucho tiempo, y trató de calmarse con alcohol, lo cuál funcionó temporalmente. Más tarde, esa misma noche volvió a fumar piedra y nuevamente se sintió mal, decidió ir a casa de sus padres para buscar dinero. Mientras caminaba volvió a escuchar una voz que le preguntaba por sus hijos, volteaba para ver quién le hablaba pero no había nadie. De repente se encontró en la puerta de su casa (donde vivía con su esposa e hijas) y, comenta que, por más que ha intentado “trabajarlo” en sus grupos de AA o en sus terapias psicológicas no logra entender cómo llegó ahí sin darse cuenta.

Llegó su hermana, quien se sorprendió de verlo así, le preguntaba insistentemente qué le habían hecho y dónde había estado. Él le dijo que si lo quería ayudar que lo internara. Comenta que no supo de donde salió eso, pero que en ese momento fue lo que le dijo y sentía que sería la única forma de sentirse mejor. La hermana arregló que lo recogieran al día siguiente. Cuando llegó su esposa, una amiga de la familia y su hija a la casa, él estaba encerrado en el cuarto. No salió hasta que la amiga prometió llevarle una caguama para que se la “curara”. Él dice que no andaba crudo pero seguía sintiéndose muy mal, con mucho miedo, con mucha culpa y tristeza, pero principalmente con mucho miedo. Cuando salió del cuarto no lo pudieron reconocer, su amiga le dijo que le daba mucha tristeza verlo así y su mujer lo llevó al baño para que se viera en el espejo.

Me veo y no era yo. Estaba todo pinche barbón, verdoso, todo flaco, todo chupado, bien demacrado [mientras platica se deslizan lágrimas por sus mejillas]. Estoy todo mal, todo orinado, y no, pues, hasta donde he llegado. (...) Llegué todavía con dientes al grupo, eso fue lo último, ahí se me empezaron a caer. (...) Llegué con ganas de dejar todo⁹⁹.

Estuvo internado durante tres meses en un Anexo en el centro de la ciudad. Los primeros ochos días de su internamiento fueron para iniciar su recuperación física, dejar atrás sus delirios, alucinaciones y principales malestares mentales. A partir de la segunda semana le dieron el cargo

⁹⁹ Fragmento de entrevista realizada el día 11 de noviembre de 2015 en mi casa.

de servidor y estuvo ahí durante tres meses. Se involucró completamente en su recuperación. Incluso llegó a acompañar en múltiples ocasiones al director del Anexo a recoger “doceavos”¹⁰⁰. Comenta que aprendió mucho de lo que AA tiene para enseñar y que él siempre buscó acercarse a las personas que se notaba que sabían más y dominaban más el programa. Después de siete años en el programa y de tomar terapia psicológica, decidió que quería seguir aprendiendo y se encontró con la oportunidad de estudiar una Maestría en Terapia Gestalt. Afortunadamente pudo conservar su trabajo gracias al apoyo de algunas personas que le ayudaron a presionar al sindicato argumentando que había sufrido una enfermedad (la adicción) y que se había atendido, lo cual justificaba sus faltas y le permitía mantener su trabajo. La institución donde estudió su maestría le permitió cursarla a pesar de no contar con estudios completos de secundaria y bachillerato, le esperarán hasta que los valide para darle sus reconocimientos de estudios de posgrado.

En el recuento de la historia de Gerardo podemos observar que distingue algunos momentos, revelaciones, o cuasi milagros, inexplicables en los que se manifiesta un “poder superior”. La “película” de su vida, la “voz” que le pregunta, en dos ocasiones, sobre sus hijos, su “aparición” en la puerta de su casa, solicitar a su hermana que le interne, son manifestaciones que él interpreta, ahora, después de haber conocido AA y de haber pasado por varios procesos terapéuticos, como divinas. Al narrar su historia personal, está poniendo en práctica la adquisición de un sistema cultural que ha aprendido, se entiende a sí mismo como un adicto habiendo aprendido una estructura apropiada para su historia y una forma adecuada de enmarcar su propia vida como la vida de un adicto. Es una herramienta para reinterpretar el pasado y

¹⁰⁰ Este término corresponde a la forma en que coloquialmente se hace referencia a la práctica del doceavo paso de AA. Es el nombre que reciben aquellos a quienes les “llevan el mensaje”. En la jerga de los Anexos, un doceavo está también la persona que van a recoger para ser internada (sea con o sin su consentimiento, sea internamiento voluntario o involuntario).

entenderse a sí mismo con una identidad de AA (Cain, 1991). Sus referencias a estos momentos inexplicables me parecía que hacían un énfasis más allá de su construcción como adicto en recuperación. Hay una diferencia sustancial en su propia experiencia comparada con la de Bill W. Éste último clamó a Dios por ayuda al sentirse en su mayor “fondo de sufrimiento”. Gerardo experimentó, sin pedirlo, la presencia divina en varios momentos de su “fondo de sufrimiento”. El miedo, en este caso no de entregar su voluntad a un “poder superior”, a morir lo llegó a pedir ayuda a su hermana. Bill W. pide ayuda a Dios reconociendo su “derrota” obteniendo inmediatamente una claridad de pensamiento y emociones que le muestran un camino hacia una nueva vida. Gerardo hasta que se mira a sí mismo en el espejo encuentra esa “derrota”.

Estamos frente a un fenómeno de conversión, que podríamos considerar como mezclado entre autorrendición y volitivo en términos de James (op.cit.). La interpretación de Gerardo va tomando forma gradualmente, e intensifica su posicionamiento frente a un “poder superior” años después de haber formado parte de los grupos de AA. En su experiencia se manifestó la intervención de fuerzas superiores a la actividad de Gerardo, pero a través de su proceso de recuperación en los grupos y, más aún, en su incursión en terapias psicológicas y, últimamente, en su cursada de posgrado en terapia Gestalt es que fue reafirmando su conversión volitiva. Pero si no hubiera llegado ese “fondo de sufrimiento” y hubiera sentido esas experiencias espirituales, orillándole a momentos de autorrendición, tal vez no hubiera surgido su necesidad de cambiar. Valdría la pena explorar las ideas que James (1999) desarrolla acerca del pecado como móvil para la conversión del alcohólico. El sentido religioso aquí se comprende con el fondo de sufrimiento es un sentido de incompletud, de imperfección moral, de pecado que se une al anhelo de encontrar la paz. Así, el pecado asedia al pecador y le genera una angustia que ansía su liberación (ibíd., p.157).

Julio César presenta en su historia un contraste interesante con los vistos hasta ahora (Bill W. y Gerardo). Durante su infancia, su experiencia espiritual le dejó marcado para toda la vida. Esto no le impidió desarrollar una adicción. Julio César tenía apenas un mes de internamiento en el Centro de Rehabilitación Cristiano (CRC), le restaban al menos ocho meses más para terminar su estancia al momento que lo conocí. Durante los trabajos matutinos en la carpintería, mientras lijaba una silla, se me acercó Chema, el encargado de área, y me invitó a recoger una donación. Dejé lo que estaba haciendo para acompañarlo. Iba también Julio César y el Sr. Raúl.

Chema y el Sr. Raúl son dos de los integrantes del CRC que más jerarquía y respeto tienen dentro del centro, y Julio César, como decía, era prácticamente un recién llegado. Una bodega de abastos les llamó para ofrecerles una donación. La bodega estaba a quince minutos de la carpintería. Nos dieron acceso a una de las rampas de carga y descarga de tráileres. Una vez que Chema y el Sr. Raúl arreglaron la documentación con los encargados de la bodega, nos dispusimos a cargar el camión. Todo era muy rápido, entre los cuatro hicimos una línea para pasar las cosas del muelle al camión y desarrollamos un buen ritmo que nos permitió hacer la carga relativamente rápida. Dimos dos vueltas con el camión lleno a la casa. Con la ayuda de los que se encontraban en la casa vaciábamos rápidamente el camión para volver de nuevo. La segunda ocasión paramos para comer. En el refrigerio finalmente pude conversar con Julio César. Chema se quedó conmigo. Julio César se mostró muy interesado por el trabajo que estaba haciendo y me hacía muchas preguntas, Chema le permitía cuestionarme e incluso en ocasiones él mismo intervenía haciendo alguna pregunta. Terminamos de comer y regresamos nuevamente a la bodega. En el trayecto de regreso me fui en la zona de carga con Julio César y conversamos sobre su experiencia en el CRC. Llegó al CRC gracias a su iglesia cristiana en una pequeña ciudad del estado de Guanajuato. Ellos le informaron que existía ese centro de rehabilitación. Es

su primera vez en un internamiento por su adicción. Al saber que el centro era cristiano no le costó mucho trabajo decidir trasladarse a San Luis Potosí para buscar su rehabilitación. Él creció en el seno de una familia cristiana.

Me platicó que había conocido a Dios desde antes de llegar al CRC. Dios lo había bendecido cuando era niño, salvándolo de la muerte. Mientras andaba por las calles de su pueblo tuvo un accidente en su motocicleta. Él estaba totalmente consciente después del accidente. “Sentía, veía, olía, y todo lo demás”.¹⁰¹ El golpe había sido fuerte pero él no se había percatado de los daños. Trató incluso de ponerse de pie para irse. La gente a su alrededor le impidió ponerse en pie y le dijeron que no se moviera hasta que llegara la ambulancia. Vio cómo una señora levantaba sus tripas de la calle y las acercaba a él. Tuvo un estallamiento de vísceras y una gran pérdida de sangre. Él no creía lo que veía. Estaba demasiado sorprendido para entender lo que pasaba. No entiende cómo, bajo esas condiciones, pudo estar totalmente consciente. Fue hasta que llegó al hospital, con los sedantes y anestésicos, que comenzó a perder la conciencia. “Empecé a irme” y lo describió como si de repente lo hubiera envuelto una luz blanca muy grande que lo abarcara todo. Hasta el final veía a Dios en su trono, mucha luz, pero sin capacidad de poder distinguir una cara o facciones. Él sabía que era Dios y sintió que su mano lo tocó en tres ocasiones. Mientras hablaba, soltó su mano izquierda del camión y se levantó la playera, me mostró la cicatriz que tenía. Le atravesaba prácticamente todo el abdomen en forma de ele. Fue en los tres lugares en donde es más visible su cicatriz que sintió la mano de Dios. En esos puntos se veía sumida su piel. Para Julio César Dios le ha bendecido dándole vida nuevamente, comenta haber sido testigo de que Dios existe y hace milagros. Para que esto sucediera, fue importante para Julio César comentarme que, en las iglesias cristianas de su pueblo y de alrededores habían

¹⁰¹ Testimonio recuperado a partir de mis notas del diario de campo el día 17 de abril de 2015.

pasado la voz de que estaba hospitalizado por su accidente y había muchas personas unidas en oración por él.

Julio César es ingeniero y trabajó para una empresa en su lugar de origen. Comenzó con problemas de consumo de alcohol, marihuana, y más adelante también con cristal. Estuvo a punto de perder su trabajo y a su familia. Su mujer le puso un ultimátum diciéndole que tenía que buscar ayuda porque su situación no podía continuar y no sólo perdería a su trabajo, sino a ella y a su hijo también. Fue por esta razón que Julio César decidió que debía internarse en un centro de rehabilitación y recibió ayuda de parte de su iglesia para llevar a cabo ese plan.

Su experiencia espiritual, narrada en el marco de un centro de rehabilitación, presentaba grandes diferencias a aquellas que había conocido. Sentía que me estaba compartiendo su testimonio, convenciéndome de la existencia de Dios y tratando de predicarme. Era común que con cualquier persona que hablara de algún modo intentaran ser promover sus ideas y hacer labor de convencimiento, durante todo mi trabajo de campo he sido un objeto de potencial conversión. Pero con Julio César experimenté que toda su construcción narrativa, el tiempo que invirtió compartiéndome su historia, y la emoción que ponía al contarla, lo dirigía buscando mi conversión. El milagro que Dios le hizo no tuvo nada que ver con el consumo de sustancias o con una “derrota” estilo AA, sino por un accidente en el que su vida estuvo de por medio. Si bien esto sirvió para que reafirmara sus creencias como cristiano que ya era desde antes de conocer el CRC, el haber tenido una experiencia espiritual o un contacto directo con Dios no fue suficiente para impedir que más adelante desarrollara una adicción. La experiencia espiritual se dio fuera de un marco focalizado para que tocara un “fondo de sufrimiento” por el consumo de sustancias y, al pertenecer a un marco de experiencia distinto no tuvo relevancia para evitar o dejar el consumo de sustancias.

Ahora Julio César se somete a un régimen disciplinario de oración y trabajo. Ahí reafirma lo que ya sabe de Dios. Voluntaria y conscientemente cambia gradualmente hábitos espirituales y morales para alejarse de las drogas, que no eran para él desconocidos, tal vez una especie de (re)conversión volitiva. Este tipo de conversión que ofrece el tratamiento del CRC, una experiencia espiritual de autorrendición, es el común denominador no sólo en este sitio también en aquellos que promueven los centros de rehabilitación y los anexos. La propuesta del modelo de los doce pasos invita al trabajo constante, a la “práctica” cotidiana del programa, a vivir veinticuatro horas. La conversión en su tipo de autorrendición es experimentada por casos excepcionales mientras en la vida cotidiana el adicto debe voluntariamente trabajar por su recuperación a través de un proceso de conversión gradual que le permitirá reestructurar sus marcos morales y espirituales ya sea desde la herencia de los doce pasos o desde su conformación como cristiano. Por esta razón es que resulta increíble que el caso del Dr. Bob, por ejemplo, sea marginado del énfasis en la conversión volitiva de los AA y que el ejemplo paradigmático de la experiencia espiritual se funde en el caso de Bill W.¹⁰² El mismo William James reconoce que para la teología protestante hay una gran relevancia en la conversión instantánea y que paradójicamente muchas sectas o corrientes protestantes, así como el catolicismo, no dan cuenta de la conversión instantánea y promueven la conversión volitiva (James, 1999:176).

Esta priorización en la conversión gradual, procesual y voluntaria es la que, tanto el CRC como los centros de rehabilitación que operan con el modelo de los doce pasos, promueven. Bateson lo identifica de este modo, para los AA, “Ser vencido por la botella y saberlo constituye la primera ‘experiencia espiritual’” (Bateson, 1998:343). La conversión religiosa como resultado

¹⁰² Como vimos en el capítulo anterior, el Dr. Bob fue el cofundador de AA. Él fue miembro del Grupo Oxford antes que Bill W. y practicaba esta forma de cristianismo la cuál adopto de forma voluntaria sin necesidad de tener un despertar espiritual tan espectacular como el que narra Bill.

de un campo de fuerzas sociales donde procesos remueven modos de entendimiento de la realidad para transformarlos en disposiciones para la acción (Fajardo, 2014:77), aplica perfectamente para los casos de adictos que han sometido su voluntad a un “poder superior” o que han aceptado el modelo de vida cristiano del CRC. Esta transformación de modos de entendimiento de la realidad se estimula de manera volitiva, progresiva y gradual, y está focalizada hacia un pragmatismo en la vida cotidiana que dotará de los índices para mostrar que efectivamente hay un cambio en esa persona.

4.2.Miedo y Orgullo: impedimentos para aceptar un poder superior

Jesús, en una de sus sesiones del taller de “inteligencia emocional” que regularmente inicia con una bienvenida al grupo, hacía un encuadre sobre la sesión anterior y presenta el tema del día. En esta ocasión abordaría el tercer paso de AA: “Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos”. Habló de la dificultad personal para poner su voluntad bajo la de Dios. Comentó que muchas personas decían que practicaban el programa pero no habían logrado pasar este paso.¹⁰³ Fue enfático en que la principal causa de no someterse a la voluntad de Dios era su orgullo.

En su juventud, siendo universitario, acompañó a un amigo que necesitaba hacer una prueba en un trampolín de diez metros para un trabajo. Él se ofreció a lanzarse del trampolín con él, como prueba, para aminorar sus temores. Una vez en el trampolín no quiso externar su miedo y decidió “hacerse el fuerte” para que su amigo se animara. No quería que la gente pensara mal de él. Le ganó el orgullo, comenta, y fue lo que lo convenció de aventarse. Pensaba que, si no se aventaba, la gente diría que era un cobarde, que no cumplía su palabra y que se creía mucho.

¹⁰³ Estos comentarios son comunes, incluso se hace mención de que muchos ni siquiera han logrado aceptar su gobernabilidad frente al alcohol, es decir, dar su primer paso.

Comentó que en lo cotidiano es bastante común que el orgullo sea el protagonista de las decisiones y acciones.

Pidió a alguien del público que leyera una reflexión, que bajó de internet, “la duda trajo el ocaso”¹⁰⁴. Un alpinista se resiste hasta el último momento de su vida a entregar su vida a la voluntad de Dios. Cae de la montaña que escalaba y queda colgando de su cuerda de seguridad. Llegó un momento de desesperación en el que clamó por ayuda a Dios. Éste le habló pidiéndole que confiara en él y que cortara la cuerda. Al día siguiente el alpinista fue encontrado congelado, muerto colgando de la cuerda. Estaba a tan sólo dos metros del suelo. Esta reflexión enfatizaba el miedo que surge al momento de entregarse a la voluntad de Dios, pues evidentemente el alpinista no confió y no se puso en manos de Dios. La historia tiene una lección para quien la escucha, se desprende del fatídico destino del alpinista que por no confiar quedó colgado de la cuerda a tan sólo dos metros del suelo. Esto implica, explica Jesús, poner la vida y la voluntad a disposición de Dios. Hay un riesgo en este proceso; riesgo que produce miedo ya que “mi vida no esta en mis manos”. Poner la vida y voluntad al cuidado de Dios es algo muy difícil, pero Jesús comenta que se debe tratar de hacer día con día, hacer lo que Dios quiere. Jesús nos promete, mientras escuchamos atentos, que algo surgirá al lograr dar el tercer paso de AA.

La principal disyuntiva para Jesús frente al tercer paso era el dejar de ser el dueño de su voluntad. Lo pensó durante mucho tiempo. Temía dejar de ser el dueño de su propia vida. El temor se extendía a que Dios le dijera que necesitaba que le entregara su vida. “Corro el riesgo de que me diga, pues: ¡te necesito! Si mi vida está en sus manos, que me diga: ¡échamela! Me da miedo. Cómo mi vida va a estar en manos, no de mí sino, de alguien más. Va a ser la voluntad de

¹⁰⁴ Para consultar el texto completo, que después de la sesión busqué en internet para conservarlo como parte de mi diario, se puede revisar el Apéndice IV.

Dios.”¹⁰⁵ Finalmente Jesús describió su “práctica” del tercer paso como una transformación en su vida. Comentó que cayó una venda de sus ojos. Dejó atrás una gran carga emocional y mental, y empezó a ver el mundo diferente.

El ejemplo de Jesús nos sirve para retomar lo que Pablo comentaba acerca de los “defectos de carácter”. Pablo es otro alcohólico en recuperación veterano, y es el responsable del Anexo de puertas cerradas. Jesús y Pablo reconocen que el orgullo es el principal defecto y el responsable de la enfermedad. Pablo lo explicaba así: “...el orgullo te lleva a la tendencia a tratar de justificar tus actos, consciente o inconscientemente, es la causa fundamental de tu manera de beber”.¹⁰⁶ Para Jesús hay una especie de simbiosis entre el miedo y el orgullo presente en su decisión de saltar del trampolín y en la historia del alpinista. Pablo sintetizaba estas ideas haciendo algunos apuntes con los primeros tres pasos.

Él comentaba que el primer paso habla de una vida ingobernable frente al alcohol, por tanto, en primer lugar había que aceptar que se es alcohólico o drogadicto. “Segundo paso. Le pedimos a un poder superior, a ese wey que se llama Dios, que me regrese el sano juicio, cordura”. Él explicaba que la manera en que regresaba esa cordura, “traducido acá entre nosotros”, era a través de platicar sus errores, malos entendidos, sus “pendejadas”. Pablo invita a que no tengan miedo de subir a tribuna y hablar, a través de decir sus errores regresaría el sano juicio, por una parte hablar es una cura para el miedo y es una cura para sus malestares emocionales o sus problemas espirituales. En este sentido se remite a una concepción, ampliamente aceptada, en que el hablar de uno mismo frente a un oyente cualificado y comprensivo es un remedio a problemas emocionales, donde hablar es la terapia. Es una técnica que aunque muchos la han asociado al psicoanálisis freudiano (Brandes 2002a, 2004), dista por

¹⁰⁵ Reconstrucción del discurso en mi diario de campo del 19 de febrero de 2013.

¹⁰⁶ Reconstrucción del discurso en mi diario de campo del 4 de abril de 2013.

mucho de ser algo semejante pues para empezar se hace en público y sigue un esquema narrativo normativo. En lo que puede tener una semejanza es en que se le atribuye a la práctica de hablar un carácter sanador y que es a través de la palabra entonces que se puede aspirar a una curación.

Póngase al cuidado de un poder superior como usted lo entiende, un poder arriba de usted, algo intangible. Le dan plena libertad de escoger su poder superior y ese segundo paso es una introducción para meterse al tercer paso¹⁰⁷.

Pero para que el alcohólico sea capaz de llegar a este punto, Pablo enfatiza, debe sufrir lo que le llaman una “derrota” frente al alcohol, que uno es impotente frente al alcohol o droga y por eso su vida se había tornado ingobernable. Una vez aceptada la “derrota” será entonces, cuando Pablo nos recuerda que podrá pedir ayuda a un “poder superior”. El adicto habiendo sido incapaz de salir del problema por cuenta propia, debe recurrir a una fuerza externa “superior” a él mismo para que se haga su voluntad sobre la de él. Sin hacerlo explícito Pablo externa que para poder conocer al poder superior o pedir su ayuda, primero deben reconocer que han perdido su voluntad. Una vez admitida la derrota frente al alcohol y las drogas, admitida su falta de voluntad, es que se abre la posibilidad para que esta carencia sea suplida por la voluntad del poder superior.

La teología protestante tiene un énfasis en el orgullo o egocentrismo como el principal pecado. Martín Lutero en la reforma religiosa cristiana reconocía que el orgullo era el pecado fundamental desde donde todos los demás surgían, que la capacidad de pecar surgía a partir de que el hombre se ponía por encima de Dios (Antze, 1988). Esto es algo similar a lo que en muchas ocasiones escuché decir a Jesús, Pablo o Sergio hablando sobre los defectos de carácter y la preponderancia del orgullo sobre todos los demás defectos. La asociación del orgullo con el pecado y con el origen de todos los defectos de carácter, en términos del juego de voluntades

¹⁰⁷ Esta es una reconstrucción de lo que dijo en la junta a partir de mis anotaciones en mi diario de campo el día 4 de abril de 2013 y de las anotaciones que elaboraba durante la sesión.

muestra la relevancia de las mediaciones suplementarias. Para los protestantes y para los AA no tiene cabida ni un pecador ni una persona orgullosa. Son un error en la lógica de mediaciones suplementarias, es decir que, la persona orgullosa piensa que no necesita un suplemento, cree que es la máxima autoridad y que sobre sí mismo no hay nada más, es un comportamiento y un razonamiento inaceptable pues vive fuera del entendimiento de la construcción del sujeto, es un error pensar y actuar como si no necesitara un suplemento.

Palacios identifica que los pasos y tradiciones de AA forman subsistemas entre sí y que los tres primeros pasos (de los que habla Pablo) tienen como objetivo la sumisión del sujeto, la quiebra del orgullo ante un poder superior. Esta sumisión se caracteriza por la humildad, valor que debe ser puesto en práctica para poder dejar el orgullo a un lado. El adicto al creer que consigue dejar el alcohol o las drogas, sin dar relevancia a lo que AA le propone, a su grupo y, principalmente, a un poder superior, se arriesga a recaer¹⁰⁸, siempre motivado, según la perspectiva del programa de los doce pasos, por su orgullo (Palacios, 2009). El opuesto simbólico del orgullo es la humildad. Pablo hablaba de un momento de humildad en donde el orgullo sucumbirá para tener la capacidad de pedir ayuda. El orgullo proviene, en estos casos, de la epistemología dualista característica de occidente (Bateson, 1998:351). No es una derivación de un logro pasado, “es una aceptación obsesiva de un desafío, un rechazo de la proposición ‘Yo no puedo’” (ibíd.). El alcohólico y drogadicto piensa que puede mantenerse sin beber y drogarse. En este proceso Bateson considera que el adicto traslada su problema fuera de sí-mismo, atribuyendo a la suerte o la probabilidad su incapacidad de dejar la bebida. El adicto, con su orgullo, produce un “otro”, real o ficticio, creado inconscientemente para explicar su comportamiento. Porque su lógica de pensamiento es que él puede controlar su consumo, no es

¹⁰⁸ Como Gregory Bateson (1998) lo explica esta lógica se reproduce, si no se deja de lado el “orgullo de alcoholista”, hasta que el alcohólico recae en su consumo.

él quien tiene una adicción pues puede controlarse. Para Bateson hay una especie de restricción del sí-mismo que deja fuera de sus fronteras los hechos que le acontecen. Poner a prueba su autocontrol nuevamente lo lleva al consumo. Tiene que comprobar que la sustancia no puede matarlo, es un conflicto simétrico que no puede comprobar y que no tolera un rol complementario. El rol complementario surgirá a partir de su aceptación de un “poder superior” y de su conversión religiosa. Es curioso como Bateson está hablando de mediaciones suplementarias sin hacerlo explícito. El conflicto simétrico que describe se da dentro del adicto al tratar de colocar fuera de sí el problema de controlar su bebida. De tal modo no existe correspondencia entre él y su problema de beber (que ha situado fuera de sí). La lógica que describe Bateson está mostrando un rechazo al suplemento negativo. El adicto no reconoce que la sustancia sea algo que está sustituyendo o haciéndole perder su voluntad. De tal modo no hay rol complementario, el conflicto simétrico es conflicto precisamente porque el adicto y su problema no están en el mismo sitio. Una vez que reconoce que tiene un problema, que su problema es que el alcohol lo ha hecho perder su voluntad, entonces el conflicto se resuelve y el rol complementario se da. En otras palabras una vez que acepta su alcoholismo, su impotencia frente al alcohol, su voluntad socavada por la bebida, es que las mediaciones suplementarias abren la posibilidad de que ese suplemento negativo sea sustituido por uno positivo (el poder superior). Si se mantiene con el orgullo sin reconocer que el problema está en él, su rol complementario seguirá con el conflicto simétrico y seguirá en el error de pensar que él tiene el control.

Room hace un recorrido por varias opciones que podría tener el adicto para terminar con el orgullo que le impide reconocer su problema y someterse a un poder superior. Desinflar el ego para abandonar la noción de “puedo hacerlo yo mismo”, lo que implicaría que la responsabilidad

del yo es trasladada a alguien más. Si en él esta la voluntad que ha sido socavada por el alcohol, de alguien más deberá ser la voluntad que le supla. Podría ser un profesional, un médico que se responsabilice de tratar una enfermedad pero no la vida de una persona. Podría ser un grupo, como uno de AA. Pero la respuesta correcta para el programa de los doce pasos es un “poder superior”. Éste remueve la carga del individuo sin transferirlo a otra persona o institución. Un “poder superior” que es caracterizado por el individuo y que le habla sin intermediaciones (Room, 1993). Esta situación resulta un tanto paradójica pues la forma idealizada del “poder superior” está mediada por las enseñanzas del grupo, y hemos visto que esta forma es configurada por la socialización de las concepciones del grupo informadas por la propia literatura, por sus bases cristianas y por los antecedentes del catolicismo popular. En todo caso, siguiendo a Room, la cura para la patología del individualismo surgía de una forma de pensar individualista. Atacar el orgullo, defecto original del adicto, objeto central para lograr su derrota y reconocerse gobernado por un “poder superior” parecía antídoto para la ideología del individualismo radical (ibíd., p. 176). Hay un cambio en la idea de “lo hago por mí mismo”, hacia un “lo hago por mi mismo, porque es lo que el poder superior quiere”.

4.3.Llevar el mensaje

Cuando escuchaba a Jesús, sobre el miedo que tenía de Dios al entregarle su vida, pensaba en los discursos recurrentes entre personas que su vocación ha sido determinada por un llamado divino. Pensaba en los sacerdotes o religiosos católicos que “entregan su vida a Dios”. No es raro identificar que entre los miembros de AA, en los Anexos y centros de rehabilitación, y en el CRC este discurso se reproduzca. Hacer la voluntad de Dios implica mostrar a otros, con problemas de adicción, lo que a ellos les ofrecieron y dieron a través del programa o de conocer

a Dios por medio de la conversión cristiana. Si bien no implica entregar su vida a Dios a manera de un sacerdote o de un miembro de una congregación religiosa, pues no se encuentran dentro de una religión instituida como el catolicismo, si es una forma de entender sus acciones cotidianas y una forma de orientar el sentido de su vida.

