

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA

Departamento de Antropología Social



TESIS DOCTORAL

**Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al
Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos
asistenciales.**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR:

Diego Fernández Piedra

Director:

Fernando Villaamil Pérez

Madrid, 2019

Diego Fernández Piedra

*“Narcóticos Anónimos y Centros de
Atención al Drogodependiente: un análisis
antropológico de dos recursos
asistenciales”.*

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

Dirección:

Fernando Villaamil Pérez

Departamento de Antropología Social
Facultad de Ciencias Políticas y Sociología
Universidad Complutense de Madrid

Octubre de 2017

Agradecimientos.

Solo durante la redacción de este apartado, tomamos conciencia de la enorme dificultad asociada al acto de “agradecer”. Expresar agradecimiento a través de la escritura, tratando de no olvidarnos de ninguna de las personas que contribuyeron en la realización de esta tesis doctoral, resultó un trabajo harto complicado. En el caso de que alguno de las personas que participaron en este proceso epistemológico complejo como es la etnografía sea olvidado, rogamos entienda la imposibilidad de acordarnos de todos aquellos que colaboraron en él, agradeciendo más todavía su anónimo apoyo en el trabajo que está empezando a leer.

Las dimensiones de este apartado serían descomunales, si tratásemos de agradecer a todos aquellos informantes que nos brindaron sus palabras. Estos, gratuitamente, decidieron compartir con nosotros sus vivencias.

Gracias por dejarnos hacer. Gracias por dejarnos contar. Pero sobre todo, gracias por enseñar al mundo como sois.

No existen palabras para poder describir la maravillosa sensación que se siente cuando una persona, de manera altruista, decide ayudarte y abrirte la posibilidad de acceder a tantas y dispares experiencias y lugares.

En especial gracias a Doro por tener una mente tan abierta y empatizar conmigo desde las vicisitudes doctorales compartidas, en vez de discrepar desde posiciones tan dispares. Gracias.

Después de tantos años, hemos ido entablando amistad y vínculos académicos con multitud de compañeros con inquietudes similares. Gracias a todos.

No podemos olvidarnos de las chicas de Proyecto Hogar. Gracias por vuestra ayuda y consejos. A Paloma, flamante doctora.

A nuestros compañeros del Magister Universitario en Adicciones, los cuales nos devolvieron las ganas de continuar. A Silvia, amiga y persona clave para el desarrollo de esta tesis.

Al profesor Oriol Romani, por su ayuda desinteresada a través de muchos emails y muchas preguntas, sin conocerme.

A los amigos de siempre, por ayudar a olvidar de vez en cuando.

Sin el apoyo de nuestro director, Fernando Villaamil, esto no hubiera sido posible. Gracias por estar ahí tantos años, por leer mil y un borradores, por tantas llamadas telefónicas, por compartir y guiar este proceso... ¡Ha merecido la pena!

De igual manera, queremos agradecer su apoyo al Departamento de Antropología Social de la Universidad Complutense de Madrid. Gracias a los profesores, compañeros y amigos, que participan de esta institución. Si ellos, no podríamos cuestionar lo incuestionable.

Gracias a Pilar y a María Jesús, por hacer posible lo imposible: estirar los tiempos.

Especialmente estamos agradecidos a Cristina y Fernando, compañeros de profesión, amigos y consejeros en muchas de las ideas que han sido plasmadas aquí. Gracias.

Gracias a toda mi familia, por tantos esfuerzos y apoyos. Pepe, Ana, Eva. Gracias a vosotros, todo esto se ha hecho realidad. Gracias por confiar en mí.

Por último gracias Ingrid. Amiga, confesora, paño de lágrimas, aliento... ¡Siempre hemos sabido que juntos se podía!

Mara, aunque todavía no lo entiendas, tú eres el verdadero legado, orgullo y esperanza. Esto es por ti.

GRACIAS A TODOS.

Índice.

1.	Introducción.....	1
1.1.	Presentación.....	2
1.2.	Metodología.....	9
1.2.1.	Trabajo de Campo.....	10
1.2.2.	Lugares seleccionados para realizar observación participante.....	14
1.2.3.	Metodología utiliza en esta investigación.....	16
1.2.4.	Entrevistas.....	19
1.2.5.	Observación participante.....	19
2.	Circuitos de intercambio de saberes. Hacia una conceptualización de las adicciones.....	21
2.1.	La biopolítica de los modos asistenciales para drogodependientes.....	22
2.2.	Modelos básicos de definición de drogas.....	31
2.2.1.	El modelo penal.....	33
2.2.2.	El modelo médico sanitario:.....	34
2.2.3.	Modelo Bio-Psico-Social:.....	36
2.2.4.	Crítica socio-antropológica a los modelos explicativos sobre las adicciones.....	38
2.3.	Droga: Una conceptualización operativa.....	40
2.3.1.	Las drogas en España.....	43
2.4.	El yonki.....	49
2.5.	Los Modos Asistenciales.....	51
2.6.	La Abstinencia. Estrategia terapéutica y estructurante en los Modos Asistenciales.....	56
2.6.1.	Las relaciones entorno a la abstinencia.....	59
2.7.	Expertos en los Recursos.....	62
2.8.	El género en los Programas de Tratamiento.....	63
2.9.	El grupo, las enfermedades asociadas al consumo y el aspecto físico.....	67

2.10.	Sustancia y sus usos dentro de los grupos.....	72
3.	Saber práctico, recursos asistenciales, procesos terapéuticos y grupos de Narcóticos Anónimos.....	77
3.1.	Narcóticos Anónimos. Dispositivo asistencial de distribución de Conocimiento Práctico.....	78
3.2.	Introducción a N.A.....	83
3.3.	¿Qué sucede en los grupos de N.A.?.....	85
3.4.	La estructura de Narcóticos Anónimos.....	93
3.5.	Composición de los grupos de N.A.....	95
3.5.1.	Servidores.....	95
3.5.2.	Usuarios del grupo.....	101
3.6.	Características sociodemográficas.....	104
3.7.	Itinerarios de adicción.....	106
3.8.	El programa de N.A.....	107
3.8.1.	Trabajo individual.....	108
3.8.2.	Trabajo colectivo.....	117
3.9.	Los grupos y las reuniones de N.A.....	122
3.9.1.	Grupos.....	122
3.9.2.	Reuniones de N.A.....	123
3.9.3.	Reuniones de Recién Llegados.....	167
3.10.	Las interacciones en el grupo Esperanza.....	172
3.10.1.	Entre ellos.....	172
3.10.2.	Con usuarios de otros grupos de N.A.....	173
3.10.3.	Con otros consumidores.....	175
3.10.4.	Personas que están en otros recursos.....	176
3.10.5.	No consumidores.....	177
3.11.	Variables que influyen en estas relaciones.....	179
3.11.1.	Abstinencia.....	179

3.11.2.	Uso/tipo de sustancia.....	180
3.11.3.	Género.....	183
3.11.4.	Enfermedades/aspecto físico.....	185
3.12.	¿Qué hay después de los Grupos de N.A?	188
3.13.	La tecnología en Narcóticos Anónimos.....	190
4.	Saber teórico, recursos asistenciales, procesos terapéuticos y Centros de Atención al Drogodependientes.....	193
4.1.	Marco normativo y desglose institucional en las adicciones.....	196
4.2.	La Agencia Antidroga.....	199
4.2.1.	Conocimiento periódico del consumo de drogas y otros trastornos adictivos.....	202
4.2.2.	Intervenciones desde la prevención.....	202
4.2.3.	Estrategias de asistencia y reinserción.....	202
4.3.	Instituto de Adicciones.....	205
4.3.1.	Prevención.....	206
4.3.2.	Reinserción:.....	209
4.3.3.	Asistencia.....	217
4.4.	Centros de Atención al Drogodependiente.....	228
4.4.1.	Perfil de los usuarios del C.A.D.....	228
4.4.2.	¿Cómo funciona un C.A.D.?.....	237
4.4.3.	Metodología y estrategias de intervención.....	265
4.4.4.	El grupo de estudio.....	270
4.4.5.	Estructura de la reunión del C.A.D.....	279
4.5.	Las principales interacciones producidas en nuestro grupo de estudio.....	306
4.5.1.	Relaciones entre los iguales.....	306
4.5.2.	Con los otros usuarios del C.A.D.....	311
4.5.3.	Personas que están en otros recursos.....	313
4.5.4.	Relaciones con los consumidores.....	314
4.5.5.	No consumidores.....	315

4.6.	Variables que influyen en estas relaciones.	315
4.6.1.	La abstinencia:.....	316
4.6.2.	Uso/tipo de sustancia.....	317
4.6.3.	El género.....	318
4.6.4.	Enfermedades/aspecto físico.....	321
4.7.	El proceso de rehabilitación.....	323
4.8.	¿Qué hay después de los Grupos de C.A.D.?.....	327
5.	Conclusiones.....	329
6.	Bibliografía.....	349
7.	Anexos.....	366
8.	Resumen.....	379
8.1.	Castellano:.....	380
8.2.	Inglés:.....	384

1. Introducción

1.1. Presentación.

Esta tesis doctoral parte de algunas hipótesis generadas durante el desarrollo de la investigación “**Narcóticos Anónimos: una nueva forma de vida**”, llevada a cabo durante el año 2008 para la obtención de Diploma de Estudios Avanzados en la U.C.M. Una vez terminada, supimos de la necesidad de continuar con el mismo campo de estudio, dado que no habían sido respondidas todas las preguntas acontecidas en este período.

Si bien mis primeras experiencias en el campo de las adicciones fueron sobre **consumidores en activo**, este trabajo más profundo nos orientó temática y conceptualmente hacia el objeto de estudio sobre el que hemos enfocado esta tesis doctoral: **los recursos para el tratamiento de las adicciones y la población que los utiliza**. De la investigación anteriormente citada, la cual se centró en el estudio de las dinámicas sociales acontecidas dentro de un grupo de Narcóticos Anónimos (N.A.), surgió la necesidad de realizar un análisis de otro dispositivo asistencial vinculado con lo estatal, tratando de mostrar desde el conocimiento generado a partir del estudio de ambos recursos, dos de las realidades más utilizadas en el campo del tratamiento de las adicciones en la Región de Madrid.

Será la reflexión sobre estos dos mecanismos, mostrando y analizando las similitudes y diferencias existentes entre ellos, aquello que forme el núcleo de la tesis doctoral que a continuación presentamos.

Ya en las primeras entradas recogidas en el **Diario de Campo** sobre las reuniones de N.A., las referencias al uso de sus **narrativas como tecnologías de poder y elementos pedagógicos**, aparecían recurrentemente en los análisis de los discursos de los usuarios que conformaba nuestro grupo de estudio, al cual denominamos **Esperanza**. Estas parecían conformar la parte central del proceso terapéutico utilizado en este tipo de grupos, lo cual se convirtió en un **nuevo núcleo de reflexión**, al que trataremos de dar respuesta en este trabajo.

La bibliografía consultada nos mostró una realidad diferente a la que estábamos observando. En ella, estos **grupos** eran presentados como asambleas de personas con una **problemática común**, los cuales se reunían con la intencionalidad de superar la

adicción a las drogas a través del carácter **espiritual** generado en estas juntas, como explican Fainzang (2009) y Esteve, (2014).

A esto habría que añadirle la puesta en circulación de **Ayuda Mutua** (A.M.) entre sus integrantes, a través de unas características necesarias para activar este intercambio de "*asistencia*", siendo estas la horizontalidad, reciprocidad y generalidad, como explica Canals (2002) en sus escritos.

Lo que más nos llamó la atención de Esperanza es que, si bien dentro de él pudimos corroborar que sí circulaba y se intercambiaba este tipo de ayuda, no fuimos testigos de la existencia de esa horizontalidad/reciprocidad definitoria de estos grupos, viéndonos en la obligación de abandonar los anteriores posicionamientos teóricos, y comenzar a hablar de intercambio de **conocimiento práctico**.

Lejos de lo que dice Sánchez Solís (2008), según el cual en estos grupos prevalecen los valores de igualdad y unidad, nosotros observamos unas prácticas jerarquizadas, alejadas de las ideas de este autor.

Al finalizar la investigación antes nombrada, conseguimos respuestas sobre un dispositivo determinado, pero queríamos saber si estas eran similares en otro recurso de la región de Madrid.

En Lakoma (2008), vemos la gran cantidad de dispositivos existentes en la ciudad de Madrid, con lo que nos vimos obligados a acotar nuestras intenciones, en un claro acto de viabilidad epistemológica. Si hubiéramos intentado analizar más dispositivos que los dos seleccionados, fácilmente no existiese este documento a día de hoy. Con lo que, en aras de operativizar nuestras intenciones iniciales, el dispositivo sobre el que completar el análisis comenzado con N.A. y el grupo **Esperanza**, fue un **Centro de Atención al Drogodependiente** (C.A.D.).

La selección no fue casual, sino influida por unos intereses claros. Si N.A. era una asociación no gubernamental que ofrecía tratamiento para las adicciones, el otro dispositivo a analizar debía ser uno vinculado con al Estado, tratando de generar conocimiento sobre dos de los recursos más paradigmáticos de todas las posibilidades asistenciales que ofrece el contexto analizado. La **pertenencia o no** a la red de atención **estatal**, no es sólo aquello que diferencia a estos dos recursos sino, como se verá en esta tesis, el **tipo de intervención** que se realiza en ellos, en particular en lo

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

que atañe al papel de los conocimientos prácticos y expertos en el proceso terapéutico, primando el intercambio de conocimiento práctico en Esperanza y un proceso similar en el C.A.D., con un papel determinante en éste por parte de los integrantes de los saber experto.

Los primeros meses de trabajo de campo etnográfico, se realizaron a caballo entre las reuniones de C.A.D. y una nueva **inmersión** en las juntas de Esperanza¹. Al contar todavía con **gran parte de material** almacenado sobre N.A. que no pudimos analizar profundamente para la obtención del D.E.A. y observar enseguida como las **dinámicas** y el **perfil** de gente **no había variado mucho**, enseguida decidimos **centrarnos** en el **C.A.D.**, el cual era un gran desconocido.

Las reuniones iniciales en este supusieron un torrente de **preguntas**, las cuales generaron un efecto de **extrañeza**, que poco a poco fue remitiendo según permanecíamos en el campo. Con el tiempo, esta sensación se convirtió en **familiaridad**, dado que algunos de los fenómenos que estábamos observando habían sido ya analizados en las dinámicas del otro recurso. Frases como: *“Yo, desde mi punto de vista”*, dicha por uno de los usuarios del grupo del C.A.D. o *“Lo que yo más os recomiendo”*; *“para eso estoy aquí”*, argumentada por parte del profesional que gestionaba las reuniones en el C.A.D., nos mostraron un **uso** más o menos **similar** de las intervenciones en las reuniones de este dispositivo, a lo observado en Esperanza. Pero además, dejaba entrever el papel central que tiene el profesional, rol que no existía dentro de los grupos de N.A. En ambos contextos se hacía referencia a la experiencia acumulada para mantener la abstinencia y a unas herramientas similares para conseguirlo (partiendo de unos principios generadores diferentes cada uno de ellos), la cual era intercambiada en ambos contextos, variando la forma de hacerlo pero no la intencionalidad.

La abstinencia y el modo de mantenerla, no dejaban de aparecer en cada una de las sesiones de observación de cualquiera de los dos grupos. Es por ello que, tras varios meses de trabajo de campo, consideramos que la mejor opción de comprender los dos

¹Asistimos a unas 10 reuniones de este grupo durante el 2015, para luego volver una vez cada 20 días hasta que no pusimos en fase de redacción de la Tesis. Cabe destacar que de todos los informantes con los que interactuamos en los períodos de trabajo de campo anteriores, no pudimos ver a ninguno.

recursos y el tipo de intervención generada en ellos, era centrar nuestro estudio en las **principales estrategias terapéuticas** para abandonar el consumo de drogas: la abstinencia y todas las tecnologías implementadas para su mantenimiento.

De igual manera que la investigación sobre N.A. circunscribió mis intereses en los programas asistenciales, el C.A.D. terminó de focalizar mi mirada en el colectivo **drogodependiente.**

Los adictos a las drogas forman parte de uno de los grupos **más estigmatizados** y que mayor exclusión social y rechazo generan nuestra sociedad. Romaní (1999), muestra una de las muchas explicaciones sobre lo que este autor denominó **“la construcción del problema de la droga”**, indicando como se generó una **demonización** hacia estas sustancias y sus consumidores, convirtiéndolos en un grupo susceptible de intervención social con la intención de ayudar a abandonar su condición de adicto, mitigar el estigma asociado al consumo y rehabilitarle socialmente. Varios son los autores que muestran puntos de vista confluyentes respecto de la construcción de la droga como problema, como podemos ver en Pallarés (1996), Comas (1989), Escohotado (1996), Romaní (2010) y Gamella (1997), cuyas contribuciones serán analizadas posteriormente en esta tesis doctoral.

Estos dispositivos asistenciales, no pueden ser entendidos sin los postulados teóricos de Foucault sobre el poder y el cambio en los modos de ejercerlo, conceptos que serán aclarados en el apartado 1 de este trabajo. La aparición y posterior modificación de estas respuestas asistenciales hacia las adicciones, emerge de su definición en términos de problema y no de problemática como encontramos explicado en Romaní (1999), así como del estéril intento de acabar con ellas, buscando mantener la condición social asociado con lo *“saludable”*.

El **problema de la droga** fue construido tanto en términos biomédicos como jurídico-policiales, olvidando la importancia que otras variables tienen a la hora de comprender las adicciones. Además, fue magnificado por los medios de comunicación a través de lo que se denominó la **“epidemia de la heroína”**, como vemos en Romaní (1999) y Gamella (1997), lo cual no hizo sino acrecentar la **fobia** hacia el drogodependiente por parte del resto de la población. Los **debates** surgidos sobre los **resultados** que los tratamientos y las acciones emprendidas hacia el consumidor de drogas, sirvieron para

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

mostrar la **poca eficacia** de los **recursos** asistenciales usados hasta entonces, sus **planteamientos teóricos** y las **tecnologías de poder** utilizadas para gobernar, generando la necesidad de construir otra modo de entender, tratar y manejar estas relaciones de fuerzas. Esta manera de entender estos recursos dota de sentido un estudio en términos foucaultianos de estos **dispositivos**, así como de las **intervenciones** realizadas en ellos dentro de un contexto de **discusión y cambio**, no sólo en los tipos de **tratamiento**, sino también sobre los **Modelos Explicativos** en los que se sustentan estos modos concretos de gobernar.

El **primer apartado** de esta tesis doctoral, es presentado como una conceptualización tanto de los recursos, modelos explicativos y la concepción de la droga como **problema** en España, pero además será el soporte teórico el que nos sustentemos para que el lector comprenda mejor los análisis posteriores.

Los apartados **segundo** y **tercero** analizan de manera pormenorizada, los **dos recursos asistenciales** sobre los que gira este trabajo. En ellos **identificamos** representaciones sobre el colectivo drogodependiente, los profesionales y los programas utilizados, al mismo tiempo que **reflexionamos** sobre el funcionamiento de los procesos terapéuticos que en ellos tienen lugar, analizando si cumplen con el objetivo para el que fueron creados: el abandono del consumo y la inserción de nuevo en la realidad social.

Con este fin analizaremos tanto el discurso de los expertos, como el de los usuarios que los conforman, formando ambos parte activa del proceso de abandono de la categoría de drogodependiente, plasmado en diversas herramientas de intercambio de capital simbólico con diferente importancia de estos agentes sociales según el dispositivo estudiado, las cuales sirven de instrumento pedagógico, de (auto) disciplinamiento y de control.

Consideramos necesario atender a la confluencia en el recurso del objetivo de proteger/recuperar a los drogodependientes que están en exclusión social, a la propia finalidad del dispositivo (abstinencia/inserción) y a las concepciones sobre la adicción que se manejan en la conformación/aplicación de los modelos explicativos sobre las drogas orientadas hacia esta finalidad. Esta concurrencia de objetivos, finalidades y modelos explicativos, transforman a los recursos en el escenario perfecto para analizar

Universidad Complutense de Madrid.

cómo se generan tipos de intervención concretos. Al igual que lo son para adquirir conocimiento sobre cómo plantean el proceso del abandono del consumo, en qué se basan, cuáles son las herramientas utilizadas y cómo estos elementos se ven influidos por otra serie de variables como la posición social, el género o la corporalidad, prestando especial atención a la configuración de las relaciones con los iguales y la circulación de saberes.

La rehabilitación/recuperación no es entendida en ninguno de los recursos analizados, únicamente como la consecución/mantenimiento de la abstinencia. La irrupción de un nuevo Modelo Explicativo en las adicciones, hará que la definición tradicional de adicción tenga que ser modificada en un intento de reflejar la complejidad del fenómeno.

Esta intervención, centrada en características psico-sociales, ocupará una parte central en los dos recursos analizados, teniendo en cuenta los procesos de pérdida, de estigmatización, marginalidad y exclusión social, manejados en los dispositivos en términos de distancia estructural respecto al referente significativo “*yonki*”.

Las experiencias de los usuarios de los grupos, los discursos que elaboran sobre ellos mismos (desde su relación con el propio recurso) y la utilización que hacen de estos como herramienta terapéutica, será una de las cuestiones más importante a analizar en los capítulos centrales de esta tesis doctoral.

Los usuarios excluidos/asistidos, se van conformando como tales desde sus relaciones con los iguales y los recursos a través de su condición de receptores de conocimiento. Pero a la vez, han de ser considerados como emisores de este también, dado que las dinámicas de los dos dispositivos les otorgan esta **dualidad posicional**.

Si un modo asistencial promulga objetivos y modos de entender la dependencia con los que el sujeto que los use se identifique, la relación con él se establece de forma duradera, mientras que si esto no sucede el individuo buscará otra posibilidad. Este posicionamiento de los *usuarios* en términos de *clientes* de unos recursos característicos, se constituye cada vez más en términos de *mercado* generando unas dinámicas peculiares que nos parecen importantes señalar y analizar.

Estar en el grupo y participar de él, no solo genera una manera concreta de pensar la adicción. Además capacita a sus usuarios para poder utilizar las herramientas que el

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

recurso les dota para avanzar por el proceso terapéutico, plasmándose en el uso de un tipo de lenguaje, la construcción de un tipo concreto discurso y en atenuar una serie de indicadores corporales asociados al yonki, bajo los cuales quedará representado un modo de gobierno ejercido centralmente sobre el cuerpo.

El tiempo de abstinencia, funcionará como una “**herramienta**” la cual es usada por los usuarios no sólo para **establecer** un **vínculo** entre ellos desde esta puesta en juego de conocimiento práctico, sino que permite **acceder** a posiciones de **privilegio** y legitimar sus intervenciones en el campo de la recuperación. Obviamente, estas posiciones al igual que la manera de acceder a ellas, serán diferentes según el modo asistencial al que nos refiramos, pero no podemos olvidar que todos estos al estar influidos por modelos explicativos similares, presentan procesos de segmentación similares.

