



'La adicción es una enfermedad física, mental y espiritual'. Concepción de enfermedad y tratamiento de sujetos bajo consumo problemático de cocaína

'Addiction is a physical, mental, and spiritual illness'. Conception of disease and treatment of subjects under a problematic use of cocaine

Gimena Lorenzo

Doctoranda en ciencias sociales. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Argentina.

gimenalorenzo@gmail.com

RESUMEN

Este artículo aborda, desde una perspectiva etnográfica, la concepción de enfermedad construida como crónica, progresiva e incurable, eje del tratamiento disciplinario que interviene en los cuerpos de los sujetos denominados 'adictos en recuperación' bajo consumo problemático de cocaína. Este tratamiento posee una doble faceta que se imbrica mutuamente: por un lado, el tratamiento moral, que consiste en la adopción de nuevos valores por parte de los usuarios para vivir en recuperación como parte de la conversión del yo. Por el otro, el diagnóstico psiquiátrico y su tratamiento farmacológico, que actúa para prevenir la potencialidad de las manifestaciones de la enfermedad.

ABSTRACT

This article examines, from an ethnographic perspective, the conception of disease as chronic, progressive, and incurable, this being the disciplinary focus for treating the bodies of the subjects referred to as 'recovering addicts' of problematic cocaine use. This treatment has a dual, interlocking role: on one hand, moral treatment, which involves the adoption of new values for the users to live in recovery as part of the conversion of the self; and, on the other hand, the psychiatric diagnosis and drug therapy, which acts to prevent the potential of the manifestations of the disease.

PALABRAS CLAVE

adicción | tratamiento moral | tratamiento farmacológico | enfermedad | conversión del yo

KEYWORDS

addiction | moral treatment | drug treatment | illness | conversion of self

1. Introducción

Diversas investigaciones en el campo de la antropología médica en general muestran los condicionamientos socio históricos que moldean lo que se considera enfermedad, enmarcado en una moralidad específica respecto a lo normal y anormal (Menéndez 1990, Foucault 2003, Saslavski 2007, Becker 2009, Brandes 2004, Le Breton 2008, Comelles 1993), permeando los procesos de salud-enfermedad- atención.

Desde esta perspectiva, sitúo el tratamiento de las adicciones dentro del ámbito de la biopolítica como gobierno y gestión de la salud de la población a nivel macro (Foucault 2008), enmarcado en el proceso de medicalización de los problemas sociales (Foucault 1977, Conrad 2004), la creciente biologización -a partir de los años 1970- de los diagnósticos psiquiátricos anudada al criterio diagnóstico del DSM-IV (Russo y Venancio 2003), aunada al crecimiento exponencial de la industria farmacéutica y la administración de psicofármacos como respuesta a determinadas problemáticas ligadas al control social y el manejo de las desviaciones (Conrad 1992).

En correspondencia con estos procesos, las experiencias se vuelven desequilibrios químicos a partir del concepto de “sociedades psicofarmacologizadas” (Rose 2004), acrecentando sus implicancias en el aumento de la comercialización de productos farmacéuticos en el sistema de salud: especialmente, en la relación entre psiquiatría y enfermedad mental. De este panorama se desprende, que cada vez más los criterios diagnósticos clasifican a las personas en términos de sus perturbaciones.

En este sentido, el objetivo del artículo consiste en describir cómo el tratamiento de las adicciones del Hospital de día basado en el modelo de *Doce pasos*, es un ejemplo empírico que anuda los procesos anteriormente mencionados.

Dicho modelo, considera a la adicción como una enfermedad *crónica, incurable y progresiva*, cuyo tratamiento es de por vida. A su vez, es considerada una patología física y psicológica, cuya base reside en “defectos de carácter” morales de la denominada “personalidad adictiva” de aquél que lo padece.

El diagnóstico psiquiátrico de la adicción basado en el criterio de “dependencia química”, rotula y altera el destino social de los denominados “adictos” considerados desviados, a través de nuevas prácticas que moldean la conversión del yo de los usuarios por medio del tratamiento, que postula un mantenimiento diario en la recuperación. Las oposiciones morales de la enfermedad que trabajaré principalmente se conforman por los pares limpio/sucio, estar en carrera/vivir en recuperación, y la honestidad como contrapuesta a la mentira, la manipulación y el egocentrismo.

Este trabajo es el resultado una investigación que vengo desarrollando desde el año 2009, cuya metodología es cualitativa de carácter etnográfico. Efectué un análisis documental de material provisto por la institución, observaciones participantes, registros de notas de campo, charlas casuales y entrevistas realizadas al interior de un dispositivo terapéutico ambulatorio -hospital de día- con red de apoyo familiar, dentro del amplio abanico de instituciones encargadas del tratamiento de adicción a las drogas en el área metropolitana de Buenos Aires, Argentina. Los sujetos entrevistados fueron nueve profesionales que trabajan en la institución, y nueve usuarios/as de drogas que se hallan en rehabilitación. De acuerdo a los resguardos éticos correspondientes a las ciencias sociales, se utilizó el consentimiento informado.

2. El hospital de día

En la institución que he efectuado mi trabajo de campo, analizo la modalidad de tratamiento denominada “hospital de día”.

Dicha modalidad se caracteriza por la extensión del tratamiento intramuros a través del recurso al traslado ambulatorio de los residentes acompañados por sus familiares. Posee una frecuencia semanal, de seis días a la semana, dentro de una franja horaria que va desde las nueve de la mañana hasta las cinco de la tarde.