El onceavo y doceavo paso de AA, estas “leyes” como las reconoce Pablo, exigen al alcohólico o adicto en recuperación mayor claridad en su contacto con Dios para hacer su voluntad y llevar el mensaje de AA.¹⁰⁹ Jesús pone en práctica estos últimos pasos extendiendo su rango de impacto en su taller de “inteligencia emocional” ofrecido a los internos del Anexo de puertas abiertas y hacia personas que no necesariamente presentan un problema de consumo de sustancias. Sergio y Pablo, por ejemplo, ponen en práctica esos pasos al ser responsables de los Anexos. El programa, comentan muchos adictos en recuperación, es de práctica. A lo largo del texto he hecho mención de esto la práctica acompaña a todos y cada uno de los pasos de AA. En este punto cobra especial atención ya que a partir de las distintas interpretaciones del doceavo paso surgen una variedad de prácticas que las personas legitiman haciendo referencia al programa. Valverde y White-Mair (1999) llaman la atención sobre el carácter pragmático de la organización, radicando la base de su unidad en una serie de prácticas. En este punto cabe hacer una distinción analítica en la que mi propia perspectiva difiere de la de las creencias de los centros de rehabilitación. Para los adictos y adictos en recuperación la práctica se diferencia del discurso. El discurso puede ser sólo una elocución y un mensaje en un proceso comunicativo, la práctica demuestra que lo que se dice está respaldado por acciones y entonces puede ser tomado en serio, como una acción. Esta lógica está comúnmente relacionada con la referencia

¹⁰⁹ 11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla. / 12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar el mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos (AA, 2014a).

generalizada de “el discurso no lo lleva a la práctica” o “lo dice de dientes para afuera”. Desde una perspectiva analítica ambas acciones (discurso y práctica) son prácticas dotadas de sentido, significación y se encuentran enmarcadas en relaciones sociales y de poder.

El que Jesús, Sergio y Pablo lleven a la práctica los últimos dos pasos del programa es visto como una forma de progreso espiritual, el cuál no es reducido al comportamiento de no beber (Valverde y White-Mair, 1999:397), podríamos decir que “llevar el mensaje” es el máximo progreso espiritual, y es también una “práctica” que permite a quien la realiza mantenerse en abstinencia y en camino a su “sobriedad”. Esto significa que a parte de ser buenos articulando la narrativa de recuperación de AA, una forma de predicar por ejemplo desde la tribuna (en el entendido de sus términos discursivos), también predicán con el ejemplo (llevando a la práctica sus aprendizajes y la filosofía de AA, así como el mensaje a aquel que lo necesita). Cabe señalar que aquellas personas que gozan de un reconocimiento por la comunidad de AA por seguir el programa adecuadamente y ser ejemplares con sus acciones, también gozan de un reconocimiento jerárquico dentro del grupo.

El último paso ha creado gran polémica entre los seguidores del programa de AA por la multiplicidad de interpretaciones que existen. Oficialmente, siguiendo la estructura organizacional instituida de AA, “llevar el mensaje” implica dar a conocer la existencia de AA a aquel que pide asistencia en un momento de desesperación por su forma de consumo. Siguiendo esta lógica, aquellos que llegan a un grupo “tradicional” de AA, desarrollan una idea, facilitada a partir de su proceso de “despertar espiritual”, en que su misión es “llevar el mensaje” a quien lo solicite. Nunca obligarían a asistir a alguna junta o a ser miembro de algún grupo. Con responsabilidad recibirán y compartirán lo que ellos han aprendido a partir de su propia experiencia como adictos en recuperación.

Pero al mismo tiempo la importancia del doceavo paso es principalmente terapéutico. Para los AA nada funciona para dejar de beber como trabajar con otros alcohólicos. Comúnmente mencionan que lo hacen por uno mismo, no porque realmente les importe la otra persona. De este modo al ofrecer ayuda a otra persona están beneficiándose ellos mismos. Este pensamiento parece apoyar lo que la literatura menciona sobre el programa: es personal y egoísta. Pero finalmente, mencionan, el trabajar con el otro es lo que funciona para mantener la abstinencia cuando otras actividades fallan. Hacer el doceavo paso, comenta Antze (1988:167), es una misión de importancia, una que solamente ellos pueden desarrollar, y que se torna en la base de un nuevo sentido de dirección y propósito. La acción de llevar a la práctica el doceavo paso ha permitido que un potencial nuevo miembro, anexado o interno, reciba el título de “doceavo”. Aquella persona que es llevada a un Anexo es la concretización del doceavo paso de quien lo lleva. Así, decir “vamos a ir por un doceavo” es común cuando recogerán a un adicto para internarlo en el Anexo.

Los miembros de grupos que no son considerados “tradicionales” tienen otra perspectiva de “llevar el mensaje”. En 1975 en la ciudad de México surgió el primer grupo de AA de 24 horas. Tenía la finalidad de ofrecer un espacio para la recuperación durante las juntas, pero también para ayudar a las personas que deambulaban alcoholizados por las calles. Reciben el nombre de “24 horas” porque siempre están abiertos a recibir y dar apoyo a quien lo necesite. La interpretación de lo que implica “llevar el mensaje” cambia ligeramente para abrir las puertas del grupo de manera permanente para quien potencialmente pueda necesitar la ayuda.

Los Anexos tienen su origen en los grupos de 24 horas. La diferencia sustancial es que estos espacios, aunque siguen con la lógica de mantenerse abiertos durante 24 horas para quien requiera apoyo, se mantienen a puerta cerrada y reciben personas para internamientos

involuntarios. “Recibimos adictos en contra de su voluntad” es lo que dicen. Este tipo de internamientos son comunes en estos espacios. Por eso son de los más criticados entre “compañeros” de AA. Para muchos estas prácticas rompen con la interpretación adecuada de “llevar el mensaje”. La justificación del internamiento involuntario es que el adicto necesita conocer el programa, aunque no desee cambiar su condición de adicción, para saber que puede tener una vida distinta. Esta es una adaptación del doceavo paso que motiva las acciones de una gran cantidad de directores de centros de rehabilitación y Anexos, que por la misma razón no se consideran parte de AA a pesar de trabajar con el modelo de los doce pasos. En muchos anexos (el de Sergio es una excepción) se utiliza la violencia como método de recuperación, el dolor como forma de sanación, reproduciendo prácticas que podrían encarnar a la sensibilidad del catolicismo que conjura el dolor sacrificial como arrodillarse por largos periodos sobre corcholatas, cargar cosas con los brazos estirados y prohibirles el sueño y la alimentación (García 2015:2). Muchas de estas técnicas están basadas en la idea de que el orgullo debe ser doblegado para alcanzar la humildad, aunque sea mediante métodos violentos o precisamente mediante métodos violentos que son necesarios para ese fin.

Otra interpretación de “llevar el mensaje” es la de los grupos llamados “liberales” y “fuera de serie”. Estos grupos surgieron de un cuestionamiento a la estructura formal de AA en México y de una interpretación propia de la literatura. Posteriormente se fueron desarrollando como espacios con características que, primariamente, rompían con la ortodoxia y los formalismos de las juntas, para posteriormente aplicar estrategias “terapéuticas” que implicaban vituperios, impropiedades, el uso de violencia física y la reconocida “terapia dirigida”. En estos grupos, como en los anexos violentos, “llevar el mensaje” se polariza y se lleva extremos de violencia física y psicológica en las prácticas rituales.

De este modo es que podemos enmarcar la iniciativa de Sergio para abrir sus Anexos dentro de una lógica de “llevar al mensaje” que se alimenta de dos formas interpretativas de lo que esto significa. Por una parte, para el Anexo de puertas abiertas, como un ejercicio de apertura que acepta personas que deseen cambiar su condición de adicción sometiéndose a un internamiento de tres meses voluntariamente. Por otra parte, para el Anexo de puertas cerradas, llevándole el mensaje a los adictos que en contra de su voluntad son internados por familiares, amigos, o incluso por transeúntes que los encuentran intoxicados en la calle, también durante un periodo de tres meses sin posibilidades de mirar a la calle o de dejar su internamiento con anticipación. La división institucional de los establecimientos en dos partes (puertas cerradas y puertas abiertas) contribuye a fortalecer y reproducir la división conceptual básica entre tener o no tener voluntad, concepción que aún no reconoce los juegos de voluntades y las mediaciones suplementarias en las que la atención a las adicciones está inmersa.

Las implicaciones de “llevar el mensaje” se pueden ver de dos modos. El superficial, podríamos decir, en el que se le comunica al adicto que existe un lugar para él en donde puede cambiar y donde muchos otros con su problema han cambiado, y el profundo, en el que no sólo se le invita a AA, se le interna en el Anexo, sino que se le presenta una visión de la divinidad, de un “poder superior” que la ofrece perdón, arropo, comprensión y una misión en la vida. Se le revela que es capaz de Dios, de que Dios le quiere e incluso que está llamado a participar de la vida divina (Illanes 1997:135). Todo esto dentro del marco de un programa práctico de doce pasos. La propia literatura de AA lo menciona de este modo:

La experiencia práctica demuestra que no hay nada que asegure tanto la inmunidad a la bebida como el trabajo intensivo con otros alcohólicos. Funciona cuando fallan otras actividades. Ésta es nuestra *duodécima sugerencia*: ¡Llevar este mensaje a otros alcohólicos! (AA, 2013:83).

Esta invitación se une a la quinta tradición, que convierte la labor de llevar el mensaje en una tarea grupal. De este modo, no sólo el individuo que ha sido ayudado por AA para dejar su adicción tiene la tarea de llevar el mensaje a otros que padecen el mismo problema que él, sino que la tarea se torna en una labor colectiva. Toda la estructura organizacional de AA, desde sus grupos hasta sus Oficinas de Servicios Generales, y podríamos extender hasta las fragmentaciones de grupos no reconocidos por AA, tiene esta base como su razón de ser. El adicto en recuperación, idealmente, que está en posibilidades de llevar a la práctica el doceavo paso, es aquel que habiendo alcanzado un fondo de sufrimiento, se reconoce ingobernable frente al alcohol, hace su inventario moral y lo confiesa, y mejora su relación con Dios. Este es el camino de la recuperación y es el proceso que, aunque interminable y en constante construcción, llevará al adicto a su “sobriedad”. Esta tarea, para todos los adictos en recuperación que siguen el modelo de los doce pasos, se sintetiza en el “legado de la responsabilidad”:

Yo soy responsable / cuando cualquiera / donde quiera, / extienda su mano pidiendo ayuda / quiero que la mano de AA / siempre esté allí / Y por esto: ... Yo soy responsable.

Podemos ver un paralelo bastante importante entre la labor misionera, de evangelización, de compartir la buena nueva, entre cristianos o católicos, con la labor que establecen como objetivo para mantener la propia abstinencia y para buscar más adeptos al movimiento, sino también con acercarlos a Dios. El mensaje de salvación toma forma en AA a través de sus múltiples interpretaciones del doceavo paso y de la quinta tradición.

El proceso es análogo entre los integrantes del CRC pues a través de la conversión religiosa, los objetivos y el sentido de vida de sus miembros se transforma para entregar su vida a Dios y ofrecer a otros lo que les fue ofrecido a ellos. Esto implica que muchos de los adictos que ahí son recluidos entregan su vida, literalmente, a la organización y a servir a los recién llegados, como en una ocasión alguien más hizo con ellos. Ellos describen su propósito de la siguiente

manera: “...llevar un mensaje de esperanza y de vida a una humanidad que está perdida, no solamente en las drogas y en la delincuencia, sino en la política, en el humanismo, en la religión, en la ciencia..., y en tantas y tantas cosas que hacen que el hombre ponga su esperanza fuera de Dios y del propósito que Él tiene para su vida.”¹¹⁰ Mencionan que hemos sido creados para encontrar el amor de Dios y hasta que el alma no alcance objetivo el corazón no hallará descanso. Su tarea está en llevar ese amor de Dios a quien no lo conoce y que ha padecido la misma condición de adicción. La diferencia sustancial entre CRC y centros de rehabilitación que siguen el modelo de AA está en que los de AA llevan el mensaje para buscar su propia recuperación, mientras los primeros no lo hacen por un interés propio pues su labor de evangelización no lleva de por medio su propia salvación.

4.4. Manifestaciones cotidianas de Dios, la “práctica del programa” y el “despertar espiritual”

Como se ha mencionado en apartados anteriores, el poder superior se presenta como una figura exterior al individuo pero que actúa en él haciendo su voluntad. Al aceptarlo, los adictos, deben simultáneamente actuar en consecuencia. Estas formas en que se lleva a la práctica el programa, reconociendo su adicción y subordinándose a un poder superior, se puede identificar a través de indicadores precisos y creencias adyacentes sobre cómo opera, acompaña, y se manifiesta Dios en las vidas de aquellas personas que han sido transformadas.

Sergio y yo regresábamos al Anexo de puertas abiertas después de una reunión de capacitación convocada por el Consejo Estatal en Contra de las Adicciones (CECA) e impartida

¹¹⁰ Texto tomado de un folleto publicitario ubicado en su sitio web internacional.

por Oceánica.¹¹¹ Eran alrededor de las seis de la tarde y desde la entrada de la cochera se podían distinguir los gritos de un hombre. Sergio notó mi sorpresa y él me dijo que era normal, que en ocasiones iban compañeros de otros grupos que subían a tribuna a compartir cuando había juntas. ¡Es el chavo del ocho!, me dijo. Le pregunté su nombre y me dijo que se llamaba Joel. Entré a la junta y escuché su tribuna que fue la última de esa junta por la tarde. Noté que tenía un dominio sobresaliente de la tribuna. Noté que su narrativa entremezclaba estilos de tribuna de Anexo, fuera de serie y de tradicional. Él mismo habló de sus inicios en AA en grupos fuera de serie. Comentó que a él le funcionó un tiempo participar en esos grupos pero ahora se sentía a gusto en grupos más ordenados y de tendencia tradicional. Justificó la importancia de los grupos fuera de serie debido a que “ahora” los jóvenes llegaban con poli consumo (problemas con consumos múltiples de sustancias y no sólo alcohol o alguna droga) y que estaban muy “acelerados”. De tal modo, al llegar a una junta tradicional (respeto, solemnidad, orden, actividades programadas) esos jóvenes se desesperarían y no se engancharían al programa, necesitaban tal como cuando eran consumidores, una variedad de estímulos que respondiera a sus inquietudes (insultos, improperios, reglas flexibles, desorden, improvisación, terapia directa). Joel había decidido dejar esos grupos ya que al ser un poco mayor de edad, reconocía el valor que tenían los fuera de serie pero, prefería el orden de los tradicionales pues le permitían profundizar en su trabajo espiritual y bajarle a la intensidad y violencia que en los otros permanecía.

Joel daba algunas recomendaciones a quienes habían pasado a tribuna antes que él. Les decía que dejaran de ver lo que los demás les habían hecho y que asumieran la responsabilidad de sí mismos y su capacidad para cambiar su propia condición. Esta crítica es común en estos

¹¹¹ Es una de las instituciones en México que goza de mayor reconocimiento a nivel nacional por su trabajo en términos de tratamiento y prevención a las adicciones. Es de carácter privado y hace labores, por subcontrato, de la competencia de la Secretaría de Salud para capacitar a centros de rehabilitación en toda la república.

espacios ya que el “deber ser” del programa implica utilizarla como conducto de la propia curación, hablando de uno mismo y reconstruyendo la narrativa de enfermedad, tocar fondo, encontrar un grupo, a Dios y las transformaciones que ha tenido gracias a AA. Esta crítica alude también a que el enfermo acepte la responsabilidad de su propia situación, pues finalmente fue él o ella y su carencia de voluntad la que lo hizo llegar a donde está. Joel les recriminaba que, por haber sido quienes eran con las drogas, ahora estaban ahí encerrados cuando deberían estar disfrutando de su familia, sus amistades, sus estudios, y sus trabajos. Les decía que debían tomar el programa porque era algo muy poderoso que les cambiaría la vida. Mientras lo escuchaba recordaba cómo hay muchos adictos en recuperación que defienden la idea de que la junta y la tribuna son manifestaciones de un “poder superior”. Para ellos la junta es el espacio en el que se manifiesta el poder superior ya que genera un espacio de comunidad. La supuesta homogeneización del grupo y el espacio de encuentro para compartir experiencias y aprender el uno del otro es una especie de regalo divino. La tribuna, por su parte, en dicho marco permite ser honesto consigo mismo y con los demás, y a la sinceridad en sus narrativas se les atribuye un carácter sanador. La facultad de descarga de problemas y de sanación espiritual de la tribuna, es también un índice de la presencia del poder superior en la junta.

Joel compartió su experiencia más reciente en el trabajo para ilustrar la ayuda que ofrece el programa para crecer como persona y ser mejor. Él está dejando a un lado la retórica de la religión para hablar directamente de los beneficios prácticos que da el programa una vez aceptándolo. Ese mismo día había tenido un conflicto con su jefe. Éste le dijo que había colocado mal unas cosas en la bodega y que quería que le regresara las llaves pues lo iba a correr. Él le extendió las llaves. Comenta que no rogó por su trabajo, pero sí le dijo que no le pediría disculpas por algo que no había hecho. Fue enfático en que nunca dejó de tener contacto visual

con el jefe. Más tarde el jefe lo fue a buscar, le pidió disculpas, y le dijo que se quedara. Para Joel esto fue una muestra de lo que el programa había hecho en él. Le había dado herramientas para enfrentar una situación como esa de manera distinta a como lo hubiera hecho en caso de seguir consumiendo. Eso lo diferenciaba, como a muchos compañeros, no sólo de su forma de ser cuando era adicto sino incluso de las personas normales. Es decir, su condición como alcohólico y drogadicto en recuperación, apegado al programa, lo había hecho superior incluso a aquellos que él considera normales. Joel pone en el campo de la vida cotidiana el llevar a la “práctica” el programa. En ese momento no hay necesidad de mencionar a un poder superior, pero ya está hablando de los productos de su “despertar espiritual”. En este sentido, al valor de las “prácticas éticas”¹¹² se le añaden modos de enfrentar problemas cotidianos que superan incluso a los que Joel identifica como “normales”. La voluntad que había perdido como adicto, ahora está restaurada, fortalecida, y suplantada por aquella de un poder superior que le da la capacidad de hacer este tipo de acciones. Después de estar dormido, despierta siguiendo las órdenes de Dios instalando su voluntad en sus acciones y prácticas cotidianas.

Regularmente entre los miembros de AA, anexados e integrantes de centros de rehabilitaciones que operan con el modelo de los doce pasos, hay muchas críticas sobre cómo llevan a la práctica el programa. A quienes externan haber aprendido el programa, conocer los pasos, quienes dominan el género discursivo y la narrativa de su historial al estar en tribuna, siempre hay una manera de criticar su proceso, ésta es decir que no importa lo que digan pues no lo llevan a la práctica. La susceptibilidad a esta crítica la padecen todos.

A pesar de que haya algunos miembros de AA que pudiéramos decir son ejemplares en sus acciones, por mucho que se esfuercen en “practicar” el programa siempre habrá alguna

¹¹² Valverde y White-Mair (1999) llaman “prácticas éticas” a aquellas multifactoriales y no siempre coordinadas que la gente usa para evaluarse y cambiarse a sí mismos.

acción que, para los ojos críticos y atentos de algunos compañeros, muestre que efectivamente no están llevando el programa de forma adecuada al cien por ciento. Comúnmente estas críticas son enmarcadas dentro de lo que los AA llaman “borrachera seca”. Un claro ejemplo es la labor de Sergio que es ampliamente criticado por quienes provienen de una corriente tradicional de AA, mientras que Joel considera que es un ejemplo para los adictos en recuperación y que ha tenido ya un “despertar espiritual”. Para él Sergio es “un santo”.

En la reseña de Renée Di Pardo (2009) de “El síndrome de la borrachera seca” define esta en oposición al concepto de sobriedad manejado por los AA “aprender a vivir en la abstinencia a través de un continuo crecimiento emocional que permita alcanzar la madurez”. De este modo, la borrachera seca se ubica en el adicto en recuperación que dejó de beber o drogarse (está en abstinencia) y que mantiene los mismos juicios y actitudes que reproducía en su actividad como alcohólico y drogadicto. El borracho seco, es aquel que no ha madurado, tiene un desorden emocional y presenta múltiples síntomas que avalan aún la presencia de su enfermedad. La borrachera seca muestra lo elusivo de la sobriedad. Esto es una referencia importante a que nadie puede alcanzar la sobriedad. Si bien hay comportamientos que pueden indicar que uno solamente ha dejado de beber pero se mantiene con las mismas actitudes, la sobriedad es algo a lo que constantemente se está aspirando, su concepción más bien hace pensar que se trata de un proceso no de un fin al que se llegará en algún momento. En este sentido los adictos son personas que se encuentran en el extremo del alejamiento de Dios, son la manifestación del extremo indeseable de la falta de Dios (que ha sido ocupado por otro suplemento-droga). El adicto en recuperación es la definición de ese estatus, pues no está recuperado y no es sobrio, está transitando ese proceso que está lleno de indicadores que a los ojos de las personas que están a su alrededor permiten identificar si lo está haciendo medianamente mal o bien.

Cuando terminó la junta en donde Joel habló, tuve el impulso de acercarme a conversar con él. Entre lo que conversamos me puso el ejemplo de Sergio como alguien, con tal involucramiento en el programa, que estaba preparado para todo. Su ejemplo práctico fue contundente: “si le llega una enfermedad mortal, ni siquiera le hace cosquillas”. Pareciera que el programa tenía la potencia para dar a la persona una energía sobrenatural con la que no le presenta amenaza alguna una enfermedad terminal. Me dijo que él aprendía muchas cosas de Sergio cuando hablaban. Cuando le pedía algún consejo, una especie de apadrinamiento momentáneo, siempre le revelaba muchas cosas. Le decía a Sergio, por ejemplo, que se ponía en manos de Dios pero que se seguía preocupando por las cosas del día a día y no sabía qué hacer. Sergio le contestaba que no se estaba poniendo en manos de Dios y que aún le faltaba confiar. Sergio nunca era preciso con lo que tuviera que hacer sino que simplemente le invitaba a reflexionar nuevamente sobre sus acciones, que viera lo que había hecho mal y cómo lo podía solucionar. Me preguntó que por qué creía que se mantenía la casa, haciendo referencia al Anexo de puertas abiertas de Sergio. Antes de que pudiera contestar él mismo se respondió. Me dijo que sentía que Sergio tenía una especie de trato especial con Dios pues nunca les faltaba nada y siempre lograba sacar adelante sus dos centros de rehabilitación. En cierta forma es una interpretación de que Dios le acompaña y en él se manifiesta el proyecto de ayudar a otros por lo que entonces recibe su ayuda esto se refleja tanto en el ejemplo que plantea Joel sobre la subsistencia de los Anexos como en la “energía sobrenatural” que menciona en relación a su salud. A pesar de que muchas personas no pagaran y constantemente tuvieran problemas con los recursos, para pagar la renta por ejemplo, lograban salir adelante con lo básico para la subsistencia de los establecimientos. “Para mí que tiene un pacto con el Señor”, me dijo. Esto lo justificó diciendo que como Sergio era una persona completamente desprendida, y como su vida

la había dedicado a ayudar a los demás, Dios estaba de su lado impidiendo que algo les faltara. No sobra decir que, efectivamente, Sergio es una persona que abre las puertas, literalmente, del Anexo para quien acuda solicitando ayuda. A tal grado que en la casa hay pacientes psiquiátricos, personas con demencia senil, niños canalizadas por el DIF (Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia), e incluso migrantes centroamericanos en tránsito hacia EEUU. Muchos de los internos en la Anexos son personas que no tienen posibilidad de cubrir su estancia o que sólo hacen aportaciones simbólicas o en especie para mantener su internamiento. Al no tener una fuente segura de ingresos para mantener los Anexos y tener una forma de vida “desprendida”, Joel consolida a Sergio como alguien que es un “santo” y tiene un “pacto con Dios”.

Este “pacto con Dios” que describe Joel en aquellas personas que son acompañadas por Dios como Sergio, se puede vislumbrar incluso un poco más allá de los favores divinos en la subsistencia del día a día. Sergio tiene la costumbre de llevar a sus internos, al menos los del Anexo de puertas abiertas, a aniversarios a grupos en otras regiones del estado de San Luis Potosí, como la Huasteca, o a eventos masivos que organiza la Central Mexicana de Servicios Generales de AA. El mismo Sergio explicaba estas oportunidades como facilitadas por “el jefe”. Él en ocasiones suele referirse a su poder superior como “el jefe” lo que denota la externalidad de la voluntad que actúa en él a través de sus acciones. Cuando se complicaban las condiciones para asistir a algún evento, en un último momento le prestaban una camioneta o conseguía dinero para el viaje. Cuando fuimos al aniversario del grupo de los fuera de serie en la Huasteca, el día anterior al viaje aún no sabía si íbamos a ir, en qué transporte, ni la hora de salida. Por la noche me mandó mensaje confirmando que finalmente el viaje se realizaría, que había terminado de arreglar su camioneta y que había conseguido el dinero para la gasolina. Por otro lado, en el

2015, aunque yo ya no hacía trabajo de campo formalmente en sus instituciones, me enteré que en un viaje a la XI Convención Nacional de AA en la ciudad de Monterrey, N.L., tuvieron que regresar porque tuvieron problemas mecánicos con la camioneta que le habían prestado para hacer el viaje. Ambas situaciones, fuera exitoso el viaje o no hayan logrado llegar a su destino, la explicación de Sergio es que así estaba dispuesto por “el jefe”. Bajo los términos que describe su relación Sergio con Dios, como su jefe, vemos que existe una subordinación jerárquica en la que la voluntad de Sergio está sometida a aquella del poder superior. Al mismo tiempo esa voluntad externa del poder superior, de su jefe, es la voluntad de Sergio pues cree fielmente en que lo que hace es correcto y corresponde a lo que Dios desea.

En el CRC, por ejemplo, el proceso de acompañamiento divino y de la voluntad y presencia de Dios que se manifiesta en la vida cotidiana es muy similar a lo que sucede con aquellos AA que ponen en práctica su programa. Jorge, el director del CRC (que fue adicto a la heroína hasta que conoció el centro), me comentaba que estaban bendecidos por Dios. Después de que yo había pasado unos días en su CRC me encontró en la estancia de los dormitorios. Me preguntó cómo estaba y qué tal me iba, y después de una corta plática me invitó a pasar a la bodega. Aunque yo los había ayudado anteriormente a trasladar donaciones no conocía la bodega. Una vez ahí, me dijo que estaban muy contentos porque Dios los estaba bendiciendo. La bodega estaba llena de víveres, a tal grado que me dijo que lo que tenían ahí era mucho más de lo que las casi ochenta personas que ahí vivían necesitaban, y estaban preparándose para ir a hacer una donación (junto con una labor evangelizadora) a una comunidad en la sierra. A comparación de los AA, en donde llevar el mensaje implica también un interés personal y la premisa de auto salvación mediante esa acción, aquí la evangelización está acompañada de donaciones en

especie. El llevar el mensaje es un don de Dios materializado que permite evidenciar lo que se da, y al mismo tiempo permite continuar dando el mensaje.

Hay una multiplicidad de formas en que se interpreta la presencia de Dios en sus vidas. En general, una vez dejadas las drogas y practicando el programa, Dios les ha traído experiencias que catalogan como buenas y que ahora valoran. Muchas de estas experiencias tienen que ver, por ejemplo, con tener una buena relación con su pareja, ver crecer a sus hijos, tener un trabajo y poder compartir su experiencia y llevar el mensaje a otros alcohólicos y drogadictos que lo necesitan. Las formas en que Dios se manifiesta en la vida cotidiana se relacionan con dejar a un lado la voluntad propia, el orgullo, y frente a situaciones difíciles no olvidarse de que él estará presente y hará que las cosas funcionen. Retomando la recomendación que hacía Sergio a Joel tienen que “confiar”. Y esta confianza está acompañada de una acción, y de llevar a la práctica las enseñanzas, una vez que se confía y que se lleva a la práctica lo aprendido el poder superior no te dejará sólo.

Durante la misma entrevista que tuve con Gerardo, descrita en el primer apartado de este capítulo, aquella en donde me comentó de sus experiencias espirituales en donde estuvo al borde de la muerte, me compartió cómo fue puesto a prueba para ver si finalmente había logrado entregarse a Dios. Hizo alusión directamente al tercer paso. Paso al que tanto insistía Jesús que se debía poner en “práctica” y se distinguirían los cambios inmediatamente. El tercer paso: “Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos”, tanto para Jesús, cuando ejemplificó su miedo para entregarse a la voluntad de Dios al saltar del trampolín, como para Gerardo no fue un paso fácil.

Durante el tiempo que estuvo sirviendo en el Anexo (en la clínica donde lo conoció la psicóloga que me recomendó hablar con él) Gerardo mantuvo una muy buena relación de

amistad y acompañamiento con el director y “padrino” del Anexo, un miembro distinguido de AA en San Luis Potosí. Algunos años después de haber sido internado, la hija de Gerardo tuvo un problema grave de salud. Pasó por ella, y su esposa, a su casa para llevarla al hospital. Tomaron un taxi. Gerardo le quería pedir dinero prestado a su amigo para poder pagar los servicios de un hospital privado. Cuando llegó a verlo le explicó la situación y le pidió dinero. Aquél le dijo que no tenía dinero, pero Gerardo comenta que él estaba seguro que lo tenía pues, al haber pasado tiempo con él, sabía que nunca andaba sin dinero. Le preguntó que si no tenía seguro y Gerardo le dijo que sí, que tenía cobertura médica gracias al trabajo de su esposa. Él le dijo que la llevaran ahí, que eran buenos hospitales y que había buenos doctores. Gerardo se molestó mucho y le reclamó el por qué no le quería prestar el dinero pues se lo pagaría incluso con intereses. Éste le dijo “todavía no has aprendido nada”. Le dijo que tenía que poner en “práctica” el programa. “Aprende a vivir con lo que Dios te da hoy”. Gerardo salió muy molesto y subió nuevamente al taxi para dirigirse al seguro. Al llegar estuvieron esperando en emergencias. Al poco tiempo sonó el teléfono de su mujer, era una amiga casada con un médico especialista que trabajaba en el hospital. Gerardo le hizo señas a su mujer para que le comentara su situación. Resultó que la especialidad del esposo era justo la que necesitaban para la intervención que requería su hija, y él trabajaba en el mismo hospital donde estaban. La amiga les dijo que en seguida notificaría a su esposo de que estaban ahí. A los pocos minutos salió el doctor y agilizó el proceso de su atención. Su hija se recuperó.