Los **recursos** de intervención en las adicciones, dispositivos destinados a garantizar la recuperación de la salud y una posición no excluida en la sociedad a las personas definidas como drogodependientes, sirven para **argumentar** un análisis socio-antropológico de estos dentro de la región de Madrid.

Analizando las lógicas que subyacen en estos programas y el tipo de intervención que realizan, se pueden examinar cuestiones tan dispares como las diferentes formas de gestionar el proceso de recuperación, los conceptos utilizados y la retórica que es generada en ellos, así como las definiciones sobre la adicción generadas por ambos grupos y la creación de una nueva categoría vinculada a la recuperación, que emana de un determinado tipo de abordaje de la adicción.

El capítulo **cuarto** estará dedicado a exponer una serie de conclusiones que ayuden al lector no sólo a terminar de comprender los dos recursos analizados en los anteriores apartados, sino a enlazar esta investigación con la problemática de las adicciones en general. Esta parte, lejos de dedicarse a una simple enumeración/resumen de las características de los dos dispositivos estudiados, servirá para mostrar una visión general del fenómeno estudiado.

De estas reflexiones iniciales, fueron apareciendo **preguntas** que han sido tratadas de responder en el análisis planteado en esta tesis doctoral. Con su enumeración, damos por terminada la presentación del trabajo que a continuación van a poder leer, al considerar que el lector ya se ha hecho una idea del trabajo que tiene entre manos.

Universidad Complutense de Madrid.

- ¿Qué tipo de usuario es legitimado tanto por el grupo del C.A.D. como por el de Esperanza?
- ¿Cuáles son los principales tipos de relación de los usuarios estudiados con el resto de agentes sociales?
- ¿Qué roles ocupan tanto los drogodependientes como los profesionales/expertos en los dos contextos de estudio?
- ¿Qué Modelos Explicativos sobre las adicciones son usados en los dos recursos?
- ¿Cómo influyen variables como el tiempo de abstinencia, género, usos/sustancia y enfermedad/aspecto físico en la recuperación de los integrantes de estos dispositivos?
- ¿Cuáles son las estrategias, herramientas utilizadas en el proceso terapéutico de los dos programas?
- ¿Cuál de los dos programas tiene mayor legitimación y, en tal caso, de dónde procede?
- ¿Categorías como yonki y procesos como el androcentrismo/heroinocentrismo, están influyendo en los resultados obtenidos por los recursos y en los datos obtenidos por estos?
- ¿Qué representaciones sobre la droga, la adicción y los drogodependientes se manejan en los dos contextos?

1.2. Metodología

La siguiente **investigación** fue desarrollada a través de la implementación del **método etnográfico**. Con estos fines acudimos, regularmente y de manera prolongada, a los distintos lugares de la Región de Madrid donde se llevaban a cabo interacciones ocurridas alrededor de las reuniones programadas por los modos asistenciales estudiados (lugar de reunión de Esperanza, el C.A.D y algunas actividades fuera del ámbito de las reuniones), utilizando como **técnica de producción de datos la observación participante**. También realizamos **entrevistas en profundidad semi-dirigidas**, tanto a profesionales/expertos, como a usuarios de los dos grupos, buscando con esto atender a la mayor cantidad de diversidad posible.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Todo este proceso ha sido **complementado** con la consulta/análisis de **bibliografía** de diversas disciplinas, así como el análisis de diferentes estudios cuantitativos como el Estudios (2015), Madrid Salud (2011) y los datos de la Memoria de Madrid Salud 2015, no publicados todavía.

1.2.1. Trabajo de Campo.

1.2.1.1. Las fases del Trabajo de Campo.

El **trabajo de campo** realizado para esta investigación fue llevado a cabo en distintas fases, las cuales serán descritas a continuación buscando facilitar la comprensión de todo el proceso etnográfico.

🎧 Primera fase:

- En Septiembre de 2005, comenzó nuestro acercamiento a los diferentes grupos de N.A.
- De Octubre del 2005 a abril del 2006, participamos asiduamente de las reuniones del grupo Esperanza. De manera menos habitual, acudimos a reuniones de gran parte de los demás grupos existentes en la región de Madrid.
- De Mayo a Junio de 2006, realizamos un segundo período de **observación participante**, centrándonos ya sólo en Esperanza (sus reuniones, antes/después de estas y actividades fuera de la recuperación), tras un parón de tres semanas en el que reflexionamos sobre los datos recabados. Durante este tiempo, realizamos también **entrevistas** a usuarios y servidores de este recurso, en diferentes contextos.
- De Julio a finales de Octubre de 2006, analizamos y escribimos el trabajo "**N.A. Una nueva forma de vida**", el cual no sólo sirvió para obtener el D.E.A. y la Suficiencia Investigadora, sino que fue la base

sobre la que germinaron las preguntas sobre las que se basa este trabajo.

Segunda Fase:

- De Septiembre a Noviembre de 2014. Gestionamos el **acceso** a un C.A.D. en el que realizar observación participante, en uno de sus grupos terapéuticos.
- De Noviembre de 2015 a Abril de 2015. Realizamos un primer período de **observación participante** en las reuniones del grupo seleccionado y en el resto de los ámbitos del C.A.D. a los que tuvimos acceso (salas de espera, despacho de administración, laboratorio de metadona, pasillos, puerta de entrada).
- De Abril a Agosto de 2015. hicimos **entrevistas** a los profesionales y usuarios del C.A.D. Además, volvimos a realizar un pequeño período de observación en Esperanza, tratando de ver las posibles diferencias respecto a la primera fase de esta tesis.

Tercera Fase:

- De Octubre de 2015 a Agosto de 2016. Período de análisis de todos los datos recabados en las fases anteriores y redacción del documento que tiene entre manos.

1.2.1.2. El Acceso al campo.

Debido a la dualidad de los contextos de estudio analizados en esta tesis doctoral, el proceso de gestión de acceso al campo se tuvo que realizar por partida doble.

Acceso a al grupo Esperanza.

La gestión del acceso a este contexto se inició durante el comienzo de la ya mencionada investigación D.E.A. Durante la primera fase, tratamos de establecer una serie de contactos que ayudasen a poder asistir a sus reuniones. Uno de nuestros objetivos fue poder presenciar no sólo a las reuniones que

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

celebran para personas no adictas, sino aquellas en las que solo participaban consumidores de drogas.

Para tratar de conseguirlo utilizamos diversas estrategias, siendo la mayoría de ellas poco fructíferas: nos pusimos en contacto con N.A. Madrid, llamamos a los grupos, asistimos a las reuniones **abiertas**², etc. sin conseguir a través de ninguna de ellas nuestro objetivo de poder observar estas reuniones **cerradas**. Un día decidimos participar en una de estas reuniones “**sólo para adictos**”, a pesar de no ser consumidor de drogas. Sin pensarlo, fuimos al lugar donde se celebraban y entramos a la reunión sin decir nada a nadie. Antes de que comenzara, vimos a la persona que iba a moderarla y le dijimos que teníamos que hablar con él a su finalización.

La reunión giró alrededor de nuestra presencia, como veremos más adelante en el apartado dos.

Al finalizar, nos encaminamos junto con el moderador a una cafetería donde le contamos las intenciones de usar N.A. como objeto de estudio. La estrategia usada fue remitirme a un **pasado de consumo**, dejando bien claro que además de buscar mantener esa situación abstinerente, estábamos preparando un trabajo para la universidad sobre esta organización. Esta persona comentó que **no había problema**, pero que en un primer momento no dijésemos al resto de los usuarios nuestro rol de investigador, dado que algunas personas podían sentirse incómodas. Así que empezamos a asistir a las reuniones de esa manera, con la intención de revelar la posición de investigador cuando nuestra presencia en el grupo estuviese normalizada y no pudiese generar la expulsión de este ámbito privado.

A los seis meses de asistir a las reuniones, revelamos nuestro rol de investigador, lo cual lejos de generar conflicto, hizo que algunos de los usuarios del grupo decidiesen ayudarnos con las entrevistas, incluso ofreciéndose voluntarios una gran parte de ellos.

Una vez aceptado como parte de Esperanza, sentimos que estábamos legitimados para poder asistir a reuniones en los demás grupos de Madrid,

² De esta manera se llaman a las reuniones en las que pueden participar población no adicta.

siendo esto lo que hicimos. Las referencias a formar parte de un grupo de N.A., al moderador de nuestra primera reunión (el cual era muy conocido en la mayoría de los demás grupos) y conocer las dinámicas que en ellas ocurrían, nos abrieron las puertas a otros contextos de estudio como las reuniones de coordinación, actividades fuera de las juntas y alguna “*quedada*” asociada al ocio, asistiendo a todos estos eventos siempre que el contexto de la investigación lo permitiese.

↳ **Acceso al grupo del C.A.D.**

El acceso al C.A.D. fue gestionado a través de **contactos personales**. Durante la obtención de un título propio de la Universidad Complutense de Madrid vinculado con las adicciones, conseguimos establecer bastantes relaciones con persona relacionadas con las dos redes asistenciales de adicciones de Madrid. A través de una de estas, pude reunirme con una psicóloga que gestionaba un grupo terapéutico de adictos a las drogas en un C.A.D. En esa reunión, tras comentarnos que también estaba realizando su tesis doctoral, dejó que participáramos de las dinámicas de su grupo. Las únicas **condiciones** fueron respetar la **confidencialidad** y hacernos **voluntario** de la institución que gestiona el C.A.D., funcionando esta afiliación como elemento legitimador a la hora de participar en las reuniones. El trámite fue muy sencillo y en menos de 15 días ya estábamos realizando observación, pudiendo acceder al C.A.D. La **estrategia** a seguir respecto a rol asignado en el campo por los usuarios fue similar a la de Esperanza. No contamos al grupo nuestras intenciones investigadoras hasta que no normalizaron nuestra presencia en las reuniones, sucediendo esto más o menos a los dos meses.

Estas dos experiencias relacionadas con la gestión del acceso al campo, nos sirvieron para constatar que las **vías de acceso menos oficialistas**, fueron mucho más efectivas que el **trato directo con las instituciones**. La **vía oficial** resultó imposible, debido a la gran cantidad de **trabas** encontradas con la intención de salvaguardar la identidad de los usuarios de estos recursos. La **resistencia institucional** ante nuestra presencia, fue plasmada en reuniones previas, permisos, derivaciones, etc. El análisis de estas

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

prácticas de resistencia, muestra la **falta de voluntad** por parte de las instituciones a abrir sus puertas como objeto de estudio, así como las **prácticas paternalistas** que mantienen con sus usuarios. Protegerlos y evitar ser identificados, supone no poder ser definidos como adictos fuera del grupo, generando una **atenuación del estigma** drogodependiente. Todavía recuerdo frases de estas reuniones tanto para la entrada en el C.A.D. como en Esperanza del tipo: *“no cuentes nada fuera de las personas que están en el grupo”*, *“aquí la gente es muy susceptible con saber cosas de su vida”*, etc. lo cual chocó con la gran predisposición de muchos de nuestros informantes a la hora de entrevistarse con nosotros.

1.2.2. Lugares seleccionados para realizar observación participante.

La entrada al campo se realizó de la manera descrita en el apartado anterior, lo cual nos permitió el acceso a:

Narcóticos Anónimos.

- 1) Grupos de N.A.
 - a) Grupo Esperanza
 - i) Reuniones, interacciones antes y después de la reunión en la puerta, quedadas fuera del ámbito de la recuperación.
 - b) Otros grupos de N.A. Durante los primeros meses de observación asistimos a reuniones de otros grupos. Cuando pudimos corroborar que todos tenía una estructura similar, nos centramos en Esperanza.
 - c) Reuniones de trabajo, coordinación y gestión. Al ser identificado como parte de N.A. Pudimos participar en alguna de estas reuniones, con la intención de conocer que se hacía en ellas.
 - d) Otros ámbitos de N.A. Esta institución a veces organiza convivencias, reuniones de varios grupos, eventos, etc. fomentando el sentimiento de pertenencia. A pesar de nuestra intención, no pudimos asistir más que a una convivencia en un

hotel, donde se juntaron personas de toda España a relatar su experiencia de recuperación.

2) C.A.D.

- a) Sala de Espera del C.A.D. Lugar en el que los usuarios esperan para entrar a las consultas, recibir su medicación o pasar al grupo.
- b) Laboratorio. Lugar donde se fabrica y dispensa la metadona. Durante un par de días pudimos participar de estas dinámicas.
- c) Pasillos del C.A.D.
- d) Despacho de Administración. Donde se hace atiende a los usuarios en cuestiones administrativas.
- e) Reuniones del grupo seleccionado para este trabajo.
- f) Interacciones anteriores y posteriores entre sus integrantes tanto en la puerta del centro como en la sala de espera.

A continuación vamos a exponer de manera breve, información relativa a los distintos **contextos de observación** utilizados para conformar esta tesis doctoral.

El Grupo Esperanza:

Las reuniones de este grupo de N.A. son realizadas todos los días de la semana menos el sábado, siendo su duración de una hora y treinta minutos. El lugar donde se celebran se encuentra en una zona céntrica de Madrid, cerca de varias paradas de autobús y una de metro, facilitando la llegada al lugar a sus integrantes. Está dentro de las instalaciones de una iglesia.

La falta de registros escritos sobre el grupo y sus reuniones, nos impidieron saber ciertamente el año de fundación, aunque muchos de nuestros informantes se refieren a él como el grupo más antiguo de Madrid, de ahí su importancia y la selección de este como parte central de nuestro estudio.

Uno de los contrastes observados durante el trabajo de campo, fue las pocas referencias religiosas encontradas en este contexto. Pertenecer al conjunto de estancias de una iglesia y el imaginario popular relacionado con N.A., hace pensar en la existencia de vínculos entre lo religioso y las reuniones del grupo. Nada más lejos, de la realidad. Durante todo el trabajo de campo, jamás vimos al cura ni a nadie relacionado

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

con la iglesia en las inmediaciones del lugar donde se realizan las juntas. Además, la zona donde se celebran las reuniones, prácticamente no tiene ningún símbolo relacionado con el lugar en donde se encuentra ubicado.

El grupo del C.A.D.

Este se encuentra ubicado en el centro de Madrid, siendo uno de los primeros dispositivos para el tratamiento de las adicciones que se abrió en esta región.

La entrada al centro pasa bastante desapercibida, ya que sólo un pequeño cartel de Madrid Salud lo identifica. Contrario a nuestras primeras impresiones, nunca hemos visto aglomeraciones de usuarios en las inmediaciones, por lo menos en los horarios en los que nosotros accedíamos a él. A pesar de no haberlo visto, sabemos a través de nuestra experiencia como colaborador con la **Asociación Proyecto Hogar**, que en algunas horas del día son muchos los usuarios que se agolpan en la puerta. Los motivos para estas acumulaciones eran, bien por estar cerca a los horarios de recogida de metadona en el centro, bien por la apertura de otro recurso asistencial con el compartían instalaciones.

Su buen emplazamiento hace que se pueda acceder a él tanto en transporte público como a pie, dado que hay paradas de tren, metro y autobús a escasos metros de su ubicación.

Estas reuniones se celebraban en uno de los despachos de este recurso asistencial. El grupo se realizaba una vez a la semana, con una hora y media de duración, siempre que hubiera profesional para moderarlo. En caso de poder asistir ninguno, la reunión se suspendía.

1.2.3. Metodología utiliza en esta investigación.

Como aclaramos al inicio de este apartado, algunas de los cuestionamientos y representaciones utilizadas en tesis doctoral nacieron del proyecto “**N.A. Una nueva forma de vida**”.

Consideramos importante indicar la temporalidad dedicada a la observación participante, así como el número de entrevistas e historias de vida realizadas, buscando dotar de base empírica el proceso de este trabajo.

El Grupo Esperanza.

- € Observación participante: 10 meses de observación participante diseminados entre 2005, 2006 y 2015, durante los cuales asistimos a cuatro reuniones semanales de N.A.
- € Entrevistas en profundidad: el anonimato, el carácter confidencial de las reuniones y la invisibilización voluntaria³ de los integrantes, dificultaron la captación de informantes para ser entrevistados. Para esta parte de la investigación realizamos tres entrevistas a usuarios y dos a “expertos”. De ellas tres fueron realizadas a hombres y dos a mujeres.

Veamos un resumen de las características de los usuarios entrevistados.

Jose Antonio: en el momento de la entrevista acumulaba 7 meses de tiempo de abstinencia. Esta persona, cercana a los 30 en el momento de la entrevista, consumía heroína principalmente.

Elías: hombre de unos 50 años abstinentes desde hace cinco años, fue consumidor de heroína y alcohol.

Carmen: mujer de unos 45 años con cerca de cinco años sin consumir drogas. Esta persona verbalizó consumos de heroína principalmente.

Pablo: hombre de unos 45 años, llevaba cinco meses sin consumir alcohol y heroína.

Martina: mujer de unos 47 años, la cual nos contó durante sus entrevistas consumos de heroína, cocaína y alcohol. En ese momento, llevaba dos meses *limpia* tras una recaída.

El C.A.D.

³ Los usuarios tratan de ocultar su condición de adictos/usuarios de recursos asistenciales como estrategia de atenuación del estigma.
Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

- ☾ Observación participante: 9 meses de observación participante entre 2014 y 2015. Durante este período de tiempo, asistimos a la reunión semanal del grupo y de manera aleatoria, al C.A.D. durante su funcionamiento habitual, para observar sus principales dinámicas. El rol de voluntario sirvió para abrirnos muchas puertas, pero también para tener que asumir tareas asociadas con este puesto, siendo esto algo tomado en cuenta a la hora de analizar la información recogida.
- ☾ Entrevistas en profundidad: en este recurso encontramos menos trabas a la hora de poder utilizar esta herramienta. Durante esta parte de la investigación realizamos dos entrevistas a profesionales, ambos del género femenino. Y tres a usuarios, todos ellos hombres.
- ☾ Historia de vida: finalizando el período de observación, se nos presentó la posibilidad de poder utilizar esta técnica de producción de datos con uno de los usuarios. En el período en el que estamos redactando este documento, no hemos podido finalizarla, con lo que no han sido utilizados para el análisis posterior.

Igual que con el recurso anterior, adjuntamos un resumen de las características de los usuarios entrevistados:

Villarreal: hombre de 51 años. Consumidor de heroína y hachís. En tratamiento con un programa libre de drogas.

Rosendo: hombre de 47 años. Consumidor de heroína y cocaína. En tratamiento con Metadona.

Santos: hombre de 45 años. Consumidor de heroína y alcohol. En tratamiento con un programa libre de drogas.

Doro: mujer de 33 años. Psicóloga. Coordinadora del grupo de estudio.

San: mujer 55 años. Coordinadora del C.A.D.

Consideramos interesante apuntar que, ante la imposibilidad de grabar o tomar anotaciones de aquello que ocurría en las reuniones, los verbatim utilizados durante todo el documento son reconstrucciones realizadas en el diario de campo a la mayor brevedad posible, justo después de los períodos de trabajo de campo. Durante la
Universidad Complutense de Madrid.

observación, sólo podíamos tomar pequeños apuntes los cuales fueron usados para reconstruir aquello que habíamos observado, prácticamente al momento de salir de los dos grupos.

Las entrevistas y la historia de vida, si fueron grabadas bajo el consentimiento de los entrevistados. Todos los nombre utilizados en esta tesis doctoral, son ficticios.

1.2.4. Entrevistas.

El tipo de entrevista utilizada fue semi-estructurado y en profundidad. En todas ellas contamos con un guion previo, basado en aquellos temas que consideramos imprescindibles para poder responder a las preguntas planteadas en esta tesis. Como ya hemos señalado, la captación de usuarios para llevarlas a cabo fue mucho más difícil en el grupo Esperanza, con lo que en él utilizamos bastante las conversaciones informales, las cuales eran transcritas con la mayor brevedad posible.

Las tablas adjuntadas en el apartado anterior, sirven para ver la distribución de entrevistas entre profesionales/expertos y usuarios de los dos dispositivos, no teniendo posibilidad en ningún momento de hacer lo mismo con los familiares, debido a la gran dificultad encontrada para poder tener contacto con ellos.

La confidencialidad y el anonimato, fueron barreras infranqueables para llegar a ellos.

1.2.5. Observación participante.

Como ya hemos comentado, las principales unidades de observación fueron las reuniones de los dos grupos estudiados, sin olvidar la realizada en otros ámbitos relacionados con los N.A. y el C.A.D. ya nombrados anteriormente.

Centrarnos en observar las reuniones, sirvió para producir datos susceptibles de ser analizados posteriormente, buscando con ellos comprender las dinámicas surgidas en estos recursos, los conocimientos y estilos de vida que promueven, así como las relaciones entre los usuarios y los profesionales/servidores y las principales herramientas para conseguir los objetivos que se plantean.

De la observación de otros ámbitos, tanto internos de los dispositivos como externos a ellos, buscamos comprobar si las relaciones establecidas en ambos se mantenían fuera, es decir, si aquello que se hace en los grupos sigue vigente en otros contextos y

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

cuál es la actitud de los integrantes de los dos dispositivos fuera de ellos, ya sean en jornadas talleres vinculados con las instituciones o no.

Complementario a esto, efectuamos una revisión de estudios, informes y otros documentos relacionados con las adicciones de la Región de Madrid y sus dos redes asistenciales, los cuales fueron analizados y tomados en cuenta para el desarrollo de esta tesis doctoral.

*2. Circuitos de intercambio de
saberes. Hacia una
conceptualización de las
adicciones.*

2.1. La biopolítica de los modos asistenciales para drogodependientes.

Aclarar conceptualmente el modo en que en esta tesis vamos a entender y emplear la noción de **poder** se convierte en un algo fundamental epistemológicamente hablando, dado que será central a la hora de abordar algunas de las dimensiones del “**problema de la droga**” y la configuración de los dispositivos.

Utilizaremos el término poder, siguiendo la definición creada por Foucault (2003). Según este autor, el concepto representa *“la multiplicidad de las relaciones de fuerzas inmanentes y propias del dominio en que se ejercen, y que son constitutivas de su organización”*. Respecto al fenómeno analizado en este texto, resulta indispensable entenderlo como una **relación de fuerzas**⁴, es decir, no como un objeto, una forma, una institución o algo sustancial que pueda llegar a pertenecer a nadie.

Estos vínculos son encontrados en todo tipo de ambientes y bajo diferentes aspectos. Al ser algo móvil, que no puede estar en manos de nadie, el poder se considera inherente a toda relación social, por lo que puede ser encontrado e identificado tanto en prácticas como interacciones, en instituciones y dispositivos de diversa índole. Frente a un tipo representación jurídica y formal de este, este autor propone una reflexión analítica de las formas localizadas en que es ejercido, las cuales sólo a posteriori pueden dar lugar a una comprensión de la lógica de conjunto que surge de las articulaciones estratégicas entre los focos locales de poder. Frente a una lógica piramidal, la analítica del poder propuesta por Foucault es esencialmente múltiple y dispersa, aplicada a las realizaciones locales en dispositivos de saber y poder.