Al momento de la admisión, el/la ingresante también se debe comprometer a cumplir con ciertas restricciones: no usar gorras, no ir al baño en forma grupal, no hacer “apologías” respecto al uso de drogas, ni relatar historias de consumo -o, más ampliamente, se prohíbe hablar respecto al uso de drogas-, no manejar dinero ni usar teléfonos celulares-. Asimismo, es derivado/a a hospitales para efectuarse controles médicos, acompañado por un integrante de su grupo familiar.

Una vez admitido, el/la ingresante es denominado “residente”, y debe acordar en cumplir con determinadas normativas de la institución, consignadas en documentos escritos, que operan como requisitos para la inclusión y continuidad del tratamiento. Desde el modelo de tratamiento utilizado en el hospital de día en el que efectué mi trabajo de campo, se prohíbe hablar a los sujetos de situaciones específicas de consumo, o hablar con “vocabulario de la calle”-es decir, el léxico que era utilizado

mientras se encontraban en situación de consumo, o en las denominadas localmente “giras”- (1). En complementariedad, en el habla asimismo se impide utilizar el nombre de la sustancia específica. Por el contrario, se postula desde los lineamientos de los *Doce pasos*, hablar de la droga prevaleciente en la historia de consumo como “sustancia de preferencia”. Como normativa principal y condición de tratamiento, los/las residentes deben voluntariamente aceptar la abstinencia total de consumo de drogas; ello significa en términos nativos “estar o mantenerse limpios”. Al igual que para otros tratamientos de diversas patologías, deben concurrir a la institución y retirarse de la misma, acompañados por sus familiares. En la modalidad de “hospital de día”, encontramos un registro de las presencias y ausencias de los pacientes, la separación de espacios diferenciados entre el personal y los “adictos en recuperación”, el control reglamentario de lo que puede ser visto y de lo que puede ser hablado.

Además de las restricciones arriba señaladas, los/las residentes tienen como prohibiciones mantener cualquier tipo de contacto con personas o situaciones que puedan generarles potenciales deseos de consumo; como también ver personas que consumen, conocidas de la época en que estaban *en carrera* y películas con contenido violento explícito, o pornográfico.

El “estar en carrera”, es un término nativo utilizado por ex usuarios y profesionales, que remite a las situaciones, relaciones y uso intensivo de drogas en la época de consumo, (tomado de notas de campo). Analíticamente, podemos vincularlo con el concepto de *carrera moral* que alude al estigma particular en común que poseen los sujetos estigmatizados, haciéndolos pasar por las experiencias de aprendizaje relativas a su condición, y por las mismas modificaciones en la concepción del yo (Goffman 2007). En este caso, el ser “adictos”, y luego “adictos” en recuperación. De acuerdo a Goffman, el estigma es un rasgo por el cual la identidad social principalmente se encuentra dada por un lenguaje de relaciones que establecen al sujeto como inhabilitado plenamente para la aceptación social (Goffman 2007).

Existe al interior de la institución un *staff* compuesto de profesionales: psicólogos/as, psiquiatras y operadores terapéuticos, diferenciados de los pacientes de modo jerárquico. Entre quienes se han capacitado como operadores terapéuticos, algunos tienen antecedentes de consumo de sustancias en su trayectoria vital, pudiendo tratarse de ex usuarios de drogas que han pasado exitosamente por el proceso de rehabilitación, que llevan varios años sin consumo, y que mantienen su recuperación diariamente, concurriendo a grupos de ayuda mutua, y contando con el refuerzo moral de la práctica diaria de los *Doce pasos*. Sin embargo, también encontramos profesionales que se han capacitado como operadores, sin experiencias de consumo previas.

En el dispositivo terapéutico se realizan diferentes actividades, como los talleres psicoeducativos, la lectura grupal en voz alta de escritos de los/las residentes, que narran los acontecimientos diarios, sentimientos y dificultades durante el tratamiento.

El lugar cuenta también con un espacio para aquellos residentes que no culminaron su formación escolar, mayormente, en el nivel secundario. Asimismo, existe un ámbito de actividades recreativas, tanto deportivas como artísticas, con periodicidad semanal. Se juega al fútbol y/o voleibol, y se realizan talleres literarios, de cine y teatro. Los operadores terapéuticos -quienes a su vez desempeñan el rol de consejeros- dirigen diferentes terapias grupales, que apuntan a la construcción de una subjetividad intra e intergrupal, con miras a la modificación de las conductas y pensamientos de los residentes, y a su vez, la postulación de valores nuevos. Desde el programa de *Doce pasos*, existe la consideración de que es importante llevar el mensaje del tratamiento a quienes continúan sufriendo la adicción, de manera que quienes mejor pueden ayudar a un adicto son los mismos adictos en recuperación:

“Compartir con otros adictos de la confraternidad es una herramienta básica de nuestro programa. Esta ayuda sólo puede proceder de otro adicto. Nos ayudamos cuando decimos: ‘a mí me pasó lo mismo e hice lo siguiente’” (*Libro azul* de Narcóticos Anónimos 1991: 67).

El criterio diagnóstico utilizado por los psiquiatras en la institución es el establecido por el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales, en su cuarta versión, revisada, o DSM-IV,

elaborado por la *American Psychiatric Association* (APA 1995). De acuerdo con el mismo, enmarcado en el proceso de medicalización de los problemas sociales, una serie de conductas son codificadas como trastornos o patologías, y en caso de ser necesario de acuerdo a la evaluación efectuada por el psiquiatra, se suministra a los residentes medicación psicotrópica. Entre las medicaciones indicadas, se administran a los residentes estabilizadores del ánimo (valproato de magnesio, carbamazepina), antiimpulsivos (tegetol), antipsicóticos (risperidona), y en menor medida, ansiolíticos (clonazepam, alprazolam).