Gerardo narra esta historia como el momento en que él aprendió a confiar y a poner su voluntad, su vida, y la de su familia, al cuidado de Dios. Él reconoce que ya tenía varios años dentro de las agrupaciones, ayudando en la clínica y el Anexo en donde estuvo internado, así como viajando con el dueño a distintos lugares para compartir experiencias y buscar gente que

requiriera su ayuda para llevarla al Anexo. A pesar de sus manifestaciones divinas previas, fue hasta ese momento en que entendió lo que su “padrino” le quería mostrar. A través de estos ejemplos podemos observar cómo el entendimiento práctico de la presencia de un “poder superior” ocupa muchos espacios de las racionalizaciones de las experiencias vividas (Palacios, 2009).

Un último ejemplo me ayuda a mostrar este punto. En este caso yo estaba de por medio en las racionalizaciones de la vida cotidiana que identifican la presencia de un “poder superior”. Manuel F. era el responsable de las oficinas intergrupales en San Luis Potosí. En mi primer contacto con él pudimos realizar una entrevista en sus oficinas. Él me explicó el funcionamiento de AA y para mi sorpresa respondió a algunas de mis dudas sobre el “poder superior” de una manera que no esperaba. Fue enfático en el hecho de que creía que yo había llegado con ellos porque les iba a ayudar a que la gente conociera realmente lo que se hacía en AA. Mencionó que él incluso creía que estaba manifestándose el “poder superior” al sentir que ahora él tenía el compromiso de darme la información que pudiera necesitar para que AA fuera reconocido por la labor que hace y no como un grupo de ex borrachos¹¹³. Viéndolo en retrospectiva, creo que algunas puertas se abrieron en espacios de rehabilitación por esta misma razón. No porque la labor antropológica que hacía en estas instituciones pudiera cambiar el estigma o el imaginario social alrededor de los adictos en recuperación, aunque puede ser una de las implicaciones de este trabajo, sino porque a través de estas constantes racionalizaciones cotidianas de la presencia del “poder superior” me posicionaban a mí y mi vinculación con la institución como un fenómeno enmarcado en estas explicaciones. Potencialmente también podría ser un cliente para las intervenciones institucionales. Como cada recién llegado a un grupo, a un Anexo, a un centro

¹¹³ Entrevista realizada el día 5 de diciembre de 2014.

de rehabilitación, a la clínica privada o al CRC, el mero hecho de estar ahí es ya un indicio de manifestación del poder superior.

4.5.Eficacia del proceso de conversión

En San Luis Potosí, en los últimos años, se ha dado un fenómeno en el que la sociedad ha puesto en cuestionamiento sus prácticas religiosas y, principalmente, sus vínculos con la Iglesia Católica. Una gran cantidad de artículos periodísticos, y una menor cantidad de procesos judiciales, han evidenciado prácticas que son cuestionadas moral y éticamente por los potosinos. Particularmente me refiero al caso de Eduardo Córdova Bautista (ex representante legal de la arquidiócesis potosina por más de 22 años y actualmente perseguido por la Interpol), quien tuvo una figura de intermediación entre las élites económicas locales y la clase política, que fue acusado de más de cien casos de abuso sexual y pederastia. Independientemente de las acciones institucionales de la Iglesia católica, suspensión de licencias ministeriales y darlo de baja como sacerdote, la sociedad potosina quedó afectada. Algunos casos más han salido a la luz, como signo reiterativo de los abusos ejercidos por las figuras de autoridad católicas en lo local. A esta crisis se agrega, por ejemplo, una acusación de abuso sexual y homicidio en las instalaciones de un colegio particular (Salesiano, donde estudio Sergio) de una menor de edad. A la par de otra serie de factores la fuerza y autoridad moral de la Iglesia Católica en SLP ha sido diezmada. Pero al parecer esto no ha afectado el cobijo social de manifestaciones religiosas de diversa índole.

Para la atención a las adicciones vemos que hay una oferta terapéutica que se basa en lo que algunos llaman “teoterapia” pues están fundadas en creencias de carácter religioso que contribuyen a dar un nuevo sentido de vida al adicto en recuperación (Hernández, 2013). Pero la forma en que se negocian y se experimentan estas creencias en la vida de los adictos, de los

padrinos, y los procesos de enseñanza que estas implican están mucho más allá de simplemente contribuir a dar un nuevo sentido de vida. Las técnicas del dispositivo terapéutico, incluso en una ciudad como SLP en donde las estructuras institucionales emblemáticas de la religión católica se han visto diezmadas, son la piedra angular del proceso de conversión que lleva de por medio un proceso inacabado de prácticas constantes para mantenerse en camino a la sobriedad.

Las técnicas del dispositivo terapéutico no sólo son relevantes por su componente religioso sino que también ofrecen unidad a una comunidad moral concreta, a través de sus prácticas y creencias relativas a cosas sagradas (Durkheim, 2000). Esta unidad a una comunidad moral ofrece un nuevo marco de subjetividades en el que comprometen su vida, al grado de transformar sus proyectos personales en los proyectos institucionales religiosos. Esta oportunidad también ofrece una posibilidad de movilidad social (Rosovsky, 2009) pues, ya que muchos adictos llegan a las instituciones en el abandono, los desfavorecidos encuentran mejores condiciones y un estilo y forma de ganarse la vida distinto. Tan sólo hay que considerar los casos como los de Gerardo, Sergio o Jorge, quienes perdieron todo debido a sus adicciones y ahora el primero es un terapeuta en Gestalt y los segundos son directores de centro de rehabilitación. En este proceso han recibido una experiencia moral en donde sus padecimientos indeseados e innecesarios debían ser vividos. Su padecimiento les ha obligado a reconsiderar sus vidas y su mundo (Kleinman, 1988). Las experiencias vividas y el aprendizaje de que su adicción les llevó a perder su voluntad, pues la habitaba un suplemento negativo que los alejaba de Dios, se racionaliza y explica al pensar que necesitaban esa experiencia para poder ser otras personas y vivir bajo la voluntad de Dios.

Para nuestro caso es interesante considerar lo que plantea Roush (2014) sobre la Santa Muerte. Los devotos vierten en ella sus principales preocupaciones que devienen de la necesidad

de protección frente a injusticias institucionales, hechizos mágicos y gente violenta. Los conceptos centrales que muestran estas preocupaciones son el amparo y desamparo. El desamparo se ubica en el mismo marco de los efectos negativos de constricciones neoliberales que han colapsado el trabajo formal, han devenido en violencia y en una aplicación inadecuada a la justicia. La apelación al amparo de la Santa Muerte implica protección precisamente de esas amenazas que se viven cotidianamente. Para el caso que nos compete, la oposición amparo/desamparo es más bien un continuo. Quien ha aceptado un “poder superior” y al practicar el programa de AA, lo mismo que aceptando a Cristo, este se convierte en parte del yo. Sí Dios “bendice” o se manifiesta, la responsabilidad de hacer lo que Dios manda es del adicto en recuperación. En este sentido el individuo a través de sus acciones, de su práctica ética, se sitúa cerca o lejos del mandato del poder superior. Aquí las acciones, el “llevar a la práctica” el programa de los doce pasos es lo que derivará en que Dios bendiga, acompañe, o esté presente en la vida del adicto.

Los vínculos una praxis de la voluntad de Dios (una práctica de la vida cotidiana fundamentada en principios cristianos) y formas de intervención no médicas sobre una enfermedad o padecimiento, nos muestran la complejidad del dispositivo terapéutico y las características de la biopolítica de las adicciones en México. Las instituciones preponderantes en México para la atención a las adicciones como los Anexos, la clínica privada y el CRC, responden a dinámicas de religiosidad que tienen lógicas propias y éstas lógicas son una de las principales formas en que la biopolítica de las adicciones se lleva a cabo. El encuadre religioso del dispositivo terapéutico, más allá de ser un mecanismo de poder pastoral, habilita la aplicación de otros mecanismos de poder como el disciplinario y el de seguridad mediante formas de control y autocontrol (físico y moral) durante los internamientos y fuera de ellos.

Estas ofertas terapéuticas son propuestas para gobernar la vida del adicto y, al mismo tiempo, son compatibles con un amplio número de sistemas de creencias pues no intentan universalizar sus técnicas (Valverde y White-Mair, 1999). Tanto la intervención para la conversión cristiana como para la conversión a compañero de AA, articulan el “despertar espiritual” como una experiencia de una vez en la vida, con las prácticas de la vida cotidiana. Como fenómeno biopolítico es interesante ya que ha trascendido las instituciones formales del estado para que sean iniciativas y organizaciones no gubernamentales las que pongan en práctica este tipo de tecnologías de intervención social con poblaciones adictas.

Estos procesos de recuperación tienen sentido cuando el suplemento alcohol/droga es sustituido por el suplemento “poder superior”. En la que la prohibición de consumir alcohol o drogas y la aceptación de un “poder superior” como único ente que permitirá tener un “sano juicio” se exige una sustitución del orden de la voluntad del individuo que había sido socavada por las sustancias y ahora debe ser gobernada por la voluntad de un poder superior. El suplemento, en su labor de representación del yo y de suplantación de la personalidad, impide la manifestación de los deseos y la voluntad del sujeto. El suplemento alcohol/droga, cuando el adicto se encuentra en la actividad, representa al sujeto y se manifiestan deseos y voluntades que no son propias de él, sino motivadas por el suplemento. Lo mismo pasa con el suplemento “poder superior” que después de la conversión religiosa se torna en el representante del sujeto, a través de manifestaciones de deseos y voluntades que le son impropias, motivándolo a ejercer una práctica ética de sí que vaya de acuerdo con lo que ahora concibe son sus deseos que son, al mismo tiempo, los deseos de un “poder superior”. El suplemento deja de ser uno negativo que destruye y oculta al sujeto, y es más bien, gracias a la conversión, un suplemento positivo que le permite su realización como persona, como adicto en recuperación o como buen cristiano. Son

estas mediaciones con suplementos que figuran como *pharmakon* (Derrida, 2003), con una ambivalencia de remedio y veneno, las que en la atención a las adicciones posiciona, a sustancia/poder superior, en polos opuestos. La mediación suplementaria movilizada en la rehabilitación de las adicciones sitúan al poder superior en remedio, mientras sitúan a la sustancia como un veneno. Siguiendo esta lógica estamos hablando de un proceso de sustitución. La adicción se traslada de una sustancia a un “poder superior”. Hernández (2013) hace mención literal de este fenómeno retomando, en el título de su artículo, a la forma en que se hacen llamar los individuos rehabilitados de centros cristianos evangélicos: “cristoadictos”. Pero al ser una sustitución queda de forma permanente el riesgo de que el suplemento negativo, haciendo un desplazamiento del positivo, vuelva a conquistar al yo. De tal modo, las prácticas de acercamiento a Dios permiten que constantemente emerja la lógica de sustitución de las mediaciones suplementarias.

Una de las cosas fascinantes del programa de los doce pasos es que está estructurado para llevar de la mano a la persona dentro del juego de voluntades que tiene como base las mediaciones suplementarias. Por una parte la narrativa del despertar espiritual demuestra que hay un suplemento mejor que la droga, aunque este se conozca o se sienta espiritualmente mucho tiempo después de dejar la droga. Para poder acceder a dicho suplemento es necesario reconocer que la persona ha perdido su voluntad y que la droga la había socavado. En ese sentido la “derrota” es fundamental, es el primer paso de los doce de AA. Una vez admitida su derrota, se abrirá la posibilidad de que la voluntad de Dios pueda sustituir a la droga. Aquellas personas que por su orgullo no aceptan su problema con el alcohol y/o las drogas se encuentran en un error, el conflicto simétrico del que habla Bateson, no asumen que ellos son los responsables de su adicción causado por el alcohol o las drogas. Por esto es que un indicador ineludible de la

adicción es la negación de la propia enfermedad. La derrota, como paso indispensable para dar pie a una nueva mediación suplementaria es esencial.

Pero aunque el programa establezca las bases para la aceptación de la derrota, para la aceptación de un poder superior como nuevo suplemento y para la conversión religiosa, son muy pocas personas las que efectivamente logran mantenerse sin beber y drogarse en camino a su sobriedad. Los casos revisados en los últimos dos capítulos refieren casi en su totalidad a personas que han volcado completamente sus vidas a los proyectos de rehabilitación dentro del dispositivo terapéutico. Los padrinos, los directores de centros de rehabilitación, los que han deseado prepararse más como Gerardo para poder ofrecer servicios profesionales para la atención a las adicciones, son quienes hasta ahora podríamos considerar han tenido éxito en su proceso de recuperación. Mientras muchos otros adictos que llegan a estas instituciones se insertan en el circuito de atención y deambulan entre etapas de consumo y no consumo.

Aún quienes podríamos considerar que han tenido un éxito en su rehabilitación y se mantienen a la cabeza de las instituciones que basan su tratamiento en los doce pasos de AA, para el juego de voluntades aún están en proceso. Como se ha mencionado, nunca se podrá llevar a la práctica el programa con suficiencia para estar sobrio. Aunque estas personas pueden llegar a ser un ejemplo para los otros, siempre estarán bajo el cuestionamiento de si sus prácticas son suficientes, bien hechas, ejemplares, y auténticas acciones del poder superior que respalden su condición de sobriedad. En cualquier momento sus acciones pueden salir de las prácticas que pueden llegar a ser consideradas prototípicas y por tanto demostrar que aún no tienen la madurez necesaria para ser reconocidos en sobriedad y en su cercanía al poder superior.

Finalmente, siguiendo estas últimas ideas, el concepto de borrachera seca es importante porque nos muestra que en el proceso de rehabilitación dejar de beber no es suficiente. Esto

indica que dentro del dispositivo terapéutico y las instituciones que basan su intervención en los doce pasos de AA el problema de fondo no es el alcohol y la droga. El problema de fondo y contra lo que el dispositivo está luchando es contra la lejanía del sujeto adicto con Dios. La base del dispositivo terapéutico está en un juego de voluntades en el que la voluntad del adicto ha sido suplementada por la droga y que por tanto le aleja de Dios. A través de las mediaciones suplementarias el adicto es entonces el ejemplo emblemático del alejamiento de Dios.

Tomando en consideración esta base del dispositivo terapéutico y el ejemplo emblemático que representa el adicto del alejamiento de Dios, en el siguiente capítulo veremos cómo el dispositivo se ha adaptado para que su discurso pueda llegar a múltiples públicos y para que la intervención pueda tener injerencia en otras dimensiones de la vida cotidiana incluso con personas que no son reconocidas por su adicción, sino por otro tipo de enfermedad emocional.

Capítulo 5. El adicto y la patologización de la vida cotidiana

Las formas en que opera y se pone en circulación la idea de adicción en México es variable. Sin embargo, las prácticas del dispositivo terapéutico de atención a las adicciones reconocen la figura, del adicto en ciertos comportamientos, actitudes y prácticas, y como veremos en este capítulo además se dirigen a un público amplio para tratar lo que llaman “enfermedad emocional”.

En las instituciones del dispositivo terapéutico de atención a las adicciones se gestan y ponen en práctica ideas que atribuyen valores y formas de concepción del adicto. A través de ejemplos etnográficos analizaré las formas de interacción que se dan en escenarios de relaciones de poder entre especialistas y adictos para definir y para establecer perfiles del yo (antes, durante y después del tratamiento). Estas estrategias serán variables en función de la institución (cristianos, AA y Anexos, y CIJ). Desarrollaré las concepciones predominantes de lo que es ser adicto en correspondencia con las instituciones que ofrecen un modelo de intervención terapéutica basado en los doce pasos de AA. De manera paralela se irán haciendo algunas comparaciones y contrapunteos con los modelos que no están basados en los doce pasos, como es el caso del CIJ y del CRC.

Algunas de estas aproximaciones nos permitirán identificar y evidenciar ambigüedades en las concepciones de lo que es ser adicto así como de las técnicas específicas de intervención. Esto se mostrará a través de interacciones sociales marcadas por relaciones de poder que se sitúan en disputas, negociaciones, y choques para legitimar (o no) las prácticas institucionalizadas para la atención a las adicciones.

Como un segundo objetivo este capítulo se plantea cómo las ideas del programa de rehabilitación de los doce pasos de AA pasan de las fronteras institucionales hacia un espacio de

circulación mucho más amplio a través de un programa radiofónico auspiciado por un centro de rehabilitación. El programa de radio es una tecnología del dispositivo terapéutico que pone en funcionamiento y promueve ideas de la adicción y de las enfermedades emocionales. Es una tecnología que muestra la complejidad del propio dispositivo terapéutico, sus pugnas por la legitimidad de la intervención, la violencia como parte importante de las críticas que recibe el dispositivo, y la flexibilidad y plasticidad de la comprensión de lo que se ser adicto.

Las secciones del capítulo están pensadas en función de que se pueda ir reconstruyendo un discurso público sobre las adicciones en San Luis Potosí. En un primer lugar se abundará sobre el caso de un espacio institucional en el que el modelo de enfermedad de los AA se traspasa a problemas de la vida cotidiana, llevando la idea de la enfermedad emocional a otros espacios de incidencia para los dispositivos terapéuticos. En un segundo lugar se despliega dicho discurso en un programa radiofónico que es administrado por la clínica privada pero que refleja los lugares comunes de la idea de adicción y de la necesidad de intervención a través de un juego de voluntades en el que el adicto es sujeto. Finalmente se presentarán algunas técnicas específicas en las que los discursos y las prácticas de intervención que ponen en funcionamiento el proceso pedagógico sobre el adicto una vez que está dentro del internamiento.

Esta reflexión pretende ilustrar, por una parte, cómo el discurso de la adicción se ha desarrollado para contener otro tipo de padecimientos y malestares, y al mismo tiempo, cómo circula como un discurso público que produce reflexividad en los oyentes del programa de radio. Al mismo tiempo, dicho discurso público es decantado en un proceso de paso a lo corporativo, ya no a un público sino a un grupo determinado por la membresía que les otorga el internamiento a quienes están siendo objeto de la intervención. En otras palabras, este capítulo pretende mostrar la conexión y la transición de un discurso público maleable, flexible, dinámico que refleja estas

mismas características sobre la noción de adicción, y un discurso privado, institucionalizado que está incorporado al dispositivo terapéutico para las adicciones.

5.1.Somos enfermos emocionales

En capítulos anteriores habíamos mencionado que Jesús (alcohólico en recuperación y compañero de AA de Sergio) coordinaba y facilitaba el taller de “inteligencia emocional” en el Anexo de puertas abiertas. Esta técnica en particular nos ayudará a entender las movilizaciones y adaptaciones que tiene el discurso de AA para todas las dimensiones de la vida cotidiana. A su vez nos mostrará las formas en que es utilizado para buscar ayudar a personas que no tienen una adicción pero que tienen otro tipo de malestares emocionales.

En el Anexo de puerta abierta Ignacio llegó a comentarme que en más de una ocasión otras instituciones habían tratado de copiar su taller pero no les había funcionado. Incluso habían querido llevarse a Jesús ofreciéndole un salario (pues el trabajo que hace ahí es voluntario), pero evidentemente Jesús lo rechazó porque si pusiera un interés económico por su trabajo perdería el sentido de lo que hacía. Como vimos en el capítulo anterior, Jesús hace una adaptación de “llevar el mensaje” su doceavo paso en este taller. Esta conversación tuvo lugar entre nosotros tres mientras estábamos frente del grupo antes del inicio de una de las sesiones del taller. Poco a poco la sala se iba llenando y noté que llegaba gente que no estaba internada.

Jesús me explicó que el taller estaba abierto para todo público, que regularmente repetían el taller algunas personas para trabajar algún aspecto específico que quisieran mejorar en sus vidas, por lo que no todos los asistentes tenían un problema de consumo de alcohol y/o drogas. Mis preguntas hacia Jesús eventualmente le hicieron externar que estar en el taller podía ser una oportunidad para mí que no tenía nada que ver con lo que buscaba en términos de mis objetivos

académicos. Este fue un comentario recurrente durante mis primeras sesiones en su taller, hasta que eventualmente dejó de hacerlo pues creo que llegó a considerarme como un participante más. Me dijo que habían llegado personas con profundos problemas de depresión, con problemas emocionales fuertes, y que después de un taller eran personas distintas. Tomé un sitio en la sala de juntas, muchas de las personas conforme llegaban se saludaban entre sí. El sitio se fue llenando de personas internas en el Anexo de puertas abiertas y personas que acostumbraban asistir al taller. Un cuchicheo y risas se escuchaban en la sala, mientras algunas personas estaban muy familiarizadas entre ellas, había algunos otros que parecía que era su primera ocasión en el taller pues observan con seriedad, expectación y cuidado lo que pasaba.

Jesús dio la bienvenida a los asistentes. Dio las gracias a los asistentes por su presencia, nombró el título del taller y pidió al público que se pusieran de pie quienes asistían al taller por primera vez. Tres personas se pusieron de pie. Éramos un grupo numeroso de alrededor de unas treinta personas de ambos sexos y de un amplio rango de edad, de los diez años hasta los setenta aproximadamente. Solicitó al grupo que nos diera un aplauso. Los “nuevos” se miraban entre sí sin entender lo que pasaba y veían a la gente sonriendo y aplaudiendo eufóricamente a su alrededor. Jesús comentó que el hecho de estar ahí con ellos ya era un gran paso y un gran logro, pues el taller se había hecho para ayudar a las personas que tenían algún problema emocional y que, aunque todos éramos enfermos emocionales, los nuevos estaban un paso más adelante por haberlo aceptado y por querer hacer algo al respecto. Comentó que a él le hubiera gustado mucho que lo hubieran recibido con un aplauso en su primera visita a un grupo de AA, y que por eso él trataba de dar la bienvenida del mejor modo posible a los nuevos asistentes a su taller.

El tema de esta sesión del taller giraría en torno al onceavo paso de AA¹¹⁴. Jesús compartiría su propia experiencia y los demás asistentes harían lo mismo. Jesús explicó que esta estrategia permitía que los demás participaran activamente en el taller y que así, al escuchar a otras personas, uno mismo tendría oportunidad de ver reflejada su propia experiencia. Él trataba de reproducir la base terapéutica de las juntas de AA. Durante la sesión, Jesús y otras personas hablaron de sus malestares emocionales, de cosas que les habían impedido sentirse bien consigo mismos y que les hacían infelices, y del momento determinado en que decidieron buscar algún tipo de asistencia, de la fortuna de haber llegado a este espacio, así como de las diferencias que veían en sus propias vidas por haberse incorporado al grupo y cambiar algunas actitudes y acciones en su vida cotidiana.

Hacia el final de la sesión, Jesús pedía a los asistentes que buscaran algún malestar personal, algún estado emocional que no nos permitiera ser felices, comentó que aunque pensáramos que estábamos bien, el ser humano se manejaba con muchas máscaras y que debía haber algo que no quisiéramos enfrentar, algún miedo, algún defecto, algo que nos hiciera daño y que debiéramos solucionar. Jesús enfatizó que los AA tienen un listado de lo que llaman “defectos de carácter” que él mismo describió como intercambiables por los pecados capitales.

Constantemente me sentía interpelado por el discurso. Para explicar el proceso de interpelación, Althusser (1974) utiliza el ejemplo de un policía que llama a un desconocido “Eh, tú”, el auto reconocimiento como persona viene al momento de girar y es ahí donde el individuo es interpelado como sujeto del discurso estatal. En este sentido, me vi dentro de un proceso de reclutamiento ideológico que transforma a los individuos en sujetos reconocidos bajo un proceso altamente personalizado. De alguna forma, si no era alcohólico o drogadicto, sentía que debía

¹¹⁴ “Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla” (AA 2014a).

encontrar algún tipo de defecto al igual que todas aquellas personas reunidas, aunque me resistía a asumirme como un “enfermo emocional”. Pensé que mi resistencia se podía comparar con el indicador inequívoco de la enfermedad que es el orgullo que, como vimos en el capítulo anterior es el principal indicador de que hay un problema que no se quiere aceptar.

Jesús, al informarnos y tratar de convencernos de que todos éramos unos enfermos emocionales, proponía que entre los objetivos del taller estaba ofrecernos una alternativa para llevar una vida plena, “útil y feliz”, tal como el programa de AA prometía si lo llevábamos a la práctica de modo adecuado. Al término de la sesión mientras conversaba con Jesús me reiteró que para él es motivante poder ayudar a las personas y que eso es algo que lo mantiene en sobriedad. Nuevamente me comentó que esperaba que el taller sirviera para mi trabajo y que él creía que me iba a ayudar de forma personal. No dejaba de llamarme la atención que Jesús no perdía oportunidad de mostrarme la relevancia de haber llegado con ellos y las posibilidades que se abrían ante mí para reconocer y transformar mis propios problemas emocionales.

La forma en que Jesús habla a las personas que recién se integran al taller se puede comparar con la forma en que un predicador le habla al pecador. En este sentido Warner (2008) retoma el caso del *revival* en Estados Unidos para distinguirlo del discurso. El revival fueron sermones que acontecían por la mediación de la esfera pública en donde predicadores itinerantes, que podrían ser hombres y mujeres de toda clase y condición, comenzaban a predicar frente a desconocidos. Warner con el revival ejemplifica cómo la condición pública del sermón entra en tensión con su actualización de una verdad espiritualizada (Warner 2008:38). La elocuencia del sermón la ubica teniendo efecto en lo íntimo, privado, interno y en la aprehensión particular que

se efectúa del contenido.¹¹⁵ Efectivamente, en mi caso, el discurso en forma de sermón de parte de Jesús y de los otros hablantes, había tenido la fuerza suficiente para que yo me reconociera como potencial enfermo emocional. En momentos experimentaba el mensaje como si fuera dirigido a mí, excluyendo a las personas que estaban a mi alrededor, cuando seguramente siguiendo a Warner, ellos a su vez encontraban sus momentos de revelación interior. Esto se hacía evidente en los mismos comentarios de los asistentes durante el taller, pues cuando Jesús daba la palabra inmediatamente algún asistente comentaba cómo escuchar a Jesús había provocado recuerdos, emociones y recuerdos que coincidían de alguna manera con la propia experiencia e Jesús.

Warner explica que cuando comienza a ser habitual la confesión, las congregaciones se interpretaron implícitamente como núcleos pertenecientes a un público compuesto por desconocidos que acudían a la iglesia. “Pero la elocuencia del sermón nunca dejó de ser reconocida como producto de una alocución particular, por parte de una deidad, destinada al pecador, y no como una forma esencialmente *circulante*” (Warner 2008:39). Siguiendo el razonamiento de Warner, la elocuencia del sermón no apela a un desconocido, sino que apela al pecador. Es un discurso público que circula y su eficacia radica en que quienes escuchan las palabras del pastor escuchan un mensaje personal de Dios. Retomando mi propia experiencia, me reconocía en el discurso y me construía como el pecador frente a Dios, que estaba siendo interpelado para que encontrara en mí aquello que me mantenía con malestar, aquello que fuera susceptible de mejorar, aquello que no me hiciera sentir “útil y feliz”.

¹¹⁵ “El predicador trata de cumplir este criterio de elocuencia, esforzándose por hablar con una voz distinta de su voz individual y personal, y trata de interpelar al oyente íntimo, creando una escena de escucha que es acusadamente distinta de la que se produce en el discurso que dirige una persona a cualquier otro u otras en la vida normal” (Warner 2008:36).

Esta experiencia me mostraba la fuerza que tiene el discurso del programa de los doce pasos incluso en el marco del taller de inteligencia emocional de Jesús. Aunque no me considerara adicto, al igual que muchos de los participantes, me sentía interpelado por lo que Jesús decía. Poco a poco me iba sintiendo como el enfermo emocional que Jesús decía que había en mí. La lógica de AA se extendía a un público al que inicialmente el programa de los doce pasos no estaba destinado.

5.2. Todos, potencialmente, tenemos un adicto o a un ingobernable en casa

Durante cuatro temporadas el programa de radio se mantuvo al aire en una de las estaciones de radio FM de la capital de San Luis Potosí.¹¹⁶ Desde mis inicios en trabajo de campo hasta los últimos días pude identificar que el programa de radio se transmitía intermitentemente pues no duraba el transcurso de un año completo. Aunque no siempre lo escuché traté de grabar un audio de las transmisiones.