Las **relaciones** de los actores con el poder son incorporadas corporalmente, sirviendo el estudio de estas como vehículo sobre el que sustentar análisis de procesos superiores. El cuerpo será pues, un lienzo en el que quedarán estampadas esas relaciones de fuerzas a las que nos referíamos, existente entre el individuo/instituciones y dispositivos sanitarios, políticos, sociales, etc.

⁴ Estas a su vez han de ser entendidas como una multitud de interacciones reguladas socialmente, de forma coercitiva.

Foucault (2000) dijo, *“el cuerpo puede ser educado, manipulado... ha de ser **domesticado** para aceptar la relaciones de poder, con el fin de ser útil socialmente”*, entendiendo esta **utilidad social** como *“la asunción de un papel configurado sobre aquello que las instituciones de gobierno consideran que ha de ser desarrollado por el individuo”*. Foucault (2003), explicó como esto se conseguía a través de la **disciplina**, articulada desde una serie de elementos que definió como **tecnologías**, sobre el que hablaremos un poco más adelante.

Siguiendo con el texto anterior, el individuo tiene una funcionalidad asignada socialmente. El agente social, incorpora estas relaciones de fuerzas existentes a través de una serie de dispositivos, disciplinando y plasmándose a nivel corporal, tratando de evitar comportamientos **no considerados como óptimos**, generando herramientas que traten tanto de reubicar a aquellos que estén en esta situación, como generar herramientas elementos de índole punitiva.

Foucault (1976), describió la transición a la **modernidad** como *“el paso, hacia el siglo XVIII, del poder soberano al biopoder”*, o de otro modo, el cambio del *“viejo poder de dar la muerte al poder de hacer vivir”*. Este cambio entre **matar** y **mantener la vida**, fue implementado través del **conocimiento** y la **acción**, es decir, desde una **dialéctica** entre los **saberes expertos** y los **prácticos**, plasmado en transformaciones en la manera de gobernar, en los sujetos gobernables y en cómo hacerlo.

Foucault (2003), vinculó el desarrollo del **capitalismo** con la inclusión de lo corporal dentro de su aparato de producción. El cuerpo es algo que ya no solo se controlaba, sino que además podía ser producido y modificado. Aguilera (2010), se refirió a estas modificaciones como *“el movimiento que ha surgido desde el siglo XVIII tratando de racionalizar los problemas propios de los seres humanos como salud, higiene, sexualidad, natalidad, longevidad, razas... por parte de la práctica gubernamental”* (Biopolítica, poder y sujeto en Michel Foucault, página 33). Se trata de un cambio en el modo de gobernar, invadiendo la política nuevos contextos como el de la salud, pasando a ser producción de cuerpos saludables un asunto de estado, lo cual fue denominado como **biopolítica** por Foucault.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Este escritor en Foucault (2007), distingue dos dimensiones dentro del conjunto de estrategias a través de las cuales se trata de producir al individuo en una multiplicidad de contextos, buscando identificar el despliegue de lógicas que son inmanentes a estas estrategias. Foucault (1976) habló de *“una gran tecnología con dos vertientes, que conseguirá abarcar, y por lo tanto invadir, las dos dimensiones de la vida: el organismo, con sus mecanismos, y la biología, con sus procesos globales”*. Así, Foucault hablará de **anatomopolítica** del cuerpo humano y **biopolítica** de la población. Esta primera es entendida como *“conjuntos de estrategias de poder individualizantes, centrada en los agentes sociales como individuos, estructurando sus cuerpos”*. La **biopolítica**, sin embargo se centra en *“estrategias que tienen como objeto a poblaciones humanas, grupos de seres vivos regidos por procesos y leyes biológicas”*.

A pesar de estas diferencias, estos dos conjuntos de técnicas de poder, **difícilmente operan sin aparecer ambas articuladas** conjuntamente, aunque si encontramos variaciones en la importancia que se le otorga a cada una.

Nuestra tesis doctoral se estructura alrededor del estudio y comparación de dos programas de tratamiento de drogodependencias. Ambos conforman estas estrategias de control, ya que las dos reconducen y gestionan una situación socialmente definida como problemática respecto al objetivo de buscar y mantener aquello considerado como salud y saludable, tanto en la gestión del cuerpo individual como del cuerpo político. En las instituciones analizadas, se articulan tanto técnicas anatomopolíticas como biopolíticas de gobierno de los cuerpos “indóciles” de los adictos, así como de gestión del “problema de las drogas”. Será a través del análisis de estos dispositivos donde conoceremos las estrategias por medio de las cuales disciplinan a sus integrantes, plasmándose estas modificaciones en sus corporalidades y en el modo de entender las relaciones de dependencia con algunas sustancias.

Foucault (1976), introdujo el concepto **biopoder** para definir el despliegue de *“tecnologías de poder implementadas por el Estado para tratar de preservar la salud, seguridad y productividad de la población”*. Estas intervienen tanto desde la anatomo como de la biopolítica, para regular cuerpos “indóciles” y gestionar el uso “saludable” de los “placeres” de la población.

El problema de la droga resulta susceptible de explicarse como un espacio en el que se cruzan diferentes tecnologías de poder, articuladas en dispositivos y estrategias para gobernar poblaciones y disciplinar el cuerpo del “*yonki*”, construido del modo explicado en Romaní (1999). En este proceso, se generan instituciones, dispositivos y definiciones de la salud, la adicción y el sujeto saludable que tienen un impacto inmediato en el gobierno de los cuerpos adictos.

Tanto la antigua posibilidad de gobernar desde la “*muerte*”, como la basada en mantener un tipo característico de salud y unos intereses concretos, articulan **estrategias de control** alrededor de unas **tecnologías de dominación**. Por ende, el **biopoder** será expresado a través de estas **técnicas disciplinantes**, bien sea ejerciendo sus políticas en los cuerpos (anatomopolítica), o a través de dispositivos y tecnologías de la vida biológica (biopolítica).

Foucault (2008), introduce el concepto **tecnologías** refiriéndose “*a los dispositivos, sistemas prácticos, reglas, normas y procedimientos tanto para el gobierno de sí y el los otros*”. Las divide en:

1. Tecnologías de **producción**, que serían aquellas que transforman o manipulan cosas.
2. Tecnologías del **sí mismo**, estrategias de subjetivación propias de cada persona.
3. Tecnologías de **gobierno**, divididas en el gobierno de los otros y el gobierno de sí mismos, como queda explicado en Lahire (2004).

Estas técnicas, entendidas como herramientas en las que sustentan la anatomo y biopolítica, operan de manera conjunta, funcionando como herramientas disciplinantes, reguladoras y a la vez generadoras de la “**normalidad**” socialmente aceptada. Será en este marco en el que analizaremos aquellos dispositivos sobre los que se estructura esta tesis doctoral, examinando el modo en que a través de ellos cristaliza una estrategia general de gobierno basada en lo saludable, aunque estas políticas también pueden derivar en **resistencia** ante aquello que se trata de imponer socialmente a través del conocimiento generado en estos dispositivos, estrategias que también se analizarán en los documentos posteriores.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Rose, O`malley y Valverde (2006), presenta en su texto como el concepto **gubernamentalidad** a través del gobierno de las poblaciones y los sujetos desde el conocimiento y a través de una serie de tecnologías, planteándolo como una evolución de la concepción saber/poder en las sociedades capitalistas. Según estos autores, al ir desapareciendo los sistemas feudales, *“la Contrarreforma protestante cuestionan y transforman las formas de gobierno del alma y de la vida predicadas por la pastoral católica”*. Se pasó de gobernar buscando la obediencia de los súbditos a las leyes y al soberano, a la búsqueda de la prosperidad de la población, siempre obviando el papel del individuo como parte del proceso.

Foucault define el concepto de gubernamentalidad como:

“Conjunto de instituciones, procedimientos, análisis y reflexiones, cálculos y tácticas que han permitido ejercer esta forma específica de poder que tiene por blanco la población, por forma principal de saber la economía política, y por instrumentos técnicos esenciales los dispositivos de seguridad, entendida en el sentido amplio de técnicas y procedimientos para dirigir el comportamiento humano”. Gobierno de los niños, gobierno de las almas y de las conciencias, gobierno del hogar, del estado o de sí mismo”. (Foucault 2006).

Con respecto a los dispositivos analizados en este trabajo, es necesario subrayar que la racionalidad de mantener la salud, devolvérsela a los adictos y el **cambio** que supuso ver al consumidor de drogas como un *“enfermo”* y no como un *“malhechor”*, no solo les concede la posibilidad de entender la recuperación como un proceso, sino que les otorga un papel activo en este, situando las subjetividades en el centro de la actividad y la conceptualización de los dispositivos.

Antes de continuar, consideramos importante reflexionar sobre el concepto **subjetividad**, al tener gran relevancia para este trabajo. Esta se conforma por una serie de disposiciones concretas, de *“hábitus”*, de saberes, de estilos de vida, de valores... concretados en la realidad contextual de cada persona. Lahire (2004), explicó como su proceso de construcción debía de ser definido como *“incorporaciones de disposiciones”*. Una **“disposición”** es entendida como algo **vivido e incorporado**, que se convierte en modo de vida y produce modos de actuar, valores, sentimientos... en el

Universidad Complutense de Madrid.

individuo. Cada contexto en donde interactúa el agente social y experimenta su socialización, termina generando e integrando estas disposiciones, conformándolo tal y como es. Un individuo, atraviesa diferentes situaciones (similares o contradictorias), en donde se generan procesos de socialización, con lo que el sujeto incorporará diferentes roles según la actividad social en la que se encuentre, dentro del marco de una sociedad capitalista.

El análisis que presenta esta tesis doctoral, entiende que los recursos asistenciales conforman unas tecnologías generadas dentro del marco de gestión del drogodependiente, cuya finalidad es ofrecer dinámicas que faciliten la modificación del “**estilo de vida**” asociado al consumo de drogas, por una serie de disposiciones, valores y nuevos “**habitus**”, directamente relacionados con la ideología del recursos que los origina e incorporados a aquellos propios del sujeto que emergen del resto de contextos relacionales de su vida.

Para nosotros al igual que para Lahire (2004), el individuo es el resultado de múltiples interacciones sociales que lo conforman, es decir, la forma en que las prácticas vividas lo conforman plasmándose en lo corporal. Entenderemos las experiencias sociales, desde su heterogeneidad, las cuales constituyen a los individuos desde la pluralidad.

El cuerpo será según Foucault (1992), *“la superficie de inscripción material de sucesos acontecidos en la diversidad de contextos, construido socialmente al participar de la vida cultural, generando una corporalidad original e individual”*. El cuerpo es un significante que adquiere sentidos y significados en sus puestas en escena, de ahí que la subjetividad se constituya a la par que él. Por este motivo los recursos analizados en este trabajo, al ser herramientas que buscan favorecer el cambio en la manera de relacionarse con las drogas, modifican también la corporalidad.

Estas variaciones se originan desde la inscripción y pertenencia a un nuevo círculo social, como son los dispositivos asistenciales. En ellos se ofrece un lugar de reconocimiento como miembro, asociado a un conjunto de valores, sentidos compartidos e impuestos. La consolidación del vínculo sujeto/institución genera nuevas disposiciones, las cuales organizan un “**proyecto de vida**” materializado en una corporalidad concreta. Los usuarios que permanezcan en los grupos, tenderán a

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

incorporar un lenguaje concreto, conductas ritualizadas, modos de interpretar la realidad y hexis corporales, acordes con unas formas concretas de organizar la vida.

Estas nuevas disposiciones conformarán nuevas subjetividades, las cuales en la actualidad, corresponden a estrategias de gobierno de modos de gobierno neoliberales.

Foucault (2006), refiere que hay una modificación en el ejercicio del poder o, como él lo denomina en el “**arte de gobernar**”, gracias a los cambios acontecidos al aparecer nuevos agentes sociales dentro de la política y el modo en que esta se ejerce.

Borsò (2003), respecto al arte de gobernar, lo define como “*técnicas mediante las cuales desde el siglo XVIII la administración, la distribución y a la vez la multiplicación del poder sustituyen al poder soberano, por la creación de **tecnologías de poder***”. El gobierno, como parte de ellas, aporta un cambio drástico respecto al modelo basado en dar muerte feudal, ya que no sólo se busca determinar la conducta de los otros, sino orientarla hacia lo considerado/deseable en función de un conjunto de saberes expertos.

Paloma Massó (2014), explica esto “*como el cambio sobre la población como objetivo e instrumento del poder y el saber estatal en tanto economía política*”. Esta autora considera que este nuevo contexto, generará una nueva especialización en el control sobre las drogodependencias:

“Tendrá lugar un juego de desplazamientos a partir del cual tanto las prácticas de consumo (cuya localización está sujeta a las dinámicas internas de las propias subculturas, pero también a las estrategias biopolíticas) como las tecnologías de poder que se ejercen sobre los cuerpos pasan a ubicarse en emplazamientos periféricos” (Paloma Massó 2014).

Así, en nuestro contexto de investigación, esta periferia se entenderá como una aparición en paralelo de elementos externos al sistema sanitario tradicional, generando sus propias redes asistenciales. Estas, entre las que se encuentran nuestros dispositivos estudiados, supusieron una **normalización** de esto tratamientos, pero a la vez la creación de tecnologías específicas como parte del proceso que estamos analizando, vinculadas con la construcción de la problemática de las drogas y la

Universidad Complutense de Madrid.

aparición de discursos hegemónicos sobre esta realidad, como legitimadores de estas dinámicas de poder.

La modificación en los contextos asistenciales fue acompañado de un cambio en la manera de significar la adicción, reconfigurando las intervenciones basadas en los Modelos tradicionales médico/jurídico y, tratando de captar toda la variabilidad de un fenómeno tan complejo, dejando entrar a otras disciplinas. Este giro en “**el arte de gobernar**”, produciendo nuevos modos de intervención los cuales mitigaban la importancia de la perspectiva biomédica/jurídica, concretándose en una nueva biopolítica de la droga.

En esta tesis doctoral planteamos un análisis de dos dispositivos asistenciales, dentro de los cuales la puesta en juego de los saberes prácticos de los usuarios en el proceso de redefinición de su subjetividad, ocupan un rol central como estrategia terapéutica. Este papel desempeñado por los sujetos, lejos de ser pasivo, les dota de un protagonismo activo en su propio proceso de rehabilitación, siendo esto un aspecto clave en las tecnologías de gobierno que analizamos posteriormente.

En estos contextos de intervención, los usuarios pueden mostrar, narrar y recibir tratamiento sobre algo que fuera de los centros está seriamente estigmatizado. Los grupos, serán espacios mitigadores de estigma del “yonki”, en los cuales se puede **hablar** sobre lo que fuera de ellos está denostado, la adicción. A la vez, aquello que se identifica corporalmente como propio del adicto a las drogas, se irá controlando/significando como símbolo de la recuperación de la salud promovida socialmente. Estos recursos asistenciales, son dispositivos concretos a través de los cuales ejercer este **gobierno de los cuerpos adictos**, interpretando el conocimiento práctico que sus usuarios ponen en juego en estos contextos, como una estrategia de **valorización** (terapéutica), al seno de estos dispositivos. Su experiencia será a la vez **táctica terapéutica y tecnología de poder**, a través de la cual articular las nuevas formas de gobierno a la que nos hemos referido.

En los recursos que analizaremos posteriormente, se produce un constante diálogo entre su ideología y prácticas terapéuticas. El conocimiento práctico expresado a través de unos tipos de narrativas concretas, revaloriza su papel dentro de la

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

recuperación/rehabilitación. Como ya veremos, este papel puede tener ciertos grados de actividad, pero siempre será mucho más dinámico que en Modelos anteriores donde eran totalmente pasivos.

Para comprender mejor el paso hacia estas nuevas tecnologías de poder, consideramos interesante referirnos a Rose, O`malley y Valverde (2006). Estos autores nos advierten de cómo, el paso al neoliberalismo, fue caracterizado por un **cambio en la manera de gobernar**. Esto no dejó de ser una crítica hacia el **gobierno excesivo** de los anteriores períodos, modificándose por la articulación de tecnologías como característica de un gobierno **más atenuado**. Será el concepto de **gobierno neoliberal** el que defina ese **arte de gobernar**, la forma, las condiciones y el tipo de gobierno, precisando estrategias y tecnologías a poner en juego, a la hora de mantener las relaciones de fuerza al seno de tecnologías de poder específicas.

Según estos autores, los discursos críticos sobre el estado del bienestar, reproducidos por los medios de comunicación e implementados en estrategias de mercado, comenzaron a centrarse en los errores del conocimiento experto para mantener el concepto de *salud y felicidad* manejado por las instituciones y los profesionales del bienestar. Este cuestionamiento queda plasmado en la necesidad por parte de los gobernantes de comprender aquello que va a ser gobernado, así como del diseño en consecuencia de las herramientas usadas para conseguir los objetivos buscados.

Este cambio en las estrategias de gobierno, necesitó de una serie de dispositivos los cuales creasen individuos que no necesitaban ser gobernados por otros, sino que lo harían por sí mismos, como parte un proceso que Rose, O`malley y Valverde (2006), llamaron **gobierno en la distancia**. El cambio en las formas de gobierno basado en una pérdida de credibilidad en parte de los expertos y dispositivos de gobierno del Estado del Bienestar, generó nuevas relaciones y legitimaciones basadas en la propia toma en cargo del sujeto en su gobierno.

Rose, O`malley y Valverde (2006), afirman que *“nuevas redes sociales, autoridades, grupos, individuos e instituciones, ensamblados a través del lenguaje, les servirán para volverse aliados en el gobierno”*. Estas relaciones *“actúan desde un centro de cálculo tal como una oficina de gobierno u oficinas centrales de organizaciones no-*

Universidad Complutense de Madrid.

gubernamentales, sobre los deseos y actividades de otros que estaban espacial y organizativamente diferenciados". Este proceso dota de intencionalidad al cambio realizado por parte de los propios agentes sociales. Rose (1996), argumenta cómo estos sujetos de gobierno activos, participan de sus propias maneras de gobernar. En estos contextos o centros de cálculo, se delinean tecnologías con las que los sujetos controlen su conducta y comportamientos, concediendo autoridad a expertos.

Los recursos analizados en esta tesis son articulados como procesos de gobierno a través de tecnologías de poder, para alcanzar el tipo de subjetividad responsable promovida por los conocimientos expertos, las cuales funcionarían como modos de autorregulación.

En estos dos dispositivos, como veremos más adelante, los usuarios participan de su propio proceso de abandono de la drogodependencia, en mayor o menor medida. En ellos el discurso y la manera de utilizarlo/legitimarlo es un elemento clave, apareciendo como una importante herramienta sobre la que sustentar estas nuevas formas de gobierno. Como veremos, el cuerpo en su materialidad jugará también un papel central, en tanto que en él quedarán plasmados simbólicamente estos procesos.

2.2. Modelos básicos de definición de drogas.

Antes de acometer el análisis de las reuniones que tienen lugar en dos de los Modos Asistenciales más utilizados en la región de Madrid, consideramos necesario explicar algunos de los conceptos y procesos sobre los que vamos a basar nuestro posterior análisis.

Según lo comentado en el apartado anterior situamos a las adicciones y su tratamiento dentro del ámbito de la biopolítica el concebirlas como Foucault (2008), desde el *"gobierno y gestión de la salud de la población"*, enmarcado en, y ampliando el sentido de, el proceso de medicalización de los problemas sociales. Sin olvidar intervenciones basadas en lo individual desde lo anatomopolítico, buscando docilizar los "cuerpos". Ambas, como tecnologías de poder, articulan una serie de discursos hegemónicos basados diferentes modos de explicar la adicción, siendo estos los que trataremos de explicar en este apartado.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Este **problema social complejo** y multifactorial, sólo puede ser **analizado** a través de sus **causas** y **consecuencias**, así como por sus **componentes** e **implicaciones**. La multiplicidad de elementos comprendidos en ella, remiten a una complejidad conceptual susceptible de tomarse en cuenta, para un correcto análisis de esta realidad.

Como ya defendió Romaní (1999), *“el consumo de drogas está conformado por variables psicológicas, médicas, bioquímicas, sociológicas, etnológicas, jurídicas, económicas, políticas, educativas, históricas, éticas”*. Esta variabilidad debería impulsarnos a contemplar dicho fenómeno social complejo, lo más alejado posible de cualquier reducción o determinismo.

Serán las diversas disciplinas, las que analicen las drogodependencias, a través de la creación de unos modelos explicativos sobre el fenómeno al que nos estamos refiriendo.

Romaní (1999), define el concepto **Modelo** como *“sistemas cerrados, más o menos coherentes, de un conjunto de discursos y normas debidamente jerarquizados, y formas de acción y procesos de institucionalización derivados de ellos”*, diferenciándolos de los paradigmas, ya que estos últimos serán aquello sobre los que se sustenten los primeros.

Por su parte, Molina y Romero (2001) lo conceptualizan como, *“la integración en una unidad de los aspectos ontológicos, epistemológicos y metodológicos de una forma determinada de práctica profesional”*, siendo estas las definiciones de Modelo que hemos usado para analizar los referentes explicativos analizados en este trabajo.

De todos los posible Modelos posibles, las adicciones manejan el **denominado de intervención**. Heinich (1975), decía que su función consiste en *“proponer líneas de actuación práctica en relación con el fenómeno concreto”*. Esta manera de intervenir es propia de las **ciencias aplicadas**, al estar generados desde lo **prescriptivo/normativo**. Los **modelos de intervención en adicciones**, aportan una visión del proceso, de cómo, sobre quién, desde dónde y cuándo actuar.

Estos a su vez articularan las participaciones/intervenciones, técnicas y evaluaciones del fenómeno que quieren explicar, teniendo que ser entendidas a la vez como derivados de ellos mismos.

Universidad Complutense de Madrid.

Domingo Comas describió a los modelos como:

“quienes dicen cuáles son los profesionales idóneos para actuar y por tanto los que deben tomar decisiones, cuál es la administración pública que debe gestionar los planes y programas, cuál es el perfil de las nuevas contrataciones y con qué lenguaje se va a devolver a la sociedad la información sobre lo que está ocurriendo y la respuesta que se está proporcionando” (Comas, 2010).

Kuhn (1962), explicó como los **modelos** han de generar una serie de “**compromisos teóricos**” que faciliten **soluciones concretas a problemáticas concretas**. Sin olvidar que serán los propios modelos los que definirán a la vez, no sólo el modo de atender la adicción, sino que es considerada como tal y las condiciones a cumplir para abandonar el rol de consumidor.

Estos modelos generan a su vez **discursos hegemónicos** sobre un conjunto de definiciones elaboradas para referirse a las drogas, delimitando los problemas relacionados con ellas, aquello que es conceptualizado como tal y la manera de abandonar la posición de consumidor. De ahí la necesidad previa de atender a estos Modelos Teóricos sobre las adicciones, para posteriormente reflexionar sobre ellas.

Analicemos los distintos Modelos utilizados para significar la problemática de las adicciones.

2.2.1. El modelo penal.

Entiende el consumo de drogas desde en un **paradigma de tipo jurídico-represivo**. Centra su interés en el propio producto y su situación legal, pretendiendo proteger al individuo y a la sociedad de los “males” derivados de todo aquello considerado socialmente como droga.