Anudado a ello, la trama de diferentes discursos psiquiátricos y biomédicos sirven de matriz para el reencauzamiento de las conductas, a través de diferentes técnicas. Entre las terapéuticas y discursos circulantes en la institución, el modelo de tratamiento es el Minnesota, basado en los *Doce pasos* de Alcohólicos Anónimos, articulado con diversas terapias grupales: entrevistas motivacionales, psicología cognitivo-conductual, gestáltica, terapia racional- emotiva y terapia humanista. En cuanto a las terapéuticas individuales, se realizan sesiones de terapia con enfoque freudiano-laciano y, en determinados casos, cognitivo- conductual.

Los familiares asisten semanalmente a reuniones “multifamiliares”, de las cuales no participan los residentes, y a grupos de ayuda mutua que siguen el modelo de *Doce pasos*.

3. La concepción de enfermedad

“La adicción es una enfermedad física, mental y espiritual que afecta a todos los aspectos de nuestra vida. El aspecto físico de nuestra enfermedad es el consumo compulsivo de drogas: la incapacidad de parar de consumir una vez que hemos empezado. El aspecto mental es la obsesión o el deseo abrumador de consumir aunque estemos destrozando nuestra vida. La parte espiritual es nuestro egocentrismo total. Se trata de una enfermedad progresiva, incurable y mortal” (Narcóticos Anónimos 1991:17).

El modelo de tratamiento de *Doce pasos* emerge en su principio como grupo de autoatención para resolver problemas vinculados al alcoholismo (Menéndez 1990) en el año 1935, momento en el cual uno de sus fundadores, Bill, luego de haber transcurrido sin éxito en programas terapéuticos de atención al alcoholismo, comienza a concebir dicha “enfermedad” como incurable, que compete tanto a las emociones, el espíritu y el cuerpo. Bill encuentra que para permanecer sobrio es relevante compartir con otros la experiencia de enfermedad a través del habla, y la necesidad de reparar los errores cometidos durante la misma (Touzé 2010). Describiendo de este modo:

“Que juntos descubrieron su capacidad para permanecer sobrios basada en el hecho de compartir sus experiencias con otros alcohólicos” (Alcohólicos Anónimos 2007).

El modelo terapéutico de *Doce pasos* en el cual se basa el tratamiento en el hospital de día, considera la adicción como una enfermedad primaria (es decir, que no es respuesta a otra enfermedad), crónica y progresiva. Trabaja desde la abstinencia completa -incluido el alcohol- y sobre el comportamiento, planteando un programa de mantenimiento diario de dicha abstinencia, a través del ejercicio diario internalizado por los residentes, expresado en el registro de redes de escritura, la asistencia a los grupos y la realización de inventarios morales diarios.

El uso de drogas en tanto “adicción”, es considerada una enfermedad crónica, con el mismo estatus etiológico que patologías como la diabetes y el cáncer, pero a su vez, es relacionada con “defectos de carácter” que atravesarían la enfermedad:

“La adicción no se diferencia de otras enfermedades crónicas, como por ejemplo, lo que podría ser la diabetes, lo que podría ser el hipertenso, en realidad no discriminamos a un

diabético, ni a un hipertenso. Cuando en realidad un diabético o un hipertenso tienen un montón de dificultades en la forma de relacionarse con los demás, y también es manipulador, egocéntrico, egoísta, hace un montón de cosas para conseguir consumir lo que no puede consumir. Come a escondidas, un montón de características que tiene la adicción de sustancias, la adicción al químico. El consumo de sustancias es como la fiebre en la gripe: es lo que se ve” (Operador terapéutico, varón, 35 años).

“La adicción es más allá de que sea una enfermedad, es algo mental. A mí, por ejemplo, el cuerpo no era el que me pedía droga, era mi cabeza. El cuerpo no habla. Para mí era mi cabeza. Es una enfermedad que te lleva a hacer locuras, te lleva a denigrarte como nunca. Esta enfermedad es crónica, es mortal, realmente es mortal. Progresiva...Por ahí no te morís en 9 meses, por ahí tardás años. Yo tengo el caso de mi ex novia, que tiene 24 años, y consume cocaína desde los 14, solamente cocaína, y hay un cambio en ella. Por ahí inventa palabras, no coordina, eh, o sea, tiene secuelas” (Residente, varón, 23 años).

Siguiendo a Scheper-Hughes y Lock (1987), producto del dualismo cartesiano occidental que escinde la mente del cuerpo en tanto entidades discretas, se sintetizan los modos de experiencia de la enfermedad, los padeceres y el tratamiento de los residentes en tres niveles. El individual, que remite a la experiencia fenomenológica vivida del cuerpo-yo. El social, que refiere a la representación de los usos del cuerpo como símbolo con el cual es posible pensar la naturaleza, la sociedad y la cultura. Y por último, el político, que alude a la regulación, vigilancia y control de los cuerpos en los ámbitos de la reproducción y sexualidad, en el trabajo y en el ocio, en la enfermedad y otras formas de lo que socialmente se considera como desviación y diferencia humana (Scheper-Hughes y Lock 1987).

De este modo, si bien la definición de una enfermedad como crónica se asienta sobre conceptos biomédicos, su tratamiento es organizado alrededor de una serie de supuestos respecto a las conductas del “enfermo” (Saslavski 2007).