Los programas variaban de anfitrión, en ocasiones algún psicólogo o padrino era quien llevaba la temática del programa, en ocasiones eran más de uno quienes más bien discutían sobre algún tema relacionado con las adicciones, con cómo identificar a un adicto y con las ventajas de su tratamiento en comparación a ofertas. Había ocasiones también en que invitaban a algún interno que estuviera en su proceso de rehabilitación para que compartiera su experiencia. Los temas de discusión podían variar ampliamente. Cuando había algún paciente de la clínica regularmente le pedían que compartiera su propia experiencia, que seguía el formato de la narrativa hegemónica del alcohólico en AA, es decir, una narrativa que articulara su inicio en el consumo, los problemas que esto le causó, el momento de requerir pedir ayuda, y los cambios

¹¹⁶ De acuerdo a lo que me comentó en una entrevista el Director de la clínica privada el 23 de noviembre de 2015 en un café cerca del centro de la ciudad.

que estaba notando con su recuperación. Cuando eran especialistas quienes estaban en la discusión los temas se dirigían a cuestiones diversas pero siempre con atención hacia las adicciones y su tratamiento. En ocasiones, cuando estaba algún padrino en la cabina, se hacían múltiples referencias a algún momento de su propia experiencia dentro del marco narrativo hegemónico del adicto que propaga AA.

Como un dato interesante, siempre me pareció llamativo que la radiodifusora agregara al inicio de la transmisión del programa una cápsula explicando que las opiniones y contenido dentro del siguiente programa no eran responsabilidad de la radiodifusora y que tampoco tenían que ver con su opinión o perspectiva sobre el tema. La radiodifusora cuidaba que siempre hubiera esta cláusula de deslinde de responsabilidades para desvincular a su institución con aquella que desarrollaba y producía el contenido del tiempo comprado al aire, es decir, la clínica de rehabilitación.

Para esta sección utilizaré el contenido de tres programas de radio que se transmitieron en el año de 2012. Si bien los programas se transmitieron durante los años subsecuentes de mi trabajo de campo y del desarrollo de mi estudio antropológico, decidí limitarme a estos tres programas para fines prácticos y por la utilidad analítica que permiten para el desarrollo del argumento a lo largo del capítulo. Cabe señalar que el contenido de los programas, y el análisis que de él se puede hacer, producen material suficiente para hacer estudios antropológicos, y desde otras disciplinas, que dan oportunidad de generar preguntas que permitan desarrollar tesis enfocadas al análisis único de dicho material.

La experiencia de escuchar el programa, como decía, está marcada de entrada por la cláusula de deslinde de responsabilidades por parte de la radiodifusora. En segundo lugar, el inicio del programa es acompañado por la oración de la serenidad recitada por varias voces a

coro emulando la oración al final de una junta de AA. La música de fondo antes de la bienvenida por los locutores es una canción popular de un artista latinoamericano con un mensaje de esperanza y de motivación.¹¹⁷

En una de sus discusiones, los locutores (dos padrinos que trabajan para la clínica), definían el concepto de alcoholismo y de adicciones con el que trabajan. Su definición buscaba que una gran cantidad de personas pudiera sentirse identificada con la definición que proponían.

Alcoholismo no quiere decir una persona tirada todos los días en la banqueta. No, no, no. Eso ya es muerte. (...) Alcoholismo quiere decir esto: que no trabaja, que no estudia, que no tiene ganas de nada. Aunque nada más se alcoholice dos o tres veces a la semana, o una vez a la semana. Pero si nos encontramos con que es una persona que no tiene ilusión de vivir, no tiene ganas de salir adelante, todo lo maneja con mentiras, todo lo maneja con chantajes y manipulaciones, se ha vuelto agresivo, se aísla de la familia. (...) Pero básicamente nos damos cuenta que es una persona que su alma y su corazón y todo esto está quebrantado, que no tiene sueños, que no tiene ilusiones, que no tiene ganas de vivir. Eso es el alcoholismo.¹¹⁸

La definición que proponen de alcoholismo, que por el contexto más amplio de la grabación y el programa se sobreentiende que es para adicciones en general, es muy amplia. Le da cabida a una multiplicidad de comportamientos y no específica, siguiendo una definición biomédica de la enfermedad, una dependencia a alguna sustancia química o a algún estímulo externo. Va desde consumir una vez a la semana una sustancia, hasta cambios altamente subjetivos en el comportamiento como aislamiento y ausencia de sueños, ilusiones y ganas de vivir. La imagen que acompaña a esta caracterización del adicto es definida por una serie de signos: no trabaja, no estudia, no tiene ganas de nada. Su definición constituye toda una caracterización del adicto como un gasto improductivo (Bataille 1974), para ellos el alcohol no tiene la culpa del

¹¹⁷ Diego Torres, “Color esperanza”, 2001, Sony Latin. La canción recibió múltiples premios y llevó a su intérprete a la fama y reconocimiento internacional. En ocasiones esta canción se alterna con los coros de la canción “Vive” de Napoleón, Discos Raff, 1976. Esta canción fue ganadora del Festival Internacional de la OTI, triunfo que catapultó la carrera del cantante.

¹¹⁸ Extracto del programa de radio transmitido al aire el día 19 de septiembre de 2012.

alcoholismo, el alcoholismo se ubica en la disfuncionalidad. El alcohol es un suplemento (Derrida 1986) incluso para el alcoholismo, que caracterizan como una enfermedad más profunda del alma que, siguiendo su narrativa, no necesariamente se manifiesta en un consumo compulsivo.

A lo largo de los programas hay ejemplos más gráficos del perfil del adicto. Uno de ellos está manifiesto en la propia experiencia de uno de los padrinos.

Mira. A mí siempre me quisieron corregir, y yo siempre quise estar bien. Lógicamente, surge la terquedad, crece la negación, crece la soberbia, y por no darles gusto a ellos, porque yo sentía que ellos eran los que me metían, los que me anexaban. O sea, ¡déjenme vivir mi vida! Yo no quería doblegarme ante la idea de que no podía, yo tenía todo. Venía de gente rica, tenía estudios, tenía esposa, tenía hijos, tenía dinero, tenía todo. Yo decía, a mí no me va a pasar. Yo sí veía gente que había perdido todo. Yo sí pensé que iba a ser junior toda mi vida. Yo no veía que la droga me fuera a hacer daño. Yo pensaba que era mi fiesta, que era mi diversión, que mis novias las conseguía porque traía coca. Yo pensaba muchas cosas que no quería cambiar mi forma de ver.¹¹⁹

Su explicación nos permite identificar que el discurso va dirigiéndose a un público más reducido, ya no está hablando de aquel que pudo haber tenido un primer contacto con alguna sustancia, sino que está hablando de quien desarrolla comportamientos y características específicas que se pueden identificar como contrarias a las deseables por aquellas personas que están cerca de él o ella. Ante las miradas de los demás está negando que su consumo de drogas esté afectando su vida y la de los que le rodean, se considera una persona soberbia que tiene su situación bajo control y que lo que hace es su decisión y que no le afecta en nada. Su comportamiento rechaza las sugerencias de las demás personas y no reconoce que está teniendo problemas derivados de su consumo. Todo esto se convierte en un indicador para identificar a aquella persona que potencialmente tiene problemas de adicción. Para complementar con estas ideas está también la explicación que brinda una psicóloga de la clínica:

¹¹⁹ Extracto del programa de radio transmitido al aire el día 9 de agosto de 2012.

Cuando una persona está en la actividad, se pone valiente, soberbio, se cree que está todo bien, se cree en una felicidad que no es verdadera, que es falsa, y se siente muy creído, diciendo que lo puede hacer todo, que es muy fregón. Es una felicidad ficticia pues, cuando llega la cruda moral, ya no hay confianza, hay miedo. Es lo opuesto de cuando está tomando porque fue falso, son actitudes falsas, y todo se viene abajo porque ya no está bajo el influjo. Entrás a la vida normal.¹²⁰

La soberbia, la valentía desmedida, la falsa felicidad, se convierten también en indicadores de que hay algo mal en la persona. La peligrosidad del suplemento (Derrida 1986) se manifiesta invadiendo y sustituyendo las cualidades y la forma de ser “normal” de la persona que sufre la adicción. Al beber la persona se transforma y al dejar de beber, aunque puede llegar a sentir culpabilidad bajo la figura de la “cruda moral”, defiende su comportamiento que le lleva a la falsedad y al autoengaño al no querer reconocer que tiene un problema y aceptar la ayuda o las recomendaciones de los demás.

Todo alcohólico o adicto es sensible. Todo alcohólico o adicto es endeble emocional. Una cosa es que nos pongamos máscaras con las que tratamos de aparentar que somos indestructibles.¹²¹

Nuevamente, la peligrosidad del suplemento se manifiesta bajo la figura de una máscara que oculta la verdadera naturaleza del adicto, su sensibilidad y su debilidad emocional opacada por una imagen de fortaleza que se proyecta al exterior. Esta imagen como los “defectos de carácter” del orgullo y la soberbia son recurrentes en los discursos sobre la adicción en las distintas ofertas de atención terapéutica.

El usuario de drogas, el adicto, es considerado como alguien que tiene tenues enlaces con la realidad. Esta creencia se configura en un diagnóstico cultural y en una convicción clínica (Derrida 2003). Derrida caracteriza a la adicción/escritura retomando el *pharmakon* de Platón. El *pharmakon*, como suplemento peligroso, tiene más que ver con el olvido, el simulacro, la mala repetición que con la memoria auténtica y la verdad. En la caracterización que culturalmente

¹²⁰ Extracto del programa de radio transmitido al aire el día 7 de agosto de 2012.

¹²¹ Extracto del programa de radio transmitido al aire el día 19 de septiembre de 2012.

hacemos del adicto, el pharmakon apaga su espíritu en vez de ayudarlo, en ese movimiento pareciera que el elemento parasitario de la droga que es externo al sujeto se alimenta de su interior. Lo que la sociedad, para Derrida, mantiene en contra del usuario de drogas es que escapa a un mundo de simulacro y ficción, invadido por una presencia exterior que le sustituye y suple, esta retórica de fantasía es la que está en la raíz del régimen prohibicionista y alimenta al dispositivo terapéutico, convenciéndonos de que el adicto pierde toda conexión con la realidad. Para Derrida, lo que motiva el discurso de la adicción es “la preocupación de que el adicto no se reconoce a sí mismo” (Carr 2010:86).

Las valoraciones en donde se pone un énfasis en el extremo donde el adicto no hace ninguna labor productiva (en palabras de los padrinos del programa de radio, no estudia o no trabaja), viviendo en la calle y en una situación que ellos describen como “muerte”, bien puede ser aquello que Bataille (1974) describía como gasto improductivo encarnado en el adicto. Es un cuerpo que ha perdido su personalidad, ha perdido su capacidad de ser persona y de ser un ser social, es en sí mismo una encarnación de la pérdida. Esto se puede ver más claramente en lo que comenta el locutor haciendo referencia a lo que dejó detrás al convencerse de que tenía que modificar su estilo de vida.

(...) lo que quiero decir es que dejas una vida denigrada, una vida totalmente tirada a la basura. La lucha y el esfuerzo de una familia, el haberle fallado a Dios, a ti mismo, a la sociedad. El no haber aprovechado las oportunidades. El haber muerto antes de que tu corazón parara, el andar como muerto en vida por las calles mendigueando (sic) o dando lástima a toda la gente que algún día te quiso.¹²²

La pérdida, la muerte social y simbólica (el que el adicto no se reconozca a sí mismo), la sombra de los fallos en todos los ámbitos se convierten en los últimos indicadores de lo que los padrinos identifican como los peores resultados de la adicción en la vida del adicto. Finalmente, apelando

¹²² Extracto del programa de radio transmitido al aire el día 19 de septiembre de 2012.

a la comprensión de los radioescuchas y buscando el convencimiento de aquellos oyentes que tengan a algún familiar con este problema, aclaran que es también una enfermedad.

El alcoholismo es una enfermedad, no es un vicio, no es un gusto, no lo hacen porque sea una persona muy feliz, lo hacen porque tienen la imperiosa necesidad de fugarse de su vida. Un problema es que no estamos acostumbrados a verlo como una enfermedad.¹²³

Este comentario está seguido de una comparación en la que establecen un paralelismo de la “enfermedad” de la adicción con el cáncer. Uno de los padrinos comenta que un gran problema que existe con las familias, quienes por cierto deberían de responsabilizarse del adicto e internarlo en su clínica, es que no reconocen que la adicción es una enfermedad. Al comparar la adicción con el cáncer ejemplifica que si tienen este último padecimiento deberían de llevar a su canceroso al oncólogo, pero que se resisten a llevar a su adicto a una clínica con especialistas y con otros adictos que han pasado por la misma experiencia.

Una de las chicas internadas en la clínica que fue invitada al programa de radio con la psicóloga se reconoce como enferma, pero no sólo eso, como enferma emocional y abunda en la idea de que el enfermo no puede tomar la decisión por sí mismo y requiere de someter su voluntad a la de alguien más para que reciba la ayuda.

Yo quiero invitar a la gente y decirle: El enfermo emocional nunca quiere tocar una clínica, o pedir ayuda profesional. Jamás. Yo lo digo porque yo estoy viviendo eso. Si mi familia no me hubiera traído a la clínica yo seguiría viviendo en un infierno.¹²⁴

La idea de la enfermedad de la adicción se conjunta con la incapacidad de reconocer sus emociones y manejarlas adecuadamente, como anteriormente lo mencionaba un padrino al decir que eran endebles emocionales. La adicción se intercambia conceptualmente con la noción de “enfermo emocional”. Pero al mismo tiempo, en este planteamiento hay una diferencia fundamental con la literatura del programa de AA y con aquellos grupos que son reconocidos

¹²³ Extracto del programa de radio transmitido al aire el día 19 de septiembre de 2012.

¹²⁴ Extracto del programa de radio transmitido al aire el día 7 de agosto de 2012.

como “tradicionales”. Estos últimos defienden la idea de que la persona está lista para iniciar su proceso de recuperación cuándo sea él mismo quien decida solicitar la ayuda y acercarse a un grupo de ayuda mutua. Es la forma en que han funcionado los grupos reconocidos dentro de la estructura de AA. Aunque las formas en que se despliegan las nuevas membrecías pueden variar y podríamos cuestionar también si se ejerce cierto tipo de coerción, lo que es mal visto por los grupos tradicionales es que la persona sea llevada a la fuerza, en contra de su voluntad, o engañada para asistir a una de estas reuniones. Mientras los grupos tradicionales manejan sus discursos al interior de su propia comunidad de AA y critican aquellas corrientes que no guardan la ortodoxia del programa, los Anexos y centros de rehabilitación abre su discurso a un público más amplio otorgando las herramientas para identificar la enfermedad y para justificar el internamiento. En el siguiente apartado abundaré en las técnicas y métodos que desde la clínica y desde los Anexos se acostumbra introducir a los adictos en un proceso de rehabilitación de su adicción.

La definición de adicción que se ha desplegado hasta el momento en el programa de radio apela a una gran cantidad de personas. Desde quienes podríamos considerar que tienen un problema serio de consumo de sustancias, hasta quienes han tenido un contacto experimental. Desde quienes tienen problemas de comportamiento que pueden ser considerados atípicos por sus familiares y sociedad en general, hasta quienes han perdido todas sus posesiones, relaciones sociales y su propia vida (siguiendo la metáfora de que son “muertos en vida”). Esta definición tan amplia de adicción permite pensar, prácticamente, que cualquier persona es potencialmente un adicto y, si no, al menos, un posible cliente de alguna institución de rehabilitación. Esto complementa lo que Jesús decía en su taller de inteligencia emocional al decir que todos éramos enfermos emocionales y que sólo era cuestión de mirar detenidamente para encontrar problemas

detrás de nuestras máscaras. El discurso de la adicción del dispositivo terapéutico tiene un alcance de rango amplio que no discrimina ni excluye. En otras palabras, todos somos adictos o enfermos emocionales.

Siguiendo esta idea, en una transmisión del programa de radio, con una madre de familia como invitada, se enfatiza que la clínica también atiende personas con problemas de comportamiento. Al inicio del programa hacen una fuerte crítica a un centro de rehabilitación que representa competencia a su propia clínica y que les ha calumniado, y al parecer ha iniciado un proceso jurídico en su contra. Posteriormente, presentan a la señora quien se identifica como madre de un chico que fue internado en la clínica. Su hijo tuvo una experiencia previa de internamiento en el centro de rehabilitación objeto de críticas. Ella comenta que su hijo, en su primer internamiento, no había probado aún ninguna sustancia y que ella buscó ayuda a dicha institución porque su hijo se había tornado incontrolable. Hacia el final del programa de radio, uno de los locutores (un padrino de la clínica privada) le pregunta sobre la condición actual de su hijo quien ya tenía más de un mes de haber salido de la clínica.

Padrino (P): Bueno, su hijo es alcohólico.

Madre (M): No, no es alcohólico.

P: Pero, es drogadicto.

M: No, tampoco.

P: ¿No se droga?

M: Una vez, ahorita ya no sé.

P: Tiene meses que no vive en tu casa y, ¿me dices que no se droga?

M: Meses no, bueno, tiene quince días que no está en mi casa.

Psicólogo: Él tiene problemas de conducta seria. Le llamamos ingobernabilidad. Ahorita tiene un problema que tiene un nombre rimbombante que es TLP (Trastorno Límite de la Personalidad), en Estados Unidos es *borderline*.¹²⁵

¹²⁵ Extracto del programa de radio transmitido al aire el día 9 de agosto de 2012.

Más allá de la clara evidencia del que el padrino no había puesto atención a la narrativa inicial de la madre, en este extracto de la conversación la intervención terapéutica en personas que no padecen una adicción se justifica. Aunque no es un adicto, es una persona ingobernable, y tiene una serie de defectos de carácter transformadas en enfermedades clínicas por el profesional. En ese mismo programa, comentaban lo siguiente:

Padrino 1: Si no trabaja, no estudia, no va a la escuela, no hace nada.

Padrino 2: Eso nos sirve para ver que ya es un adicto.¹²⁶

Aquella persona que tiene un problema de disciplina, principalmente los jóvenes y menores de edad que tienen problemas de obediencia a sus padres, se convierten en objeto de intervención de estas instituciones. La sustancia deja de tener relevancia alguna en la caracterización de la adicción. El adicto es asociado con todo lo improductivo. Si no trabaja, estudia ni hace nada es adicto. No importa que tanto consuma ni que sustancia use, aquella persona que es un gasto improductivo para la sociedad y que está invadida por la pérdida es una persona adicta. La oferta terapéutica de atención a las adicciones se convierte en un espacio que aspira, en términos preventivos, enderezar a aquellas personas que han tomado un mal camino, antes de que se agrave y derive en su dependencia a alguna sustancia.

La idea de realizar una acción preventiva con el o la “ingobernable”, así como la de intervenir antes de que el problema sea más grave, antes de llevar a la “muerte en vida”, hace virtualmente a cualquiera como un individuo legible como sujeto de prevención y como objeto de intervención. El concepto de sujeto de prevención fue utilizado por Kevin O’Neill (2013) para hacer referencia a las formas en que el individuo es imaginado, y las acciones consecuentes al imperativo de la prevención en las relaciones de patrocinador y becario en un programa de cristianos estadounidenses para la salvación y creación de oportunidades opuestas a las pandillas

¹²⁶ Extracto del programa de radio transmitido al aire el día 9 de agosto de 2012.

con jóvenes en Guatemala. Para nuestro caso es útil entenderlo así ya que el adicto o el ingobernable es imaginado como una persona en riesgo. La intervención, es decir, su internamiento, es un requisito fundamental para evitar que su vida se convierta en un desperdicio. Al mismo tiempo, en aquellos casos en que el adicto se encuentra en una situación extrema, su internamiento es necesario para poder devolverlo, siguiendo su propia analogía, a la vida.

El programa de radio es sólo un ejemplo en donde se reproducen estas ideas, pero todos los centros de rehabilitación que se integran en esta etnografía, a excepción del CRC (que ya veremos cómo opera), mantienen esta idea hacia un amplio público al que se puede aspirar a interpelar haciéndoles sujetos adictos o familiares de adictos, una enfermedad que comprenden y que saben intervenir, un problema del que ellos tienen la salida, aunque tal vez no sea necesariamente la única.

Efectivamente habrá quienes se sentirán interpelados por el discurso del programa de radio, pero el programa y su discurso están dirigidos al público. Este público no es el de la esfera pública, en términos de Habermas (1994), de carácter burgués y liberal que crea debates reflexivos en los que el público es creado con la razón como criterio básico de participación social, y que promoverá la transformación de la sociedad en una más democrática acompañada de una ideología, de libertad y de ser hombre, que se enlaza con todos los contextos como un todo coherente. Pero sí podríamos hablar de que apela al público en términos de Warner (2008). Como público existe en virtud de ser destinatario, está construido por la orientación del discurso hacia desconocidos, “es una relacionalidad con el desconocido en forma pura” (ibíd., p.23). Quien es interpelado por el discurso devela su carácter personal, pero el discurso público también incluye el elemento de la impersonalidad. El destinatario del discurso público es

personal e impersonal al mismo tiempo, se dirige a nosotros y a desconocidos. Directamente se implica que el público está auto-organizado en tanto cuerpo de desconocidos unidos en aras de la circulación de su propio discurso. “Un público es el espacio social creado por la circulación reflexiva del discurso” (ibíd., p.47). La principal acción es proyectar el campo de la propia discusión (su género, amplitud de circulación, lo que está en juego, lenguaje específico, el repertorio de sus agentes) en donde cualquier postura es reflexiva pues se afirma a sí misma y evidencia la relación con otras posturas dentro de los límites imaginarios de la circulación del discurso.

El público construido por el discurso del programa tiene formas y canales de circulación preexistentes, es decir que el discurso es selectivo de quienes tomen parte de él mediante criterios de espacio social compartido (hábitos, intereses temáticos, referencias comunes, formas circulantes entendibles, e idiolectos y géneros de habla) (ibíd., p.69-70). El discurso público busca confirmar la existencia del público al que se dirige, su éxito está en el intento de citar, poner en circulación y de manifiesto la visión de mundo que articula. Durante la transmisión del programa de radio los locutores (sean padrinos, adictos, psicólogos, o incluso la madre de familia invitada) con su discurso construyen al público definido por Warner. Este público es un público de adictos en potencia, el discurso a pesar de ser selectivo surte un efecto universal pues cualquier fallo en la productividad te hará adicto. El discurso refiere a un “todos somos adictos” en donde el adicto representa la improductividad, el efecto universal del discurso está en que nadie tiene la capacidad de ser productivo todo el tiempo.

Para terminar de comprender cómo circula el discurso del programa de radio es de ayuda el concepto de regímenes de circulación, “hábitos cultivados para mediar textos, permitiendo el

movimiento del discurso a través de trayectorias sociales predecibles” (Cody 2009:287).¹²⁷ El público del programa de radio, considerando los regímenes de circulación, es el resultado de una afinidad elegida entre tipos de radioescuchas, modos de socialización, y tipos de producción radiofónica, una especie de correspondencia entre la producción del bien de consumo y la producción de ciertos tipos de consumo. Esto tiene sentido para pensar que aunque el programa de radio está dirigido a un amplio público, éste, a su vez, está acotado por ciertos elementos que nos indican que los regímenes de circulación son también productos históricos, son marcadores de diferencias sociales que dan al público ciertas sensaciones y lógicas culturales (ibíd., p.303).

5.3. Voluntades en juego: Autorización para la intervención y vicisitudes del internamiento involuntario

Conocí a Juan, un joven de veintitrés años, en la clínica privada. Él era uno de los que pernoctaba en la sección de lujo de la clínica. En su actitud, del día a día, hacía sus servicios y participaba sin renuencia en las juntas. También noté que mostraba interés en lo que se discutía en las juntas de estudio de la literatura de AA y que se había integrado bien al internamiento. Especialmente, uno de los padrinos de las juntas de estudio le había tomado interés y le llamaba de modo familiar, le pedía opinión sobre lo leído y constantemente le hacía preguntas.

Conocí al padre de Juan y a su madre, pues son participantes de las juntas para familiares que organiza la clínica los días martes y jueves. En uno de los días de junta resultó que la gente de un programa de televisión, en el que había participado algunos de los terapeutas de la clínica, estaba filmando un reportaje sobre el trabajo que ahí se hacía. El padre de Juan estaba ahí porque lo invitaron a que compartiera sus opiniones sobre la clínica, la enfermedad de la adicción y su

¹²⁷ Traducción propia.

experiencia con los servicios que la clínica les ofrecía. Estuve platicando un rato con él. El papá de Juan me decía que su hijo los había orillado a buscar ayuda, pues ya no sabían qué hacer con él. Esta situación es un lugar común en las narrativas de familiares y personas cercanas a los adictos. Podríamos pensar en términos de narrativas de desesperación, en las que no sólo el adicto es sujeto a un marcaje, etiquetamiento y categorización, sino en donde quienes los rodean también se posicionan como afectados y sufrientes de la enfermedad. La madre que participó en el programa de radio lo expresa de la siguiente manera:

Es la impotencia más grande que puede sentir una madre. Horrible. Yo he sentido esta impotencia donde dices: bueno yo fui a este lugar, ya fui a otro, ya traté por otro medio. He tenido apoyos de amigas, hermanas, pero aun así con tanto apoyo el problema no se resuelve. Tú te quedas con el problema.¹²⁸

En estas narrativas, la aparente falta de voluntad del adicto (o del ingobernable) llega a afectar la vida cotidiana de aquellos que están a su alrededor, no sólo económicamente sino incluso en lo emocional. El enfermo no es el único que sufre por haberlo perdido todo, sino también su familia por lidiar con alguien que ha perdido su voluntad y que ha perdido su rol en lo familiar, social, y laboral. Al mismo tiempo, la familia pierde capacidad de acción, aunque quieran hacer algo por el adicto no pueden hacer nada. En cierta forma se manifiesta que la voluntad suplementaria de la familia o del familiar es insuficiente para poder hacer una mediación que tenga impacto en la conversión del adicto a adicto en recuperación.

Los padres de Juan decidieron, después de haber conversado y de recibir asesoría por parte de los especialistas de la clínica, que lo internarían. El padre de Juan me dijo, refiriéndose a su hijo: “bueno, él no está aquí por adicción, está aquí por ingobernable”. Me llamó la atención como el padre de Juan quería alejar a su hijo del estigma del “adicto” y utilizó el término ingobernable. Éste último no se asocia necesariamente con el consumo de sustancias pero sí con

¹²⁸ Extracto del programa de radio transmitido al aire el día 9 de agosto de 2012.

un padecimiento, que como hemos venido describiendo, apela a cualquier persona que sea una forma de gasto improductivo. La clínica privada, al igual que el Anexo y el Anexo de puertas abiertas, conjunta personas con un muy diverso perfil clínico que va desde personas que pueden ser catalogadas como adictos e ingobernables, hasta personas con algún padecimiento psiquiátrico, o en adolescentes y ancianos en situación de abandono. Juan le había dicho a su padre que lo dejara en paz y que él haría con su vida lo que él quisiera. A su padre le preocupaba cómo se ganaría la vida y se lo preguntó: “qué vas a hacer para ganarte la vida, si nunca has trabajado y no sabes hacer nada”.

Juan, según lo que me comentó su padre, había intentado cursar tres carreras distintas y a sus veintitrés años aún no terminaba una. Estaba cursando su tercera carrera, para piloto aviador, en la ciudad de Guadalajara cuando sus padres se dieron cuenta que había dejado la escuela y estaba haciendo mal uso del dinero que le mandaron para las últimas cinco colegiaturas. Al parecer su hijo había estado viajando y de fiesta con amigos y familiares en la misma ciudad, con éstos últimos no tienen muy buena relación porque “son de los que andan de fiesta cuatro días sin parar y piden masajes y se inyectan sueros para seguir tomando”, y había dejado a un lado sus responsabilidades como hijo y estudiante. Los problemas que habían tenido con él distaban ya de algún tiempo, de hecho cuando él aún vivía con su familia, padres, hermano y dos hermanas menores, en múltiples ocasiones su padre había tratado de hablar con él y de (como él mismo dice) “ponerlo en cintura”. Él decidió irse a vivir a Guadalajara para perseguir su carrera, y vivir con su abuela. Su padre comenta que decidió vivir con ella porque era mucho más indulgente que sus propios padres. Al no tener claro qué hacer con Juan, decidieron que necesitaban buscar un lugar donde internarlo para que retomara su camino. Buscaron en algunas instituciones de rehabilitación pero solamente aceptan a los pacientes si se internan de manera

voluntaria y él tenía muy claro que Juan no aceptaría ser internado. Y fue por un conocido que escuchó de la clínica y se puso en contacto para recibir asesoría sobre su caso.

El padre de Juan me dijo que había dicho a su hijo que regresara a San Luis para darle personalmente el dinero de su siguiente colegiatura. Estaban muy preocupados porque se habían enterado de que su hijo tenía planes de irse a vivir a EEUU. Juan aceptó ir a San Luis Potosí. Al recibirlo durante el trayecto hacia su casa, el papá hizo una parada en la tienda Oxxo y le pidió a Juan que le comprara unos refrescos. Cuando Juan salía de la tienda había tres personas de la clínica que lo forzaron a subir a una camioneta. Él se resistió, gritaba y lanzaba golpes mientras su papá observaba, pero entre los tres lograron someterlo y llevarlo. En un inicio me dijo que Juan había estado muy molesto con que lo hubieran metido a la clínica.