Este **modelo presta** especial **atención** al conjunto de **acciones** que, directa o indirectamente, están **asociadas** al **consumo** de sustancias, considerándolas como **delito** o **causa** de ellos, así como de las **sanciones** legales a impartir que pretenden **intervenir** en ellas con la intención de reducir su consumo.

Destaca la responsabilidad **individual** en el **acto delictivo que es el consumo de drogas**, y el papel del **sistema judicial** como herramienta **sancionadora/correctora**, buscando con ello garantizar la salud pública y la seguridad colectiva.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Su **fin** primordial es conseguir que las **drogas** queden **fuera del alcance de las personas**, considerando todo lo asociado a ellas como un delito.

La consecuencia es que el individuo consumidor de sustancias no legalizadas, dependiente o no, será percibido como un desviado (Becker, 1971), no siendo catalogado como tal por su conducta, sino como forma de control y poder sobre los individuos.

Tratar las drogas desde el prisma del delito, provoca no sólo la criminalización/estigmatización de sus usuarios, sino la aparición de un mercado B para conseguirlas.

Romaní (1999), explica como este modo de interpretar las adicciones es un potente **elemento de control**, el cual usa la figura del drogadicto como “**chivo expiatorio**”, al cual se le asociaran todo tipo de “**maldades**”, tengan o no que ver con el consumo de drogas. Esto ha supuesto la **estigmatización** de muchas actividades relacionadas con la adicción, así como la creación de una categoría (la del **adicto** en su versión anglosajona, del **drogadicto** en la europea o del **yonki** en esta tesis) sobre la que establecer todo tipo de maldades. Romaní (1999) se refiere a esto con la definición de “*un **hombre urbano, joven, de aspecto tenebroso, en fin, un personaje digno de toda sospecha***”. Más adelante, en este apartado, volveremos a referirnos a la construcción de esta nueva categoría, analizando este proceso más profundamente, al considerarlo primordial para comprender el análisis que posteriormente vamos a plantear.

2.2.2. El modelo médico sanitario:

Según Romaní (1999), este modelo viene usándose desde los tiempos de la antigua Roma como metáfora de la llamada “**ciencia bacteriana**”. Este tipo de intervención en las adicciones, fue perdiendo algo de importancia ante la aparición del modelo penal, aunque posteriormente se comenzó a descriminalizar al drogodependiente. Este dejó de ser **criminal**, para convertirse en un **enfermo** al que se le puede diagnosticar y tratar, a la vez que introducirlo en recursos asistenciales, proceso que devolvió la consideración que tenía al modelo médico.

Este modelos presenta un **juego de significaciones** diversas primero como enfermo/adicto, luego como “enfermo/adicto - recuperación/rehabilitación” y, Universidad Complutense de Madrid.

posteriormente, desde un nuevo modo de comprender la adicción: **el ex**, bien sea entendido desde una posición de reinserción social vista o como manifestación de su condición de consumidor latente crónica. Su principal **novedad epistemológica** se halla en la consideración del adicto como un enfermo y no como un desviado social, como ya vimos en Beck (1998), el cual considera que ver al consumidor como **desviado, vicioso o delincuente**, era científicamente erróneo.

Este modo de entender la adicción, aportó **numerosos avances** en el conocimiento de las características psicoactivas de las drogas y del proceso bioquímico de la adicción física, aunque dejó de lado otro tipo de consideraciones como las psicosociales.

Casas, Duro y Pinet (2006), explican porque entender la *“dependencia de una o varias drogas, como una enfermedad crónica de carácter recidivante”*, termina de asociar el concepto de **curación, tratamiento y manejo del consumo**, siempre con el objetivo de la abstinencia, es decir, se entenderá la adicción como un proceso bioquímico y patológico, al que desde el biopoder se le aplicará una serie de tecnologías con la intención de mitigarlo.

De este modelo nacen las principales clasificaciones de drogodependencia, recogidas en los sistemas psicopatológicos CIE y DSM⁵, cuyo énfasis se centra en explicaciones biologicistas e individualistas, soslayando aspectos tan importantes como son los factores sociales. Romaní (1999), explica como asociar al consumo de drogas una serie de características que a veces puede suceder o no y elevarlo a la categoría de **síndrome**, puede interferir en una buena interpretación del fenómeno. A partir de una situación que puede suceder a una pequeña parte de los usuarios y confundiendo las relaciones causa/efecto, se generalizan al resto de los consumidores aunque no hayan tenido problemas con ellas, usando este proceso como clara estrategia de evitación del consumo y encontrándolo plasmado en la *“escalada del adicto”* concepto que veremos más adelante.

Los dos modelos anteriores, aunque a veces son presentados como alternativos, en realidad se encuentra articulados entre sí en los distintos contextos sociales. Hasta la aparición del Modelo Biopsicosocial, definían las ideologías y prácticas hegemónicas en

⁵ Principales manuales diagnósticos, sobre los que se dictamina la significación o no en términos de adicto/no adicto. Remitimos al lector a Massó (2104), para un acertadísimo análisis de estos dos manuales.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

el campo de las adicciones, suponiendo un doble estigma (delincuente/enfermo) para ciertos usuarios.

En la actualidad se está cuestionando la valía de ambos, sobre todo desde la aparición del modelo que a continuación vamos a analizar, el cual demostró que la represión y la medicalización únicamente, no eran las maneras más acertadas de intervenir en las adicciones, en base a los resultados obtenidos.

2.2.3. Modelo Bio-Psico-Social:

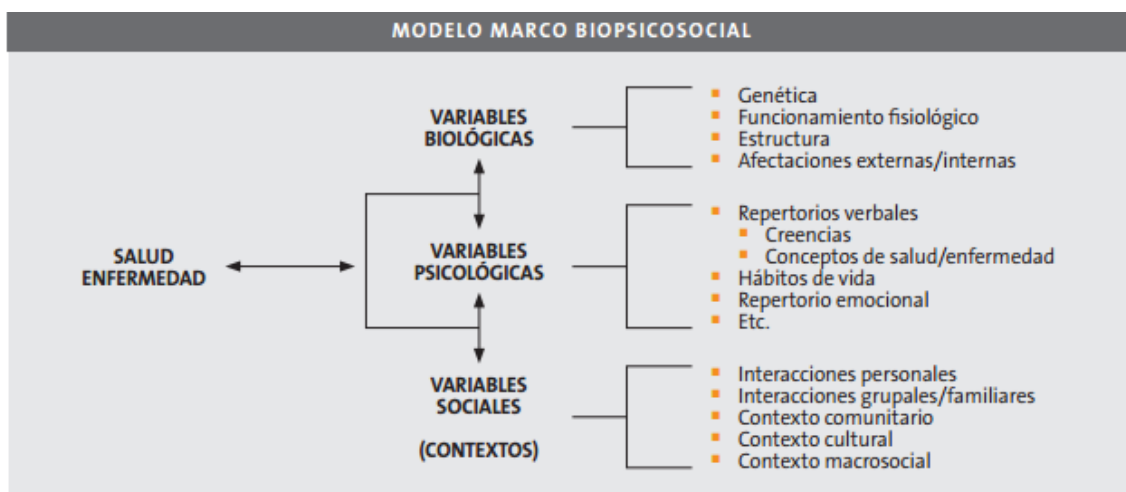
Recientemente Apud y Romaní (2016), destacaron como *“la imposibilidad de constreñir la adicción a los límites del “cerebro” lleva a la necesidad de incluir categorías psicológicas en el diagnóstico y definición de la adicción/dependencia”*.

Bertalanffy (1989), fue el principal instigador de este modelo explicativo, eliminando el **reduccionismo** de la causa-efecto físico en las adicciones y añadiendo el concepto de **sistema** como significador de una realidad tan difícil de comprender como son las adicciones. Un sistema es un *“conjunto de elementos que interactúan entre sí, y en el que se establece una relación de interdependencia entre las partes”*. Engel (1992), hablo sobre la necesidad de un modelo explicativo, como respuesta al **biomédico** dominante en ese momento de la historia. Abogó por una interpretación dualista de la biomedicina, sin separar mente/cuerpo de la biografía y lo psicológico. La biomedicina defendía un modelo *“causa-efecto”*, mientras que este autor apoyaba una realidad mucho más compleja, en la que se relacionan muchos elementos conformando sistemas complejos.

Ya en la década de los ´70, los factores psicosociales comienzan a despertar gran interés. Según Apud y Romaní (2016), a través de distintos estudios clásicos se vio cómo la personalidad y el contexto social, no pueden analizarse como algo sin trascendencia en las adicciones, sino como parte central de esta. Zinberg (1984), en su estudio clásico sobre el uso de la heroína en un contexto de guerra, demuestra cómo este se encontraba influido por el contexto, ya que al acabar la guerra el uso de esta sustancia remitió en gran número. Será en este trabajo donde el autor exponga la **relación sujeto, sustancia, contexto** influyendo en la manera de entender la adicción y

dando cabida a la importancia que los factores psicológicos, biológicos y sociales tienen en este padecimiento.

Este modelo no olvida la dimensión biológica, dado que la influencia en el organismo es considerada como una parte más del sistema. El componente psicológico encuentra causas como la falta de auto-control, confusión emocional, pensamientos negativos, etc. El aspecto social investiga cómo los diferentes factores sociales, como el nivel socioeconómico, la cultura, la pobreza, la tecnología y la religión influyen en el fenómeno de las adicciones.



Borrell (2002), describe el tipo de intervenciones que se realizan desde este Modelo a través de los siguientes enunciados.

- * El objetivo es establecer una adecuada relación terapéutica/educativa, a partir de esta nueva manera de entender las adicciones.
- ** Está legitimado para intervenir sobre **cualquier demanda**, tanto problemas biomédicos como psicosociales o de la vida cotidiana, debido a su carácter multifactorial y a su interpretación como un sistema. Como veremos más adelante, esto será aquello que legitime a los profesionales de algunos recursos a intervenir en todo tipo de problemas.
- ** Se distingue entre demanda y necesidad. Este modelo aboga por un trabajo previo en el que se diferencia entre aquello que pide un usuario y lo que realmente necesita.
- * Disponer, cuando sea posible, de una perspectiva sociofamiliar de las personas, valorando y contando con la red social de apoyo de que se dispone, supone conocer mayor cantidad de información sobre el suceso.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

* Se da igual de importancia tanto a lo orgánico incorporándolo al diagnóstico, como a lo psicológica y social.

Apud y Romaní (2016), destacan como la práctica de este modelo, supondría la posibilidad de integrar el espectro biológico, psicológico, social y cultural en la intervención de las adicciones. Si bien los mecanismos del modelo biomédico juegan todavía un papel relevante en esta práctica a día de hoy, representados en lo que se conoce como el **modelo de consulta**⁶.

2.2.4. Crítica socio-antropológica a los modelos explicativos sobre las adicciones.

“La intervención social en el campo de las drogas efectuadas en un principio a partir de los modelos penal y médico a través de los que se definió el propio campo, ha tenido que dar entrada a otros modelos, dada la naturaleza del fenómeno seleccionado y las dificultades a la hora de resolver algunos de los problemas planteados desde aquellos mismos modelos. La antropología, entre otras cosas, elaborará un discurso sistemático sobre el fenómeno de las drogas que aparte de una visión holística del mismo a partir de los problemas concretas que se plantean y que por lo tanto, a partir de su contribución lo más sólida posible ayudará a la elaboración de una teoría sobre la cuestión, pudiendo extraer elementos que orienten las posibles intervenciones sociales sobre las mismas” (Romaní 1999).

En el mismo texto Romaní explica como *“complejidad y reflexividad convergen y se articulan en torno a un nuevo modelo de definición de las drogas que habría surgido con mayor nitidez en la década de los 80”*, el cual provino de las ciencias sociales.

Como hemos explicado en los apartados anteriores, antes de la aparición tanto del **Modelo Biopsicosocial** y el **Sociocultural**, confluían contextualmente **el modelo penal y el modelo médico**, lo cual hace que en la actualidad se bastante complicado encontrar tecnologías en las que no confluyan en diferente medida los 4 posicionamientos. Sabemos de la existencia de otras divisiones de estos Modelos,

⁶ El **Modelo de consulta** tiene su origen en el campo de la medicina en el siglo XIX. Bisquerra (2008), dice que *“la consulta” es una relación entre un profesional de la ayuda y un ente necesitado, en la cual el consultante es el que proporciona ayuda directamente al cliente, el consultor lo hace de forma indirecta.* Universidad Complutense de Madrid.

como Vega (1992) y Pons (2008), pero consideramos que son de utilidad para el análisis que queremos desarrollar en nuestra tesis doctoral.

Romaní (1999), fue el primero en resaltar la necesidad de articular un nuevo modo de intervención partiendo de la relación entre la **sustancia**, el **individuo** y el **contexto** como bien señalaba Zinberg (1984). Esto no debe suponer la sustitución u olvido de los anteriores modelos, sino una progresiva **influencia** de esta nueva manera de comprender la realidad de la adicción en los anteriores.

Tanto en el texto citado en el anterior párrafo como en Romaní (2010), se aboga por la Antropología como *“la ciencia que ha de tener un papel importante a la hora de intervenir en un problema tan complejo como el de las drogas”*. La complejidad del fenómeno seleccionado, hace que **nuestra disciplina** pueda intentar solucionar gran parte de los errores que los demás Modelos/disciplinas han cometido, gracias al carácter holístico/reflexivo y sus herramientas para analizar realidades.

Cabe señalar que, tanto Romaní como muchos otros investigadores provenientes del campo de las ciencias sociales, desde hace tiempo advierten de la importancia que estos modelos tienen en la construcción social del **“problema de la droga”**, proceso que analizaremos a continuación, de ahí que promuevan una reflexión sobre dicho proceso dando cabida a disciplinas eminentemente reflexivas.

Pallarés (1996), dice que desde la antropología *“tenemos las herramientas, recursos y teorías suficientes para cuestionar los modelos médico/jurídicos que han dominado la explicación teórica sobre las drogas”*. Esto puede ser conseguido a través de proponer un **marco comparativo** entre nuestra sociedad y otras, que permita modificar la perspectiva con la que las analizamos. Además propone incorporar al estudio el contexto sociocultural de forma efectiva, buscando enfocar mejor el fenómeno. Y proporcionar una perspectiva interdisciplinar real, sin que esto suponga la desaparición de los modelos tradicionales ya que la realidad nos muestra **una coexistencia de diferentes posicionamientos explicativos sobre las drogas**, acoplándose unos a otros según el contexto. Esta continuidad entre modelos es entendida en clave de poder, dado que encontraremos mayor influencia de uno u otro dentro de las diferentes tecnologías, según la intencionalidad que se quiera conseguir así como su contexto de aplicación.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

El Modelo penal y el médico, como nos explica Romaní (1999), implican siempre una repertorio de acciones, modos de entender, tecnologías y herramientas, las cuales privilegian el control social en base a la salud y a la represión del consumo. Lejos de desvanecerse, ambos modelos se ensamblan dentro de una serie instrumentos vinculados con el poder. Los Modelos Biopsicosocial y Sociocultural incluyen también modos característicos de entender, tratar y vivir la adicción, buscando el mismo concepto de salud, pero dando cabida a nuevas variables e introduciendo herramientas que doten al proceso de flexibilidad.

2.3. Droga: Una conceptualización operativa.

Partiremos de la definición, ya clásica, de droga psicoactiva aportada por la Organización Mundial de la Salud y desarrollada por Kramer y Cameron (1975): “*toda sustancia que al ser introducida en el organismo modifica alguna de las funciones del sistema nervioso central*”. Esta explicación **no** refleja la **variabilidad** existente dentro de un fenómeno tan complejo como las adicciones.

Consideramos mucho más operativo entender la droga a través de la definición de Oriol Romaní:

*“Conjunto de conceptos y de prácticas articulados de tal manera que generan lo que Mauss (1971), denominó **hecho social total**. Es un concepto que se ha ido construyendo históricamente a través de una serie de condicionamientos, procesos materiales y simbólicos”* (Romaní, 1999).

Completada con el siguiente párrafo:

“Sustancias químicas, que se incorporan al organismo humano, con capacidad para modificar varias funciones de éste (percepción, conducta, motricidad, etc.), pero cuyos efectos, consecuencias y funciones están condicionados, sobre todo, por las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que las utilizan” (Romaní, 1999).

Al igual que Zinberg (1984), Berjano y Musitu (1987) y Romaní (1999), consideramos más acertada definir “**la droga**” desde la interacción de factores explicativos

La sustancia: los efectos físicos provocados en el cuerpo.

La persona: las características psicológicas y orgánicas del sujeto consumidor.

Universidad Complutense de Madrid.

El contexto: las características en que se encuentra integrado ese sujeto.

Pallarés (1996), nos indica cómo podemos encontrar evidencias arqueológicas y escritas para demostrar que se han conocido y utilizado drogas en casi todas las culturas conocidas, encontrando también diversos usos y finalidades: curativas, mágicas, lúdicas, gastronómicas, etc. Con lo que si siempre se han consumido estas sustancias, debemos de preguntarnos qué sucede en la actualidad para se produzca una **problemática** tan compleja como las adicciones. Considerando este autor esta situación como algo característico de las sociedades occidentales.

Partiendo de los autores y las definiciones anteriores, entendemos la **drogodependencia** como *“un conjunto de procesos a través de los cuales se expresan ciertos malestares con diversas causas, pero cuyo síntoma principal es la organización del conjunto de la vida de un individuo alrededor del consumo y la obtención de determinada sustancia”*.

El término "**consumo**" hace referencia a la ingesta de una sustancia, por parte de una persona, en un momento dado. Es, por tanto un concepto genérico y como tal debe ser entendido. Obviamente, no siempre este tiene que derivar en una relación de dependencia con la sustancia ingerida.

La American Psychiatric Association (2002), definen la **adicción** como *“una pauta de comportamiento, concretada en términos clínicos, caracterizada por la priorización del consumo de una sustancia particular frente a otras conductas cotidianas, por la aparición de síntomas de abstinencia ante la privación y por la imposibilidad de la persona de controlar su ingesta”*.

Respecto a la **dependencia**, tradicionalmente se ha definido como:

“Estado psíquico y a veces físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación. La dependencia suele ir acompañada o no de tolerancia” (Kramer y Cameron, 1975)

Tanto adicción como dependencia están explicadas en base al **triángulo de la adicción** de Lewin (1970). Este autor estableció la relación entre consumo de drogas y la

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

aparición de Dependencia/Tolerancia/Síndrome de Abstinencia. Comas (1998), realiza una crítica exhaustiva sobre el **paradigma del Lewin**, destacando que el efecto de las drogas varía según tres factores: El primero de ellos es la dosis, presentación y pureza. El segundo serán las condiciones de consumo, tanto a nivel individual como social. Y por último serán las expectativas. Estos factores están influidos por normas culturales, que indican como se debe consumir, cuando, donde, en que cantidades, los efectos que producen, etc.

Pallares (1996), critica la anterior definición de Kramer y Cameron ya que, cuando estos autores consideran que hay sustancias que pueden causar dependencia y otras que la causan directamente, centran su definición en el elemento olvidándose del uso y el contexto. Esta reprobación, puede asociarse también al concepto defendido por La American Psychiatric Association.

Gran parte de la literatura sobre las adicciones, ha enfatizado que el consumo de drogas lleva irremediamente a la adicción, utilizándose esta idea para generalizar particularidades y definir a todos los consumidores como dependientes. Pallarés, siguiendo con la misma obra, afirma que *“de todos los consumidores de drogas, sólo una parte muy pequeña desarrollará dependencia a la sustancia”*. Propone entender el uso de drogas como un itinerario. Hay diferentes posibilidades en estos recorridos, desde las personas que nunca consumirán, tipos de experimentadores con las sustancias (fines de semana, experimentales, dependientes), sin que tengamos que caer en el error de relacionar todos los consumos a la dependencia. Entender la relación con la sustancia desde este concepto permite ver los cambios que se van produciendo desde el inicio del consumo, hasta que se desarrolle (si lo hace) la dependencia. Ofrece la posibilidad de analizar las adicciones desde una *perspectiva procesual* y no como algo mecánico, rompiendo con el concepto de Fernández y Sierra (2008), de **escalada de la adicción**⁷.

Consideramos oportuno acercarnos al análisis de dos recursos asistenciales desde el concepto de **dependencia** defendido por Pallarés (1996), según el cual *“cuando una*

⁷ Este concepto se basa en la idea de que en el consumo de drogas existen unos pasos secuenciales, cuyo comienzo vendría determinado por el uso de drogas como el tabaco/hachís, las cuales facilitarían la llegada al consumo de otras como la heroína.

*persona consume un tipo de droga a diario, esta ocupa un papel central en su vida, habrá desarrollado dependencia; mantendrá con la sustancia una **relación de dependencia**, distinguiéndose de por esto de otros tipos de relación”.*

De una persona que tenga una relación de dependencia con alguna sustancia, a partir de su ingreso en los recursos, se espera que construya una identidad de adicto interiorizando e incorporado a su personalidad, los valores y las normas de comportamiento que el modelo creado dice que son propias del adicto. Esta identidad y estas expectativas son coherentes con unos discursos hegemónicos sobre la adicción, que se basan en el “problema de la droga”. Los dispositivos, dentro del ámbito de la biopolítica, formaran parte de ese “**arte de gobernar**” al que nos hemos referido, dotando de un papel a sus usuarios acorde con la lógica gubernamental desarrollada, sin olvidar que manejar unas expectativas no lleva implícito que los sujetos las cumplan a rajatabla

2.3.1. Las drogas en España.

La mayoría de investigaciones consultadas sobre la adicción y el proceso de creación de esta problemática, son muy similares como hemos podido apreciar en (Comas, 1989), (Escohotado, 1996), (Romaní, 1999), (Pallarés, 1996), (Romaní, 2010) y Gamella (1997).

El fenómeno de las adicciones no puede ser analizado sin referirnos al conjunto de transformaciones económicas, sociales y culturales, originadas alrededor de la Revolución Industrial, vinculadas directamente con el desarrollo del modo de producción capitalista el cual será denominado como “proceso de modernización” según Berger y Kellner (1985). Para estos autores, es central el papel que estos cambios tecnológicos tienen en el contexto estudiado, dado que su impacto se ha difundido al resto de instituciones, introduciéndose en el imaginario de las personas. Estas modificaciones técnicas, desarrolladas a modo transformaciones en movilidad y división social, imbricándose todo ello en un proceso mayor de desigualdad sociocultural, generaran disparidad social, siendo este uno de los elementos definitorios de nuestra sociedad y a la vez, base desde la que hay que entender el despliegue de las tecnologías de poder.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Precisamente esta heterogeneidad sociocultural será uno de los elementos básicos de nuestra sociedad, así como la normalización, entendida esta como procesos reguladores de la vida social, dentro de las herramientas disciplinarias articuladas dentro de tecnologías que buscan, en nuestro caso, mantener un tipo de salud.