4. Los ejes del tratamiento: “Vivir en recuperación” moral y farmacológica

“Estar limpio... Estar limpio lo más básico es que no consuman sustancias... Tan básico y tan simple como eso. Podemos ir más allá, con esto que hablábamos hace un rato de la diferencia entre la borrachera seca y vivir en recuperación. Estar limpio lo básico sería no estar consumiendo sustancias, pero estar limpio también significaría vivir en paz. Uno está limpio y vive en paz cuando no tiene cosas que ocultar, que no lo estén movilizándolo por dentro. Estar limpio es poder sentarse y poder hablar de todo lo que a uno le pasa, y caminar tranquilo” (Operador terapéutico, varón, 32 años).

“Y es un montón estar limpio... Y es un logro de cada día. Mis días limpios a mí no me los regaló nadie, yo trabajé para no drogarme, sigo trabajando para no drogarme...Es un montón, hay que ser agradecido de que podemos estar acá con nuestra experiencia, hay gente que no puede, gente que todavía consume y sigue sufriendo, o sea...Un día limpio son 24 horas que vos las ganaste y trabajaste para no consumir” (Residente, varón, 23 años).

El tratamiento se enmarca básicamente en dos ejes que se imbrican mutuamente: el primero, moral. Centrado en la abstinencia -en términos nativos, el “estar limpio”-, las redes de escritura y los pares antinómicos: limpio/sucio, honestidad/mentira, salud/enfermedad. El segundo, farmacológico: la administración de psicotrópicos a través de una evaluación diagnóstica de acuerdo a las categorías del DSM-IV. El primer paso del tratamiento consiste no solamente la aceptación de la enfermedad por parte del residente, sino el dejar de “estar en carrera”.

De acuerdo a los sentidos nativos, el “estar en carrera” remite a situaciones, acciones percepciones

experiencias y relaciones que enmarcan el consumo problemático de drogas y que connotan una moralidad específica de los usuarios:

“Carrera también podemos darle dos sentidos. O sea, podemos hablar de carrera cuando están en consumo activo, y acá también se remarca que ante algunas actitudes de la persona se puede estar en carrera. Tiene que ver con el utilizar vocabulario de la calle, con tener posturas de la calle, con relacionarse con sus pares con vocabulario y formas de la calle, ¿no?... Lo más común es que se sienten a contar anécdotas de consumo de ellos, que se sienten a hablar a ver quién consumió más, quien tiene más historias... Eso sería estar en carrera” (Operadora terapéutica, mujer, 34 años).

En consonancia, para este modelo terapéutico, el desenlace inevitable del consumo de drogas asume un destino funesto: la cárcel, la hospitalización o el fin de la vida:

“Estamos en las garras de una enfermedad crónica y progresiva que nos arrastra invariablemente a los mismos lugares: cárceles, hospitales y la muerte” (N. A. 1991: 3).

En un sentido progresivo y ascendente que indicaría los rangos (Foucault 1999) o escalones de “rehabilitación” los *Doce pasos* invocan como principio de recuperación:

“1) Admitimos que éramos impotentes ante nuestra adicción, que nuestra vida se había vuelto ingobernable; 2) Llegamos a creer que un poder superior a nosotros mismos podía devolvernos el sano juicio; 3) Decidimos poner nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, tal y como lo concebimos; 4) Sin miedo hicimos un detallado inventario moral de nosotros mismos; 5) Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas; 6) Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios eliminase todos estos defectos de carácter; 7) Humildemente le pedimos que nos quitase nuestros defectos; 8) Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos hecho daño y estuvimos dispuestos a enmendarlo; 9) Enmendamos directamente el daño causado a aquellas personas siempre que nos fuera posible, excepto cuando ello perjudicaría a ellos o a otros; 10) Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos rápidamente; 11) Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, tal como lo concebimos, pidiéndole solamente conocer su voluntad para con nosotros y la fortaleza para cumplirla; 12) Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar el mensaje a los adictos y de practicar estos principios en todos los aspectos de la vida” (*Libro Azul* N. A., 1991).

Como principios espirituales indispensables, se plantean: la honestidad, la receptividad y la buena voluntad. En tanto la noción de mantenimiento diario, implica una bioascesis por parte de los residentes:

“Los *Doce pasos* son las distintas etapas... por las cuales van pasando. Primero aceptan que... la droga les manejaba la vida. Una vez que ellos aceptan que no la pueden controlar, sino que la droga lo controla a ellos... Se van trabajando diariamente distintos pasos, se trabaja la ira, la violencia, la soberbia... Esto es un programa de actitudes” (Operadora terapéutica, mujer, 40 años).

Las características de la “personalidad adictiva”, de acuerdo a este modelo, se centra en valoraciones morales que se anudan con lo considerado bueno en contraposición a “lo malo”: el adicto es considerado egocéntrico, manipulador, mentiroso, actor de un “personaje”, soberbio, orgulloso. Siguiendo a Epele (2010), las relaciones complicadas que los/as usuarios/as mantienen con la verdad y la mentira, llegan a personalizarse y conformarse como una propiedad subjetiva de los mismos.

El sujeto usuario de drogas, como primer paso de su conversión identitaria hacia la figura “adicto en

recuperación” en el transcurso del tratamiento, debe “rendirse”, es decir, asumir su impotencia y falta de control durante sus períodos de consumo, y *aceptar* que sufre una enfermedad:

“Aceptar significa que soy impotente ante la enfermedad. A mí me costó un montón. Yo a veces pensaba que no era adicto. Pero, ¿qué pasó? Después me agarraban ganas de consumir, entonces decía: “si no soy adicto, ¿por qué me agarran ganas de consumir?...No me tendrían que dar ganas... Entonces ahí fui viendo que sí, que tengo un problema, que tengo una enfermedad. Que está reconocida mundialmente, no es que a alguien se le ocurrió decir: ‘las drogas son una enfermedad’. Y nada, uno puede mostrar acá algo, pero los pasos los tenés que aplicar en tu vida diaria, en todos los aspectos de tu vida. Yo acepté que tengo una enfermedad, yo me rendí, no la puedo manejar. Ella me va a terminar manejando a mí... No tengo control sobre las drogas yo. Ese es el primer paso. Creer en el poder superior, hay gente que no cree en nada, pero es poder creer... En la pachamama, en el grupo, en tu perro. Es aprender a creer. Yo soy católico y siempre creí en Dios, pasa que yo lo usaba a Dios. Le decía a Dios: “Salvame de esta y te prometo que no lo hago más”...Y después viste, de vuelta. A mí me cuesta un montón dejar mi voluntad, entonces digo que se haga tu voluntad, que sea lo que tenga que ser, acompañame, cuidame. Paso a paso, sin prisa pero sin pausa” (Residente, varón, 28 años).