A la fecha su padre estaba muy contento con los visibles resultados, del trabajo de la clínica con su hijo, pues notaba que se podía entablar una conversación con él, que estaba cambiando algunas de sus ideas y que, en términos generales, estaba mejorando.

a. La ingobernabilidad como patologización de la vida cotidiana

Aunque desconozco la especificidad de las asesorías de los terapeutas y psicólogos a los padres de Juan, podemos suponer, siguiendo el hilo argumental de lo dicho en su programa de radio, que sus comentarios iban dirigidos a convencer a los padres de la necesidad de internarlo. La idea de que su “ingobernabilidad”, como una enfermedad hermanada a la adicción, le llevara a agravar su comportamiento y llegar a un destino indeseable para su propia vida (posiblemente a desarrollar una adicción), lleva implícita de por medio la necesidad de actuar antes de que se agrave.

En una de las juntas que ofrecen en la clínica a los familiares de los internos hacia mi última temporada de trabajo de campo en el 2015, uno de los psicólogos desarrollaba la idea de lo que conceptualizan como la enfermedad de la adicción. La sala de juntas tenía alrededor de veinticinco personas entre padres, madres, y hermanos de los internos y de algunos que ya habían salido. Las juntas se ofrecen como un servicio gratuito a quienes quieren dar continuidad a su conocimiento sobre el tema y sirven también como un espacio para compartir experiencias relacionadas con sus familiares adictos. El psicólogo, frente al grupo, pasaba diapositivas desde su computadora mientras pedía voluntarios para que le asistieran con la lectura de las mismas. Una diapositiva se titulaba “¿Qué es la adicción?” y reproduzco su contenido textual respetando las cursivas según el original proyectado en la sesión.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido que *la adicción* al alcohol o alguna sustancia, es una enfermedad que puede ser controlada pero no curada. Uno de los síntomas es un incontrolable deseo de consumir. *Es una enfermedad progresiva y mortal* y mientras se siga consumiendo seguirá en aumento. Si la enfermedad no es controlada puede resultar en locura, prisión o en la muerte. La única manera es una abstinencia total.

Llamó mi atención que se diferenciaba de las definiciones anteriores o de las nociones que habían discutido en el programa de radio, y complementaba con ideas aparentemente avaladas por un organismo de salud internacional. La idea de que la adicción se presenta como una enfermedad progresiva y mortal, si no se controla, es tan poderosa que los ejemplos de potenciales riesgos indeseables frente a los que se expone el adicto se hacen evidentes: el adicto se volverá loco, irá a la cárcel, o morirá. La presentación de la enfermedad autoriza y legitima la labor de intervención de cualquier institución de atención a las adicciones y evidencia la necesidad de hacerlo exponiendo el riesgo mortal al que se enfrenta la familia en caso de no solicitar la ayuda. Siguiendo la lectura de la diapositiva el psicólogo pregunta a los asistentes si a alguno le gustaría eso. Ninguno de los presentes contesta. Él reconoce la labor de las familias, de

los presentes, al haber internado a sus familiares en la clínica como una excelente medida preventiva para evitar cualquiera de esos tres desenlaces. La adicción toma forma como algo que aterroriza, da miedo simplemente el hecho de pensar en ella, y como en caso de aquellos “ingobernables” como Juan, por ejemplo, es también ese temor el que motiva a los familiares a buscar ayuda y encontrar como solución el internamiento. Como se mencionó anteriormente, estamos frente a procesos de construcción de un sujeto de prevención, en donde el adicto y el ingobernable constituyen una imagen que se sostiene incluso desde la propia concepción de la adicción, frente a la amenaza de la cárcel, locura o muerte.

Los padres de Juan se vieron motivados a internarlo frente al riesgo que implicaba el que su hijo se volviera adicto. Según su padre, Juan no presentaba indicadores de ser adicto, sino más bien los de una persona “ingobernable”. En su labor de investigación para ubicar un espacio donde pudieran ayudar a su hijo, al ver que no había otras instituciones en San Luis Potosí que lo recibieran en contra de su voluntad, decidieron internarlo con quienes ya habían tenido contacto en la clínica. Las personas de la clínica seguramente les informaron de la posibilidad de internarlo en un Anexo marcando las diferencias entre su clínica y aquellos sitios, reproduciendo el estigma que tienen estos lugares, como la falta de higiene, la mala alimentación, la violencia física y psicológica, así como posibles “aplicaciones”¹²⁹. Cabe señalar que no en todos los Anexos se reproducen del mismo modo estas formas de violencia y que al menos en los que yo hice trabajo de campo, podrían ser considerados como de buen trato a comparación de muchos otros. Muchos “ingobernables” terminan en estos sitios, pero Juan no, pues su familia contaba con la asesoría de estos especialistas. Se hicieron clientes de un servicio por el que estaban en

¹²⁹ Las “aplicaciones” son el nombre que reciben, dentro del léxico de los centros de rehabilitación, los castigos que se les dan a los internos cuando no acatan las normas del internamiento. Las formas en que los “aplican” varían mucho y van desde quitarles alguno de los alimentos del día, hasta golpearlos o dejarlos desnudos en el patio sin derecho a moverse, bañarse o comer por días.

posibilidades de pagar. La clínica privada reconoce estar capacitada para atender problemas de ingobernabilidad. Lo dicen en su programa de radio, su publicidad en redes sociales y sitio web, y lo comentan durante las asesorías a potenciales clientes. El Anexo de puertas abiertas y el Anexo también atienden a personas que tengan este perfil y también captan y reciben casos de jóvenes que etiquetan como “ingobernables”. El CRC también recibe jóvenes que tienen problemas de comportamiento o que muestran que están tomando un camino indeseable y fuera de las normas socialmente aceptadas. En todos los casos los menores de edad son internados con la autorización legal de sus padres.

El término ingobernable ha pasado de un marco de significación a otro. Uno es la literatura de AA y el otro es el lenguaje coloquial que se habla en los Centros de Rehabilitación y con el que se promocionan sus servicios para poder abarcar un universo más amplio de potenciales clientes. En ambos marcos la idea de ingobernabilidad es operativa aunque en el segundo se le llega a equiparar con el adicto. La palabra ingobernable fue extraída por miembros de AA y personas que conocieron el programa de los doce pasos en Anexos directamente de la literatura de Alcohólicos Anónimos (AA 2014a). En el primer paso, específicamente, se menciona: “Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables”. El primer paso se enfoca en el poder que el individuo ha otorgado al alcohol despojándolo de su confianza en sí mismo y de su voluntad para resistirse a sus exigencias, se enfoca en reconocer que son víctimas de una obsesión mental que “ningún grado de voluntad humana podría vencerla” (ibíd., p.24).

El alcohol para el alcohólico, según la literatura de AA, se ha convertido en una obsesión, un loco deseo, por seguir bebiendo y en una alergia corporal que asegurará su autodestrucción. En este sentido la idea de ingobernabilidad sobre la vida está en que la persona ha perdido el

control de sí mismo a manos del alcohol que lo ha corrompido. Esta misma idea se incorporó al lenguaje coloquial. El ingobernable se ha convertido en quien no sigue las reglas, principalmente en el joven o adolescente que ha llegado a un grado de rebeldía o indisciplina que es intolerable para sus familiares. Esta idea la han reproducido así muchos AA en recuperación, que están buscando ayudar a otras personas a salir del problema de la adicción en Centros de Rehabilitación y Anexos, argumentando que su método de recuperación para los alcohólicos y drogadictos es efectivo también para los ingobernables. Pareciera que la tendencia de generalización y de apertura de estos dispositivos terapéuticos se estuviera transformando en una ética y en un método de vida para toda la población, considerando que todo, potencialmente, tiene un riesgo de generar una adicción.

Erick, un interno que conocí casi cuando estaba a punto de salir de su internamiento, me compartía en una entrevista sus impresiones sobre el uso de la idea “ingobernable” en la clínica.

“Ingobernable, en la literatura, se refiere a que tu vida se había vuelto ingobernable, (...) a que no tenías rumbo. Gobernable tú, o sea, no de alguien más. (...) aquí tenían a una niña que no se metía nada, tenía 14 y decía ‘soy Rebe y soy ingobernable’, ¡no mames! ¿Eso qué? Tienes 14 años. ¡A huevo que vas a ser un desmadre! ¿De qué vienes a curarte? ¿Quién es el juez que dice: ¡tú eres gobernable!?”¹³⁰.

Al parecer, el éxito de algunos Centros de Rehabilitación al internar a personas que son usuarios experimentales de drogas o “ingobernables”, se debe a que los padres o familiares no encuentran maneras de “ponerlos en cintura” como lo menciona el padre de Juan. Buscan que se alineen a una dinámica de vida regularizada y normativizada por sus propios valores morales que no necesariamente comprenden las experiencias y el proceso de formación del otro. La solución a tal situación, identificada como problemática, con la asesoría de algunos expertos en el

¹³⁰ Testimonio extraído de una entrevista en las instalaciones de la clínica el 27 de octubre de 2015. Erick tenía apenas cinco días de haber salido de su internamiento y estaba en un periodo de prueba, que él junto con su padrino se habían impuesto, para continuar (o no) en el programa de AA.

tratamiento de las adicciones, les lleva a considerarlo como un padecimiento equiparable a la adicción (y que es acompañado por la amenaza latente y el riesgo de que en cualquier momento se transforme en una adicción) y tratable a través de los mismos métodos.

El paralelismo o equivalencia de la ingobernabilidad con la adicción sigue una tendencia que podemos ver en la patologización de la vida cotidiana en la actualidad. Hay una tendencia desde áreas de la salud mental en que la dependencia a sustancias han sido ejemplo para etiquetar y establecer nuevos objetivos de intervención en otros patrones de conducta que aparecen como dependencias. La dependencia o llevar la alimentación a un consumo excesivo, el sexo, jugar videojuegos, comprar, etcétera, son un reflejo de la preocupación cultural por el control y el descontrol, así como de la necesidad de establecer trayectorias de normalización para aquellos que se acercan al tipo de comportamiento considerado como patológico.

No es coincidencia que Mariana Valverde (1998) se haya preocupado por discutir la noción de voluntad (o albedrío *-will-*) en su estudio sobre el alcohol y los dilemas de la libertad. El papel del libre albedrío, de la voluntad, en la concepción del alcoholismo, por parte de la medicina, psicología, y grupos de autoayuda, en su estudio, se torna central para entender en el mundo contemporáneo la construcción del sujeto y su necesidad de sentirse y saberse libre, y principalmente prevenir la posible parálisis de libre albedrío que amenaza constantemente su existencia frente a un mundo en el que el sujeto mismo es construido a partir del consumo (Valverde 1998). El trabajo de Valverde muestra claramente, en la construcción de una genealogía del alcoholismo, cómo desde disciplinas científicas la idea de alcoholismo ha estado invadida por el germen moral que pone al centro del debate la cuestión de la voluntad. El surgimiento del alcoholismo como enfermedad es el reflejo de una preocupación cultural de la libertad individual y del control y autocontrol. Este es el puente evidente que se crea en la

relación de las adicciones con la gubernamentalidad y que posiciona al cuerpo adicto, al sujeto adicto, en el centro del dispositivo terapéutico.

Siguiendo a Matza y O'Neill (2014), las invocaciones de la voluntad generan una articulación entre lo político y lo moral. “Los proyectos biopolíticos rutinariamente buscan la existencia material de la voluntad, más comúnmente a través de un ensamblaje intercambiable de musculatura, psicología, y procesos mentales” (ibíd., p.5).¹³¹ Tal como sucede en la concepción del adicto como falta de voluntad, los autores mencionan que la voluntad puede ser fuerte o débil. La primera es una capacidad que te prepara para la tormenta venidera de las pasiones o la mala conciencia. La segunda marca un estado de ser superado por la sustancia o por un concepto. Tal vez, más bien, en el sentido que aquí damos al término, estamos frente a un panorama etnográfico en el que el adicto no es carente de voluntad, sino donde su voluntad débil requiere de una externa, exterior a él, fuerte por naturaleza y en oposición a su debilidad que se imponga sobre la de él. Hasta aquí vemos cómo el dispositivo terapéutico de la atención a las adicciones se despliega en su sentido disciplinario y en su forma pastoral.

b. Imposiciones de internamiento, o la importancia de obligar al enfermo a internarse

Ya vimos con el ejemplo de Juan que los padres en muchos casos son quienes deciden por el adicto o ingobernable si debe ser internado o no. Los casos se extienden también a otros familiares en otras direcciones de la genealogía, es decir, hermanos, hijos, e incluso nietos. En uno de los testimonios mencionados anteriormente, dentro del programa de radio, una chica que estaba internada comentó que si no hubiera sido por su familia ella no hubiera llegado por cuenta propia al internamiento. Mientras este tipo de testimonios se estimulan en el programa de radio,

¹³¹ Traducción propia.

hay una labor constante en el discurso público por estimular a los familiares de los adictos a internarlos en la clínica privada, diferenciando ésta de los Anexos, oponiéndose a lo que la literatura de AA menciona sobre el inicio de un proceso de recuperación. El programa de radio funciona como espacio en el cuál se promueve la intervención aunque no sea deseada por el adicto que, como hemos visto, entra dentro de una dimensión conflictiva que plantea paradojas para la propia concepción de la adicción y del momento propicio para iniciar una rehabilitación.

En general, podríamos decir que las instituciones que han sido incluidas en este trabajo, como los Anexos y la clínica privada, operan en un polo de racionalidad en el que es necesario obligar al adicto a internarse, dejando a un lado las críticas y los rechazos que puedan obtener de la comunidad de AA. Pero al mismo tiempo, están instituciones como el CRC y el CIJ, que tienen como premisa básica ofrecer la atención a quienes por su propia voluntad deciden recibir el apoyo. Esta podría ser una razón más por la que los Anexos han tenido tanto éxito en su proliferación como la alternativa primordial para la atención a las adicciones en México. No sólo atienden dependencia a sustancias. Atienden distintos tipos de comportamientos categorizados como patológicos y tienen sus puertas abiertas a cualquier cliente, incluso si éste no quiere internarse voluntariamente. La búsqueda de clientes indirectos, léase familiares del enfermo, es la técnica más utilizada por el dispositivo de atención a las adicciones. En este sentido, aunque el CRC y el CIJ operan bajo la premisa de que los internamientos o la atención se hará solamente con la voluntad del adicto, las formas de coerción que operan pueden llegar a ser mucho más sutiles que las que evidencian la clínica o los Anexos.

Uno de los padrinos comentaba en el programa de radio:

Pero (...) qué difícil es entender que, un sacerdote, un carnicero, una enfermera, hasta un médico o la madre del adicto, ¡no van a poder quitarle la adicción! Es a través de estos internamientos, de gente que ha vivido la enfermedad, a través de psicólogos que tienen esta especialidad en

adicciones, porque solamente ellos te pueden entender en lo que sientes y la magnitud de la enfermedad. La familia tiene que darse cuenta que tiene que decidir por ellos, tenga 16 años o tenga 50, 70, la edad que tenga, si no quieren verlo morir.¹³²

Nuevamente se presenta la insistencia para aclarar que es una enfermedad que debe ser atendida por especialistas adecuados, en ese sentido descarta a cualquier otra competencia y se identifica como un espacio en donde cubren esos mínimos requisitos indispensables para comprender y tratar con la enfermedad. “La familia tiene que darse cuenta que tiene que decidir por ellos”, tengan la edad que tengan, si es que no los quieren ver morir. El mensaje es fuerte y claro. El adicto es incapaz de decidir qué es lo mejor para él y la familia debe tomar la decisión mínima para canalizarlo con quienes tienen el control de este tipo de situaciones. A su manera, la psicóloga de la clínica reproduce el mismo mensaje enfatizando y recordando algunas sutilezas de la retórica de la adicción.

Lo importante que es, a las familias que nos están oyendo, a las mamás que nos están oyendo, que tomen esa decisión, el día de hoy, por las personas que están a su alrededor padeciendo algún tipo de adicción. (...) Nadie va a hacer nada más que ustedes. La persona que esta mal, que es adicta, no va a agarrar por sus pistolas, y no va a internarse en una clínica porque él o ella quiera. Aquí acuérdense que esa persona es ingobernable, no está en la conciencia de sus cinco sentidos para pedir la ayuda. La ayuda la tienen que dar ustedes. Decir que están viendo un caso difícil que no pueden ayudar ustedes. En la clínica ayudamos a todo tipo de adicción.¹³³

La psicóloga recuerda que hay que tomar la decisión por el adicto, que la única manera en que pueden ayudarles es llevándolo a un centro de rehabilitación. Recuerda que el sujeto adicto, con la ingobernabilidad que le acompaña, ha perdido la capacidad de ver lo que está bien y mal para él o ella. En otras palabras, el adicto no tiene voluntad propia, es inconsciente, y debe ser sometido a la voluntad, ejemplar, benigna, y correctiva de la familia, la primigenia institución social que aún está en posibilidades de corregir el sujeto que se ha echado a perder.

¹³² Extracto del programa de radio transmitido al aire el día 19 de septiembre de 2012.

¹³³ Extracto del programa de radio transmitido al aire el día 7 de agosto de 2012.

Las instituciones, a través de los padrinos que en ellas ofrecen sus servicios, han desarrollado contenido para sus discursos en los cuales les indican los pasos a seguir a los familiares para tomar la decisión en lugar del adicto. Estas decisiones, estratégicamente, deben estar planeadas para que el adicto no se entere de que será internado, pero sí para que la familia se sienta más segura y confíe más en el proceso.

(...) No le platiquen al hijo, al esposo, a la persona que tenga el problema. (...) Saquen una cita conmigo y vengan. La familia a escondidas, vénganse a platicar aquí conmigo a la clínica. Aquí (...) los vamos a orientar, (...) para ofrecer una alternativa de solución. (...) Si tú quieres que deje de beber hoy mismo. Hoy mismo deja de beber.¹³⁴

El discurso público, en este caso una especie de híbrido entre el sermón y un anuncio publicitario, busca interpelar, tener un efecto reflexivo en los radioescuchas y convencerles de la necesidad de internarlos decidiendo por los adictos que esta medida es necesaria. Particularmente las madres de familia son perseguidas para que impongan su voluntad sobre la del adicto y decidan por él o ella para que sean intervenidos por estos especialistas.

Estas figuras retóricas utilizadas para convencer a la familia, principalmente a las madres, las posicionan también como una persona enferma en una situación en que es más fácil que sea su voluntad la que se haga, aunque de fondo pareciera que son personas que tampoco tienen voluntad. Su enfermedad, entendida en términos de “codependencia”, les hace personas sin voluntad igualmente. Surge, pues, una ambigüedad en la concepción de voluntad y nos obliga a preguntarnos quién si tiene voluntad y quién no, o más bien, preguntarnos como en la crítica de la filosofía occidental derridiana, si es que existe una voluntad esencial.

Si, ya nos dimos cuenta que ustedes no quieren a su alcohólico, a su drogadicto. Porque no lo ayudan. ¡Ayúdense a ustedes! No nada más va a cambiar la vida del alcohólico. Va a cambiar la vida de la esposa, de los hijos. Yo he tenido miles de señoras que se pasaron toda su vida viviendo con un alcohólico. 25-30 años con un alcohólico. Los hijos acabaron en la ignorancia, no fueron a

¹³⁴ Extracto del programa de radio transmitido al aire el día 19 de septiembre de 2012.

la escuela, no fueron a ningún lado, quedaron todos traumatados. Vieron los golpes y pleitos de papá y mamá, crecieron sin padre. Y luego todavía le pregunto a la señora: Ya que no le quiso ayudar, ¿por qué no lo dejó? Hay señor yo lo hice por mis hijos. ¡Por sus hijos los hubiera dejado! Para que sus hijos no vivieran esto.

De este modo, vemos que aquellos que son presentados como quienes tienen capacidad de decisión, voluntad propia, y posibilidades de imponer la aplicación de las técnicas del dispositivo disciplinario, también están invadidas por la patología. Son parte de la enfermedad y potencialmente son también incapaces de romper una lógica en que son percibidas con una voluntad corrupta, o más bien, sin voluntad. La idea de pasar una vida junto a un adicto no es vida, es similar a la idea de “muerte en vida” que les sirve como analogía de la enfermedad de la adicción. La familia, en el discurso que hace reales mundos de vida en su público, queda destruida por vivir a la sombra de un adicto. La familia no alcanza su realización debido a los múltiples daños que éste último provoca. La esposa o el familiar del adicto debe ayudarse a sí mismo y, ejerciendo esta acción, así es como ayudará también al adicto. Su vida, en caso de continuarla viviendo con el adicto, será también una pérdida, una vida desperdiciada y un gasto improductivo.

c. Hacerse responsable. La ilusión de la reapropiación de la voluntad

Les voy a dar la definición de responsabilidad. Si agarran un diccionario, dice así, dice: Obligación de responder en el momento preciso. No mañana. ¿Estás de acuerdo? Ni seis años después.¹³⁵ El padrino en el programa de radio comenta sobre la necesidad que tienen, entonces, los familiares para dejar de permitir el mal comportamiento del adicto. La responsabilidad sería como un primer paso para los familiares, también enfermos, para buscar una solución al problema que está afectando la vida de todas las personas a su alrededor. Él está haciendo, al

¹³⁵ Extracto del programa de radio transmitido al aire el día 19 de septiembre de 2012.

mismo tiempo, una invitación imperiosa para que no dejen pasar más tiempo e internen a su familiar lo más pronto posible.

Padrino 1 (P1): Esto que si les quede claro a las mamás que me están escuchando. Atrás de una mamá que permite y permite, si la mamá sigue solapando y solapando, mientras esta mamá no decida tomar cartas en el asunto responsablemente y buscar una rehabilitación para su hijo, esto va a durar toda la vida si es que no se muere antes.

Padrino 2 (P2): ¿Qué dolerá más señora? Reconocer que tiene un adicto en casa, o ver que su hijo se está muriendo día con día y usted tenga las consecuencias por eso. ¿Qué será más difícil de aceptar?

P1: ¿Cuántos chavos se salieron de la escuela? ¡Pero hace seis años! Ya se les fue la prepa, ya se les fue la carrera. Entonces a esas mamás es a las que hay que hacerles un llamado. Yo les digo alcahuetas. Les digo irresponsables. Porque no encuentro como más decirles.¹³⁶

Al parecer, las mamás, no son sólo personas enfermas al igual que sus hijos adictos. También son responsables por mantener la enfermedad en su hogar y en sus vidas. En el discurso público que ponen en circulación los padrinos las madres están categorizadas como irresponsables por tener en sus manos la posibilidad de ayudar a su familiar y no hacerlo. Finalmente las madres aparecen como una figura en la que recae la última voluntad que permitirá la intervención salvadora de estas instituciones, a pesar de que, como se ha dicho, su propia situación como codependientes les ha dejado sin voluntad propia.

La promesa de ayudar a solucionar el problema también tiene sus matices, que son retomados en el programa de radio. Esta promesa está rodeada de la idea de que el adicto retoma su voluntad, una voluntad que no deja de ser inducida por el proceso mismo de internamiento y rehabilitación enmarcado, en los Anexos y la clínica privada, en el modelo de los doce pasos de AA. La siguiente conversación tuvo lugar después de que uno de los padrinos explicara que había tenido una larga trayectoria de internamientos, incluyendo anexos de los peores y clínicas

¹³⁶ Extracto del programa de radio transmitido al aire el día 9 de agosto de 2012.

de las mejores del mundo, debido a que no había querido hacer un trabajo personal, con sus emociones y con su pasado.

P1: Entonces mira, ¿por qué P2 tuvo muchos internamientos y yo solo uno? Porque a mi mis papás no me solucionaban mis problemas. Si no me ponía bien en orden nadie me iba a venir a rescatar. Los papás de P2 son inmensamente ricos, y los míos también, no más que mi papá es mucho más inteligente, o es, a lo mejor es, mucho más gacho.

Yo escuché al papá de P2 cuando salió de Oceánica. Le dijeron: ¡por favor, señor, ya no le de dinero!. El papá de P2 le dijo al terapeuta: ¡usted no me va a decir como criar a mi hijo!

Ahí esta la consecuencia: 35 internamientos. P2 se drogaba porque se podía volver a drogar.

Yo no me drogué porque no me podía volver a drogar, nadie me iba a pagar, es más a mi nadie me pagó mi internamiento, yo me lo pagué con un dinero que me robé de la misma clínica, jajajaja.¹³⁷

Estamos frente a una especie de competencia, ya no entre instituciones, sino entre padrinos que buscan posicionarse como mejores adictos, o más bien, mejores postulantes a su recuperación. El padrino plantea que existe una paridad en la riqueza que sostenían sus familias, pero despliega la idea de que sus padres no solaparon sus actitudes, le retiraron su ayuda, y posiblemente cortaron los vínculos que tenían con él. Para él esto bastó para buscar ayuda por cuenta propia mientras que el otro padrino estuvo internado durante más de treinta veces sin perder el apoyo económico y tal vez moral de la familia. Su planteamiento produce que nos hagamos muchas preguntas, principalmente sobre la situación que viven aquellas personas que han perdido, desde hace tiempo, sus vínculos familiares pero que siguen en una vida de adicción. Pero independientemente de las posibles dudas, el padrino de quien habla encuentra que hay un problema en el planteamiento, no sólo en su oposición como un adicto malcriado, sino en lo que esto implica para las familias que están hablando, un público que posiblemente aún tenga vínculos con su enfermo, que no lo quieran alejar, y que tengan dinero para internarlo (sin que

¹³⁷ Extracto del programa de radio transmitido al aire el día 9 de agosto de 2012.

esto último signifique que deberán ser múltiples internamientos los que requerirá el enfermo para recuperarse).

P2: Pero si han dicho algo bien importante. A través de una constancia de unos padres, de meterme y de meterme. Porque al principio yo iba bien contento a Oceánica. Pero después me mandaban a lugares muy duros, y ya me metían a fuerzas. Ya iba por mí la policía. Iba por mí todo mundo. (...) Entonces, por la constancia de unos padres, hoy se ven los resultados. Este es el camino de la recuperación, el programa de AA, una clínica seria, el trabajar contigo. No es a golpes, es constancia, yo no quería. Y bien dice la literatura: “si no quieres, ni bajando Dios te va a hacer cambiar”. Yo cambie gracias a una clínica de estas, donde me hicieron ver la realidad.¹³⁸

La distinción que establece el padrino resulta clave para entender los juegos de voluntad a los que se invita en el programa de radio a los familiares de adictos. Por un lado, se les dice que son personas enfermas también, pero por el otro, se les dice que una vez que retoman su voluntad, cargada de una suplementaridad positiva –dejan de ser enfermos para mantenerse firmes, constantes, en su decisión de internar al adicto-, tienen la capacidad de finalmente ayudarle. Entonces el familiar que se había planteado como desprovisto de voluntad nunca la perdió. A los ojos del discurso público de las adicciones el familiar no está tan enfermo como el adicto, y el adicto, como aquel padrino que no necesita ayuda, por su propia voluntad también puede ser rescatado por sí mismo.

En esta contradicción, pareciera que el adicto con una trayectoria de independencia, de autonomía, y de vínculos familiares menos patológicos, siguiendo la retórica del discurso público de las adicciones, está en una situación en donde su voluntad, aunque precaria, puede llevarle a tomar las decisiones adecuadas por sí mismo. Mientras aquel que ha sido más dependiente, con una familia codependiente, y con la solvencia económica para mantener su consumo, debe ser sometido a las voluntades de terceras personas, su adicción y la sustancia en sí seguía ocultando inhabilitando su voluntad de modo que requería forzosamente dicho sometimiento. Esta lógica

¹³⁸ Extracto del programa de radio transmitido al aire el día 9 de agosto de 2012.

entra en conflicto con el planteamiento del adicto como alguien que no tiene voluntad propia y que por cualquier circunstancia, como en el caso de nuestra introducción con Manuel, alguien más incluso sin conocerle debe intervenir para buscarle ayuda. Los choques dentro del propio discurso público de la adicción nos muestran que a pesar de que parece que existe una claridad conceptual, una definición pre construida de la adicción, no deja de ser un concepto plástico que se transforma en sus alocuciones y en sus usos dependiendo de la finalidad del discurso.

Afortunadamente los dos padrinos se encuentran en recuperación y tienen la posibilidad de ayudar a otras personas a enfrentar sus problemas de adicción. Pero, ¿podríamos decir que han recuperado su voluntad? El hablar sobre juegos de voluntades sirve para hacer operativo el concepto de suplemento. Es decir, la voluntad tampoco es algo que el sujeto posea, sea propio, o se encuentre en la esencia del ser. La idea de que existe una voluntad, nos muestra en estos casos su propia polivalencia, sus múltiples interpretaciones, y sus ambigüedades. En este sentido, cuando los padrinos eran adictos estaban invadidos por el suplemento negativo de la droga, al “recuperar” su voluntad asumiendo su situación como adictos y tomando el programa de AA como camino para su recuperación, están asumiendo un modelo ideológico de comportamiento que les ayuda a explicar su situación y a dar sentido, bajo ese nuevo marco normativo, a las acciones que consideran propias.

5.4. Cárcel, locura o muerte

Dentro de la página de Facebook de la Clínica privada, en uno de sus mensajes, se puede leer lo siguiente:

usted sabe los peligros que corre una persona con adicciones en la calle? recuerden que ellos ya perdieron la capacidad de decidir por si solos tres caminos: cárcel, locura o muerte [sic].