La situación actual de los usos de drogas, plasma esas desigualdades culturales (sustancia, contexto y uso), así como la normalización de su no uso y de mantener un tipo de salud. Al ir en contra del mantenimiento de lo saludable, se articulan una serie de herramientas para tratar de subsanar esta situación fuera de lo normal, como expresión de biopoder dentro del ámbito biopolítico.

Los usos de drogas tienen múltiples significados: por un lado, pueden generar identificaciones, relaciones, recursos, etc. en la vida de muchos consumidores, por el otro pueden posibilitar la aparición de ciertos padecimientos y procesos de marginación social. Como explicó Zinberg (1984), será la articulación de sustancia, contexto e individuo aquello que genere el significado de los diferentes consumos.

Según Romaní (1999), estas características sirvieron como base para la **construcción** del **"problema de la droga"** en España. Este es un proceso que se dio a finales de 1960 y durante 1970. Romaní argumenta que se creó *"a raíz de un movimiento de alarma proveniente de U.S.A. hacia un grupo social (anti-autoritario pacifista y libertario) y al ver como el consumo de ciertos tipos de drogas se descontextualizaba"*. Este sobresalto social, pronto fue acompañado de medidas concretas basadas en su penalización, tratando de atajar el problema asociado a estas personas y sus consumos.

"España desde los primeros artículos de los periódicos ABC y La Vanguardia sobre los "drogados" y "pervertidos" que "invaden nuestras tranquilas playas" de finales de los sesenta, hasta el protagonismo truculento de "la droga" a principios de los noventa, va creando una alarma social en torno al tema, totalmente desproporcionada con algunos supuestos indicadores de su negatividad (morbimortalidad, costes económicos, etc.) mucho más altos para otros fenómenos sociales -como la circulación automovilística, o la siniestralidad laboral, entre otros" (Romaní, 1999).

Esta alarma, generada sobre la construcción de un problema asociado al consumo de drogas, tiene otra intencionalidad social y no solo aquellas que devienen del párrafo anterior. Tanto nosotros como Romaní (1999), destacamos que la creación de este

Universidad Complutense de Madrid.

problema sirve para poner el énfasis en una parte pequeña de los consumos de drogas, los cuales van en contra de un estilo de vida y de un modelo de regulación del sujeto de alcance mucho más amplio, el cual tiene que ser preservado y aprendido. La identificación de ciertos consumos de drogas como problemáticos, su intensa estigmatización, concede la posibilidad de intervenir en ellos, a través de ciertas herramientas de control (recursos penales y asistenciales). Este proceso, formará parte de las tecnologías de gobierno que hemos explicado en esta apartado, ya que a través de él se articulan dispositivos, sistemas prácticos, modos de entender, reglas, procesos disciplinadores, etc. tanto para **el gobierno del sí** y el **gobierno de los otros**.

2.3.1.1. El consumo de drogas en España: una periodización.

A continuación vamos a presentar un pequeño recorrido por la historia del consumo de drogas en España, mostrando períodos relevantes para comprender la situación actual. Tanto la división como gran parte de las ideas emanan de Romaní (1999), texto que consideramos como uno de los más completos a la hora de mostrar esta evolución temporal.

Fin de la dictadura (1968-1976):

Esta época se caracterizó por el fin de la dictadura franquista y la transición hacia un sistema democrático similar a los europeos de la época. Este período también se identificó por una gran crisis energética, el inicio de las posteriores grandes depresiones social-económicas y el aumento de los enfrentamientos sociales en el país.

Respecto a las drogas, se conoce consumos de cocaína entre grupos de artistas e intelectuales en los años veinte, así como la existencia de consumidores de opiáceos y de hachís. Estos usos asociados a lo bohemio y lo marginal, son sancionados por el resto de la sociedad, aunque todavía no derivaron en el **problema de la droga**.

En 1973, apareció la **heroína** asociada a elementos contraculturales. Hasta el 1977 esta fue es una droga más, sin un discurso hegemónico sobre la misma. Su comercio y el del cannabis sucedían a través de las redes sociales de amigos. Sus usuarios eran

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

individuos con ideas progresistas, representando una ruptura con lo establecido. La cocaína en esta época es poco consumida.

Respecto a tranquilizantes y otros fármacos eran consumidos en gran cantidad por los españoles, ya que el Sistema Sanitario gratuito hace que España sea uno de los países con el acceso más fácil a estos fármacos convirtiéndole en exportador de estos productos a los países nórdicos. En esta época se produce un gran crecimiento en el consumo de tabaco y alcohol, siendo los servicios sanitarios de atención a los alcohólicos los primeros en articularse, aceptando en ellos a adictos en tratamiento a la morfina. Como argumenta Romaní (1999), en el año 1997 las bases del "problema de la droga" a partir del modelo penal (basado en el paradigma represivo-criminalizador) ya estaban presentes en España. Aunque la aplicación de este, cuyo objetivo es aislar y penar ciertos colectivos con conductas fuera del consenso social, no generó los objetivos planteados.

La transición (1977-1981):

En 1977 se inicia la transición política en España, denominándose así al proceso de transformación del sistema político franquista en uno democrático.

En estos años se expande el uso del alcohol y el tabaco en la población española. Aunque lo más destacable son las modificaciones en las pautas de beber (introducción de combinados fuertes y cervezas) y de fumar (feminización, normalización de "en la calle"). Respecto al hachís, según pierde su carga bohemia y se masifica su consumo, el estigma asociado a él crece. La heroína sufre un proceso similar, la cual pasa de tener unas connotaciones elitistas a percibirse como un problema social. A finales de los setenta, la compra/venta de heroína se estableció sobre redes existentes de comercio ilegal de cannabis. Estas ampliaron sus productos, buscando su propio beneficio.

Como dice Romaní (1999), esta expansión está unida a la aparición de los problemas biopsicosociales asociados al consumo de algunos usuarios, criminalización progresiva del fenómeno e interferencia desintegradora de la heroína entre grupos sociales o sociopolíticos.

Será aquí cuando se comience a crear el concepto "yonki", el cual, a través de ciertos usos de drogas e indicadores físicos muy llamativos, genera un **referente identificador**

Universidad Complutense de Madrid.

muy fuerte. Además, en esta época se comienzan a detectar algunos elementos que, en los años posteriores, modificaran las percepciones existentes sobre la adicción, favoreciendo la continuación del modelo penal y médico, así como la exclusión social.

La heroína como droga más consumida: 1982-1992.

El triunfo socialista en las urnas en 1982, supuso el inicio de un periodo de estabilidad política. El país comienza la recuperación económica amparada por la entrada en la Comunidad Europea.

Es también una fase con grandes polémicas sobre la seguridad ciudadana, sobre todo por la relación creada entre delincuencia-drogas, a caballo entre hechos verdaderos y la alarma social.

En este espacio de tiempo, llegan al consumo de **heroína individuos** provenientes de grupos **marginales** de la sociedad. Este se debe sobre todo al uso de unas estructuras de mercado fuera de ley ya constituidas, en las que los delincuentes se mueven con cierta facilidad. Mercados como el de los objetos robados, manejado por personas marginales, se adaptó a una nueva mercancía aprovechando su estructura: la droga. Serán en este período cuando las redes gallegas del tráfico de drogas, den el salto al Atlántico y entran en contacto con los cárteles de la cocaína de Colombia y México, para introducirla en Europa vía España.

Según Romaní (1999), en estas subculturas marginales la heroína se convierte en un factor de identidad, y es cuando cuaja la identificación heroína-marginación y, por lo tanto, teniendo en cuenta su papel paradigmático, la de drogas-marginación. Esta relación, mezclada con los factores económicos, sociales y políticos que estamos destacando, junto a la inseguridad ciudadana, contribuye a la creación de un discurso hegemónico sobre la droga, centrado en la peligrosidad, la exclusión y la negativización.

La cocaína aumentó su consumo, en parte al ser identificado con el éxito y por ser considerada una droga que ayuda a la actividad acelerada característica de esta época. La irrupción del Sida, asociado en España el consumo de drogas por vía parenteral, contribuyó a reafirmar y agrandar la gran intranquilidad social generada por estos consumos, a la vez que legitimaba un tipo concreto de intervención.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Será en esta época cuando se produzca un **crecimiento asistencial** influido por las modificaciones que la estructura del Modelo de Atención Sanitaria Pública empieza a sufrir. Hasta este momento la atención a los drogodependientes había estado copada por la biomedicina, abriéndose un nuevo sector (el de los profesionales del campo de las adicciones) al que llegarán profesionales de las Ciencias Sociales y del Comportamiento (trabajo social, psicología, etc.).

Esta red asistencial no estaba preparada todavía para intervenir en un fenómeno tan complicado como las adicciones, ya que siempre había sido planteada como algo ajeno a ella. De este modo, comienzan a surgir recursos específicos de intervención en el campo de las adicciones, apoyados principalmente en la expansión de los servicios sociales que se produce al abrigo del Estado del Bienestar.

Miles de personas murieron en la calle, en las cárceles y en hospitales. Los periódicos de esos años están llenos de noticias sobre personas muertas por **sobredosis**. La heroína fue el culpable perfecto. Se usó como chivo expiatorio de suicidios y asesinatos que nada tenían que ver con ella y, aquellos que si estaban relacionados con el consumo, no pasaban por una autopsia lo cual obvió muchas veces que la causa era la **“rascada de la pared”⁸** y la mezcla de somníferos y barbitúricos, lo cual no hizo sino acrecentar la necesidad de dispositivos de tratamiento.

La globalización del fenómeno.

La globalización y las transformaciones tecnológicas y sociales que la acompañan, han supuesto un **aumento de las singularidades**, ahondando en los procesos de individualización y generando a su vez un mayor cambio en los roles asumidos y generados por un individuo. Esto, conectado con la realidad de las drogas, muestra la cada vez mayor cantidad de sustancias, usos, consumos, contextos, usuarios y posibilidades, las cuales han de ser entendidas desde las cuestiones teóricas planteadas en este apartado y contextualizadas en nuestra época, teniendo en cuenta la importancia que el período histórico tiene en este suceso.

⁸ Se denominaba de esta manera a la heroína que estaba mezclada con arena u otros elementos obtenidos directamente de frotar una pared.

Una vez que el consumo de heroína disminuyó, este modo de entender las adicciones ha pervivido tanto en las instituciones como a la hora de definir las sustancias. Todo se trata de explicar/tratar/trabajar desde el punto de vista de la heroína, lo cual definimos nosotros en este texto bajo el concepto de **heroinocentrismo**, olvidando otras posibilidades y empujando todo ello por la pervivencia en nuestro imaginario de este “problema de la droga” en términos de heroína.

2.4. El yonki.

Massó (2014) en su tesis doctoral, nos describe la figura del yonki desde la obra “**Luces de Bohemia**” a través de la “*matemática del espejo cóncavo*”. Esta autora lo define como “*una metáfora de la decadencia social, política y económica de la España de principios de siglo XX*”.

Yonki es un concepto **construido** a partir de englobar todo aquello negativo asociado a las drogas y su consumo, sea cierto o no. Gamella (1990), Romaní (1999), Pallarés (1996) y Romaní (2010), ya nos hablaban del proceso de **construcción de la adicción en forma de problema social**, como parte del intento de consolidación de “*discursos hegemónicos en torno al poder*”. Dentro de este proceso, se formó este concepto como **referente significador**, de una parte concreta de las posibilidades dentro de los consumos de drogas, generalizándose a todos los ámbitos.

Durante la redacción de la tesis doctoral que tiene en las manos, nos decidimos por el uso prioritario del concepto yonki⁹. Desde esta elección, descartamos otros conceptos generados desde el saber experto, concretamente desde la psiquiatría, al no reflejar la transformación/re-subjetivación que tiene lugar en los recursos asistenciales analizados en esta investigación. De todas maneras, estudiar un proceso significativo como el que plantean los dispositivos estudiados, resulta bastante complicado sin referirse a la **familia de palabras** vinculadas con el consumidor de drogas, tratándolas como si fueran sinónimos.

Massó (2014), dice que drogadicto y adicto eran tratados como equivalentes de delincuente en los años 1990, lo cual recibió un plus de peligrosidad con la aparición

⁹Tratando de **evitar la redundancia**, en varias ocasiones usamos términos como adicto, drogodependiente, usuario, etc. como sinónimo de yonki, con la única intención de hacer la lectura mucho más sencilla.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

del SIDA. Esta autora analiza en el mismo texto conceptos como enganchado/colgado, vinculados con la adicción y el significado de esta, viéndolos como un estado que anula la voluntad del sujeto.

Yonki viene del término junkie, según Courtwright (1997), vinculado con los años 1920. En esta época, usuarios de morfina y heroína de U.S.A recogían chatarra (en inglés, 'junk') para venderla y costear así su adicción.

También aparece en el Diccionario de la RAE de la siguiente manera: *“en la jerga de la droga, adicto a la heroína”*. Aceptación más que discutible, la cual sirve como referente significativo para asociar el estigma de la heroína, al resto de consumidores y consumos. Esto ha supuesto la estigmatización de muchas de estas actividades, así como la creación conceptos como adicto, drogadicto o yonki en nuestro caso que serán, parafraseando de nuevo a Romaní (1999) *“un hombre urbano, joven, de aspecto tenebroso, en fin, un personaje digno de toda sospecha”*.

“Mal estaba yo antes, cuando era un yonki. Pero yonki de los de poblao. De los de dar miedo” (Villarreal. 51 .C.A.D. P.L.D.).

“Yo puedo meter la pata de vez en cuando, pero no soy un yonki. Voy limpio, no robo...” (Ketama. 39. C.A.D. P.M.M).

“Siempre mejor aquí que robando fuera, aquí estamos contenidos...”. (Pablo. 45. N.A. 9 meses sin consumir).

Nosotros, lejos de considerarlos como personas con sus funciones fisiológicas alteradas por el consumo de cierta sustancia, lo cual queda plasmado en una serie de indicadores físicos alejados de lo culturalmente aceptado, lo haremos comprendiéndolos como un hecho social construido. Un lugar activo de representación sincrónicamente ubicado, pero también diacrónico, donde se plasman las argumentaciones políticas, sociales, económicas y geográficas del momento.

De igual manera que Massó (2014), a través del yonki nos referimos a los consumidores de drogas no desde una posición inmóvil y subordinada, que reproducen en ellos los discursos de exclusión social asociada al consumo, compartiendo un imaginario cultural. Son actores con voz y voto, con toma de decisiones dentro de un papel de cambio o resistencia a los modelos hegemónicos, creadores a la vez de nuevas significaciones y subjetividades relacionadas con la realidad de las adicciones.

El cuerpo yonki, a través de una serie de indicadores construidos culturalmente, será entendido como un lienzo biográfico donde se inscribe y contesta al sistema moral dominante, así como la evolución del proceso para abandonar esta posición.

La abstinencia es un emblema, y por tanto le sirve para definirse a sí mismo por oposición a un concepto del consumidor de drogas, el cual ha asumido todas las características del yonki, en un intento de evitar la negativización asociada a este consumo.

El yonki será uno de los **polos significadores** sobre los cuales se definen las personas que están dentro de un proceso de recuperación. Asumir la adicción supone posicionarse cerca del referente yonki, con lo que el proceso de recuperación serán entendido como una toma de distancia respecto a este y un acercamiento al “**no consumidor**”, a través de las herramientas facilitadas por los recursos y generadas con la intencionalidad que deviene de su ideología.

2.5. Los Modos Asistenciales.

La atención a los consumidores de drogas, es un proceso dinámico que ha ido evolucionando con el paso del tiempo. Los nuevos Modelos Explicativos, así como la variación de la propia problemática, han conseguido que las intervenciones terapéuticas hayan cambiado mucho en los últimos años.

Será desde 1880 cuando se empiece a denominar el uso **no normativo** de drogas bajo el término de **toxicomanía**. Según Pinell (2004), es un concepto “*forjado para designar la clase de manías propias a cada droga*”, lo cual acercó a las personas bajo esta problemática al uso de los recursos sanitarios en los países anglosajones. En España, no se produjo este movimiento hasta finales del siglo XIX y principios del XX.

Santodomingo (2009), muestra cómo, debido a las anteriores ideas, pacientes con síntomas psíquicos relacionados con consumos de drogas y en menor grado con conductas sociales también asociadas a este fenómeno, fueron definidos como **enfermos mentales**.

Según este autor, en el año 1955 la administración sanitaria española decidió la fundación de un organismo autónomo público, el **Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica** (PANAP). Esta institución debía asumir las funciones del extinguido

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Consejo Superior Psiquiátrico, el cual gestionaba la asistencia psiquiátrica, con sus propios dispositivos, junto con la actividad preventiva y asistencial en las adicciones.

En 1961 se puso en marcha el Dispensario Antialcohólico de Madrid por el PANAP, lo cual supuso el comienzo de una red específica dedicada a la asistencia y prevención **de las adicciones** desarrollada por la administración dado que, como ya hemos visto, el tratamiento de las adicciones fue asumido en un primer lugar por la red asistencial de enfermos mentales y de alcohólicos.

Santodomingo (2009), continua explicando cómo en estas fechas se encontraron evidencias de grupos de Alcohólicos Anónimos (A.A.) en varios lugares de España, que habían surgido por iniciativas diversas, a veces de tipo profesional/sanitario, otras con fin social. Ejemplo de estos son los grupos A.A. de Valladolid, Madrid y de Torrejón de Ardoz (base americana USA),

En Europa, desde 1972, se comenzaron a utilizar Modos asistenciales **libres de drogas**, con abstinencia sin fármacos, buscando separarse del tratamiento de los enfermos mentales. Son programas de rehabilitación orientado a la abstinencia total, también conocidos como de alta exigencia. Adopta su denominación de la no utilización de fármacos específicos para el abordaje de la adicción, haciendo hincapié en la aplicación de otro tipo de intervenciones del tipo: psicológicas, trabajo social, etc.

La aparición de las **Comunidades Terapéuticas**, fue una alternativa a la asistencia hospitalaria para los adictos ofrecida desde el punto de vista de la psiquiatría, comenzando en EEUU mucho antes que en Europa. En nuestro continente, el Centro Italiano de Solidaridad fue organizado por Mario Pichi hacia 1975, y después siguió en 1979 la puesta en marcha del Proyecto Hombre (Progetto Uomo) en principio también en colaboración con "Daytop Village". En relación con la iglesia católica y Cáritas, supusieron los primeros tratamientos en Comunidades Terapéuticas. Estos proyectos se apoyaban en programas preventivos reeducativos y terapéuticos, durante el proceso de rehabilitación y reinserción, y así mismo en la permanencia en comunidades terapéuticas de corta y larga estancia.

En España también se fue avanzando de un modelo de intervención restrictivo con programas muy rígidos y estrictos, hacia algunos más laxos. Martínez (1997), refiere que esto se reflejó en las Comunidades Terapéuticas controladas por los propios

Universidad Complutense de Madrid.

adictos, rompiendo con la idea de que *“los dependientes no podían tomar decisiones responsables debido a su situación de pérdida de la capacidad para hacerlo”*.

Comas (1992), dice que *“en España entre 1983 y 1986, el número de personas en Comunidades Terapéuticas se duplicó, mostrando el cambio que este nuevo tipo de intervención produjo en el fenómeno de las adicciones”*. En este texto, Comas ya hacía notar entonces la posible tendencia a cambios en el modelo y estructuración de estos recursos, no solo en aspectos cuantitativos sino también cualitativos al no conseguir que se reduzcan los casos.

Santodomingo (2009), narra cómo en España durante la década de los años 70 y tras la experiencia de Dole y Nyswander con metadona en adictos a opiáceos a fines de los años 60 y los resultados obtenidos, se produjo en general una resistencia inicial de los profesionales al cambio de los programas **libres a drogas** hacia tratamientos de **reducción de daños**¹⁰. Será la aparición del SIDA y su problemática lo que hizo que en 1990 se promulgase el Real Decreto de 19 de Enero, el cual facilitó la implementación de los tratamientos con metadona con el **fin de reducir conductas de riesgo por VIH**, generando una resistencia mayor a otros tipos de terapia.

Massó (2104), añade que el único modo en que se puede dispensar esta sustancia en España es mediante la solicitud por el interesado del denominado **carnet extradosis**, un recurso gestionado por los Colegios de Médicos que se remonta al año 1935 y que inicialmente se generó con el fin de controlar la administración del tratamiento con sustitutivos opiáceos a pacientes oncológicos terminales. De ahí que el uso de metadona pasase a ser **objeto de una nueva regulación**, integrándose en planes terapéuticos individualizados que tendrán por finalidad la **abstinencia**. Sin embargo, la lógica abstencionista que se aplicó a los programas de metadona, no sólo resultó ineficaz para gran parte de los usuarios, sino que contribuyó a cronificar a gran parte de estos.

Hubo que esperar hasta principios de los noventa para que se sentasen las bases de los programas de mantenimiento con metadona actuales y, hasta mediados de esta década, para que se flexibilizase el acceso a estos. Esto, junto con las modificaciones

¹⁰ Se conoce como reducción de daños las actividades desarrolladas para que el drogodependiente, que no manifiesta el deseo o no se encuentra en situación de dejar de consumir, sufra el menor grado de daño posible como consecuencia del consumo y mejore, en la medida posible, su salud y situación general.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

de los equipos terapéuticos, provocó un despliegue de dispositivos farmacológicos, a partir de los cuales se redistribuyeron los **espacios de tolerancia del uso de sustancias ilegales**, de manera que parte del consumo de droga se derivó al espacio clínico, donde se pautaban y fueron definidos como “fármacos”.

Massó (2015), señala como esta nueva política jugó un papel clave en el desplazamiento espacial de las prácticas de consumo a los **lugares de tolerancia**, haciendo que el estigma yonki baje al sufrir estas un gran proceso de invisibilización.

Respecto a los Grupos de Ayuda Mutua, en los 80 y 90 continuaron su desarrollo, ampliando sus actividades no sólo a las reuniones, lo cual generó la proliferación de asociaciones similares vinculadas con el tratamiento de las adicciones.

En el año 1985, muchos de los movimientos asociativos se confederaron a través de la **Unión Española de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente** (UNAD), con la voluntad de constituir una asociación que represente toda la diversidad asociacional, creándose a su vez un mecanismo dual de colaboración entre lo social y lo sanitario dentro de la política de las drogas.

Ese mismo año aparece el **Plan Nacional sobre Drogas** (PNSD) el cual fue creado para tener una institución exclusiva que gestionase la problemática sobre las drogas en España. Este propuso como objetivo asistencial la **prevención, la abstinencia y la reinserción social**, a modo de tecnología gubernamental.

En 1979 se abrió el **Centro de Atención al Drogodependiente** sobre el que girará la tercera parte de esta investigación. Posteriormente se abrieron centros similares en los principales distritos de la región de Madrid. La atención ofrecida en este dispositivo, en un principio, era únicamente dirigida a la consecución de la abstinencia, aunque posteriormente se caracterizó por plantear un tipo de intervención hacia sus usuarios, personalizada, interdisciplinar y biopsicosocial.