Desde la concepción de los *Doce pasos*, el primer paso implica asumir que la adicción gobierna la voluntad de los sujetos:

“Admitimos que éramos impotentes ante nuestra adicción, y que ésta se ha vuelto ingobernable” (NA 1991: 20).

Y desde la perspectiva biomédico-psiquiátrica, este paso requeriría por parte de los residentes, de haber adquirido un “mínimo de conciencia sobre la enfermedad”:

“Este tipo de tratamiento que hacemos acá... tiene... digamos, como base... cierto nivel de conciencia de la enfermedad, porque, si no, no puede adherir al tratamiento. Es un tratamiento que tiene... pasos que cumplir y un acompañamiento psiquiátrico. Si el paciente no... digamos, tiene un mínimo de conciencia de enfermedad... es más para una internación que para este tratamiento” (Psiquiatra, varón, 50 años).

Es necesario tomar en cuenta también cómo es concebido el individuo que inicia el tratamiento, resultando nodal la concepción de enfermedad que se maneja en este dispositivo: la adicción considerada como crónica y progresiva, abarcando dimensiones emocionales, espirituales y corporales. En dichas dimensiones, se alude de manera fuertemente imbricada a los defectos de carácter del sujeto fijado como “adicto”: la adicción es pensada en términos morales, que implicarían la deshonestidad, la mentira y la manipulación, entre otros adjetivos. De acuerdo a Foucault (2000), las categorías elementales de la moralidad se distribuyen alrededor de nociones como orgullo, empecinamiento y maldad, y son aplicadas al individuo potencialmente peligroso, quien a través de su paso por instituciones médico-correctivas, debe ser disciplinado para expiar sus males o curarse. En el dispositivo terapéutico que analizo, los sujetos se ven atravesados por esta reificación de las categorías morales que constituyen uno de los polos de la enfermedad:

“Cuando hablamos de manipulación, es para conseguir... La persona manipula, y utiliza un montón de habilidades. Una de las cosas que yo siempre digo, remarco, es que los adictos son muy inteligentes, hacen un montón de cosas, utilizan un montón de habilidades para lograr su objetivo que es consumir. Manipular podemos ir de un extremo al otro, podemos hablar de violencia para conseguir lo que quiere, o de personas sumisas, que se van de un extremo al otro. Esto del camaleón: cambian la postura según con quien estén, el ámbito donde se muevan” (Operador terapéutico, varón, 38 años).

Desde la experiencia de un residente:

“El personaje es eso que todos cuando estamos en carrera, uno tiene que tener su escudo, ¿viste?... Demostrarle al otro que no soy ningún tonto. Vos entrás en un tratamiento, y justo puede coincidir que entre otro que estaba con vos en la calle, me ha pasado que han venido acá pibes que eran amigos míos de cuando estaba en carrera, pibes con los que he consumido o pibas con las que me relacioné sexualmente por ahí. Y me los he encontrado acá. Pero, ¿qué pasa?... Vos entrás acá y a la mayoría no los conocés, y vos por ahí querés demostrar una imagen, querés ser gracioso, querés afecto... Pero creo que yo cuando entré acá también tenía un gran personaje. Y después, viste, a la larga se te va yendo, vas practicando con un montón de cosas, la honestidad, por ejemplo, que te hace sacar el personaje y verte tal cual sos... Y te encontrás con que sos una persona sensible, que puede llorar. Después acá, cuando los otros pibes se animan a sacar ese personaje se quiebran, y lloran hasta no tener maldad, y se muestran como son, con todos sus defectos, con sus virtudes, como son” (Residente, varón, 25 años).

El correlato de un estado de salubridad-normalidad reside en que el individuo se encuentre “limpio”. La díada antinómica queda conformada pues con las nociones adicto- limpio.

La toma de conciencia de la enfermedad alude al “mantenerse limpios” no solo de las sustancias químicas, sino de las cualidades morales negativas propias de la personalidad adictiva, a través de procesos de normalización que apelan a valores como la bondad y la honestidad. Siguiendo a Douglas, las ideas de la contaminación en la vida social actúan en los niveles expresivos e instrumentales. En el marco de la sociedad, las creencias en los peligros dan cuenta de las faltas en la rectitud que sus miembros temen incurrir. De este modo, las leyes de la naturaleza -en este caso, las enfermedades- sancionan al código moral. De allí, ciertos valores morales se sostienen, por la creencia en el contagio peligroso (Douglas 2008). Y en el caso analizado, modelan el par “adicto”-“limpio”, no sólo en el marco de la institución, sino también en la sociedad mayor. La moralidad es codificada de acuerdo a las características espirituales del programa:

“Los defectos de carácter son características de la personalidad. Acá hablamos de lo que tiene que ver con el concepto de enfermedad, que decimos que es una enfermedad crónica y progresiva, y que afecta física, mental y espiritualmente. Entonces cuando hablamos de defectos decimos que son las características negativas de la persona. Podemos hablar de lo más básico: el egocentrismo, la soberbia, la omnipotencia, la mentira, la manipulación. La persona cuando se maneja de esta manera en realidad lo que hace es no conectarse con él ni con las cosas positivas que le puedan pasar. Entonces asume una postura defensiva y en consecuencia autodestructiva. Cuando la persona está en consumo activo no tiene una espiritualidad porque todo lo que está en el medio es negativo. Vamos de nuevo a los defectos de carácter: el ser espiritual implica ser honestos, ser receptivos, ser bondadosos, generosos, conscientes de que hay otras personas. Desde ahí está basado esto de la espiritualidad del programa” (Operador terapéutico, varón, 40 años).