Como hemos visto, esta la idea de la cárcel, la locura o la muerte, no se limita al discurso público o al sermón dirigido a los padres para sensibilizarlos sobre la necesidad de buscar ayuda de profesionales. Esta idea también está presente en técnicas particulares que se ponen en práctica dentro de las fronteras institucionales de los centros de rehabilitación. La idea tiene también su germen en la literatura de AA, y es parte importante de la pedagogía de la adicción –proceso, integrado por múltiples técnicas, en que los especialistas para la atención a las adicciones movilizan prácticas y discursos para incorporar a los oyentes como miembros de su grupo y etiquetarlos como adictos-. La cárcel, la locura, y la muerte se presentan recurrentemente como los únicos horizontes de posibilidad ante los que se enfrentará un adicto al no reconocer su condición y al no querer hacer nada para dejar su consumo.

Al conocer varias personas miembros de Alcohólicos Anónimos, participantes de procesos terapéuticos en Centros de Rehabilitación, Anexos y centros especializados para el tratamiento de las adicciones, la frase referente al destino del adicto al seguir su consumo se vuelve un lugar común. Estas tres ideas sobresalen, de manera repetitiva, entre las expresadas por muchas de estas personas. “Lo único que va lograr si sigue consumiendo será llegar a la cárcel, a la locura o a la muerte”.

Personalmente no había dado tanta relevancia al tema hasta que me encontré con Gerardo. Lo conocí como mencione en el capítulo anterior, gracias a mi amiga psicóloga que había trabajado en una clínica de rehabilitación privada. Como vimos en el capítulo anterior Gerardo integra, en la narrativa de su historia de vida, los tres puntos críticos que amenazan potencialmente la vida de un adicto al no aceptar su condición, al menos bajo la mirada de múltiples adictos en recuperación que se posicionan como padrinos, terapeutas o directores de Centros de Rehabilitación. Gerardo estuvo en la cárcel, tuvo momentos de locura y, siguiendo el

testimonio y la propia experiencia de Gerardo, estuvo muerto durante algunas horas. Había escuchado en múltiples ocasiones esta amenaza que hacen a los recién llegados para tratar de ingresarlos al camino de su recuperación, pero no había escuchado el testimonio de alguien que integrara estas tres experiencias en su vida. Fue una sorpresa encontrar alguien que materializara lo que pensé que sólo era parte de la pedagogía de la adicción y de las técnicas discursivas del dispositivo. Sólo puedo imaginar que en su momento, cuando Gerardo aún participaba en grupos y subía a tribuna para contar su experiencia debió de ser un testimonio impactante e increíble que ejemplificaba claramente los fondos límite a los que puede llegar un adicto.

Inicialmente entendía que esta constante amenaza se fundaba en la inquietud de producir miedo y seguir la fórmula pedagógica que manejan los miembros de AA cuando la dirigen a otros miembros o a potenciales miembros: “si no te ha pasado escúchalo para que no te pase, y si te ha pasado escúchalo para ver qué aprendes de ti mismo”. Esta es una frase recurrente entre los grupos y Anexos. Entendía que el miedo a llegar a cualquiera de esos destinos, ya no desde un discurso público sino en el contexto de las juntas de recuperación, podría en algún momento llevarles a reparar en sus propias acciones y en proponerse hacer un cambio de “juicios y actitudes”, como ellos dicen, para dejar de drogarse y hacerse responsables de su vida para llevar una vida “útil y feliz”, como los invita el programa. Pero al mismo tiempo me quedaba claro que era un método inadecuado para todo tipo de personas pues posiblemente fueran contextos que estaban alejadas de los estilos y formas de ganarse la vida de muchas personas.

Efectivamente es un método que no funciona para todos por igual. Pero que en términos del mensaje que se debe dar al alcohólico/drogadicto por su enfermedad, el tratar de producir miedo al destino que les puede deparar, se torna en una técnica que, como hemos visto, se traslada al discurso público también. Para un adicto en recuperación, dentro del programa de los

doce pasos, la acción que le ayudará a mantenerse en abstinencia será ayudar a otras personas que tienen la enfermedad. Es una justificación que legitima y da sentido a su labor social frente a un problema que aqueja a la sociedad. El miedo de alcanzar ese destino está latente en sus acciones impulsadas por su necesidad de ayudar y alejarse de cualquiera de esos destinos.

Francisco, el director terapéutico de la clínica, reconoce esta duplicidad de la dialéctica miedo/responsabilidad del adicto en recuperación. Esto implica, por una parte, el riesgo y amenaza constante de volver a su condición de adicto y, por otro lado, mantenerse en abstinencia a través de su constante oferta de ayuda a otras personas que tienen el mismo padecimiento. Esto es lo que dice cuando se le cuestiona cuáles deben ser los fundamentos al hablar del tema de las drogas:

Aquí hay algo bien importante. Yo hablo de un fundamento muy real que es mi propia vida. Mi experiencia de treinta y tantos años de adicto. Yo consumí marihuana, cocaína, anfetaminas, mota, alcohol, tachas, peyote, mezcalina, hongos, yo consumí muy joven. (...) Mi vida fue una alfombra roja para vivir muy holgadamente con unos buenos padres y yo eché a perder totalmente mi vida. Yo quedé tirado en las calles buscando quien me regalara una bolsita de cocaína. Yo estuve en más de cuarenta internamientos, estuve en Europa, en EEUU, Cuba, grandes clínicas en México y en los anexos más duros, mi familia no sabía qué hacer conmigo. Hoy soy terapeuta, hoy me dedico a ayudar gente, hoy me dedico a trabajar en una clínica de buen prestigio en San Luis Potosí, en una clínica que de hecho vivo ahí. Hoy me dedico a esto, primero por necesidad, porque yo ya no quiero vivir la drogadicción, yo ya no quiero seguir perdiendo en la vida, yo quiero seguir aprendiendo y ayudando a la gente que no llegue a esto¹³⁹.

Por otro lado cabe destacar de la experiencia de Gerardo, quien siguiendo su narrativa de vida y su trayectoria de adicción menciona que ha incorporado en su propia experiencia estos tres destinos, el que él mismo decidió que necesitaba ayuda y que tenía un problema de consumo de sustancias que no podía controlar. Fue hasta que el miedo a la muerte, o la muerte misma, lo

¹³⁹ Extraído de una grabación de un debate, en una televisora local de SLP, sobre la posible regulación de la marihuana el día jueves 12 de noviembre a las 21:00 hrs. Al debate fueron invitados por el conductor del programa quien es conocido del director de la clínica.

habitó que decide dejar completamente el consumo y buscar ayuda externa. En este momento nos enfrentamos a una idea también sujeta a las ambigüedades y paradojas de la atención a las adicciones.

El fondo de sufrimiento del que se habla dentro de los doce pasos de AA como el momento de claridad en el que el adicto toma conciencia de su enfermedad y lo obliga a buscar ayuda, se opone a la necesidad del dispositivo terapéutico de intervención en el que los especialistas, del programa de radio o de los Anexos buscan convencer a las y los familiares de los adictos para que los internen. Se opone la idea de buscar la ayuda por cuenta propia, como momento fundacional de la posibilidad de recuperación, a la necesidad de internarlos forzosamente aunque ellos mismos no lo deseen. Cabe señalar que uno de los saberes popularizados en AA es que el proceso de rehabilitación suele tener un efecto distinto para quien se interna voluntariamente que para quien lo hace de forma involuntaria, teniendo los primeros mayor propensión a su rehabilitación.

Finalmente, el discurso que recuerda constantemente la amenaza de alcanzar estos destinos se incorpora a las reproducciones narrativas de aquellos que incluso no se han incorporado como miembros del dispositivo terapéutico. Una conversación que se da en el programa de radio será útil para ejemplificar esta idea. Era raro que durante el programa recibieran llamadas telefónicas. Al inicio de la llamada pensé que era una llamada acordada, una especie de montaje para dar más fuerza al discurso público preventivo y de sensibilización para la intervención, pero conforme se desarrolló la conversación quedó claro que no era así. Una persona que se identificó como “Paulo G” comentó que hablaba para felicitar al programa, por la labor que hacían como institución, y para pedir informes sobre las terapias de puertas abiertas.

Los padrinos le preguntan si él era alcohólico y Paulo les dijo que sí, pero que llevaba nueve meses sin beber ni drogarse.

P1: Platícanos un poquito, como ha cambiado tu vida ahora que ya dejaste de drogarte.

Paulo G: Pues totalmente, es diferente. Empiezo a ver este las mieles de lo que es estar en abstinencia. Porque, pues, totalmente cambia todo. Todo mi entorno ha cambiado, mi familia, mi esposa, mis hijos, es totalmente diferente cuando uno anda en la actividad, y pues espero seguir así y si no, pues todos sabemos ya cuál es el camino.

P1: Ahora, tú, dile a la gente a dónde iremos a parar.

Paulo G: Al panteón, a la cárcel, o al manicomio.

P1: Oye. Tú ya tienes algo de terapia, ¿verdad? Ya has estado en grupos, ¿o qué?

Paulo G: Si, ya he estado en grupos.¹⁴⁰

La conversación evidencia, en la voz de Paulo G a través de algunos indicadores lingüísticos, lo que podríamos considerar como parte del léxico, vocabulario, o idiolecto dentro de los grupos de AA y Anexos. El padrino se da cuenta de que Paulo G ya tiene conocimiento de esta información. Primeramente se puede distinguir en su forma de presentarse: “Paulo G” es la forma en que se protege el anonimato dentro de AA al usar el nombre y la inicial del primer apellido. Aunque podríamos considerar que la palabra *abstinencia* es de uso generalizado, en la misma oración la expresión “mieles” es de uso común entre los AA y se asocia a la sobriedad o al dejar de beber y drogarse para comunicar la diferencia profunda que implica el dejar el consumo y el transformar su vida. Y finalmente, él mismo introduce en la conversación la idea de los únicos destinos para quien no quiere parar en su consumo. Esto le da pie al padrino de pedirle que sea él quien enuncie cuáles son estos únicos horizontes de posibilidad para el adicto, canalizando así su discurso autoritativo. Después de una serie de pruebas que Paulo arroja a la conversación, el padrino no puede evitar preguntarle si él “ya tiene terapia”.

¹⁴⁰ Extracto del programa de radio transmitido al aire el día 19 de septiembre de 2012.

La pedagogía de las adicciones, en estos escenarios terapéuticos, es efectiva en muchos sentidos. En este caso, se manifiesta que la experiencia previa de la terapia que ha tenido Paulo le permitió incorporar en su discurso algunas ideas que subyacen en el proceso de incorporación y membresía de AA. Si bien el programa había sido un escenario de competencia de padrinos, en este caso es un escenario en el que se comprueba la membresía pues Paulo se identifica como alcohólico en abstinencia y reconoce haber “tenido terapia”. Su experiencia dentro del público radiofónico le ha ayudado a reconocerse como alguien que debe cambiar su estilo de vida a costa de llegar a uno de esos tres, por demás indeseables, destinos. Las técnicas particulares de la instrumentación de la pedagogía de las adicciones en los adictos en su proceso de conversión, se explorarán más a fondo en los siguientes dos apartados. Éstos se enfocan a desarrollar una parte neurálgica de los dispositivos terapéuticos para las adicciones, a saber, el proceso de conversión de adicto a adicto en recuperación que tiene lugar en las instituciones de atención a las adicciones.

5.5. Los adictos y el mercado de atención a las adicciones

La conversación de Paulo G y del padrino siguió en la radio.

Paulo G: Si he estado ya por ahí en varios. Como en tres anexos. Pero como he escuchado que ustedes son los líderes y todo, pues me quiero acercar a ustedes.¹⁴¹

Paulo introduce al discurso su percepción comparativa de la clínica en función de lo que ha escuchado que ofrecen en el programa de radio y de su propia experiencia en otros Anexos. La distinción de la clínica como superior a las otras ofertas del dispositivo terapéutico abre la posibilidad de jerarquización entre instituciones, y coloca nuevamente en el discurso el carácter publicitario del programa de radio

¹⁴¹ Extracto del programa de radio transmitido al aire el día 19 de septiembre de 2012.

Después de su llamada telefónica se fueron a un corte comercial y a su regreso al aire, comentaron lo siguiente:

P2: Platicábamos que bonito es escuchar a alguien recuperarse

P1: Claro. Pero bien decía el chavo, si lo hacemos, hay que tener mucho cuidado en eso. Este chavo nos decía que tuvo varios internamientos, que la familia lo llevó a anexos baratitos. Como quieras y gustes, son mil veces mejor que andar en la calle haciendo propelías [sic], ¿no? (..) Yo se la excelente labor que hacen todas estas personas, en la medida de sus posibilidades, economía, situación, pero ayudan.¹⁴²

El reconocimiento a la labor de estas otras instituciones, específicamente los “Anexos baratitos”, es un gesto que permite entrever el valor que otorga a la labor de intervención terapéutica a las adicciones. Siguiendo la línea de su discurso y lo que hemos visto que se ha comentado en el programa de radio, evidentemente es mejor que la persona se intervenida, por quien sea, a que continúe con su adicción. Establece un adjetivo que podríamos interpretar como peyorativo de este tipo de Anexos, son “baratitos”, y esa condición abre una serie de preguntas sobre las formas en que utiliza su discurso para distinguir la labor que ellos realizan en su institución.

Hoy me decía una señora, llegó muy enojada conmigo, estaba enojada porque nada más le daban de comer puros frijoles y lentejas, si, y estaba enojada porque no había psicólogos, y estaba enojada con las gentes del Anexo por muchas cuestiones. Le pregunté, bueno señora, ¿cuánto pago usted? Me dijo: no, nada. Jajajaja. Llevaba una despensa a la semana, ¿si me entiendes?

Estos lugares trabajan en la medida de sus posibilidades. Hacen lo mejor que pueden, pero (...) podemos esperar muy pocas cosas de un lugar que no esta regularizado, que no más los tienen en una casa, que no tiene un equipo completo ni un equipo tan profesional como lo tenemos nosotros. Ahora, no por eso quiero decir que clínica es carísimo, porque no lo es.

Hay muchos lugares que cobran muy barato, (...) no se puede dar un servicio serio con 500 pesos. (...) Una persona que lleva 8, 10 años de su vida drogadicto, (...) un súper mega problemón, yo les juro por Dios que eso no se cura con 2 mil pesos. Acérquense a la clínica nuestra, tenemos, obviamente todo tipo de planes de pago, (...) si por alguna razón la familia no tiene la cantidad para pagar, la canalizamos a trabajo social y se hace un estudio socioeconómico, (...) pero esto no

¹⁴² Extracto del programa de radio transmitido al aire el día 19 de septiembre de 2012.

va a suceder si ustedes mamás no lo hacen.¹⁴³

Este posicionamiento que toma el padrino en relación a las demás instituciones refleja la competencia que existe en el dispositivo terapéutico. Su abordaje al tema exagera el dominio que tienen los Anexos en cuanto a la oferta de atención a las adicciones. La matización de su opinión con respecto al tipo de servicio y ayuda que ofrecen los Anexos y su clínica permite visualizar que en el tema no está solamente la cuestión del estigma que acompaña a los Anexos como centros de rehabilitación violentos, con carencias, y con dudosas técnicas de recuperación, sino que al centro también se encuentra la cuestión de lo que uno, como cliente, puede esperar en relación a lo que paga por el servicio. Esto se torna en un indicador del posible buen trabajo que hacen en su clínica, con profesionales de distintas áreas (incluyendo trabajo social para hacer estudios socioeconómicos), aunque no se habla a profundidad del proceso de recuperación, que en resumidas cuentas, es el mismo que el de los Anexos. El discurso público del programa de radio busca posicionar a su institución como un espacio privilegiado para la atención a las adicciones. Los familiares de adictos que escuchen el programa de radio tendrán un referente sobre este lugar y, tal vez, como Paulo G, pensarán que este sitio es de los “líderes” en la atención a las adicciones en SLP.

El adicto se localiza dentro de un mercado de atención a las adicciones, en donde las instituciones compiten entre ellas para posicionarse como una mejor oferta, como una mercancía. Ciertamente, esto no implica que las clínicas privadas o los Anexos hagan un gran negocio de la mercantilización del adicto. De hecho, la insistencia de parte de los locutores del programa de radio al intentar posicionarse como la mejor clínica de SLP va acompañada de una constante necesidad de buscar clientes. Por otro lado, en las conversaciones y en la entrevista que llevé a cabo con el director de la clínica, él mismo me comentaba que no estaba resultando el gran

¹⁴³ Extracto del programa de radio transmitido al aire el día 19 de septiembre de 2012.

negocio que pensó que sería cuando abrió la institución.

Aunque no sea un negocio muy redituable, la atención a las adicciones es un campo de competencia para las distintas ofertas que se enfrentan en el mismo mercado. Habrá que considerar también que la clientela a la que se dirige cada institución pudiera tener un perfil distinto, aunque la clínica privada se empeña en también captar aquellos potenciales clientes de los Anexos, mediante programas de crédito, pagos diferidos, y descuentos o becas, de manera que puedan competir con los Anexos. En este sentido, cuidan distinguirse en el costo del servicio pues ponderan sus diferencias como ventajas en cuando a la infraestructura del espacio en donde serán atendidos, así como en la profesionalidad de su equipo.

En el CIJ y el CRC hay algunas diferencias en su búsqueda por alcanzar un público más amplio. El CIJ, como se ha dicho, no tiene opción de internamiento para los adictos. Es una institución profesional, que está certificada bajo la NOM 028, y establece un tabulador socioeconómico para determinar las cuotas de atención para sus clientes. El adicto paga cada sesión en función de la cuota específica predeterminada según su situación socioeconómica. El CIJ formalmente no acepta a personas que no decidan recibir la atención por cuenta propia. Aunque reciben casos de pacientes que son canalizados de empresas, a través de convenios que tienen con la Secretaria de Salud y la Secretaria del Trabajo y Previsión Social, así como personas que fueron catalogadas como adictos por parte del sistema judicial, y que por tanto deberán de ser atendidos como enfermos y no como criminales. Estos dos casos, al menos, son atendidos bajo circunstancias cuestionables sobre su elección de ser intervenidos. Independientemente de las cuotas y de la atención voluntaria o involuntaria, la atención a pacientes adictos y la labor de prevención que hace esta institución es lo que le da sentido a sus acciones. Al ser un instrumento gubernamental, un aparato del estado mexicano que depende en

gran medida de la Secretaria de Salud, los resultados de su labor traducidos en datos estadísticos son fundamentales para su continuidad, independientemente de los resultados (inmedibles) de sus intervenciones. Las técnicas de intervención podrían destacar de los Anexos y la clínica privada en que se desarrollan desde saberes profesionales. Las terapias individuales y grupales son el principal método de intervención. En ese sentido el proceso colectivo, la eficacia de las juntas, el proceso de conversión religiosa al que están sujetos los adictos en Anexos y clínica no están presentes en el CIJ.

En el CRC, como se ha dicho, no cobran cuotas a sus internos. Al ser un servicio gratuito, el director del centro me comentó que son especialmente cuidadosos con las personas que aceptan. Su internamiento es de más tiempo que el ofertado en Anexos y buscan personas que realmente quieran cambiar su estilo de vida. En ese sentido la conversión al cristianismo o al menos adoptar una vida dentro de los valores cristianos se convierte en un requisito al que el adicto se compromete desde su ingreso. En términos generales el servicio que ofrece el CRC, aunque reciben a cualquier persona después de hacer un estudio y aplicar algunas pruebas que les muestren el compromiso del posible converso, no está abierto para el público en general. Las redes de la institución a través de sus otros centros en el resto de la república, así como su vínculo con una multiplicidad de iglesias cristianas en la región les permite entrar en contacto con contextos sociales diferentes de a los que están enfocados los Anexos y las clínicas privadas. Aquí no es necesario que tengan un programa de radio o que tengan una presencia prolífica en distintas colonias de la ciudad. Simplemente con sus punto de venta en el centro de la ciudad, con su estrategia de volanteo, y con sus propias redes con iglesias basta para tener a tope su casa. El que sus métodos de captación de internos tengan otras lógicas, no exime la posibilidad de que algunos de sus posibles conversos hayan tenido ya experiencias de internamiento en alguno de

estos sitios. Finalmente los posibles conversos son quienes le dan funcionamiento a la institución, muchos de ellos quedándose permanentemente en ella para dedicar su vida, una vez cristianos, a ayudar a otros con su mismo padecimiento, y muchos otros durante su internamiento engrasando la máquina de producción de muebles y facilitando la permanencia de la institución como una alternativa más en la oferta de la atención a las adicciones. Aquí los adictos internos pasan de consumidores a ser productores. El paso de su estado de pérdida como consumidor de sustancias, y las atribuciones de improductividad que eso conlleva, es suplantado por el desarrollo de habilidades laborales que en este caso refieren a hacerse carpinteros tal como Cristo.

En general, tanto en el CRC, como en el CIJ, en los Anexos y en la clínica privada, los adictos pasan de ser consumidores de sustancias a los que se les atribuye una enfermedad a ser consumidores de técnicas específicas para su atención dentro del dispositivo terapéutico. Las diversas instituciones que conforman el dispositivo con sus respectivos saberes y técnicas son una mercancía que se encuentra disponible para contrarrestar a la mercancía alcohol/droga que agudizó el problema de los enfermos emocionales que derivó en una adicción. El adicto, aunque deja las sustancias, dentro del dispositivo terapéutico no ha dejado de ser un consumidor.

5.6.El carácter expansivo del dispositivo terapéutico

Mientras los grupos tradicionales manejan sus discursos al interior de su propia comunidad de AA y critican aquellas corrientes que no guardan la ortodoxia del programa, los Anexos y centros de rehabilitación abren su discurso a un público más amplio otorgando las herramientas para identificar la enfermedad y para justificar el internamiento. La adaptación que ha tenido la influencia de la atención a las adicciones en términos globales en México ha mostrado ser

altamente creativa. Sus ensamblajes globales en su engranaje con las propias dinámicas locales, con la conformación de un mercado competitivo de oferta a la atención a las adicciones y con la agudización de padecimientos que producen malestar en las poblaciones, se han generado condiciones para que el dispositivo terapéutico tenga un carácter expansivo.

El dispositivo terapéutico, como hemos visto, tiene la capacidad de ir más allá de las fronteras de sus instituciones. El programa de radio de la clínica privada contribuye a cumplir las aspiraciones del dispositivo marcando una tendencia a universalizar la lógica del juego de voluntades. A través de su incursión en el discurso público intentan transformar una moral y un modo de vida hacia la población mexicana. Dentro de esta nueva moral aquello que está asociado con lo improductivo (no trabajar, no estudiar, no tener familia) es un índice de que la persona es potencialmente adicta.

El uso de los términos “ingobernable” y “enfermo emocional” buscan contribuir a este proceso de universalización. Ambos términos contribuyen a desplazar el orden espiritual y moral en donde se gestan a un orden profesionalizado de atención a las adicciones reconociéndolos como enfermedades clínicas y como padecimientos que requieren también una intervención terapéutica por parte de expertos. Tanto el ingobernable como el enfermo emocional, en un paralelismo de la adicción, han perdido el control de sí mismos y la gubernamentalidad biopolítica del dispositivo terapéutico tiene la capacidad de ofrecerles una salida a mediaciones suplementarias negativas, incorrectas o débiles. La sustancia que pareciera que es el principal motor que impulsa al dispositivo es un término marginal al proceso. Es decir que el alcohol y la droga son un suplemento a la misma adicción. La adicción al igual que la ingobernabilidad y las enfermedades emocionales son una enfermedad más profunda del alma y no necesariamente se manifiestan en el consumo, por tanto no necesitas ser un adicto para internarte.

El carácter expansivo del discurso de las adicciones muestra que dentro de los juegos de voluntades del dispositivo terapéutico la voluntad se encuentra constantemente en entredicho. Esto sucede tanto para el adicto como para su familia. Así el discurso anuncia a las familias, y a las madres particularmente, que también tienen una enfermedad que llaman codependencia. Los comportamientos que esto conllevan ponen en riesgo su propia voluntad, lo que les puede llevar a convertirse a su vez en un gasto improductivo. El adicto debe ser sometido por voluntades externas de otras personas para ser sometido. El adicto puede reconocer su problema, su falta de voluntad, por cuenta propia y pedir ayuda de manera voluntaria. El adicto puede entonces no sólo perder su voluntad sino que también existe la posibilidad de que tenga una voluntad débil. El adicto, el ingobernable, y el enfermo emocional, requiere una voluntad fortalecida o superior, externa a él para que se imponga sobre la propia. Las adicciones, que en su discurso contienen también a la ingobernabilidad y a las enfermedades emocionales, son un concepto plástico y maleable que tiene la capacidad de patologizar un gran margen de comportamientos y hábitos y, al mismo tiempo, puede adquirir gradaciones cuando se aplica.

Finalmente, cabe destacar que la forma que ha adoptado el dispositivo terapéutico en México está íntimamente ligado a las características propias de su concepción de adicción. Esto ha permitido que el discurso se amplíe a un público más amplio y que permita patologizar otro tipo de prácticas y comportamientos concebidos como enfermedades, las cuales podrán ser sujetas a intervención por parte de las instituciones del dispositivo. De este modo, la atención a las adicciones en México está dirigida no sólo a adictos, sino a personas que tienen algún padecimiento del alma, a personas que están alejadas de Dios, a personas que son improductivas, y a personas que no son felices.

Conclusiones

El dispositivo terapéutico de atención a las adicciones es una manifestación de la gubernamentalidad biopolítica en el México contemporáneo. La vida de la población catalogada como adicta se ha convertido en un objeto de intervención por parte de las instituciones que integran el dispositivo terapéutico. En primera instancia la forma en que es conceptualizado el adicto en México, considerando el prohibicionismo y la relativamente reciente preocupación por un enfoque de salud pública en cuando al consumo de sustancias, presenta influencias de otro tipo de sujetos que han sido objeto de distintas intervenciones. El loco y el criminal han contribuido en parte a la conformación de un nuevo sujeto antropológico en México conocido como adicto. El primero asociado con la salud mental y el segundo con la transgresión de normas sociales, se han construido como sujetos de intervención que deben ser encerrados y, en la medida de lo posible, rehabilitados. El adicto en México se construye primeramente como un criminal, principalmente aquel que consume sustancias ilícitas, para poco a poco ir pasando a otro campo de racionalización en el que es concebido como enfermo. Estos procesos a su vez han sido producto de la adaptación de los ensamblajes globales donde las condiciones del país han generado la existencia de un dispositivo con esa tendencia. El internamiento involuntario, en el que las personas son privadas de su libertad para ser encerradas en un tratamiento de rehabilitación, se convierte en una característica distintiva del dispositivo terapéutico que desde sus racionalizaciones autoriza y legitima estas prácticas en un contexto de ambigüedades legales. Como vimos al inicio con Martín, así como sucede con muchas personas que presentan características de adicción, ser sujeto adicto te marca como anormal que deber ser intervenido por estrategias que mezclan técnicas, usadas con los locos y criminales, y que pueden ser puestas en práctica por prácticamente cualquier persona que no sea el adicto.

El dispositivo terapéutico está integrado por instituciones que han logrado mezclar mecanismos de poder característicos del estado moderno y algunos previos a éste. Aunque en las instituciones estos mecanismos se presentan de distintas maneras, el dispositivo se ha convertido en un híbrido que reproduce técnicas pastorales (padrinos, tribunas, juntas AA, mitologías, Biblia y Libro Grande, confesiones, etc.), técnicas disciplinarias (sombras, encierro, castigos correctivos, prácticas policiales, etc.), y técnicas de seguridad (programas radiofónicos, internamientos preventivos, patologización de la vida cotidiana, conversión religiosa, etc.). La aplicación de estas técnicas también está influenciada por el desarrollo de conocimiento científico y psicológico, pero destaca la influencia que tiene la herencia del programa de los doce pasos de AA. Incluso en ejemplos como la clínica privada, en donde se promueven como una institución que maneja un modelo profesional para la atención a las adicciones (según la NOM 028), tiene una predominante influencia del programa de AA. A su vez, estas instituciones son zonas de experimentación social en donde la adaptación constante de una ideología de intervención, más que ser zonas de abandono o zonas de invisibilidad social, son espacios utilizados de forma flexible respondiendo a diversas necesidades, y son sitios en donde constantemente se autorizan formas de transformación de subjetividades.

No podríamos entender el porqué de lo predominante del uso del modelo de los doce pasos y de la proliferación de instituciones de atención a las adicciones en México sin tomar en cuenta que la gubernamentalidad biopolítica, en estos casos, está instrumentalizada por lo que aquí se propuso como juegos de voluntades. En este sentido es importante reconocer que las instituciones de atención a las adicciones que manejan un internamiento para los adictos producen *communitas* normativas como una forma de homogeneizar y promover los cambios de subjetividades, y al mismo tiempo utilizan técnicas características de las instituciones totales en

que específicamente se busca debilitar al yo –previo a la intervención- para dar paso al surgimiento de un nuevo sujeto que se entienda a sí mismo, bajo los estímulos institucionales, como un enfermo. Estos procesos se construyen a través de la cotidianeidad y en ellos participan activamente los sujetos de la intervención ya sea para promoverlos, rechazarlos o hacer uso estratégico de ellos para su beneficio personal e individual. Pero a pesar de permiternos dimensionar la participación activa de los sujetos en estos procesos, estos conceptos son insuficientes para entender las lógicas subyacentes a la intervención terapéutica en adicciones, y no dan los elementos suficientes para comprender cómo es que la gubernamentalidad biopolítica está funcionando específicamente en estos contextos.