En la actualidad forma parte de una amplia red de atención que incluye recursos de información, reducción del riesgo, prevención, tratamiento e integración social de los consumidores de drogas, ofreciendo un **modelo de intervención más tolerante**, caracterizado por esta diversidad asistencial y la flexibilidad de objetivos terapéuticos. Como podemos ver Madrid Salud (2011), esta idea se plasma en el “**Programa Personalizado de Intervención**” (PPI).

Universidad Complutense de Madrid.

Para acceder a este como al resto de recursos existe un carácter voluntario y la libre elección de la modalidad terapéutica por parte de usuario, remitiendo a un *“modelo centrado en el programa”* por uno *“con las personas situadas en el centro de la intervención”*.

En la actualidad las **redes asistenciales**¹¹ realizan dos tipos genéricos de intervenciones con la población drogodependiente: **los programas libres de drogas (PLD) y los de reducción de daños (PRD)**.

Como nos explica Martínez González (1997), dentro de estos existen aquellos con una vertiente de baja exigencia¹², bajo una filosofía centrada en mejorar la calidad de vida del adicto.

Como nos explica Apocada (1996), *“cada tratamiento sólo es capaz de atender eficazmente a una porción muy pequeña de todos los drogodependientes”*. Sería utópico pensar que se van a generar tantos tratamientos como posibilidades tienen las adicciones, con lo que en un intento de maximizar beneficios, se orientaron sobre aquel consumo que generó la aparición de la mayor parte de ellos: **la heroína**.

En España **no hay una única red de tratamiento de las drogas**. Esta competencia es asumida por las Comunidades Autónomas, generando **tantas redes asistenciales como Comunidades**, con muchos elementos en común al tener al **Plan Nacional sobre Drogas** como organismo rector, pero a la vez con severas diferencias.

Junto a estas dos redes estatales coexisten otras tecnologías fuera de este ámbito, plasmadas en forma de dispositivos concretos: asociaciones, N.A., o.n.g., etc.

Será a través de todo este entramado asistencial desde donde se ejerzan estrategias concretas de gobierno, las cuales se centran en el control del conocimiento que se genera e intercambia los recursos que lo conforman.

Este conglomerado de técnicas/dispositivos, articulará espacios donde recibir e intercambiar saberes respecto al mantenimiento de un concepto concreto de salud y de las adicciones a través de varios tipos de actuaciones, encontrando una tendencia a la individualización y a la integración de dimensiones, legitimando este enfoque un tipo de intervención más amplia en sus usuarios.

¹¹ Una red asistencial es una institución cuya tarea principal consiste en asignar cometidos a los recursos que la integran, así como ordenarlos y fijar la coordinación entre ellos.

¹² Dentro de las normas del recurso, se admiten el consumo de drogas en algunas circunstancias.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

El análisis de los dos dispositivos que constituyen este trabajo, se articulará a través del estudio de estos contextos de intercambio/incorporación de saber práctico/teórico por parte de los usuarios a modo de estrategia terapéutica, viendo el papel que ellos tienen en su propio proceso, así como su relación con las herramientas utilizadas desde los dispositivos.

El caso de **Madrid** resulta de especial interés ya que además de la red asistencial asociada a la Comunidad Autónoma, existe otra dependiente del Ayuntamiento.

2.6. La Abstinencia. Estrategia terapéutica y estructurante en los Modos Asistenciales.

Entender las prácticas y representaciones entorno a las drogas desde la concepción de **hecho social total** referida por Mauss (1971), y propone Romaní (1999), supuso un cambio conceptual enorme al ser entendidas como una realidad multifactorial real sin determinismos bio/médicos. Partiendo de este modo de entender esta problemática, la abstinencia pasa a ser un objeto de estudio básico para comprender los modos asistenciales generados con el fin de obtenerla. En ellos, la rehabilitación/recuperación, se articulan sobre una relación de intercambio de saberes, generados a través de la circulación de unos capitales concretos. Estos dispositivos presentan espacios en los que intercambiarlos, con la finalidad de conseguir/mantener la abstinencia y otorgando mayor o menor interés al práctico o teórico, según el tipo de recurso lo cual genera diferencias entre ellos.

Resulta de vital relevancia para esta investigación, la comprensión de aquellos procesos sociales que subyacen al desarrollo terapéutico que supone participar en un recurso asistencial u otro. Dentro del dispositivo seleccionado, el consumo o no de drogas actúa como un dispositivo de **generador de valor**, al articular diferentes relaciones sociales entre sus participantes en forma de **tiempo de abstinencia acumulado**.

A su vez, argumentaremos que los dispositivos analizados se constituyen como elemento central del propio proceso terapéutico. De ahí que comprendemos la abstinencia como el **principio terapéutico** sobre el que se basan, intercambiando

saberes para su consecución, pero también funcionando como generador de valor en el grupo, lo cual permite al acumularlo acceder a ciertas posiciones de privilegio, jerarquizando los propios dispositivos. Aunque a la inversa, la dinámica de jerarquización se entiende también como un elemento central en las estrategias de recuperación de vínculos sociales y resubjetivación, que se ponen en marcha como dinámica terapéutica.

Fijar nuestra mirada en las dinámicas que llevan al abandono de la categoría de **adicto** y en aquello que los actores intercambian para conseguirlo, requiere analizar los procesos de configuración, acumulación y circulación de los tipos de saberes puestos en juego en los grupos estudiados.

Dentro de los Recursos analizados, el avance por su programa terapéutico está caracterizado por unos procesos de **obtención/mantenimiento** de la **abstinencia**, cambio del estilo de vida y de recuperación de aquello que consideren que ha perdido por causa del consumo. La recuperación es entendida como algo más que la asunción de unas normas sobre la adicción de manera consciente y reflexiva. No solo implica una serie de tomas de decisiones “pensadas”, sino la incorporación de esquemas de significación y juicios de valor sobre unas características concretas sobre su nueva relación con las sustancias, dentro de los modos asistenciales en general y del suyo en particular.

Serán los propios integrantes del grupo, desde su parte más **central y significativa**, los que produzcan y signifiquen sus propios intereses, concretando el tipo de saber más valorado en el grupo. Si se trata de un grupo cuyo núcleo central se constituye en torno a la valoración/intercambio de consejos prácticos, sus dinámicas se centraran en ellos y viceversa.

El propio proceso terapéutico instaura relaciones basadas en afinidades entre sus integrantes, sirviendo a la vez de referentes y mecanismo de cierre/apertura para los nuevos integrantes. Ellos generan un complejo normativo, el cual configura aquello que es valorado (abstinencia, pautas de higiene, empleo, mejoras económicas), lo cual influye en los objetivos buscados. De este modo el grupo es entendido no solo como algo abstracto, sino construido desde el referente del modo de vida de la clase media,

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

generando clasificaciones, divisiones y preferencias, similares a las que podemos encontrar a nivel macro social.

Reunir **experiencia** jerarquiza los grupos. Otorga prestigio y acceso a ciertas posiciones de privilegio. Estas personas conformaran un **núcleo central** de usuarios, formado por aquellos que mayor cantidad de este capital simbólico hayan conseguido acumular, pudiéndolo poner en juego desde una mejor posición legitimado por esta acción.

La **abstinencia** con sus componentes morales, psicológicos, físicos, médicos, políticos, sociales, etc., actúa como un capital que los usuarios quieren controlar y manipular buscando sus intereses, los cuales a veces chocan con los del grupo en general y los del recurso asistencial. Como veíamos en Giddens (1984), las prácticas y dinámicas de estos grupos marcadas por este grupo central, tratan de poner en juego sus normas y recursos con el fin de maximizar dicho capital simbólico. Personas de un entorno social homogéneo, tienden a compartir estilos de vida parecidos. Esto sucede en el campo de las adicciones ya que a pesar de la gran variabilidad existente en él se tiende a lo uniforme, dado que desde la biopolítica se articulan procesos normalizadores que hacen que todos confluyan hacia una serie de ideales similares.

La abstinencia representa una **disposición incorporada en forma de valor**, la cual determina la posición de una persona tanto en el grupo, como en el modo asistencial y el propio proceso terapéutico. Es algo **deseable** y por tanto, susceptible de articular una serie de normas, disposiciones y valores para llegar a ella y mantenerse, plasmado metafóricamente en el conocimiento basado en la práctica/teoría, que se pone en juego y, por tanto, con la capacidad de circular entre los actores. Di Pardo (2009), la definió como un **bien**, pudiendo ser cuantificada y deseada a su vez, siendo un planteamiento similar al utilizado por nosotros en esta tesis doctoral.

Este capital es constituido desde un **dialéctica entre la teoría y la práctica**, distribuyéndose de manera no uniforme entre los integrantes del grupo, delimitando de esta manera un campo de divisiones y oposiciones (consumidor/no consumidor, enfermo/sano; del grupo/de fuera), formando de esta manera no solo las formas de acceder al modo asistencial y de hacerle funcionar, sino las recompensas y posibles prestaciones a las que pueden acceder desde los grupos y los modos.

No se pueden comprender estos fenómenos sin prestar atención a otros elementos definitorios como son **género, consumo/uso y enfermedades/aspecto**, dado que los distintos posicionamientos que generan, provocan movimientos estructurales dentro del grupo y en la definición de los individuos por parte de todos los agentes sociales que participan en el procesos de recuperación, más o menos cerca de los polos significadores consumidor/no consumidor.

2.6.1. Las relaciones entorno a la abstinencia.

La **abstinencia**, es decir, el permanecer sin consumir ninguna sustancia, es una de las partes más importantes en la formación de la **variabilidad** en los **recursos** asistenciales al posicionarse dentro de una lógica de mercado, así como de articulación y formación de ellos mismos. Esta a su vez genera maneras e imaginario a través de las cuales se conforma el proceso terapéutico, articulado en torno a unas tecnologías y herramientas concretas, en las que se ponen en juego conocimientos, bien prácticos o teóricos, según la ideología del dispositivo y su perfil mayoritario.

La abstinencia, entendida como parte esencial del proceso terapéutico, es incorporada a modo de capital a través de la función pedagógica que tienen estos grupos, al presentarla como principal estrategia terapéutica. Esta, plasmada metafóricamente en forma de conocimiento variable según el recurso, es generadora de divisiones dentro de ellos. La **legitimización** o el **estigma**, serán la base sobre la cual se sustenten las principales diferencias entre los actores, dando lugar a diversidad de posiciones.

Los actores objetivan la abstinencia como eje central de visión y división, definiendo y modificando sus modelos de explicación y percepción del fenómeno de las drogas, así como cualquier tipo de posicionamiento e intercambio de aquello que ellos mismos buscan a través del proceso.

Reflexionando sobre el funcionamiento de la abstinencia, entendida como generador principal diferencias, será definida como el resultado más importante dentro del proceso terapéutico. Definirá los logros y los errores, las principales relaciones entre los actores, asignado un mayor valor al conocimiento que ponen en práctica en el grupo, siendo motivo o no de sanciones, etc.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

La permanencia o no en el grupo, así como los discursos y disposiciones de los actores, variarán según el tiempo de abstinencia acumulada y el conocimiento que tengan de las adicciones, quedando reflejado en la calidad discursiva que pueden argumentar en sus intervenciones dentro de las dinámicas terapéuticas de cada dispositivo.

Son muchos los abandonos que encontramos tanto en los grupos estudiados, como en otros que también conocemos. Los actores, a través del “**ensayo error**”, buscan aquel recurso que les conceda lo que ellos buscan (abstinencia, consumo controlado, reducción de daños), influenciado por los Modelos Hegemónicos de explicación de las drogas, por su bagaje histórico/cultural y el grupo de iguales. El gran abanico de dispositivos asistenciales, hace que se establezca competitividad entre ellos, proceso que analizaremos más adelante en este trabajo. Esto provoca la existencia de un gran **dinamismo** entre los recursos, encontrando personas que ha pasado por varios hasta que encontraron lo que buscaban, ha continuado en consumo activo o han fallecido.

Mantenerse abstinente, define posiciones privilegiadas no solo en los intercambios de estrategias terapéuticas, al ser considerada como “más valiosa” y deseable, sino como un valor de cambio.

“Más vale que escuchéis con atención lo que dice Villarreal. Es el que más tiempo lleva en el grupo sin consumir” (Doro 35. C.A.D., profesional).

Permanecer o no “abstinente”, será aquello que les confiere mayor legitimidad tanto para “aconsejar” sobre el proceso terapéutico en el que todos están inmersos como para servir de modelo, ya que los que más acumulan ejemplifican la finalidad que busca el grupo, abandonar el consumo de drogas.

Cuando la abstinencia actúa como un elemento favorable, no sólo genera distinción dentro del grupo, sino de **orgullo/prestigio también**.

“Al principio no lo entendía. No sabía que el dejar de consumir era lo que iba a arreglar todo lo demás. Pero...sí. Cuando das el paso, lo demás viene solo” (Santos. 45. C.A.D. P.M.M).

La mejor manera de comprender la abstinencia en el contexto de nuestro estudio, será en aquellas situaciones en las los actores con acumulación desigual de esta intercambian “herramientas” para poder mantener esta condición.

“Yo, ahora que estoy tratando de dejar la droga...pues como que no sé qué hacer... Como que me siento solo. A veces me junto con los colegas... Con los de toda la vida. Sólo que saben que no consumo” (Santos. 45. C.A.D. P.M.M.).

“No creo que sea una buena idea Santos. Creo que debes tratar de olvidar todo aquello que te recuerda a la droga...de esta manera tiene menos posibilidades de meter la pata. Yo lo hice así y llevo tantos años sin consumir” (Villarreal. 54. C.A.D. P.L.D).

“Santos, haz caso de lo que dice Villarreal, que es lo correcto” (Doro. 35. C.A.D. profesional).

Los conocimientos sobre el progreso en el proceso terapéutico que circulan en el grupo, pueden venir del saber práctico (mayor cantidad de tiempo abstinentes) o del saber teórico (profesional que está legitimado para decir lo que hay que hacer debido a su formación), variando su influencia en las estrategias para recuperarse y el valor que se le otorga, según el dispositivo al que nos estemos refiriendo.

A mayor acumulación de tiempo abstinentes, más legitimidad tendrán tus **"consejos"**, provocando una estratificación dentro del grupo entre los que consiguen mantenerse así y los que no.

“Yo sé que no soy el mejor ejemplo. Estoy cada dos por tres de recaídas. Falto a las reuniones muchas veces y no estoy en disposición de enseñar a nadie lo que tiene que hacer”. (Berrin. 59. C.A.D. P.M.M.)

Los discursos de aquellos que detentan posiciones de privilegio, contrastan con las narrativas de aquellos que no consiguen mantenerse abstinentes, están empezando el proceso o sufren recaídas. Nuestro informante verbaliza la falta de igualdad en los grupos debido a esta situación.

Si nos centramos en los términos con los que los abstinentes se refieren a los consumidores, vemos como existe una subordinación plasmada en la generación de una **plusvalía** asociada a todo lo que hace el abstinente, la cual crece directamente proporcional al tiempo sin consumir.

“Aquí lo suyo es que hagáis lo que hemos hecho nosotros. Los que llevamos sin drogarnos tanto tiempo. No quiero parecer que soy aquí la que más sabe, pero vais a pasar por situaciones que nosotros ya hemos vivido, con lo que creo que sabremos bastante de esto” (Tomasa.50. C.A.D. PLD).

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

“Yo, las primeras veces que viene al grupo, no lo entendía. No sabía qué hacer... ¿Cómo iba a dejar de consumir solo por venir? Al final, haciendo lo que decían mis compañeros, esto sucedió”. (Martina. 47. N.A. Un par de meses limpia tras una recaída).

A través del discurso anterior, vemos el papel “**modélico**” que tienen las personas que llevan más tiempo en abstinencia, viendo cómo se sienten legitimados para que sus **saberes** sean herramientas del proceso de recuperación de los demás.

En N.A. no existe un profesional en el grupo, con lo que será la mayor abstinencia, aquello que otorgue mayor o menor valor a los consejos puesto en circulación. Como esta organización valora la experiencia en recuperación de sus integrantes como la mejor herramienta terapéutica, será la puesta en juego de conocimiento práctico lo que determine sus dinámicas “curativas”. Con esto no decimos que en estos grupos no circule también saber teórico (de hecho, acumular abstinencia es un proceso de expertización), pero es tomado como algo menos importante dentro de sus dinámicas de tratamiento.

En el grupo del CAD, encontramos alguna diferencia. En este contexto, el experto que las dirige y la ideología del dispositivo, asignan al grupo como un lugar donde intercambiar saberes, dotando también de mayor importancia al experiencial. Aunque este ha de ser legitimado por el experto, el cual también es capaz de argumentar en forma de monólogo, maneas de mantener la abstinencia buscada y lo que esta nos devuelve, desde su pertenencia al saber teórico experto. En los grupos que nosotros hemos analizado, predomina la puesta en juego de conocimiento práctico sobre el teórico, pero será la manera, el valor otorgado y la presencia de la figura del experto, aquello que genere sus principales diferencias.

Estos dos dispositivos, se definen por oposición con los agentes sociales que no están en tratamiento. Lo cual les diferenciarse no sólo de aquellos que siguen en consumo activo, sino de aquellos que están en otro tipo de tratamiento tanto de su recurso como de otros similares y de los no consumidores.

2.7. Expertos en los Recursos.

La presencia o no de personal experto en el proceso terapéutico, será una de las principales diferencias encontradas en los dos grupos analizados.

En el grupo del C.A.D. sí encontramos la presencia de este tipo de actores. Son las **principales herramientas** sobre las que se estructura el proceso de rehabilitación articulado en estos centros, ya que a través de ellos se representa simbólicamente la nueva subjetividad por asumir durante la recuperación por el adicto. Los profesionales, a través de su posición, serán el principal elemento reproductor de un modo de entender la adicción.

En N.A. no hay profesionales. Sólo existe una figura llamada **servidor**, la cual engloba a aquellas personas que forman parte de los distintos comités y/o se encargan de ciertas acciones relevantes para el funcionamiento de los grupos, como la tesorería. Para poder desempeñar estas funciones, se les exige diferentes cantidades de abstinencia acumulada, generando diferencias entre los integrantes. A pesar de que N.A. defiende una **igualdad** desde el **anonimato** y la **identificación** genérica de todos, veremos cómo esto no sucede en el análisis exhaustivo del recurso que planteamos en la segunda parte de esta investigación.

El papel del experto es central en el C.A.D., limitando la existencia del grupo a su presencia en él. En N.A. será las reuniones el elemento central, sin las cuales el recurso no puede pervivir.

2.8. El género en los Programas de Tratamiento.

Analizar la variable género en un trabajo como el que presentamos, introduce un espacio de reflexión respecto a sus significaciones distinto al generado por la abstinencia. Desde esta variable estudiaremos cómo modifica el valor de las estrategias/prácticas puestas en juego por los grupos, el tipo y las relaciones que se generan entre los iguales y aquellos que no lo son, sin olvidar su influencia en el acceso a la red asistencial y su avance en el proceso terapéutico.

De Barbieri (1992) explicó cómo, *“de la misma manera que vemos en nuestra sociedad, los diferentes géneros son ubicados en oposición en los recursos asistenciales”*. En ellos el masculino agrupa todo lo positivo (fuerza, valor, sacrificio) mientras que lo femenino es todo lo contrario (débil, cobardía, poco esfuerzo).

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Haraway (1995), fue pionera en destacar como existe un proceso por el cual *“todo aquello que haga el género masculino tiende a generar una plusvalía por el mero hecho de su condición, ocurriendo lo contrario en el caso femenino”*. El concepto de **plusvalía asociado al género** será usado para posteriormente analizar los datos conseguidos durante los dos períodos de observación y así, poder dotar de la perspectiva de género a nuestro análisis. La variable **género** en las adicciones, será un elemento **devaluador** de todo aquello que pueda aportar el agente social femenino, tanto a nivel de intercambio de saberes, como a la hora de avanzar en el proceso terapéutico.

Este proceso anterior, junto con la **negativización** de todo aquello realizado por lo femenino, genera una **invisibilización de las consumidoras de drogas** como nos explican Haraway (1995), Romero (2011) y Galván y Marín (2011).

“En mi casa éramos muchos hermanos. Todos caímos en la heroína. A mis hermanos les apoyaron, a mí me echaron de casa...” Maite (Mujer. 48. N.A. Año y medio limpia).

“Llevo muchos años en el mundo de la droga y...es muy difícil ser mujer. Hay menos, o por lo menos se ven menos, y todo lo que haces es más difícil. En la calle, además de todos los problemas, te quieren violar. En los centros, tres cuartos de los mismo... Es muy difícil”. (Tomasita. 41. C.A.D. P.L.D.).

Galván y Marín (2011), refieren cómo el rol asociado al género femenino de madre, cuidadora y reproductora, hace que muchas de las mujeres no lleguen a los Modos Asistenciales por miedo al **estigma**. En los datos presentados en Estudios (2014-2015) y los facilitados por el propio C.A.D¹³, vemos como el número de mujeres consumidoras es menor que el de hombres, lo cual ha de ser tomado con cautela y nos lleva a una reflexión profunda sobre el tema.

Es cierto que es **menor el número de mujeres** que se **significan** como adictas debido a los procesos comentados en los anteriores párrafos, pero también debemos tener en cuenta que estas mismas variables pueden influir en su **llegada al consumo y a los recursos**. No son muchos los datos que manejamos respecto a estas reflexiones, con lo que emplazamos al lector a futuras investigaciones en las que si los tengamos.

Parte de la jerarquización existente en los grupos, se define desde el género. Las prácticas que pueden poner en juego un hombre y una mujer, situados en puntos

¹³ Estos datos serán expuestos de manera exhaustiva en la parte dedicada al análisis del Recurso, no añadiéndolos aquí con la intención de no repetirnos.

similares de su recuperación/rehabilitación, siempre serán consideradas de mejor calidad la asociada a los hombres por su condición de género. Esto a su vez genera relaciones representadas normalmente en términos de estigma hacia lo femenino, incorporadas por los sujetos como expresión de las disposiciones de género estandarizadas a nivel general en nuestra sociedad.

“Salir de la droga no solo es no consumir, es mucho más. Cuando una persona recupera lo que la droga le ha quitado, es cuando está curado. De nada vale dejar la droga y seguir en la calle. Hay gente que eso no lo entiende, quieres seguir con sus amigos de consumo... Eso no puede ser. Además, siempre hay una mujer... Es peligroso seguir con los amigos, pero más si estas con una mujer que consume, esa te quitará la vida” Transfer (59. C.A.D. P.M.M.).

Transfer evoca los **rasgos identitarios del yonki**, apelando a representaciones hegemónicas sobre la adicción. Obviamente, dentro de estas representaciones encontramos “la abstinencia”, el “modelo de clase media” (trabajo, coche, casa) y el estigma asociado al género femenino.

La mujer es identificada como una fuente de riesgos para el varón, proyectando como decía Haraway (1995), la definición de lo femenino en términos de peligro acrecentada por su condición de adicta. Si la mujer es definida desde la lógica masculina como peligrosa, definirse como consumidora de drogas supondrá la asunción de un **doblo estigma**.