Esto es, creemos, central para pensar porqué la terapéutica del hospital de día bajo análisis se corresponde con un tratamiento marcadamente disciplinario; cómo el reverso de una enfermedad concebida como capturando por completo al individuo es también la captura total del mismo en un tratamiento disciplinario. Paralelamente, la terapéutica debe contemplar la detección y el manejo de las “potencialidades”, es decir, aquellas características de la personalidad adictiva que se manifiestan aunque el sujeto no consuma, para prevenir las recaídas. Considero desde la perspectiva foucaultiana que el tratamiento hacia los residentes es disciplinario, ya que propende al reencauzamiento total de las conductas en todos los aspectos de la vida (Foucault 1999).

El tratamiento moral de la “enfermedad” apela principalmente a la obediencia, el autodomínio de las emociones y los sentimientos de los usuarios. Se promueve el cambio hacia un modo de vida libre de

drogas a través del abandono de las características del “estar en carrera”, la participación grupal de por vida en los grupos de Narcóticos Anónimos, la inserción laboral, y el ayudar a otros adictos que sufren:

“Yo cuando entré en recuperación, me dijeron: ‘la enfermedad sale por la boca’. Cuando empezás a hablar, y sacar todo, a hacer caso, a ser obediente... Porque esto no es para inteligentes, es para obedientes. Las personas que quieren recuperarse realmente, que se dan cuenta que la forma de vivir en consumo no hace bien, hacen caso. Si a mí me dicen: ‘Te tenés que tirar de un quinto piso para no drogarte más’, yo me tiro de un quinto piso. Hay que rendirse. Y aceptar que sos impotente ante las drogas, que las drogas...Porque al principio podés manejar las drogas, pero después no podés manejar nada. Porque vivís para consumir, y consumís para vivir. Cuando estaba en carrera no era buena persona. Pienso trabajar, hacerme cargo yo de mi hija en un sentido económico. Proyecto tener una casa, una nueva pareja que no consuma. Yo como adicta entiendo la enfermedad, sé lo que se sufre por dentro por más que uno tenga su coraza, sé lo que se sufre, lo que se hace, lo posible y lo imposible para consumir más. Pero la calidad de vida que tengo hoy, no la cambio por nada, hoy. A mí las drogas me siguen gustando, porque me encantan, pero me hacen mal. Por eso no las consumo, porque me hacen mal, y me llevan a un lugar donde no quiero estar. Hay que animarse a vivir bien, un día a la vez, pidiendo ayuda y nada de lo que hayas hecho en carrera, nada...La enfermedad misma te lleva a cometer ciertos actos: drogar, violar, prostituirse, robar, lo que sea...Y no hay que sentirse como una basura: ay yo me prostituí, ay, me drogué...Estabas enfermo, no eras vos...Vos sin consumo sos otra persona. Hay que animarse a vivir bien y pedir ayuda. Los periodistas siempre muestran en los documentales los pibes de la villa como se están matando y eso es importante, pero también es importante la gente que está en recuperación como yo y como miles, que día a día nos podemos recuperar, ponemos lo mejor de nosotros a veces pese a nuestra voluntad, pero ponemos lo mejor de nosotros, con defectos, con virtudes. Entendemos que esta es una enfermedad para toda la vida, y nunca vamos a dejar de ser enfermos, a menos que salga una pastilla que la tomes y se vaya la enfermedad. Pero el estar rodeado de amor, de un compañero que te de un abrazo por lo que sos y no por lo que tenés y que no te de una puñalada en la espalda no tiene precio” (Residente, mujer, 23 años).

Una de las técnicas morales principales del tratamiento – en tanto formas en que se manifiesta la exposición contaminadora y la mortificación del yo-, se da a través de las *confesiones grupales* dispuestas institucionalmente (Goffman 1998), en las cuales se denuncia a los *otros* significativos, quienes muchas veces se encuentran presentes, contaminándose de este modo tanto la relación como el yo. En el dispositivo analizado, encontramos dos modalidades de confesión.

La *primera* consiste en la *lectura diaria en voz alta* por parte de cada residente, de los escritos que relatan acontecimientos que día a día se suceden enmarcados en el tratamiento, en los cuales se relatan sentimientos, pensamientos, malestares, emociones, conflictos, deseos de consumo, y relaciones problemáticas, tanto en el seno familiar, como con sus pares de “recuperación” y el *staff*.

Cada residente se confronta, tanto con la exposición de su intimidad, como con las devoluciones verbales que efectúan -luego de cada lectura- sus compañeros de tratamiento, y el operador terapéutico. Generalmente, la devolución apela a que cada residente efectúe una introspección de las cualidades morales asociadas a los defectos de carácter: “no seas egocéntrico/a”, “sé sincero/a”, “tenés que aceptar”, “estás manipulando”. Al mismo tiempo, se destacan los avances en el tratamiento con aplausos o felicitaciones por parte del grupo, y del operador a cargo.