La noción de juegos de voluntades permite reconocer la relevancia medular que tiene para el dispositivo terapéutico la derrota frente al alcohol, la aceptación de un poder superior, y la conversión religiosa. A su vez, para entender los juegos de voluntades debemos recurrir al gasto improductivo (Bataille 1970) y al suplemento (Derrida 1986). El gasto improductivo lo encontramos en las formas en que el adicto es conceptualizado y definido. Éste es asociado con no trabajar, no estudiar, no tener motivaciones o aspiraciones, y con no hacer nada, en otras palabras es una pérdida. Y se encuentra dentro de una concepción del mundo que tiene como referencia una economía restringida, es decir, que aquello valorado como pérdida es concebido como un desperdicio, un desecho, como algo que no aporta a la reproducción del mundo, lo que justifica la búsqueda de extirpación de lo malo que hay en el sujeto. Por otro lado, las mediaciones suplementarias están en la base misma del germen de formación del programa de rehabilitación de los doce pasos. El adicto es entendido en un primer momento como invadido por una presencia externa que toma control de su vida. El alcohol y/o las drogas son ese agente exterior que hace que su voluntad se pierda o se debilite. Bajo las justificaciones de la

racionalización de una economía restringida, se justifica la intervención de una voluntad más fuerte que está autorizada para imponer su voluntad sobre la del adicto. En un primer momento entonces, el adicto es internado o señalado con el estigma de la adicción pues él o ella no pueden vivir sin el suplemento negativo. Para salir de su enfermedad deberán someterse a la voluntad de un poder superior.

Por contradictorio que pareciera, aunque las formas de intervención buscan producir una normalización, sus esfuerzos de gobernabilidad tienen más bien un efecto desnormalizador. Entre las personas que es exitoso el proceso de conversión, y que aceptan a un poder superior como una voluntad suplementaria, queda la marca de su diferencia y en la mayoría de los casos vuelcan su vida hacia el dispositivo terapéutico formando parte de las instituciones preexistentes o fundando una nueva. El éxito desnormalizador del dispositivo terapéutico en México ha impactado incluso más allá de las fronteras, pues la presencia de grupos de 24 horas y de Anexos está creciendo en el Sur de California entre poblaciones latinas inmigrantes a EEUU (Pagano 2014; Pagano et. al. 2016). Ha habido un movimiento de influencias y adaptaciones de modelos terapéuticos primero de EEUU a México y ahora de México a EEUU.

De forma paralela se encuentra el hecho de que actualmente no existe forma de medir la eficiencia y efectividad de estas intervenciones, y los pocos datos que existen que hablen del éxito que tiene el dispositivo para rehabilitar a los adictos muestran resultados mínimos. En este sentido una gran cantidad de sujetos adictos se insertan en la dinámica de circuitos de intervención en las que viven sus vidas intermitentemente entre procesos de rehabilitación e internamiento y procesos de consumo de sustancias. Estas personas ya han sido desnormalizadas por el dispositivo terapéutico aunque no rehabilitadas. En este sentido, dentro de un esquema de economía restringida que ve al gasto improductivo como una pérdida, el dispositivo terapéutico

es por sí mismo un gasto improductivo pues no ha sido capaz de normalizar a sus poblaciones objetivo. Pero a diferencia de lo que propone Bataille, en su caracterización del gasto improductivo, el dispositivo terapéutico a pesar de ser una pérdida dentro de una economía restringida ha demostrado ser altamente productivo.

Las mediaciones suplementarias y el gasto improductivo son conceptos clave que dirigen la atención hacia una de las particularidades de los ensamblajes globales en México. El dispositivo terapéutico de atención a las adicciones está determinado por la conversión religiosa, en donde Dios es el centro del dispositivo, y donde una moralidad asociada al trabajo, a la responsabilidad, y a la productividad son fundamentales. Será sólo un poder superior quien tenga la capacidad de curar al adicto. El adicto es ejemplar en cuanto a que tan lejos se puede estar de Dios. La voluntad del poder superior contribuirá a aminorar sus problemas, pero principalmente le ayudará a dejar de beber, a cambiar sus juicios y actitudes, y le dará un nuevo sentido de vida que esté asociado a la productividad, al trabajo y al servicio. El discurso en el dispositivo terapéutico es producido de manera que no busca interpelar solamente a los adictos a sustancias, busca interpelar a los pecadores, es decir, busca interpelar a toda la población. Cuando el padrino habla al público, como predicador a los pecadores, está hablando por Dios en busca de aquellos pecadores dispuestos a escuchar. Su mensaje es claro, necesitas de Dios porque no está contigo y hay carencias y problemas en ti (malestares, enfermedades emocionales, dependencias) que sólo él puede reparar o combatir. La idea se extiende entonces a que todos somos pecadores. Pero en una lógica clínica secularizante más bien todos somos adictos aunque no lo seamos a sustancias. Parafraseando a Jesús en su taller, “detrás de nuestras máscaras hay algo que nos mantiene infelices”. Aunque el programa de AA prometa que a través de un cambio de “juicios y actitudes” se podrá llegar a tener una vida “útil y feliz”, la noción de adicto en recuperación

reafirma que la sobriedad no es un fin sino un proceso y que esta recuperación nunca se alcanza. Pero la aceptación de un suplemento –Dios- que se superponga a la droga, o a cualquier otro suplemento negativo que esté invadido por el gasto improductivo, es el marco indispensable para estar en el proceso correcto.

Los juegos de voluntades permiten comprender el giro de la atención a las adicciones hacia su proceso expansivo, es decir, hacia la apertura para patologizar otros malestares en la vida cotidiana y su inclusión para la intervención en esos casos. Este desplazamiento discursivo de la narrativa de adicción hacia otras dimensiones de la vida cotidiana permite ampliar el rango de intervención de las instituciones de atención a las adicciones. En este sentido el surgimiento de categorías como “ingobernable” y “enfermo emocional” trae al frente el hecho de que las drogas tienen una relevancia marginal para el dispositivo terapéutico. Estos etiquetamientos, incluyendo el de adicto, destacan en que producen subjetividades con la necesidad de suplementar la voluntad (ya sea porque es débil o porque se carezca de ella), por la de una autoridad en un primer momento y posteriormente por la de un poder superior. Las nuevas moralidades promovidas por el dispositivo alcanzan incluso a los familiares de los adictos al reconocerlos como codependientes y al asociarlos con la irresponsabilidad de no hacer nada por sus enfermos. Los familiares deben reconocer su propia incapacidad de ayudar con el problema, justo como el primer paso de AA al reconocerse ingobernables frente al alcohol, no tienen el control de la situación y las instituciones y especialistas el dispositivo son quienes pueden ayudar a restablecer ese control. Al igual que con las voluntades, el control y la capacidad de intervenir están en juego. En este caso la voluntad que es fuerte, especializada, preparada, controlada y autorizada es la que puede y debe intervenir.

El dispositivo terapéutico de atención a las adicciones muestra su capacidad y se extiende para intervenir otro tipo de dependencias. El consumo excesivo de alimentos, de sexo, de videojuegos, las compras, el trabajo mismo, etcétera, son un reflejo de la preocupación cultural por el control y el descontrol, así como de la necesidad de establecer trayectorias de normalización para aquellos que se acercan al tipo de comportamiento considerado como patológico. La nueva moral promovida por el dispositivo terapéutico y producto de la conversión religiosa, promueve valores que se apegan a la productividad, trabajo y responsabilidad individual. Estos valores son la tendencia en la gubernamentalidad biopolítica neoliberal de la atención de las adicciones en México, y están fundadas en la ilusión del libre albedrío o libre voluntad que como hemos visto en el dispositivo está mediado por un poder superior.

La forma que ha adoptado el dispositivo terapéutico en México habla también de procesos de paraestatalización de las instituciones de atención a las adicciones. Estas instituciones operan, en donde pareciera que el estado está ausente, haciendo labores normalizadoras. De este modo vemos un desplazamiento entre el proyecto de estado que se asentaban en la soberanía, mediante el ejercicio de la violencia, hacia el proyecto de estado que se asienta en la gubernamentalidad en que el estado se asienta en el trabajo del dispositivo terapéutico, desde los márgenes, a través de técnicas de control, disciplina, prevención y seguridad (en algunos casos haciendo usos de otras formas de violencia). La gubernamentalidad biopolítica del dispositivo está entonces entre un reconocimiento formal del estado y prácticas que podrían llegar a ser consideradas clandestinas gracias a su propia traducción creativa (hibridación de saberes/prácticas) de la política de salud para la atención a las adicciones.

Finalmente este trabajo llama la atención a promover una mirada que haga preguntas a la forma en que el dispositivo funciona y a los efectos que tienen sus intervenciones. Aún queda un

largo camino para explorar a profundidad estos escenarios de interacción social. Un enfoque especialmente focalizado hacia el género y clase social requiere ser fortalecido. Los procesos en que la mujer y el hombre se insertan en el dispositivo son diferentes y siguen trayectorias de normalización que no son experimentadas del mismo modo. La forma en que se ofrece tratamiento a las diferentes clases sociales también difiere y un enfoque en estos procesos es también indispensable. Existe también la necesidad de definir con claridad formas de medir el impacto del dispositivo en términos de rehabilitación, e incluso plantear preguntas serias que cuestionen si el dispositivo es una forma adecuada de atacar un fenómeno que es síntoma de otras problemáticas sociales. Como menciona Bourgois (2010) las adicciones como problema social seguirán concibiéndose como tales hasta que no se reconozca que son sólo una manifestación de problemas vinculados con la desigualdad social y la marginación. Las adicciones vistas como enfermedades deben ser reconocidas también en términos de sus orígenes sociales localizados en procesos y contradicciones inherentes al capitalismo (Janes y Corbett 2011:138-9), y más allá, agrego, como tales no sólo deben ser reconocidas sino intervenidas. Finalmente este trabajo reconoce que hay que continuar en la dirección analítica de este fenómeno social al hacer preguntas críticas a los paradigmas y disciplinas que han reinado en la producción de saberes y conocimiento hegemónicos sobre el tema de las adicciones.

Apéndices

Apéndice I. Cuadro comparativo de instituciones de atención terapéutica en San Luis Potosí.

	<i>Centros de Integración Juvenil, A.C. (CIJ)</i>	<i>Anexo de puertas abiertas</i>	<i>Anexo de puertas cerradas</i>	<i>Clínica privada</i>	<i>Centro de Rehabilitación Cristiano (CRC)</i>
<i>Autodefiniciones del perfil profesional del responsable.</i>	Maestría en psicología.	Miembro de AA con casi treinta años sin consumir.		Director (Adicto con 8 años en recuperación).	Adicto, con veinticinco años de abstinencia, convertido al cristianismo.
<i>Modelo de atención según SSA y NOM 028</i>	Profesional (con certificación)	Mixto (certificación en trámite)	Autoayuda (certificación en trámite)	Profesional (sin certificación)	Autoayuda (con certificación)
<i>Equipo de trabajo</i>	Psicólogos, médico, trabajadores sociales.	Psicólogos, alcohólicos en recuperación (padrinos).	Alcohólico en recuperación (padrino).	Psicólogos, alcohólicos en recuperación (padrinos).	Ex adictos convertidos al cristianismo.
<i>Principal método terapéutico.</i>	Terapias individuales.	Juntas de AA, de estudio y de compartimiento. Internamiento de tres meses.		Juntas de AA, de estudio y de compartimiento. Terapias individuales (son privilegio de quienes las pueden pagar) y grupales.	“Reuniones” de estudio y alabanza. Internamiento de seis a ocho meses.
<i>Otras formas de intervención terapéutica.</i>	Terapias grupales y de familia. Centro de día (actividades diversas). Tratamiento médico. Programas preventivos.	Pláticas bíblicas y alabanzas de invitados cristianos ¹⁴⁴ . Servicios de mantenimiento a la casa. Taller de “inteligencia emocional” en donde conviven internos con gente no internada y que tiene distintos “problemas emocionales”. Juegos de futbol siete en una liga local (selección de		Talleres de Metafísica. Meditación. Reflexiones morales con material audiovisual. Terapias para familiares de los internos. Talleres de codependencia para personas no internadas.	Terapia ocupacional (taller de carpintería, cocina y mantenimiento a la casa). Juegos de futbol siete en liga local (selección de autoridades e internos).

¹⁴⁴ Las visitas de los cristianos son una vez a la semana, durante hora y media aproximadamente. En sus pláticas hay cantos, oraciones y lectura de la biblia.

		autoridades e internos).			
<i>Origen de recursos de operación</i>	Recursos federales de la Secretaría de Salud. Cuotas para los pacientes.	Donaciones (en efectivo o en especie). Cuotas a los internos (no todos pagan, los que pagan algo no necesariamente dan la cuota completa –que cubre alimentación, hospedaje y servicios-). El precio ideal para el internamiento es de \$7,200 por los tres meses.		Cuotas de internamiento. Donaciones. El precio va desde los \$15,000 hasta los \$45,000 por mes y medio de internamiento.	No tienen cuota para los internos. Donaciones (en efectivo o en especie), dan recibos deducibles de impuestos. Bazar y mueblería. Apoyos esporádicos del Consejo Estatal Contra las Adicciones.
<i>Injerencia gubernamental</i>	A través de la SSA, los CIJ a nivel nacional siguen directrices para su labor. Están certificados por la SSA.	Participan esporádicamente en capacitaciones de la SSA y del Consejo Estatal Contra las Adicciones (CECA). No están certificados por la SSA.		No participan en actividades organizadas por SSA o CECA. No están certificados por la SSA. Están abiertamente en contra de las autoridades gubernamentales en materia de Salud.	Participan en actividades de SSA y CECA. Están certificados por la SSA.
<i>Población atendida</i>	Desde niños a adultos mayores. Hombres y mujeres.	Desde niños a adultos mayores. (por lo regular los niños son canalizados por el sistema para el desarrollo integral de la familia (DIF) estatal). Hombres y mujeres.	De 18 años a adultos mayores. Hombres.	Desde adolescentes a adultos mayores. Hombres y mujeres.	Casa con menores de edad, desde los 14 años. Casa para mayores (sólo hay un adulto mayor). Hombres.
<i>Cantidad aproximada (promedio) de internos</i>	No hay internos.	16 personas. Diciembre 2012	20 personas. Diciembre 2012	15 en la sección económica. 10 en la sección VIP. Febrero 2015	20 en la casa de menores. 58 en la casa de mayores. Octubre 2014
<i>Tipo de internamiento</i>	Voluntario (la sede de SLP no tiene internamiento)	Voluntario / Involuntario	Voluntario / Involuntario	Voluntario / Involuntario	Voluntario.

<i>Tiempo de internamiento</i>	Tres meses.	Tres meses.	Tres meses.	Cuarenta y cinco días.	Seis meses.
	En estas instituciones, a través de distintos métodos, se invita al interno a que se quede más tiempo del que le corresponde. Comúnmente los terapeutas le comentan que no está listo para que salga que requiere de más tiempo. Algunos internos deciden esperar a que su terapeuta los deje ir y otros al terminar el tiempo por el que firmaron su internamiento se van.				
<i>Recursos materiales para transportación.</i>	Un automóvil.	Automóvil o camioneta en turno. Regularmente los medios de transporte están bajo condiciones de compra/venta (como último recurso para la manutención de los centros), pero siempre hay algún medio de transporte.	Automóvil. 4 camionetas rotuladas con los datos de la clínica. Algunos empleados con cuenta con transporte propio.	1 camión de 3 ½ toneladas. 4 camionetas Nissan estaquitas. 4 camionetas de aprox. 15 pasajeros.	

Apéndice II. Los doce pasos de Alcohólicos Anónimos.¹⁴⁵

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos a creer que un Poder superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
4. Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos, y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de nuestros defectos.
7. Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar el mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

¹⁴⁵ Alcohólicos Anónimos. 2014a [1952], Doce Pasos y Doce Tradiciones, Ciudad de México: Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.

Apéndice III. Las doce tradiciones de Alcohólicos Anónimos. ¹⁴⁶

1. Nuestro bienestar común debe tener la preferencia, la recuperación personal depende de la unidad de Alcohólicos Anónimos.
2. Para el propósito de nuestro Grupo sólo existe una autoridad fundamental: un Dios amoroso que puede manifestarse en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza, no gobiernan.
3. El único requisito para ser miembro de Alcohólicos Anónimos es querer dejar de beber.
4. Cada Grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a alcohólicos, considerando como un todo.
5. Cada Grupo tiene un solo objetivo primordial: Llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.
6. Un Grupo de Alcohólicos Anónimos nunca debe respaldar, financiar o prestar su nombre a ninguna entidad allegada o empresa ajena, para evitar que los problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen de nuestro objetivo primordial.
7. Todo Grupo de Alcohólicos Anónimos debe mantenerse completamente a sí mismo, negándose a recibir contribuciones de afuera.
8. Alcohólicos Anónimos nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden emplear trabajadores especiales.
9. A.A. como tal nunca debe ser organizada, pero podemos crear juntas o comités de servicio que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.
10. Alcohólicos Anónimos no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente, su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.
11. Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción, necesitamos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio y el cine.
12. El anonimato es la base espiritual de todas nuestras tradiciones, recordándonos siempre anteponer los principios a las personalidades.

¹⁴⁶ Alcohólicos Anónimos. 2014a [1952], Doce Pasos y Doce Tradiciones, Ciudad de México: Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.

Apéndice IV. La duda trajo el ocaso¹⁴⁷.

Cuentan que un alpinista desesperado por conquistar una alta montaña, inició su travesía después de una gran preparación, pero quería el reconocimiento sólo para él, por lo tanto subió sin compañeros.

Empezó a subir y se fue haciendo tarde, y más tarde, y no se preparó para acampar, sino que decidió seguir subiendo, y oscureció.

La noche cayó con gran pesadez en la altura de la montaña, ya no se podía ver absolutamente nada. Todo era negro, cero visibilidad, la luna y las estrellas estaban cubiertas por las nubes.

Subiendo por un acantilado, a solo unos pocos metros de la cima, se resbaló y se desplomó por el aire, cayendo a velocidad vertiginosa. El alpinista solo podía ver veloces manchas oscuras y la terrible sensación de ser succionado por la gravedad.

Seguía cayendo... y en esos angustiantes momentos, pasaron por su mente todos los episodios gratos y no tan gratos de su vida. Pensaba en la cercanía de la muerte, sin embargo, de repente, sintió el fortísimo tirón de la larga sogá que lo amarraba de la cintura a las estacas clavadas en la roca de la montaña.

En ese momento de quietud, suspendido en el aire, no le quedó más que gritar ¡¡Ayúdame Dios mío!!!

De repente una voz grave y profunda de los cielos le contestó:

-¿Qué quieres que haga?
- Sálvame Dios.

¿Realmente crees que yo te pueda salvar?
-Por supuesto Señor.

-Entonces corta la cuerda que te sostiene...
Hubo un momento de silencio; el hombre se aferró más aún a la cuerda.

Cuenta el equipo de rescate, que al otro día encontraron a un alpinista colgando muerto, congelado, agarradas sus manos fuertemente a la cuerda... A tan solo dos metros del suelo.

¡Y tú, que tan aferrado estas a tu cuerda! ¿Te soltarías?

No dudes nunca de dios, no debes decir que te ha olvidado o abandonado, recuerda que el siempre esta a tu lado y que te sostiene.

¹⁴⁷ El texto se tomó de esta página web: <http://www.tubrevespacio.com/reflexiones-01mar05/dios%20te%20da%20la%20mano.htm>. Aparentemente no se tiene razón del autor. Consultado por última vez el día 30 de mayo de 2016.

Bibliografía

- Agamben G. 2011. “¿Qué es un dispositivo?”, *Sociológica*, 26(73):249-264.
- Agamben G. 2005. “Una biopolítica menor” Entrevista, en: Ugarte J (comp). *La administración de la vida. Estudios Biopolíticos*, Barcelona: Anthropos, pp. 171-187.
- Agudo A. 2009. “Conocimiento, lenguaje, poder e intermediación. Perspectivas contemporáneas en la antropología de las políticas públicas”, *Estudios sociológicos*, 27(79): 63-110.
- Agudo A. 2011. “Introducción: Repensar el Estado desde los Margenes”, en: A Agudo y M Estrada (eds), *(Trans) formaciones del Estado en los márgenes de Latinoamérica*, México: COLMEX, Universidad Iberoamericana, pp.11-44.
- Aguirre G. 1986. *Antropología Médica*, México: CIESAS.
- Alcohólicos Anónimos. 2013 [1939], *Alcohólicos Anónimos. Este es el Libro Grande, el texto básico de Alcohólicos Anónimos*, Ciudad de México: Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.
- Alcohólicos Anónimos. 2014a [1952], *Doce Pasos y Doce Tradiciones*, Ciudad de México: Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.
- Alcohólicos Anónimos. 2014b [1967], *Tal como la ve Bill. La forma de vida de A.A. Selección de escritos del cofundador de A.A.*, Ciudad de México: Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.
- Alcohólicos Anónimos. 1984, “*Transmítelo*” *La historia de Bill W. y de cómo llegó al mundo el mensaje de A.A.*, Ciudad de México: Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.
- Alexander A, Roberts M. 2003. “Introducción”, en *High Culture. Reflections on Addiction and Modernity*, Alexander Anna y Mark Roberts (eds.), Albany: State University of New York Press.
- Althusser L. 1974 [1970]. *Ideología y aparatos ideológicos del Estado*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Amuzurrutia D, Aguirre C, Sánchez G. 2015. “¿Hacia dónde crecerá la ciudad de San Luis Potosí (México) después de 2009?”, *Eure (Santiago)*, 41(124):113-137.
- Antunes E. 2009. “Lógica cultural y lógica terapéutica en Alcohólicos Anónimos. Una etnografía en la periferia de la ciudad de São Paulo, Brasil”, *Desacatos*, (29):69-88.
- Antze P. 1988. “Symbolic action in Alcoholics Anonymous”, en M Douglas (ed.) *Constructive Drinking. Perspectives on Drink from Anthropology*, Cambridge: Cambridge University Press, pp.149-181.
- Araujo R. 2002. *Barrios terapéuticos: identidades sociales y cura comunitaria*, México: Conaculta-Fonca.
- Araujo R, Nieto L. 2003. *La cultura filicida. Antropología de la drogadicción*, México, D.F.: CONACULTA, FONCA.
- Astorga L. 2005. *El siglo de las drogas. El narcotráfico, del porfiriato al nuevo milenio*, México: Plaza Janés.

- Atuesta L. 2014. *La política de drogas en México 2006-2012: Análisis y resultados de una política prohibicionista*. Aguascalientes: Programa de Políticas de Drogas CIDE.
- Barajas G. 2010. “Políticas de bienestar social del Estado posrevolucionario: IMSS, 1941-1958”, *Política y cultura*, 33 (primavera):61-82.
- Bashford A. 2006. “Global biopolitics and the history of worlds health”, *History of the human sciences*, 19(1):67-88.
- Bataille G. 1974 [1970]. La noción de gasto. En *Obras escogidas* (pp.37-58). Barcelona: Barral.
- Bataille G. 1996 [1976]. *Lo que entiendo por soberanía*. Barcelona: Paidós.
- Bataille G. 2009 [1976]. *La parte maldita y apuntes inéditos*. Buenos Aires: Las Cuarenta.
- Bateson G. 1998 [1972]. “La cibernética del “sí-mismo” (self): una teoría del alcoholismo”, en G Bateson, *Pasos hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*. Buenos Aires: Lohlé-Lumen, pp.339-367.
- Bauman R. 1975. “Verbal Art as Performance” en *American Anthropologist*, 77(2):290-311.
- Becker H. 2010 [1963]. *Outsiders. Hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Benveniste E. 1983. “La naturaleza de los pronombres”, en *Problemas de lingüística general*, México: Siglo XXI, pp. 172-178.
- Bertram E., et.al. 1996. *Drug war politics. The Price of denial*. Berkeley: University of California Press.
- Besserer F, Nieto R. 2015. *La ciudad transnacional comparada. Modos de vida, gubernamentalidad y desposesión*. México: UAM-I, Juan Pablos.
- Biehl J. 2005. *Vita: life in a zone of social abandonment*. Berkeley: University of California Press.
- Biehl J, Byron G, Kleinman A. 2007. “Introduction: Rethinking Subjectivity”, en J Biehl, B Good, A Kleinman (eds.), *Subjectivity. Ethnographic Investigations*, Berkeley: University of California Press, pp.1-24.
- Bowles JS. 2016. “Recovery Poets, Recovery Workers: Labor and Place in the Dialogical Way-Finding of Homeless Addicts in Therapy”, *Anthropology of Consciousness*, 27(1):51-74.
- Bourdieu P. 1984. “Espacio social y génesis de las “clases””, en: *Sociología y cultura*, (Martha Pou, trad.), los Noventa, CONACULTA-Grijabo: México. pp. 281-309.
- Bourdieu P, Wacquant L. 1995. *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. México: Grijabo.
- Bourgois P. 2000. “Disciplining Addictions: The bio-politics of methadone and heroin in the United States”, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24:165-195.
- Bourgois P. 2010 [2003]. *En busca de respeto. Vendiendo crack en Harlem*, Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bourgois P, Schonberg J. 2009. *Righteous dopefiend*. Berkeley: University of California Press.
- Brandes SH. 2002a. *Staying Sober in Mexico City*. Austin: University of Texas Press.

- Brandes SH. 2002b. “Bebida, abstinencia e identidad masculina en la Ciudad de México”, *Alteridades*, 12(23):5-18.
- Brandes SH. 2004. ““Buenas noches compañeros”. Historias de vida en Alcohólicos Anónimos”, *Revista de Antropología Social*, No.13, pp.113-136.
- Cain C. 1991. “Personal Stories: Identity Acquisition and Self-Understanding in Alcoholics Anonymous”, *Ethos*, 19(2), pp.210-253.
- Cajas J. 2004. *El truquito y la maroma, cocaína, traquetos y pistolocos en Nueva York: una antropología de la incertidumbre y lo prohibido*, México: Miguel Angel Porrua.
- Campbell ND. 2007. *Discovering addiction: the science and politics of substance abuse research*. Ann Arbor: The University of Michigan Press.
- Campillo A. 1996. “Introducción. El amor de un ser mortal”. En Bataille G, *Lo que entiendo por soberanía*. Barcelona: Paidós, pp. 9-54.
- Canguilhem G. 1971 [1969] *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Carr, ES. 2010. *Scripting Addiction: The Politics of Therapeutic Talk and American Sobriety*, Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Carrillo E. 2012. “¿Vinculadas al narco? Mujeres presas por delitos contra la salud”, *Desacatos*, (38):61-72.
- Cebrián J. 2011. *Sobre drogas y prohibiciones*. Barcelona: Cádiz.
- Christensen P. 2010. “The fragility of sobriety: alcoholism and masculinity in Japan”, Doctoral Dissertation, Manoa: University of Hawai.
- Christensen PA. 2014. *Japan, Alcoholism, and Masculinity: Suffering Sobriety in Tokio*. Lanham, MD: Lexington Books.
- Cohen L. 2002. “The other kidney: biopolitics beyond recognition”, en Scheper-Hughes N, Wacquant L (eds.), *Commodifying Bodies*, London:SAGE, pp.9-30.
- Cody F. 2009. “Daily Wires and Daily Blossoms: Cultivating Regimes of Circulation in Tamil India’s Newspaper Revolution”, *Journal of Linguistic Anthropology* 19(2): 286-309.
- Das V, Kleinman A. 2000. “Introduction”, en V Das, A Kleinman, M Ramphela, P Reynolds, *Violence and Subjectivity*, Berkeley: University of California Press, pp.1-18.
- Das V, Poole D. 2004. “State and its Margins: Comparative Ethnographies”, en Das V y Poole D (eds.), *Anthropology in the Margins of the State*, New Delhi: Oxford University Press, pp. 3-34.
- Derrida J. 1986 [1967]. “Ese peligroso suplemento...”. En *De la Gramatología*, México: Siglo XXI, pp.181-208.
- Derrida J. 2003. “The rethoric of drugs”, en A Alexander, MS Roberts, *High Culture: reflections on addiction and modernity*, Albany: State University of New York Press, pp. 19-44.
- Derrida J. 1975 [1968]. “La farmacia de platón”, en Derrida J, *La Diseminación*, Madrid: Fundamentos, p.93-260.
- Dermatis H, Galanter M. 2016. “The Role of Twelve-Step-Related Spirituality in Addiction Recovery”, *Journal of Religion and Health*, 55:510-521.