El significado y las percepciones de los consumos de drogas en función del género están condicionados por el **factor generacional**. Galván y Marín (2011), explicaban como si entre las personas adultas, en su mayoría educadas en un modelo tradicional de identidades y roles, el consumo de drogas por parte de las mujeres es percibido como un comportamiento reprobable, objeto de rechazo social, no ocurre lo mismo con las generaciones de adolescentes y jóvenes, educadas en valores que defienden la igualdad entre hombres y mujeres y que, consecuentemente, ven con normalidad el hecho de que compartan los mismos comportamientos y hábitos.

Abstinencia y género aparecen muchas veces relacionadas:

“No consumir es jodido, pero muchas más si eres mujer. Cuando eres mujer, todo es más difícil. En casa, en la calle...”. (Tomasa. 41. C.A.D. P.L.D.)

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

"En la calle, si eres mujer, todo es peor. La gente se cree que eres puta y yonki...las dos cosas son terribles. Ya de por sí, la calle es jodida, le gente te mira, se va de tu lado y si eres mujer... mucho más" (Martina. N.A. 47. 3 meses limpia después de una recaída).

Estos relatos destacan la **dificultad añadida** que tiene el pertenecer al género femenino. Ambas ejemplifican la plusvalía añadida al proceso, en la dicotomía puta/yonki. Si a todo esto le añadimos la variable del intercambio sexual por cualquier tipo de beneficio, ya sea económico o de cualquier otro tipo, es fácil entender como el género femenino tiene una gran rémora que hace más difícil si cabe su avance por el proceso de abandono del consumo.

Encontramos asociadas a la mujer con una relación de dependencia con alguna sustancia, **dos conductas reprobadas** en nuestra sociedad: el consumo de drogas y la capitalización del sexo, generando un estigma tan grande que muchas veces no son capaces de sobre llevarlo, apareciendo situaciones como la **codependencia**.

"Hay muchas chicas que no saben estar sin pareja cuando están en la calle. Suelen buscar pareja muy rápido. Ambos se ayudan, para no estar solos". (Cruz 54. C.A.D. P.M.M.)

Thombs (1994), definió este concepto como *"desordenes del comportamiento y que afecta especialmente a las mujeres que tienen una relación con un consumidor"*. Hace referencia a un tipo particular de vinculación interpersonal caracterizado fundamentalmente por la dependencia afectiva.

Bourdieu (2005), comentaba que incluir las variables **género y abstinencia** entendidas en clave de posiciones, definiciones y generador de estatus dentro de los grupos estudiados diferentes, influía en la definición de los distintos conocimientos que se ponen en juego durante el avance por el proceso terapéutico. La codependencia reproduce parcialmente, dentro de nuestro contexto de estudio, las lógicas y modelos explicativos de dominación por parte del género masculino como explicó, con lo que los **juicios sobre la peligrosidad** manejados por los usuarios, se articulan entorno a los principios de **dominancia sociales machistas**. Todo el estereotipo usado para definir el género femenino, se traslada al campo de las adicciones como resultado como una transposición de otros niveles sociales, siendo la influencia en las relaciones y posiciones existentes dentro de los grupos, lo que analizaremos tanto en el grupo de N.A. como en el del C.A.D.

Universidad Complutense de Madrid.

2.9. El grupo, las enfermedades asociadas al consumo y el aspecto físico.

Si la abstinencia y las relaciones surgidas alrededor de ella (relaciones de + o – valor de las herramientas basadas en lo práctico y de + o – peligro) y del género (femenino + peligro + estigma+ dificultad/ masculino-peligro-dificultad-estigma), representan dos de los aspectos con mayor importancia dentro de la resubjetivación que supone el abandono del consumo de drogas, las enfermedades asociadas al consumo y el aspecto físico serán otras variables a tener en cuenta dentro del análisis que hemos planteado.

Desde la aparición del VIH, los consumidores de heroína y por difusión del estereotipo significativo, del consumo de drogas en general, vieron como la peligrosidad particular asociada a un posible medio de contagio de esta enfermedad a través del consumo de drogas, fue generalizado a todos los ámbitos, usos y consumos. Esto provocó un endurecimiento del estigma asociado al uso de drogas, generando además la idea de que cualquier consumo es capaz de generar enfermedades.

La emergencia del VIH y la asociación a la heroína, a la sangre y al intercambio de jeringuillas, provocó que las dinámicas emergentes a nivel social sobre esta enfermedad interpretadas en términos salud/enfermedad, se plasmaran en el contexto del consumo de esta sustancia, generando estrategias de evitación, no solo entre los propios consumidores, sino de estos con aquellos que no consumen. Estrategias que, como ya hemos explicado, terminaron por asociarse a los demás contextos de consumo de otras sustancias.

El desarrollo/mantenimiento de este tipo de enfermedades, es una de las características definidoras del progreso de los agentes sociales por los procesos terapéuticos.

“Antes de ser adicto, yo era una persona sana. No tenía casi ni un constipado. Fue comenzar con la droga y esto fue un no parar”. (Santos. 45. C.A.D. P.L.D.).

La **rehabilitación** como el mantenimiento de la abstinencia y recuperación del estilo asociado a la clase media, queda plasmada en la mitigación por parte de las instituciones de las enfermedades asociadas al consumo y los indicadores yonki, suponiendo esto una forma de gobernar **el cuerpo**. En él se plasma el biopoder al

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

ver reflejado en lo corporal, aquellas técnicas de gobierno a nivel macro. El “no desarrollo” o la superación de estos padecimientos serán entendidos como conductas asociadas a lo “sano” y a los no consumidores, siendo esto representado dentro de la deseabilidad social.

Culturalmente, hay una serie de marcas identitarias asociados al “yonki”, que le posicionará más cerca a la imagen más negativa de este y por ende a la asunción de una estigma más fuerte, cuanto mayor sea la cantidad de ellos que tenga.

“Muchos de ellos son iguales. Delegados, sin dientes, con un tono nasal muy característico. Hay ciertas rasgos que con solo verlos piensas... ¡Ahí va un yonki! (San. 55. C.A.D. Profesional. Coordinadora del recurso).

Esta asociación entre rasgos, características físicas y el “yonki”, emanan de la generalización de los rasgos presentados por una parte muy pequeña de todos los dependientes a la heroína. Estas marcas identificativas son representaciones a nivel corporal de un proceso complejo como es la adicción, el cual se ha generalizado a todas las variables posibles, significándolas como síntomas de alarma para identificar a las personas que socialmente son peligrosas.

Aquello que comenzó asociado al VIH/S y la heroína, se extrapolo no sólo a hepatitis, bronquitis, cirrosis, muchos tipos de cánceres, enfermedades cardiovasculares, abscesos en la piel y enfermedades mentales, sino a prácticamente todos los padecimientos, usos conocidos y sustancias consumidas.

“Yo no entiendo que la gente se piense que por consumir cocaína tengo que tener el SIDA. Eso es cosas de yonkis... Además... ¿No saben que la manera de consumir la coca no hace que te puedas contagiar? (Bairon. 52. C.A.D. P.L.D).

La falta de conocimiento sobre las adicciones y la influencia de los estereotipos, hace que la negatividad asociada al yonki, se extrapole a todo tipo de contextos y situaciones.

Serán las condiciones de uso, la frecuencia, el tipo de sustancia, la persona y el método de consumo, aquellas variables que harán que se desarrolle alguna de las anteriores enfermedades o no, cuestiones que no se tienen en cuenta a la hora de generalizar aquello que en un primer momento sólo debería de pensarse para ciertos contextos muy concretos.

Situaciones similares encontramos respecto a la permisividad social con ciertas sustancias.

“Yo, enseguida dije en mi casa que consumía droga. Pero nunca me sentí como una yonki. Seguía con mi trabajo, con mis cosas, con mi familia. ¡No pasaba nada! Un día me hice unas pruebas rutinarias y... me dijeron que tenía hepatitis... Estaba bien, no me iba a morir, pero me tenía que cuidar y, sobre todo, decírselo a mi entorno. Ahí empezó mi problema... La gente no me volvió a mirar igual. Tenían cuidado en darse la mano conmigo. No querían tener contacto... Incluso una de mis tías me dijo que no quería estar con alguien con el SIDA... No lo tenía. Al final, me quedé sola”. (Tomasa. 41. C.A.D. P.L.D.).

El consumo de drogas, si no conlleva pérdidas, puede ser incluso tolerado. El consumo de cocaína ejemplifica lo que estamos explicando. Esta sustancia no suele generar gran deterioro físico y pérdidas tan evidentes como el de heroína, no generando la misma alarma. Pero en cuanto le añadimos otra variable estigmatizadora, como puede ser alguna enfermedad o un indicador físico que llame la atención, el estigma se iguala con otras sustancias menos toleradas socialmente.

“Yo fumaba heroína, pero nunca tuve nada. Vamos, que estaba sanísima. Pero la gente me trataba como una apestada. Mis amigos que lo sabían, no querían compartir ni un cigarro conmigo. Se creían que compartía jeringas o algo así y que podía tener de todo” (Yolanda.45. N.A. más de un año limpia).

El peso del **estereotipo yonki** es muy grande. Yolanda tenía muy pocas posibilidades de contraer el SIDA por el tipo de consumo, pero su contexto actuaba como si ella se la inyectase, debido a la extrapolación de estrategias de evitación generadas por el modelo explicativo hegemónico. Los discursos hegemónicos asocian la heroína con su consumo inyectado, olvidando otras posibilidades. Yolanda nos narra como ella, que sólo la fuma, recibe la misma exclusión que aquellos que se inyectan, debido a una maximización de situaciones.

Lo consumos tolerados, asociados a sustancias definidas como tal socialmente (tabaco y alcohol) o por el médico (siendo este el que pauta que sustancia y en qué contexto es droga o no), no reciben la misma carga negativa que los mal vistos socialmente. Aquella conducta definida como insana generará un estilo de vida negativo (yonki) y

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

uno modos de relación con ella (evitación, exclusión, estigmatización, prevención y tratamiento). A través de unas tecnologías de poder, se ejerce una estrategia general de gobierno articulado desde el biopoder, tratando de volver a reconducir a una situación errónea para los principios imperantes a nivel social.

El **abstinente**, como metáfora de lo saludable, conlleva una serie de valoraciones asociadas **estéticas** y relacionadas con la **marginalidad** que son definidas como lo correcto en el campo de las adicciones: aseo, puntualidad, turnos de palabras, salud, etc. Los dispositivos, como parte de las tecnologías de gobierno, trataran de disciplinar a los usuarios en la recuperación de aquello que los discursos hegemónicos sobre las adicciones, consideran que han perdido.

Estos modos de interpretación, prácticas, complejos normativos y discursos se conjugan en términos **fóbicos** hacia el adicto a las drogas, consiguiendo que el consumidor de drogas modifique su estilo de vida y resignifique su experiencia, centrándose en pautas de vida saludables lejos de la **enfermedad**, ejerciendo la gobierno de las adicciones, a través de ciertas tecnologías que producen y reproducen una manera concreta de entender la adicción.

Las representaciones y prácticas asociadas a la adicción, particularmente al estereotipo **yonki** y la **fobia** generada en torno al consumo de estas sustancias y las consecuencias asociadas a este, no son solo el principio generador de las relaciones de exclusión social y del estigma asociado al consumo de drogas ya las personas consumidoras, sino también de **diferencias** en los grupos que estamos estudiando.

“Dejar las drogas no solo es venir aquí y dejar de consumir. Tenemos que cuidarnos, tratar de ponernos bien. De que me sirve a mí dejar unas cosas que me matan si no me trato la hepatitis” (Santos. 45. C.A.D. P.M.M.).

Para ellos, el proceso se entiende no solo desde el **mantenimiento de la abstinencia**, recuperar estatus y relaciones perdidas, sino tratarse de otras afecciones, dado que de otra manera la recuperación no se considera entera.

“A pesar de que alguien te diga que ya no consume, si ves que tiene otras cosas...pues el miedo está ahí todavía. Si sigues parando con gente que consume, siempre te puede pasar alguna cosa. El “bicho”, la tuberculosis yo que sé... Pero el peligro está...Que todo el mundo te puede pegar algo, pero la gente que se droga...más. Igual que en el grupo, que hay gente que está más malita que otra” Enric. 40. N.A. Varios años sin consumir).

Universidad Complutense de Madrid.

El adicto es representado en término de **peligrosidad superior** por romper con los **principios saludables**, expresado en términos de negatividad y peligrosidad, pero no solo con los actores no consumidores, sino entre ellos mismos.

Dentro de los grupos, desarrollar cierto tipo de enfermedades actúa como un factor que **ralentiza** el proceso terapéutico y resta validez a los saberes que pueden poner en juego. A su vez, actúa como un dispositivo que **restringe** el acceso a ciertos **beneficios y prestaciones** que circulan en el campo de intercambio de saberes de los grupos asistenciales, tanto en aquellos basados en el anonimato y el saber práctico, como en los que tienen presencia los profesionales y el saber teórico.

E- *¿Cómo ves tu relación con los demás del grupo?*

Berrin- *“A veces algunos que vienen me dan miedo. No porque me vayan a hacer nada, sino porque me recuerdan cosas que no me hacen bien. Cuando alguien aparece nuevo, no solo te fijas en si es tal o no. Tratas de ver si parece enfermo, si es muy yonki, todo eso que hace que te alejes de él o no”* (Berrin. 59. C.A.D. P.M.M. Entrevista.)

Estas representaciones sobre la enfermedad y la adicción puede llegar a provocar la **evitación total**, si la asociación con el concepto **yonki** es muy grande, estrategia que la permanencia en el grupo y acumulación de abstinencia puede hacer que se vaya atenuando.

Concretando, durante el intercambio de conocimientos que ejemplifica el proceso terapéutico, las diferencias de acumulación de abstinencia, de género y de estatus asociado a las enfermedades, circunscriben un principio de desigualdad que determina distintas posiciones ocupadas en el seno de los grupos de N.A. y del C.A.D., la cuales se expresan en forma de evitación y peligrosidad.

Mención especial merece la categoría **“patología dual”**. Este concepto sirve para definir **desde la salud**, aquellos sujetos que manifiestan una adicción y un trastorno de salud mental.

“Son muchos los que nos llegan al recurso con doble patología. Tanto de drogas, como psiquiátrica”. (San. 55. C.A.D. Profesional. Coordinadora del recurso).

Durante nuestros años de estudio hemos podido ver como la prevalencia de personas definidas con este concepto, se ha disparado. Esto, lejos de hacernos caer en la idea errónea de que en la actualidad se produce más este padecimiento, nos hace replantearnos el porqué del uso de esta categorización, siendo tal vez “un cajón de

sastre” significativo con el que poner nombre a los diagnósticos actuales desde los discursos de lo biopsicosocial.

Como dice Hernández (1982), en la actualidad estamos siendo espectadores de un fenómeno emergente similar al **proceso de medicalización: “la psicologización”**.

“Al final, se hace en el grupo lo que quiere el psicólogo y fuera lo que dice el médico. Esta es la realidad”. (Villarreal. 51. C.A.D. P.L.D.)

Hoy, casi todo tiene una explicación y tratamiento en términos psicológicos. El fenómeno de las drogas, no podía ser menos, ocupando en todo el proceso de recuperación lo psicológico y todo lo relacionado con ello una posición muy destacada, no solo en como parte importante dentro de los modelos explicativos, sino en sus modos de actuar, tecnologías herramientas y en el papel que los profesionales vinculados con esta disciplina detentan en la recuperación de los drogodependientes.

2.10. Sustancia y sus usos dentro de los grupos.

“Las dependencias integran una compleja articulación de factores sociales, culturales, biológicos y psicológicos, que han sido aplicados con mayor frecuencia a una gran cantidad de sustancias, productos y sujetos. Esto ha dado lugar a una verdadera explosión de dependencias, por lo cual casi todo proceso puede llegar a generar dependencia (dependencia al sexo, al juego, Internet, al trabajo, etc.), de tal manera que la dependencia aparece como un criterio de muy difícil precisión, cuyos indicadores refieren casi indefectiblemente a criterios sociales que posibilitan su uso en términos de control social e ideológico” (Menéndez y Di Pardo, 2004).

Escohotado (1994), añade que *“el consumo de drogas es algo que podemos encontrar relacionado con el hombre desde tiempos inmemoriales”*. Esto no significa que antes no se haya consumido, ni tampoco que no encontremos casos de dependencia hacia estas sustancias anteriores a nuestros días, sino que los factores sociales, culturales y biológicos que influyen en el proceso de la adicción, hacen que esta sea vista como un problema social **propio de nuestros días**.

Como explica Romaní (1999), *“hay una tendencia bastante legitimada dentro de los estudiosos de las adicciones, que considera este fenómeno como algo característico de*

nuestro tiempo”, idea que nosotros compartimos. Si las drogas se han consumido desde tiempos inmemoriales y es en nuestra época cuando han sido catalogadas como **problema**, obvia decir que algunas de las características de nuestra época son las responsables que esto suceda.

Muchos son los usos, significados y explicaciones que encontramos sobre las drogas tanto en diferentes sociedades, como en distintos contextos. Aquello que en un poblado marginal o en una discoteca puede ser definido desde el concepto de droga, en un hospital es considerado como medicamento.

También varía el modo de consumo, los efectos que tiene, las expectativas sobre la sustancia, la penalización de su consumo, el uso que, el tipo de sustancia, el precio que se paga por ella, la droga favorita, etc.

Nosotros entendemos que el proceso de definición de una sustancia como droga, se basa únicamente en intereses mayoritariamente socioculturales, esta lógica de pensamiento ha de ser encontrada en sus usos y definiciones.

E- *“Pero, ¿qué diferencia hay entre consumir heroína y metadona?”*

M- *“Todas, la heroína mata, la metadona cura...”*

E- *“No lo entiendo...”*

M- *“Es fácil de entender, lo que yo receto es un medicamento. Lo otro es droga”*. (Médico de C.A.D. 50 años).

Este profesional se atribuye a sí mismo, el **poder** de determinar lo que es **droga** y lo que es **medicamento**. Su trayectoria y su formación teórica, **empoderan** a estos profesionales para poder decidir sobre esta cuestión.

Zinberg (1984), Pallarés (1996), Romaní (1999) y Comas (1998), desde una perspectiva antropológica, explican como las drogas no pueden ser entendidas desde una óptica tan simplista, sino desde una dialéctica entre conceptos: sustancia, individuo y contexto,

Habiendo quedado clara la necesidad modificar la mirada a la hora de entender las adicciones, no podemos obviar la importancia que sus tipos y usos tiene en las relaciones y diferentes posiciones generadas en los grupos seleccionados para nuestro análisis. Si fuera del grupo la sustancia y todo lo asociado a ella (expectativas, usos, presentación) genera divisiones, en los grupos también.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

“Yo ya no consumo heroína. Pero sí consumo tabaco y porros. No veo que haya problema con ello. Lo controlo, sé que hacer...no me van a llevar al poblado” (Villarreal. 51. C.A.D. P.L.D.).

Socialmente, hay ciertas sustancias que son significadas como **no peligrosas**, con lo que no se penaliza de una manera tan dura su consumo, llegando incluso a la permisividad en algunos momentos.

La **escalada del adicto** (ya explicada en este apartado) es algo que encontramos en el imaginario colectivo, según la cual a través de consumir algunas sustancias y de alguna manera concreta, puedes llegar al consumo de otras consideradas como **peores**. Estos presupuestos olvidan la **gran variabilidad** existente en las adicciones. La simplificación de todas estas posibilidades en términos de acción/reacción (si consumes vas a terminar enganchado), ha de ser entendida como una parte más de las estrategias de evitación por parte de los **discursos hegemónicos**.

La imagen y disposición que se tiene de los consumidores de drogas, varía según el tipo de sustancia que consuman. No se significa de igual manera a consumidor de heroína que al de hachís, debido al gran poder que tiene el estereotipo yonki a la hora de generar peligrosidad y de cómo relacionarnos con ellos.

“La gente te mira mal cuando les dices que eres drogodependiente, pero esto cambia cuando les dices que es un problema con el alcohol” (Edu. 32. N.A. 90 días limpio).

Hay cierta permisividad social sobre algunas sustancias. Cuando un actor se define como drogodependiente, el peso del estereotipo le golpea con fuerza. Muchas veces, buscando relajarlo, aclaran el tipo de sustancia consumida.

“Tengo problemas con las drogas, pero no es cosas de heroína... Eso es de yonkis” (Bairon, 52. C.A.D.).

Ser cosas de yonkis es algo asociado a lo peligroso, a lo sucio. A través de frases como esta, toman distancia con la parte más dura del estereotipo.

La búsqueda de una **maximización de resultados** por parte de los dos modos asistenciales, así como la generalización de **lo que más sucede** a **lo único que sucede**, hace que estén orientados hacia personas consumidoras de heroína, con gran deterioro físico y social.

Muchos han sido los casos en los que hemos sido testigos del abandono de individuos, porque el grupo y sus integrantes no ofrecía los buscaban.

Universidad Complutense de Madrid.

“Me voy. No voy a volver. Aquí la gente está muy mal... Yo no estoy tan mal. No me siento bien”. (José Vicente. 30. N.A. Primer día).

José nos contó sus intenciones, al salir de su primera reunión, de no volver. **No se identificaba** con el perfil de los integrantes del grupo. En ese momento, predominaba un gran número de individuos que asistían al grupo por consumo de heroína (sin acumular muchos rasgos identificativos del yonki), cuando esta persona me comenta que él necesita ayuda para dejar el éxtasis.

En el grupo del C.A.D, es todavía más claro. Son los **profesionales** los que **filtran** la entrada o no al grupo, buscando un perfil similar:

E- *“¿Qué perfil viene al grupo?”*

Doro- *“Ex consumidores de heroína, no muy deteriorados y con algo de soporte familiar”*.

E- *“¿Y qué pasa con otros perfiles?”*

Doro- *“No nos suelen llegar tanto, pero Cruz Roja tiene otros recursos donde atenderles”* (Entrevista a Doro, profesional del C.A.D.).

La dificultad de acceder al grupo del C.A.D. es infinitamente mayor que la del grupo de N.A. Los individuos deben pasar varios filtros antes de poder acceder a él, con lo que la identificación, al ser explícitamente buscada, es muchos más sencilla, ya que todos han sido seleccionados bajo una serie de criterios comunes con anterioridad.

Hay una serie de valores y valoraciones asociadas al uso o no de sustancias y al tipo de estas, actuando como **juicios morales** respecto a la legitimidad de estos, otorgando diferentes grados de negativización a unos sobre otros, como es el caso del consumo de heroína inyectada (malo) y fumada (menos malo).

No sólo debemos de ver las diversas posiciones/relaciones otorgadas por los diversos consumos, sino como el sexo, clase social y demás características psicosociales influyen también en ellas. Ser de distintas clases sociales, contextos, nivel de estudios e integración diferentes sobre los que se conforma el estereotipo yonki, provoca diferencias entre ellos.