La *segunda* modalidad, remite a las asambleas de convivencia, donde se debaten abiertamente pedidos y reclamos de los residentes. Aquí se dan lugar a diferentes demandas y denuncias, con nombre y apellido. Suelen existir quejas abiertas respecto a aspectos de la convivencia entre compañeros, como de algún integrante del *staff*. Como modo de tramitación de los conflictos, se producen intercambios de

opiniones directos, de persona a persona.

De acuerdo a Foucault (2003), la técnica confesional, en sus orígenes sacro-religiosa, se difundió luego en el orden de la medicina y la minuciosidad de los detalles cotidianos de las faltas:

“La gente se confiesa, o es forzada a confesar (...) De allí, también, esta otra manera de filosofar: buscar la relación fundamental con lo verdadero no simplemente en uno mismo, sino en el examen de uno mismo, que libera, a través de tantas impresiones fugitivas, las certidumbres fundamentales de la consciencia” (Foucault 2003: 75-76).

Se trata de confesar las faltas, a través de un discurso en relación con la verdad, que, investido en una relación de poder, tiene efectos en aquél que confiesa, y no en la autoridad detentada de aquél que lo recibe.

El aspecto farmacológico del tratamiento como instrumento disciplinario, se corresponde con la imputación diagnóstica del DSM-IV llevada a cabo por el/los psiquiatras, quienes codifican determinadas conductas buscando la patología “de base” en comorbilidad con el uso y abuso de drogas y la dependencia química:

“- ¿Y cuál sería el enfoque predominante en psiquiatría para tratar adicciones?

- Mirá, el enfoque predominante... que no está mal, te digo, como inicio del tratamiento... es la medicación. O sea... Hacer un diagnóstico psiquiátrico en función que... Claramente está relacionado con... Trastorno por consumo de sustancias por dependencia del DSM IV..., Más... Este... No sé, el trastorno de personalidad, o alguna cosa mórbida... Psiquiátrica que tenga... Y un tratamiento psicológico, que está relacionado con la psicología cognitiva. Lo que pasa que lo ocultan, muchos lo ocultan... Consumen y ocultan, consumen y ocultan... Son muy mentirosos... Entonces detectarlo como... digamos, con un cuestionario, es difícil. Hacen los análisis reactivos de orina... La mayoría miente. Es para ayudarlos... no es por una cuestión de milicia... Sino para ayudarlos, para que realmente dejen de consumir o decidan si quieren seguir o no.

- ¿Qué medicación se les da?

- Y generalmente... Antirrecurrenciales...

- ¿Anti...?

- Recurrenciales... Alguno que otro que necesite antipsicótico... Pero... En baja dosis, no muy alta...

- ¿Y antirrecurrencial qué es?

- Son los que se usan para los tratamientos en bipolares... Son... Están en... actúan en el área afectiva. Bajan la impulsividad, bajan la agresividad... En realidad se medica por ese lado...

- ¿Tegretol y eso?

- Tegretol; ácido valproico... eh... Bueno, todos... Casi todos están medicados con esto... Porque lo necesitan. Y después alguno que otra medicación sí... si es necesario, se le da también” (Psiquiatra, varón, 50 años).

Retomando, la administración de los fármacos suministrados anteriormente mencionados -valproato de magnesio, risperidona, clonazepam, alprazolam, tegretol, carbamazepina-, de acuerdo a las indicaciones terapéuticas, se utilizan como medicación antiimpulsiva, antipsicótica, estabilizadora del estado de ánimo, y ansiolítica. De este modo, se sustituye el uso de “drogas” no legales por otras del circuito legal indicadas por los psiquiatras. A su vez, estos medicamentos en muchos casos fueron consumidos como drogas en las trayectorias de consumo de los usuarios. Se pasa del uso intensivo y problemático de sustancias “ilegales”, al tratamiento de la abstinencia por medio de la medicación. Es un ejemplo claro de cómo el sistema médico se apropia de determinados padecimientos, rotulándolos como enfermedad, y medicalizándolos. Si seguimos el carácter moral de este hecho, podría pensarse que la adicción considerada como enfermedad, trata a sujetos “impulsivos, psicóticos, con ánimo inestable, y ansiosos”,

desde las prescripciones e indicaciones formuladas en los prospectos de estos medicamentos.

En este sentido, y de acuerdo a investigaciones en el campo de la salud, el diagnóstico psiquiátrico -que clasifica el uso y abuso de sustancias como patología- descontextualiza la vivencia de la experiencia personal del consumidor, en la cual "Dicha patología es definida dentro de un contexto en el cual la vida cotidiana del paciente, su familia y entorno laboral juegan un papel preponderante en la definición de las enfermedades" (Kleinman 1988: 103). Al respecto, la psiquiatría, basándose en una determinada forma de interpretación de las conductas y roles sociales, designa un comportamiento como anormal a través de un diagnóstico (Becker 1971, Peele 1995), lo cual conlleva consecuencias prácticas: la obligación de someterse a tratamientos, la asistencia a grupos y otras diversas intervenciones sobre el cuerpo, que amalgama consideraciones médicas anudadas a nociones de moralidad.

5. Conclusiones

Reconsiderando lo expuesto, vemos como en el hospital de día se vuelve central la concepción de la adicción como enfermedad progresiva, crónica, latente e incurable, cuyo tratamiento es de por vida. Dicha concepción de enfermedad se ve atravesada por la biologización de aspectos morales plasmada tanto en los criterios diagnósticos, como en los "defectos de carácter" atribuidos a la misma.