- Di Pardo R. 2009. "La sobriedad como bien" en *Desacatos*, (29):173-178.
- Douglas M. 1973 [1966]. *Pureza y Peligro. Un análisis de conceptos de contaminación y tabú*. Madrid: Siglo XXI.
- Durkheim E. 2000. *Las formas elementales de la vida religiosa*. México: Colofón.
- Enciso F. 2010. "Los fracasos del chantaje. Régimen de prohibición de drogas y narcotráfico", en Alvarado Arturo y Mónica Serrano (coord.) *Seguridad nacional y seguridad interior*, México, D.F.: El Colegio de México, pp. 61-104.
- Enciso F. 2015. *Nuestra historia narcótica. Pasajes para (re)legalizar las drogas en México*. México, D.F.: Penguin Random House.
- Epele M. 2002. "Violencia y trauma. Políticas del sufrimiento social entre usuarias de drogas", *Cuadernos de Antropología Social*, (24):117-37.
- Epele M. 2010. *Sujetar por la herida: una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Epele M. 2016. "El hablar y la palabra: psicoterapias en los márgenes urbanos de la Región Metropolitana de Buenos Aires", *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, (25):15-31.
- Escalona JL. 2011. "El incompleto imaginario del orden, la inacabada maquinaria burocrática, y el espacio de lucha. Antropología del Estado desde el sureste de México", en: A Agudo y M Estrada (eds.), *(Trans) formaciones del Estado en los márgenes de Latinoamérica*, México: COLMEX, Universidad Iberoamericana, pp. 45-87.
- Espín O. 2014. "Padecer la adicción: una etnografía dentro de un grupo de Narcóticos Anónimos". *Dimensión Antropológica*, 21(62):87-121.
- Estroff SE. 1988. "Whose Hegemony?: A Critical Commentary on Critical Medical Anthropology", *Medical Anthropology Quarterly*, 2(4):421-426.
- Fabrega Jr H. 1993. "Biomedical Psychiatry as an Object for a Critical Medical Anthropology", en S Lindenbaum and M Lock (eds.), *Knowledge, Power, and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life*, Berkeley: University of California Press, pp. 166-188.
- Fajardo H. 2014. "Discursos de la conversión y conflictos étnicos: huicholes evangelistas", *Revista de El Colegio de San Luis*, 4(8), julio-diciembre, pp.72-94.
- Fainzang S. 2009. "Lo innato y lo adquirido. Doctrinas y valores en dos grupos de ayuda mutua frente al alcoholismo", *Desacatos*, (29):89-106.
- Ferguson J, Gupta A. 2002. "Spatializing States: Toward an Ethnography of Neoliberal Governmentality", *American Ethnologist*, 29(4):981-1002.
- Ferguson J. 2011. "Toward a left art of government: from 'Foucauldian critique' to Foucauldian politics", *History of the Human Sciences*, 24(4):61-68.
- Flores ML. 2013. *Entre el festín y el régimen: Normalización del comportamiento alimentario*. Tesis Doctoral en Antropología, México: CIESAS.
- Flores R. 2002. "Algunos elementos del sistema político en San Luis Potosí 1991-2000", en T Calvillo (coord.), *San Luis Potosí, Biblioteca de las Entidades Federativas*, México: UNAM, pp.43-112.

- Foucault M. 1979. “El sujeto y el poder”, en Rabinow P y Dreyfus H (1983), *Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica*, Buenos Aires: Nueva Visión, pp. 227-244.
- Foucault M. 1986 (1984). *Historia de la sexualidad II. El uso de los placeres*. México DF.: Siglo XXI.
- Foucault M. 1999 [1994] “La gubernamentalidad”. en *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales Vol. III.*, Barcelona: Paidós, pp. 175-197.
- Foucault M. 2000 [1997]. *Defender la sociedad*. Buenos Aires: FCE.
- Foucault M. 2006. *Seguridad, territorio y población: curso en el Collège de France (1977-1978)*. Buenos Aires: F.C.E.
- Foucault M. 2009. [1964]. *Historia de la locura en la época clásica*. México: FCE.
- Foucault M. 2011 [1976]. *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*. México: Siglo XXI.
- Freud S. 1992 [1955]. “Lo ominoso”, en Sigmund Freud, *Obras completas. Volumen 17 (1917-19). De la historia de una neurosis infantil y otras obras*, Buenos Aires: Amorrortu, pp.215-251.
- Gabilondo A. 1999 [1994] “La creación de modos de vida” en Foucault M, *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales Vol. III*, Barcelona: Paidós, pp. 9-36.
- Galaviz G, Odgers O. 2014. “Estado laico y alternativas terapéuticas religiosas. El caso de México en el tratamiento de adicciones”, *Debates Do Ner*, 15(26):253-276.
- Garcia A. 2008. “The Elegiac Addict: History, Chronicity, and the Melancholic Subject”, *Cultural Anthropology*, 23(4):718-46.
- Garcia A. 2010. *The pastoral clinic: Addiction and dispossession along the Rio Grande*, Berkeley: University of California Press.
- Garcia A, Anderson B, Humphreys K. 2015. “Fourth and Fifth Step Groups: A New and Growing Self-Help Organization for Underserved Latinos with Substance Use Disorders”, *Alcoholism Treatment Quarterly*, 33:2, 235-243.
- Garcia A. 2015. “Serenity: Violence, Inequality, and Recovery on the Edge of Mexico City”, *Medical Anthropology Quarterly*, 29(4):455-472.
- Garcia A, Anderson B. 2016. “Violence, addiction, recovery: An anthropological study of Mexico’s anexos”, *Transcultural Psychiatry*, 53(4):445-464.
- García A. 2012. *Conformación histórica del barrio de San Juan de Guadalupe*, Tesis de Licenciatura en Historia, San Luis Potosí: Universidad Autónoma de San Luis Potosí.
- García E. 2014. *Renacer por la palabra: Identidad narrativa y experiencia espiritual de exadictos en centros de rehabilitación evangélicos en Tijuana, Baja California*, Tesis de Maestría en Estudios Culturales, Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte.
- Garriott W. 2011. *Policing methamphetamine: Narcopolitics in rural America*. New York: New York University Press.
- Goffman E. 1963. *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*, New Jersey: Prentice-Hall.

- Goffman E. 2009 [1961]. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires: Amorrortu.
- González PJ. 2009. *La adicción a las drogas ilegales en el estado de Baja California. ¿Integración o rechazo social?* Mexicali: Universidad Autónoma de Baja California.
- Guattari F. 2003. "Socially significant drugs", en A Alexander, MS Roberts, *High Culture: reflections on addiction and modernity*, Albany: State University of New York Press, pp. 199-208.
- Guerrero J. 2010. *Varones, Consumo de Drogas y Constitución de la Masculinidad*, Tesis de Maestría en Estudios Socioculturales, Mexicali: Universidad Autónoma de Baja California, Centro de Investigaciones Culturales-Museo.
- Gutiérrez A. 2014a. "La religiosidad de Alcohólicos Anónimos", *Temas antropológicos: Revista científica de investigaciones regionales*, 36(2):73-96.
- Gutiérrez A. 2014b. *Purificando almas: Alcohólicos Anónimos en Bacalar*, Carlos A. Madrazo y Ramonal, *Quintana Roo*, Tesis doctoral en antropología, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Haas P. 2014. "Contradictory moralities: alcohol consumption in Inner Mongolia", *Asian Anthropology*, 13(1):20-35.
- Habermas J. 1994. *Historia y crítica de la opinión pública. La transformación estructural de la vida pública*. Barcelona: GG Mass Media.
- Hernández A. 2013. " 'Cristoadictos': adicción y teoterapia cristiana evangélica en Tijuana", en París P., María Dolores y Lorena Raquel Pérez F. (coords.), *La marca de las drogas. Violencias y prácticas de consumo*, Ciudad de México: Juan Pablos y El Colegio de la Frontera Norte, pp.71-108.
- Ibarra J, Salinas P, Palacios J. 2005. "Consideraciones previas para un análisis antropológico de las comunidades de alcohólicos anónimos en el norte de México", *Antropología Experimental*, (5).
- Illanes JL. 1997. *Historia y sentido. Estudios de la teología de la historia*. Madrid: Rialp.
- Inoue M. 2006. *Vicarious Language: gender and linguistic modernity in Japan*. Berkeley: University of California Press.
- James W. 1999 [1902]. *Las variedades de la experiencia religiosa*, Barcelona: Península.
- Janes CR, Corbett KK. 2011. "Global Health", en M Singer, PI Erickson (eds.) *A Companion to Medical Anthropology*, West Sussex: Wiley-Blackwell, pp.139-58.
- Jarrad J. 1995. "The Brazilianization of Alcoholics Anonymous" en DJ Hess, R DaMatta, *The Brazilian Puzzle. Culture on the Borderlands of the Western World*, New York: Columbia University Press, pp. 209-36.
- Keane H. 2005. "Diagnosing the male steroid user: drug use, body image and disordered masculinity", *health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 9(2):189-208.
- Keane W. 2002. "Sincerity, "Modernity", and the Protestants", *Cultural Anthropology*, 17(1):65-92.

- Kearney M. 1991 [1970]. "Borrachera y conversion religiosa en un pueblo mexicano", en Menéndez E (ed.). *Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política 1930-1979*. México, D.F.: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, pp.329-51.
- Knight KR. 2015. *addicted. pregnant. poor*. Durham: Duke University Press.
- Kleinman A. 1988. *The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*. Nueva York: Basic Books.
- Kleinman A. 2000. "The Violences of Everyday Life: The Multiple Forms and Dynamics of Social Violence", en V Das, A Kleinman, M Ramphela, and P Reynolds, *Violence and Subjectivity*, Berkeley: University of California Press, pp.226-241.
- Kurtz E. 1979. *Not God: A History of Alcoholics Anonymous*. Center City, Minn.: Hazeldon Educational Materials.
- Lemke T. 2001. "'The birth of bio-politics': Michel Foucault's lecture at the Collège de France on neo-liberal governmentality", *Journal Economy and Society*, 30(2):190-207.
- Levine HG. 1978. "The Discovery of Addiction: Changing Conceptions of Habitual Drunkenness in America", *Journal of Studies on Alcohol*. (39):143-74.
- Lomnitz-Adler C. 1992. *Exits from the Labyrinth. Culture and Ideology in the Mexican National Space*, Berkeley: University of California Press.
- Lukács G. 1971. "Reification and the Class Consciousness of the Proletariat," in G Lukács, *History and Class Consciousness. Studies in Marxist Dialectics*, Cambridge: The MIT Press, pp. 83-222.
- Mac Nally M, Menéndez M, Rabetzky N, Viale C. 1998. *Etnografía de la droga. Valores y creencias en los adolescentes y su articulación con el uso de drogas*, Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Marín R y Medina ME. 2014. "Breve panorama del tratamiento de las adicciones en México", en *Temas Selectos en Orientación Psicológica: Orientación psicológica y adicciones, Vol. VIII, pp.1-7*.
- Martínez R. 2016. "La procesión del silencio en San Luis Potosí, de la devoción al producto turístico", *International Journal of Scientific Management Tourism*, 2(2):209-31.
- Marx, Karl. 1959 [1867]. *El capital*. México: FCE.
- Matza T, O'Neill KL. 2014. "Introduction. Politically Unwilling", *Social Text* 120, 32(3):1-10.
- Medina MI. 2011. *Políticas públicas en salud y su impacto en el seguro popular en Culiacán, Sinaloa, México*, Tesis Doctoral en Estudios Fiscales, Culiacán: Universidad Autónoma de Sinaloa.
- Menéndez E (ed.). 1991. *Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política 1930-1979*. México, D.F.: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Menéndez E. 2003. "Modelos de atención de los padecimientos: exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1):185-207.

- Menéndez E. 2005. “Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos”, *Revista de Antropología Social*, (14):33-69.
- Menéndez E. 2009. “De rituales y subjetividades: Reflexiones sobre algunas características de los grupos de Alcohólicos Anónimos”, *Desacatos*, (29):107-120.
- Menéndez E, Di Pardo R. 1996. *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. México: CIESAS.
- Menéndez E, Di Pardo R. 1998. “Violencia y alcohol. Las cotidianidades de las pequeñas muertes”, *Relaciones*, 74(19):36-71.
- Menéndez E, Di Pardo R. 2006. “Alcoholismo: políticas e incongruencias del sector salud en México”, *Desacatos*, (20):29-52.
- Mill JS. 1986 [1874]. *La utilidad de la religión*, Madrid: Alianza Editorial.
- Módena ME. 2009a. “Alcoholismo, ayuda mutua y autoayuda”, *Desacatos*, (29):7-10.
- Módena ME. 2009b. “Diferencias, desigualdades y conflictos en un grupo de Alcohólicos Anónimos”, *Desacatos*, (29):33-46.
- Moreno K (coord.) (s/f) *Cómo proteger a tus hijos contra las drogas*. Guía práctica para padres de familia. México: DIF Edo. de México y CIJ.
- Montfort RP. 2016. *Tolerancia y prohibición. Aproximaciones a la historia social y cultural de las drogas en México 1840-1940*. México: Penguin Random House.
- Montiel Y. 2000. “¿Globalización o regionalización? Estado, empresa y cultura del trabajo automotriz” En B von Mentz, L Aboites, M Bertely, Y Montiel (coord.), *Identidades, Estado nacional y globalidad: México, siglos XIX y XX*, México, D.F.: CIESAS, pp. 153-226.
- Negri, Antonio. 2007. “El monstruo político. Vida desnuda y potencia”. En Giorgi G y Rodríguez F (comps.), *Ensayos de Biopolítica*, pp. 93-139, Buenos Aires: Paidós.
- O’Neill KL. 2012a. “The Soul of Security Christianity, Corporatism, and Control in Postwar Guatemala”, *Social Text*, 30(2 111):21-42.
- O’Neill KL 2012b. “There is no more room: Cemeteries, personhood, and bare death”, *Ethnography*, 13(4):510-530.
- O’Neill KL. 2013. “Left Behind: Security, Salvation, and the Subject of Prevention”, *Cultural Anthropology*, 28(2):204-26.
- O’Neill KL. 2015. *Secure the Soul. Christian piety and the gang prevention in Guatemala*, Oakland: University of California Press.
- Ong A. 1995. “Making the Biopolitical Subject: Cambodian Immigrants, Refugee Medicine, and Cultural Citizenship in California”, *Social Science and Medicine*, 40(9):1243–1257.
- Osorio J. 2006. “Biopoder y biocapital. El trabajador como moderno Homo sacer”, *Argumentos* 19(52):77-98.
- Ovalle LP. 2009. *Engordar la vena: discursos y prácticas sociales de los usuarios de drogas inyectables en Mexicali*, Mexicali: Universidad Pedagógica Nacional; Centro de Investigaciones Culturales-Museo, Universidad Autónoma de Baja California.

- Ovalle LP, Bello RB, Ospina A, Guerrero J. 2010. “¡ No seas culero! Prácticas de los usuarios de drogas inyectables”, *Revista electrónica de la Red Internacional de Estudios sobre Masculinidades*, 5(8).
- Pagano A. 2014. “Barriers to drug abuse treatment for Latino migrants: Treatment providers’ perspectives”, *Journal of ethnicity in substance abuse*, 13(3):273-87.
- Pagano A, García V, Recarte C, Lee JP. 2016. “Sociopolitical contexts for addiction recovery: Anexos in US Latino communities”, *International Journal of Drug Policy*, 37:52-9.
- Palacios J. 2008a. “Redefinir los religioso. Un ensayo de reflexión a partir del estudio de la espiritualidad en Alcohólicos Anónimos”, en Mónica Cornejo, Manuela Cantón y Ruy Llera (coords.) *Teorías y prácticas emergentes en antropología de la religión*, País Vasco: ANKULEGI antropología elkarte, pp. 189-206.
- Palacios J. 2008b. “Reflexiones sobre el proceso ritual en comunidades mexicanas de Alcohólicos Anónimos”, *Revista de dialectología y tradiciones populares*, 63(2):143-67.
- Palacios J. 2009a. “Espiritualidad, inversión del estigma y transformación del sujeto. A propósito del programa terapéutico de Alcohólicos Anónimos”, *Gazeta de Antropología*, 21(1), art.29.
- Palacios J. 2009b. “El proceso ritual de las comunidades de alcohólicos anónimos del norte de México”, *Nueva antropología*, 22(70):143-69.
- Palacios J. 2009c. “La construcción del alcohólicos en recuperación. Reflexiones a partir del estudio de una comunidad de Alcohólicos Anónimos en el norte de México”, *Desacatos* (29):47-68.
- Palacios M y Serrano M. 2010. “Colombia y México: las violencias del narcotráfico”, en Alvarado, Arturo y Mónica Serrano (coord.) *Seguridad nacional y seguridad interior*, México, D.F.: El Colegio de México.
- Petryna A. 2002. *Life exposed: biological citizens after Chernobyl*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Pfeiffer J, Chapman R. 2010. “Anthropological Perspectives on Structural Adjustment and Public Health”, *Annual Review of Anthropology*, 39:149-65.
- Pine, J. 2007. “Economy of speed: The new narco-capitalism”, *Public Culture*, 19(2):357-66.
- Pine A. 2008. *Working hard, drinking hard: On violence and survival in Honduras*. Berkeley: University of California Press.
- Rabinow P, Rose N. 2006. “Biopower Today”, *BioSocieties*, (1):195-217.
- Raikhel E, Garriott W. 2013. “Tracing new paths in the Anthropology of addiction”, en Raikhel E, Garriott W. (eds.) *Addiction trajectories*. Durham: Duke University Press, pp.1-35.
- Raikhel E, Garriott W. 2015. “Addiction in the Making”, *Annual Review of Anthropology*, (44):477-91.
- Ramírez M. 2002. *Comunidad sin fronteras. Una historia de rehabilitación del alcoholismo en México*. México: Diana.
- Redfield R. 1982 [1928]. “El calpulli-barrio en un pueblo mexicano actual”, *Nueva Antropología*, 5(18):85-97.

- Renoldi B. 2001. “‘Estar sano es ser persona’. El caso de los usuarios de drogas en tratamiento”, *Cuadernos de Antropología Social*, (13):183-203.
- Revel, Judith. 2008. *Diccionario Foucault*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Romaní O. 1997. “Etnografía y drogas: discursos y prácticas”, *Nueva Antropología*, 16(52):39-66.
- Romaní O. 2008. “Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño”, *Salud colectiva*, 4(3):301-318.
- Room R. 1993. “Alcoholics Anonymous as a Social Movement” en BS McCrady, WR Miller (eds.), *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and Alternatives*, New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies, pp.167-187.
- Room R. 2003. “The cultural framing of addiction”, *Janus Head*, 6(2):221-234.
- Room R, Hellman M, Stenius K. 2015. “Addiction: the dance between concept and terms”, *The International Journal of Alcohol and Drug Research*, 4(1):27-35.
- Rose N. 2003. “Identidad, genealogía e historia”, en: S. Hall y P. du Gay (comps.), *Cuestiones de identidad cultural*, pp. 214-250. Buenos Aires: Amorrortu.
- Rose N. 2004. “Governing”, en *Powers of freedom. Reframing political thought*, pp. 15-60, Cambridge: Cambridge University Press.
- Rose N, O’Malley P, Valverde M. 2006. Governmentality. *Annual Review of Law and Social Science*, 2:83-104.
- Rosovsky H. 2009. “Alcohólicos Anónimos en México: fragmentación y fortalezas”, *Desacatos*, (29):13-30.
- Roush L. 2014. “Santa Muerte, Protection, and Desamparo. A view from a Mexico City Altar”, *Latin American Research Review*, Vol.49, Special Issue, pp.129-148.
- Sacchi M, Hausberger M, Pereyra A. 2007. “Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, e familiar pobres de la ciudad de Salta”, *Salud Colectiva*, 3(3):271-283.
- Sánchez A. 2013. *Llevar el mensaje: análisis sociocultural de las prácticas de los alcohólicos anónimos en un contexto hospitalario*, Tesis Doctoral en Psicología, Ciudad de México: UNAM.
- Santos J. 2002. “Para entender San Luis Potosí: : perfil geográfico, social, económico y administrativo”, en T Calvillo (coord.), *San Luis Potosí, Biblioteca de las Entidades Federativas*, México: UNAM, pp. 11-42.
- Saldaña JA. 2011. “Vox populi, vox Dei. Prácticas y tácticas subalternas de los ligueros, acejotaemeros, obreros, campesinos, feligreses y oferentes católicos potosinos frente al proyecto laico del Estado posrevolucionario entre la tercer y cuarta década del siglo XX”, en UQ Navarro, G Luévano (coords.) *Doscientos años de historia en San Luis Potosí: actores, prácticas e instituciones*, México; UASLP, CONACULTA, Secretaría de Cultura SLP, pp.193-211.
- Sánchez MJ. 2008. “El proceso de salud/enfermedad/atención en el caso de los pacientes con anorexia nerviosa”, en O Romaní, C Larrea, J Fernández (coords.), *Antropología de la medicina*,

- metodologías e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales (2)*, País Vasco: Donostia, Ankulegi Antropología Elkarte, pp.183-197.
- Scheper-Hughes N. 1997 [1992]. *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.
- Scheper-Hughes N. 1990. “Three Propositions for a Critically Applied Medical Anthropology”, *Soc. Sci. Med.*, 30(2):189-197.
- Scheper-Hughes N. 2002a. “Bodies for sale – Whole or in Parts”, en Scheper-Hughes N, Wacquant L (eds.), *Commodifying Bodies*, London:SAGE, pp.1-9.
- Scheper-Hughes N. 2002b. “Commodity Fetishism in Organ Trafficking”, en Scheper-Hughes N, Wacquant L (eds.), *Commodifying Bodies*, London:SAGE, pp.31-62.
- Sharma A y Gupta A (eds.). 2006., *The Anthropology of the state. A reader*, Oxford: Blackwell Publishing.
- Skoll GR. 1992. *Walk the walk and talk the talk: An ethnography of a drug abuse treatment facility*. Philadelphia: Temple University Press.
- Simmel G. 2012. *La religión*. Buenos Aires: Gedisa.
- Singer M. 1989. “The Coming of Age of Critical Medical Anthropology”, *Soc. Sci. Med.* 28(11):1193-1203.
- Singer M. 1986. “Toward a Political-Economy of Alcoholism: The Missing Link in the Anthropology of Drinking”, *Soc. Sci. Med.* 23(2):113-130.
- Singer M. 2004. “Critical Medical Anthropology”, en CR Ember and M Ember (eds.), *Encyclopedia of Medical Anthropology Health and Illness in the World’s Cultures Volume I: Topics Volume II: Cultures*, United States: Springer, pp. 23-30.
- Singer M, Valentín F, Baer H, Jia Z. 1992. “Why Does Juan García Have a Drinking Problem? The Perspective of Critical Medical Anthropology”, *Medical Anthropology*, (14):77-108.
- Singer M, Herring DA, Littleton J, Rock M. 2011. “Syndemics in Global Health”, en M Singer, PI Erickson (eds.) *A Companion to Medical Anthropology*, West Sussex: Wiley-Blackwell, pp.159-80.
- Soto E. 2008. *Evadir la línea. Drogas y trabajo en la industria maquiladora de Chihuahua*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Swora MG. 2001. “Narrating community: The creation of social structure in Alcoholics Anonymous through the performance of autobiography”, *Narrative Inquiry*, 11(2):363-384.
- Taussig M. 1992. *The Nervous System*. New York: Routledge.
- Tiger R. 2013. *Judging addicts: drug courts and coercion in the justice system*. New York: New York University Press.
- Turner V. 1980. *La selva de los símbolos*. Madrid: Siglo XXI.
- Turner V. 1988 [1969]. *El proceso ritual. Estructura y antiestructura*. Madrid: Taurus.
- Valiant GE. 2005. “Alcoholics Anonymous: Cult or Cure?”, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39:431-436.

- Valverde M. 1998. *Diseases of the Will: alcohol and the dilemmas of freedom*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Valverde M, White-Mair K. 1999. “‘One day at a time’ and other slogans for everyday life: the ethical practices of alcoholics anonymous”, *Sociology*, 33(2) pp.393-410.
- Villalobos GM. 2010. *Comunidades consumidoras de heroína. Los discursos ocultos sobre el placer*, Tesis de maestría en estudios socioculturales, Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte.
- Virno P. 2003. *Gramática de la multitud. Para un análisis de las formas de vida contemporáneas*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Wacquant L. 2012. “Três etapas para uma antropologia histórica do neoliberalismo realmente existente”, *Caderno CRH*, 26(66):505-518.
- Warner M. 2008. *Públicos y contrapúblicos*. Barcelona: Museu d'Art Contemporani de Barcelona.
- Watt P, Zepeda R. 2012. *Drug War Mexico: Politics, neoliberalism and violence in the new narcoeconomy*. London, UK: Zed Books.
- Weber M. 1981 [1922]. *Economía y sociedad. Esbozo de la sociología comprensiva*. México: FCE.
- Wolf E. 1990. “Facing Power - Old Insights, New Questions”, *American Anthropologist*, 92(3): 586-596.
- Young A. 1982. “The Anthropologies of illness and sickness”, *Annual Review of Anthropology*, (11):257-85.
- Zamudio C. 2006. “Las dificultades de los consumidores de drogas ilícitas para ser actores sociales en México”, *Salud problema*, 11(20):75-80.
- Zamudio C. 2007. *Las redes del narcomenudeo. Cómo se reproducen el consumo y el comercio de drogas ilícitas entre jóvenes de barrios marginados*, Tesis de Licenciatura en etnología, México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Zamudio C. 2009. “Los Perico: un ejemplo de cómo las familias se vinculan al negocio del comercio de drogas al menudeo”, *Revista Sociedad y Economía*, 16:123-37.
- Zamudio C. 2014. “Jóvenes en el narcomenudeo: el caso de la Ciudad de México”, *URVIO-Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad*, (13):111-23.
- Zigon, J. 2010. “A Disease of Frozen Feelings”, *Medical anthropology quarterly*, 24(3):326-343.
- Zigon J. 2011. “A moral and ethical assemblage in Russian Orthodox drug rehabilitation”, *Ethos*, 39(1):30-50.
- Zolov, E. 1999. *Refried Elvis: The Rise of the Mexican Counterculture*, Berkeley: University of California Press.

Artículos periodísticos / Reportes gubernamentales y no gubernamentales.

Álvarez X. 2015. “Alertan por violencia de género en SLP”, *El Universal*, 19 de Noviembre, recuperado de: <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/estados/2015/11/19/alertan-por-violencia-de-genero-en-slp>

Aviléz PE. 2013. *Estudio Básico de Comunidad Objetivo, San Luis Potosí, S.L.P.*, San Luis Potosí: Centros de Integración Juvenil, A.C., CIJ, <http://www.cij.gob.mx/ebco2013/centros/9830SD.html>.

Comisión Estatal de Derechos Humanos (CEDHSLP). 2005. *Informe especial: sobre centros de tratamiento de adicciones en modalidad residencial*, San Luis Potosí: CEDH.

El País, prensa española, Reportaje especial: *Año 11 de la guerra contra el narco*, disponible en <http://elpais.com/especiales/2016/guerra-narcotrafico-mexico/>, último acceso el día 2 de febrero de 2017.

Espinosa V. 2016. “Interpol emite ficha roja contra el sacerdote pederasta Eduardo Córdova Bautista”, *Proceso*, 13 de Abril, recuperado de: <http://www.proceso.com.mx/436914/interpol-emite-ficha-roja-la-busqueda-del-sacerdote-pederasta-eduardo-cordova-bautista>

Faz M. 2016. “Dos años del caso Córdova”, *La Jornada San Luis*, 11-14 de abril, recuperado de: <http://lajornadasanluis.com.mx/opinion/dos-anos-del-caso-cordova-i-la-exposicion-publica/>

Hernández AP. 2010. “Legislación de drogas y situación carcelaria en México”, en *Sistemas sobrecargados. Leyes de drogas y cárceles en América Latina*, Transnational Institute y Washington Office on Latin America, Ámsterdam, Washington, pp. 61-72.

Hernández J. 2014. “Escandalos eclesiales en San Luis Potosí. Del Salesiano al caso Córdova”, *Pulso Diario de San Luis*, 22 de Mayo, recuperado de: <http://pulsoslp.com.mx/2014/05/22/escandalos-eclesiasticos-en-slp-del-salesiano-al-caso-cordova/>

Hiriart H. 2004. “Oración de la Serenidad”, *Letras Libres*, 61 (Enero). Versión en línea: <http://www.letraslibres.com/revista/tertulia/oracion-de-la-serenidad> Consultada por última vez el 29 de mayo de 2016.

México. (2008). *Programa de Acción Específico 2007-2012 Prevención y tratamiento de las adicciones*, Distrito Federal: SS.

México. (2009). *Norma oficial mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*, Distrito Federal: CONADIC.

México. (2010). *Ley General de Salud, Últimas reformas publicadas DOF 27-04-2010*, Distrito Federal: Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión.

Open Society Foundations (OSF). 2016. *Ni socorro, ni salud: abusos en vez de rehabilitación para usuarios de drogas en América Latina y el Caribe*. New York: OSF.

Quesada JD. (19 mayo 2013) El encierro inhumano de los yonkis mexicanos alarma al Gobierno, *El País*, consultado en línea por última vez el 10 de junio de 2013: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/05/19/actualidad/1368986362_266922.html.

Secretaría de Salud. 2002. *Encuesta Nacional de Adicciones*, México, D.F.: SSA.

Secretaría de Salud. 2008. *Encuesta Nacional de Adicciones*, México, D.F.: SSA.

Secretaría de Salud. 2011. *Encuesta Nacional de Adicciones*, México, D.F.: SSA.

Secretaría de Salud, 2012. *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)*, Informe 2012, México, D.F.: SSA.

World Health Organization. 1992. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, Geneva: World Health Organization, 1992.

World Health Organization. 2010. Atlas of Substance Use Disorders. Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders (SUD). Country Profile: México. http://www.who.int/substance_abuse/publications/atlas_report/profiles/mexico.pdf (última revisión en línea el 30 de marzo de 2014)