La enfermedad es concebida como capturando por completo a los sujetos, reificando cualidades morales negativas en el supuesto de que los usuarios/as padecen de una "personalidad adictiva", aun cuando el consumo no es manifiesto.

De acuerdo a ello, el correlato de un estado de salubridad-normalidad reside en que el individuo se encuentre "limpio", no solo a través de la abstinencia de consumo de sustancias, sino también de características morales como el egocentrismo, la manipulación y la mentira, que se oponen al estado de "pureza".

En base a esta concepción de enfermedad, el tratamiento disciplinario que interviene en los cuerpos de los sujetos denominados "adictos en recuperación", posee una doble faceta que se imbrica mutuamente: por un lado, el tratamiento moral, que consiste principalmente en la adopción de nuevos valores por parte de los usuarios para vivir en recuperación como parte de la conversión del yo. Por el otro, el diagnóstico psiquiátrico y su consecuente tratamiento farmacológico, que actúa para prevenir la potencialidad de las manifestaciones "agudas" de la enfermedad, entre ellas, la impulsividad y la inestabilidad psíquica-emocional. De este modo, como ejemplo del biopoder estatal, coincidimos con Bourgois (2009) en que en esta terapéutica la utilización de los fármacos es una técnica que activa efectos en la sinapsis cerebral, pero quitando la sensación de placer.

Nota

1. Las denominadas "giras" se caracterizan por ser salidas del hogar por varios días o semanas, durante las cuales los usuarios/as integran redes de dos o tres personas que, en su mayoría, son frágiles, de vínculos débiles y volátiles.

5. Bibliografía

American Psychiatric Association

1995 *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson S.A.

Becker, Howard

1968 *Outsiders. Hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores, 2009.

Bourgois, Philippe

1996 *In search of respect. Selling the Crack in el Barrio*. Cambridge University Press.

Brandes, Stanley

2004 *Staying Sober in Mexico City*. Texas, University of Texas Press.

Comelles, Josep

1993 *Enfermedad, cultura y sociedad*. Madrid, Ediciones de la Universidad Complutense.

Conrad, Peter

1975 "The Discovery of Hyperkinesis. Notes on the Medicalization of Deviant Behavior", *Social Problems*, vol. 23, nº 1 (oct. 1975): 12-21.

1992 "Medicalization and Social Control", *Annu. Rev. Sociol.*, 18: 209-32.

2007 *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore, Johns Hopkins University Press.

Douglas, Mary

1967 *Purity and Danger. An analysis of concept of pollution and taboo*. London / New York, Routledge, 2008.

1988 *Símbolos naturales*. Madrid, Alianza Editorial, 2008.

Epele, María

2010 *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires, Paidós.

Foucault, Michel

1975 *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. México, Siglo XXI Editores.

1977 *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores.

2003 *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires, FCE.

2008 *El nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires, FCE.

2009 *El gobierno de sí y de los otros*. Buenos Aires, FCE.

Goffman, Erving

2001 *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu, 1961.

2001b *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Amorrortu, 1970.

Good, Byron

1994 *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. New York, Cambridge University Press.

Kleinman, Arthur

1988 *The Illness Narratives*. Basic Books.

Le Breton, David

1995 *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires, Nueva Visión.

Manzelli, Hernán (Mario Pecheny y Daniel Jones)

2002 *Vida cotidiana con VIH/sida y/o con hepatitis C: diagnóstico, tratamiento y proceso de expertización*. Buenos Aires, CEDES / Serie Seminario de Salud y Política Pública.

Mantilla, María Jimena

2010 *De persona a paciente: Las prácticas y los saberes psiquiátricos y psicoanalíticos en un hospital de la ciudad de Buenos Aires*. Tesis para optar al título de doctora en Ciencias Sociales, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Mimeo.

Menéndez, Eduardo

1990 *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México, Conaculta.

Narcóticos Anónimos

1991 *Libro Azul*. China, Narcotics Anonymous World Services.

2002 *Los doce conceptos de servicio en NA*. Traducción de literatura aprobada por la Confraternidad de NA. Narcotics Anonymous World Services, Inc.

Peele, Stanley

1995 *Diseasing of America. How we allowed recovery zealots and the treatment industry to convince us we are out of control*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers.

Rose, Nikolas

1996 "Psychiatry as a political science: advanced liberalism and the administration of risk", *History of the Human Sciences*, vol. 2, nº 9: 1-23.

2010 "Screen and intervene: governing risky brains", *History of the Human Sciences*, vol. 23, nº 1: 79-105.

2004 "Becoming Neurochemical Selves", en Nico Stehr (ed.), *Biotechnology, Commerce And Civil Society*. Transaction Publishers.

Rosenberg, Charles

2002 "The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience", *The Milbank Quarterly*, vol. 80, nº 2.

Russo, Jane

2003 "Humanos demasiadamente orgânicos: Um estudo comparativo de diferentes versões de um manual psiquiátrico", ponencia presentada en el GT19 *Corpo, Saúde, Doença e Sexualidade*, V Reunião de Antropologia do Mercosul. Florianópolis.

Scheper-Hughes Nancy (y Margaret Lock)

1987 "The mindfull body: a prolegomenon", *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, vol.1, nº 1: 6-41.

Sitios en Internet consultados

Alcohólicos Anónimos:

<http://www.alcoholics-anonymous.org>

http://www.alcoholicos-anonimos.org/aa/1/como_nacio_a.htm

Alcohólicos Anónimos Argentina:

<http://www.aa.org.ar/hist.htm>

Narcóticos Anónimos en Argentina:

<http://www.na.org.ar>

Hazelden Foundation – Addiction Treatment Center:
<http://www.hazelden.org>