“Yo ni he perdido la familia, ni estoy sin trabajo, ni soy como muchos de vosotros os describís. No sé qué me puede aportar el grupo” (Jaime, 45. N.A. en una de sus únicas reuniones).

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Algunos de los actores con mayor tiempo de abstinencia le contestaron que allí todos tienen diferencias, pero que la adicción es lo que les une y les hace similares.

Las características psicosociales sirven proceso de identificación entre los integrantes de los grupos y como mecanismo de cierre con los que no se acercan a las peculiaridades mayoritarias de las personas que lo compongan. Además sirven como mecanismos de estratificación dentro del grupo, reproduciendo metafóricamente las mismas relaciones en base a este variable que se producen a nivel macro social.

*3. Saber práctico, recursos
asistenciales, procesos
terapéuticos y grupos de
Narcóticos Anónimos.*

3.1. Narcóticos Anónimos. Dispositivo asistencial de distribución de Conocimiento Práctico.

Los grupos de N.A., se organizan entorno a buscar y mantener de la abstinencia. A través de mantener una conductas ritualizadas, la existencia de posiciones diferenciadas en el grupo e interacciones entre sus usuarios, poco a poco y según el tiempo de permanencia, van reconfigurando la subjetividad inicial con la que comenzaron el proceso de recuperación. En ellos se generan una serie de narrativas y modos de definirse, los cuales actúan como una “oficina del gobierno”, reproduciendo un modo concreto de “dirigir”, buscado a través de unas relaciones de poder estipuladas dentro de los grupos de esta asociación.

Analizar estos dispositivos con la ayuda del concepto de Bourdieu (2005) de **capital simbólico**, considerando la droga como Romaní (1999), un **hecho social total**, permite acumular la suficiente carga teórica para comprender un fenómeno tan complejo.

Adrados (1997), muestra como las **narrativas** de los usuarios de nuestros grupos de estudio, configuran su condición de agentes reproductores y dinamizadores, no sólo de la estructura de los diferentes grupos de actores que influyen en el proceso terapéutico, sino en la configuración social y en los colectivos culturales, en cuanto los recursos asistenciales y los Modelos Explicativos sobre las adicciones tienen un sentido normalizador, disciplinario y de recuperación.

Bourdieu (2005), definió “**capital simbólico**” como “*el poder detentado por un grupo o colectivo para controlar en beneficio propio el conjunto o parte de las representaciones mentales o cosmovisiones de una colectividad*”.

El tiempo de **abstinencia**, como capital acumulable, será entendido de esta manera. Aquellos capaces de “**almacenar**” la mayor cantidad posible, podrán buscar sus intereses y controlar las finalidades y cosmovisiones utilizadas por el grupo. La acumulación de este y la forma de hacerlo, puede generar diferentes tipos de “*habitus*” asociados al consumo, los cuales son plasmados en diferentes estilos de vida asociados a las drogas y conformados a partir de las diferentes posiciones ocupadas respecto a la dualidad no consumidor/consumidor utilizando los conceptos referidos por Bourdieu, Chamboredon y Passeron (2003).

Presuponiendo que los grupos de recuperación analizados en esta tesis doctoral se articulen entorno a la circulación de saberes a modo de capital, utilizando el tiempo de abstinencia como estrategia terapéutica, encontramos procesos de formación, acumulación, reproducción y puesta en juego estos conocimientos, que configuran y modifican las subjetividades de sus integrantes.

Estas **dinámicas** son herramientas utilizadas por estos dispositivos expertos sobre las adicciones, los cuales tratan de devolver a sus integrantes a una posición socialmente aceptada, recuperando/rehabilitando aquello que ellos mismos significan en forma de pérdidas asociadas al consumo de drogas.

Identificarse o sentirse identificado dentro de los grupos de N.A., es asumir como nuestros rasgos encontrados en el “otro”: pasar del yo al nosotros. Dentro de las dinámicas analizadas en los grupos seleccionados para esta investigación, la **identificación** es un proceso a través del cual los usuarios de ambos sienten afinidad entre ellos a través de los discursos subjetivos sobre la experiencia en recuperación que ponen en juego sus integrantes, generando “sentir como propio” aquello que le ha pasado al otro. Si esto sucede, las prácticas puestas en juego por alguien en concreto, podrán ser utilizadas en el aquel que se identifica, a pasar de la disparidad existente entre los diferentes integrantes.

“A pesar de nuestras diferencias, la adicción hace que todos naveguemos en el mismo barco. Es posible que nuestras experiencias personales varíen en cuanto a su esquema individual, pero al final, todos tenemos lo mismo en común: una enfermedad o trastorno llamado adicción”. (Narcóticos Anónimos, 1999).

La identificación actúa como **estrategia niveladora** ante la variabilidad encontrada dentro de una realidad tan compleja como la adicción. La gran **heterogeneidad** existente en los consumos de drogas, sufre un proceso de **homogeneización** a través de este tipo de dinámicas, generando protocolos basados en similitudes generadas artificialmente.

La acumulación de tiempo de abstinencia, además de capacitar a los sujetos para poder poner en juego un conocimiento mejor, crea distintos tipos de posiciones/relaciones sociales entre los integrantes de estos contextos y aquellos que no forman parte. Las diferencias encontradas en los grupos generadas por la edad,

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

género, sustancia consumida, abstinencia y enfermedades asociadas al consumo, originan vínculos entre los sujetos en el campo, que van conformando el grupo y sus dinámicas. Esto a la vez produce principios de significación y fragmentación en ellos, los cuales no sólo regulan a sus integrantes, sino también la puesta en juego de saberes, la importancia y tipología de estos, así como los principios de legitimación y el rol de cada agente social.

La combinación de sustancia, modelo explicativo sobre la adicción, generación, género, abstinencia y enfermedad, plasmado en el recurso, se estructura en un modo de entender, comprender, significar y actuar con respecto al consumo de drogas puesto en juego en un proceso pedagógico/re-subjetivador diferente en cada uno de los grupos estudiados, pero concluido ambos en un producto parecido: **un nuevo posicionamiento dentro de la dicotomía consumidor/no consumidor.**

El aspecto físico, la salud, la capacidad adquisitiva, la higiene, el trabajo, etc. forman parte de los elementos a recuperar durante la rehabilitación, que si bien está influida por la abstinencia, es conformada desde la suma de estas variables para ser completa. Los usuarios con mayor capital simbólico acumulado, son definidos en términos de **deseabilidad**. Representan metafóricamente aquello que todos desean, sirviendo a la vez como **modelo y principio configurador del grupo**, dado que de ellos emanan los objetivos sobre los que se organizan las reuniones, al formar parte del núcleo central. Canals (2002), respecto a la problemática de las adicciones señala que *“ni el Modelo Médico Hegemónico ni la autoatención doméstica están consiguiendo los resultados deseados, con lo que han aparecido una serie de formas asociativas intermedias, tratando de paliar la falta de éxito”*.

Este argumento puede leerse en paralelo al elaborado por Foucault (2006), respecto a las modificaciones en el ejercicio del poder o **el arte de gobernar**. La inoperancia de las formas tradicionales de gobierno, concedió posibilidad de mando, como explican Rose, O`malley y Valverde (2006), a nuevas redes instituciones e individuos, generándose dispositivos y tecnologías similares a las formas asociativas intermedias señaladas por Canals. Rose, O`malley y Valverde (2006), lo definieron como un **gobierno en la distancia**, siendo una tecnología donde sus integrantes participan de manera activa en su administración. N.A. ejemplifica perfectamente este modo de gobernar. Debido al

Universidad Complutense de Madrid.

valor que otorgan a la experiencia en recuperación de aquellos que conforman sus grupos, el **conocimiento** que se ponga en juego en estos grupos será **eminente práctico**, otorgando un papel activo a los individuos dentro de su recuperación, disposición clave en el tipo de gobierno propuesto por estos autores, la cual será analizada más adelante. La acumulación de abstinencia como capital legitimador de los saberes que pueden poner en juego, se sostiene en la importancia central del adicto para ayudar a sus iguales, desde el conocimiento práctico que le otorga la sobriedad. Tanto el grupo de estudio de N.A. como el del C.A.D. son entendidos en esta tesis doctoral como dispositivos que generan un conocimiento concreto sobre la adicción, a través del cual se ejerce una estrategia de gobierno concreta. Serán sus propios usuarios, poniendo en juego aquel conocimiento que emana de las tecnologías del sí mismo, los que faciliten avanzar en el proceso de recuperación, como parte de esa **normalización/disciplinamiento** y como estrategias de poder/gobierno, en base a lo definido como saludable, produciendo una corporalidad concreta.

Canals Sala (2002), define a los Grupo de Ayuda Mutua (GAM) como *“grupos en los que funciona la ayuda mutua, basándose esta en la reciprocidad, horizontalidad y simetría que encontramos en su interior”*, definición que encaja con nuestro grupo de N.A.

Reflexionando sobre el concepto de Ayuda Mutua (AM), Kropotkin (1902)¹⁴ sentó las bases de la mayoría de las definiciones utilizadas sobre él. Canals (2002) en su tesis doctoral, entiende AM desde la **economía moral**, ya que entiende el concepto como *“transacciones en las que se excluye la mediación de cualquier componente de interés económico”*. Estos intercambios son producidos fuera del mercado y expresados en un lenguaje construido en términos morales, que acostumbra a invocar el tipo de vínculo existente entre los usuarios. Será el intercambio de esta AM, basándose en la reciprocidad, horizontalidad y simetría lo que conformará, siguiendo con Canals, un G.A.M.

Aunque será Menéndez (1984), el primero en relacionar la AM con los anteriores conceptos. Este autor define la Ayuda Mutua como *“formas de reciprocidad necesariamente horizontal y simétrica, especialmente cuando se confronta con el papel*

¹⁴ Critica la tesis del darwinismo, afirmando que la cooperación y la ayuda mutua constituyen las bases de la supervivencia y el desarrollo de las sociedades.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

que juega la redistribución en la constitución y legitimación de estructuras jerarquizadas que conllevan alguna forma de poder". A pesar de que afirma que "no es necesario que exista tal horizontalidad o reciprocidad, sino sólo la posibilidad de ser construida por los agentes sociales que conforman el grupo para articular el G.A.M.", la falta de ellas y de la capacidad real de poder construirla (al utilizarse como principio terapéutico la jerarquización que deriva de la abstinencia y su acumulación), el concepto G.A.M. deja de sernos útil epistemológicamente hablando en esta tesis doctoral, ya que estos preceptos no son cumplidos en ninguno de los dos grupos analizados.

Si bien la **reciprocidad** encontrada en este intercambio de saberes es similar a la definida por Sahlins (1983), estos además pueden intercambiarse en ellos de manera tanto diferida como inmediata. Aquello puesto en juego en las reuniones puede ser devuelto permaneciendo en ellas, aunque no necesariamente por las mismas personas, ni desde un plano de igualdad e inmediatamente. De esta manera, la existencia de posiciones de privilegio generadas alrededor de la acumulación de tiempo de abstinencia, el papel que eso les confiere y la presencia del experto en el caso del C.A.D., hace que esta devolución no sea ni horizontal ni simétrica en los dos dispositivos analizados.

Al ser posible entonces identificar una forma de intercambio jerárquico en Esperanza, entendemos que es esa estructura, negada en la presentación que el grupo hace de sí mismo, la que represente el núcleo de su organización y el aspecto con el mayor peso explicativo de los procesos que se dan en él, llevándonos a la necesidad de otro marco teórico con el que tratar de comprender la circulación de saberes prácticos.

Usaremos el concepto de "**comunidad de práctica**", visto en Wenger (2001) y Wenger, McDermott y Snyder (2002), para conseguir suficientes herramientas teóricas con las que analizar las realidades seleccionadas para este estudio. Wenger lo definió como "*grupos sociales constituidos con el fin de desarrollar un conocimiento especializado, compartiendo aprendizajes basados en la reflexión compartida sobre experiencias prácticas*".

Será el propio **grupo** el que se encargue de **establecer su propia finalidad** (objetivos de aprendizaje), **generándose** estos desde un **contexto práctico** y de trabajo **corporativo**.

Universidad Complutense de Madrid.

El Modelo Explicativo sobre las adicciones generará los objetivos a conseguir por la asociación, produciéndose un proceso de interacción/modificación de estos según las características del **núcleo central de sus integrantes**, con lo que no tendrá la misma finalidad una agrupación formada mayormente por hombres jóvenes consumidores de cocaína, que uno de mujeres heroinómanas, aunque los dos sean de N.A.

En este tipo de grupos el conocimiento se transfiere desde las experiencias compartidas, sin olvidar que la identidad de él mismo es reforzada por la participación en el proceso de puesta en juego de capital considerado relevante contextualmente, siendo en el caso analizado el saber práctico que lleva a la abstinencia y su mantenimiento.

Estas dinámicas no sólo activan la transmisión de estos saberes, sino que a la vez son capaces de generarlos. En estos grupos el proceso de aprendizaje es definido en términos de participación en él. Esta suerte de colaboración de todos los individuos, está definida por la puesta en juego de aquello considerado como relevante por ellos mismos. La experiencia acumulada para mantener la abstinencia a las drogas y el modo de ir recuperando las carencias asociadas al consumo, será lo que circule dentro de esta estructura en forma de Conocimiento Práctico.

“En las comunidades de práctica, la socialización y la construcción cooperativa de aprendizaje se desarrolla alrededor de una práctica común que lleva a sus miembros a definir ciertos rituales, roles e interacciones que determinan su lenguaje e identidad, que las lleva a comprometerse, consolidarse y evolucionar en el tiempo” (Wenger 2001).

Los grupos de N.A., se organizan alrededor de la búsqueda y mantenimiento de la abstinencia. A través de conservar unas conductas ritualizadas, la existencia de posiciones diferenciadas en el grupo e interacciones entre ellos, poco a poco y según el tiempo de permanencia, van reconfigurando la subjetividad inicial con la que se comenzó el proceso de recuperación.

3.2. Introducción a N.A.

N. A., creado en 1953, celebró su primera reunión en Carolina U.S.A. Rápidamente se extendió por todo Estados Unidos y, posteriormente, por el resto del mundo. En 1962

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

publicaron lo que ellos llamaron “**El libro Blanco**¹⁵”, el cual ayudó a tener un referente normativo y a conjuntar sus ideas en un soporte físico. Desde su formación, el veloz incremento de sus integrantes fue una de sus características.

La necesidad de una dirección más eficaz, al estar formado por grupos independientes entre ellos, era evidente. Así en 1972 N.A. abrió su Oficina de Servicio Mundial en Los Ángeles, lo cual confirió estabilidad y orden al crecimiento de la asociación. Hoy en día hay grupos y reuniones en múltiples lugares del mundo, dotando de carácter global a esta institución.

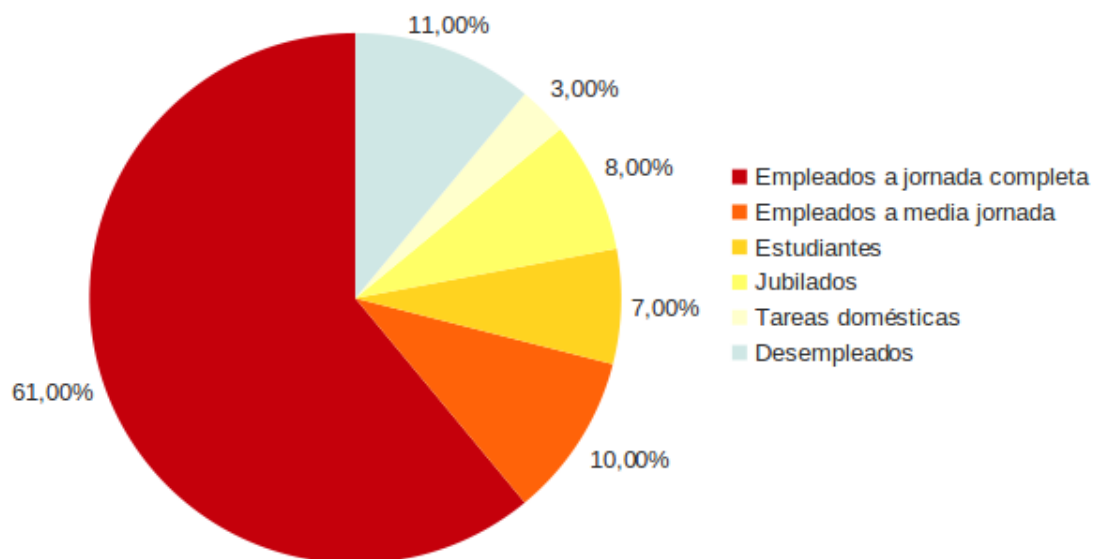
Como cualquier asociación, N.A. nació con dudas. Tras generar un modelo terapéutico sobre la adicción basada en las experiencias de los propios adictos, plasmado en su literatura y junto a la aparición de una institución central, fue consolidándose poco a poco como una alternativa a los modos asistenciales existentes. Esto, como ya hemos comentado, es explicado a través de las ideas de Canals (2002), sobre la creación de una respuesta intermedia entre los recursos asistenciales estatales y el autocuidado, junto al cambio que supuso una gubernamentalidad basada en la inoperancia de las formas tradicionales del gobierno, como nos explicaron Rose, O`malley y Valverde (2006), concediendo posibilidades de gobiernos a nuevas formas políticas.

Ambos planteamientos sugieren un cambio en la forma de tratar la adicción, plasmándose no sólo en los modos de intervención, sino en cómo se gobierna a través de ellos.

Según Narcóticos Anónimos (2002), esta organización funciona en 129 países. Encontramos grupos de N.A. en América, Europa, Australia, Oriente Medio, Nueva Zelanda, África, Asia oriental, etc. Las más de 61.800 reuniones semanales y materiales escritos disponibles en 41 idiomas que genera esta asociación, sirven para mostrar la magnitud que ha ido adquiriendo con el tiempo.

Veamos un gráfico sobre el **perfil laboral** de miembros de NA, obtenida de Narcóticos Anónimos (2002).

¹⁵ Este librito es una introducción a N.A. escrito en base a las primeras experiencias de recuperación de sus primeros integrantes.



La investigación citada antes del gráfico muestra como todos los **orígenes** étnicos y religiosos están representados en esta confraternidad, variando de un país a otro los estratos socioeconómicos de sus miembros. El 74% son caucásicos, los 11% afroamericanos, 8% hispanos, el 7% proviene de otros orígenes.

Respecto a los **sexo**, también muestra como el 53% de los miembros son hombres y 47% mujeres.

Por **edades** el 2% de los miembros son menores de 20 años, el 13% se encuentran en la franja de entre los 21 y 30 años, el 19% entre los 31 y 40 años, el 32% entre los 41 y 50 años, el 27% de 51 a 60 años y el 7% tienen más de 60 años.

Finalmente respecto de la **situación laboral**, el 61% de los miembros son empleados a jornada completa; el 10% empleados a media jornada, el 11% desempleado, el 8% jubilado, el 7% estudiantes y el 3% se dedican a tareas del hogar.

3.3. ¿Qué sucede en los grupos de N.A.?

N.A. es una asociación **voluntaria**. No conocemos ningún caso de obligatoriedad en la asistencia en ninguno de sus grupos, ni hacia ninguno de sus integrantes. Serán los propios individuos que la conformen, tanto su participación como la periodicidad de su asistencia. La persona que decide participar de estas dinámicas, lo hace cuando se identifica con aquello que el grupo ofrece y representa. Asistir desde la obligación, impide la consecución de los objetivos bajo los cuales el grupo es conformado.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Edu, un hombre que ha tratado de integrarse en Esperanza varias veces sin éxito, lo expresa de la siguiente manera:

“Yo traté de venir a N.A. varias veces, pero nunca decidí quedarme. Probablemente porque no estaba preparado o, tal vez, porque mi familia me obligó a venir. La verdad es que nunca me quise quedar en las reuniones. La gente del grupo eran extraños para mí. No me sentía identificado con ellos. Pensaba que ellos eran unos yonkis y yo no... Cuando casi me muero de sobredosis, vi que era como tenía un problema y... necesitaba ayuda” (Edu. 39 años. N.A. 90 días sin consumir).

El actor, antes de decidir participar en estos grupos, debe percibir como **negativa** la **relación con la sustancia** e identificarse con lo que ofrece tanto el grupo como sus miembros. Si esto sucede, las reuniones tendrán una eficacia terapéutica alta, la cual se ve realmente mermada ante la imposición de asistir a las juntas o la no identificación con sus objetivos.

En todos los recursos asistenciales para el tratamiento de las adicciones, el actor comienza su tratamiento de manera **voluntaria**, aunque alguna vez es obligado por el juez como atenuante/eximente de pena de cárcel o vinculado con la obtención de cierto privilegios, sobre todo en dispositivos similares al C.A.D. Previamente ha debido de pasar por un proceso que ellos llaman **“tocar fondo”**, en el cual negativiza la imagen que se tiene de la subjetividad de adicto, siendo un momento crucial en el inicio del proceso terapéutico.

Según Henao y Segura (2013), bajo este concepto los adictos suelen referirse a *“un momento en su trayectoria en el que a través de un suceso importante, modifican su manera de entender la relación con las sustancias”*. Esto desemboca, entre otras cosas, en la posibilidad de poder comenzar un proceso terapéutico dado que, según Prochaska y Diclemente (1992), la persona pasa de la fase *“pre-contemplativa”* a la *“contemplativa”*.

“A mí me costó mucho tocar fondo. No era capaz de asumir que tenía un problema con las drogas, no quería... Pero hubo un día en el que desperté en la camilla de un hospital, con una sobre dosis de la ostia y vi que esto era serio, que si no lo dejaba podía morir y decidí buscar ayuda”. (Francisco. 55. N.A. Varios años de limpieza.).

La necesidad de tocar fondo, como paso previo a entrar en el grupo, supone el cambio en la disposición del individuo para el cambio. El cual será entendido

como un proceso re-subjetivación por parte de la persona, en base a una nueva conceptualización sobre la adicción y todo lo asociado a ella, lo que conlleva a una reorganización de la narrativa biográfica que el sujeto elabora.

El discurso de Francisco muestra situaciones traumáticas como desencadenantes del inicio del tratamiento, las cuales son encajadas en su nuevo relato biográfico en términos de “*tocar fondo*”.

Tocar fondo es asumir que las relaciones y formas de convivencia establecidas durante el periodo en el que se consumió, serán resignificadas en términos de privaciones asociadas a las adicciones, significando el proceso desde el “**paradigma de la pérdida**¹⁶”. Procedimiento que influirá en la elección de dispositivos, dado que si no se ha producido el actor no estará en disposición de comenzar un itinerario terapéutico.

Por su parte, la selección de un recurso entre la gran oferta existente en la región de Madrid, estará influida por el conocimiento previo que se tenga de ellos, las recomendaciones de los grupos de iguales y la familia, el ensayo error o alguna obligación institucional. Mientras que la permanencia no será determinada por la mismas variables que influyen en la llegada a estos (estrategias de captación que responden, como veremos, a una lógica de mercado), sino que **compartir una problemática**, sentirse **identificado** con las personas que los conforman así como la consecución de los objetivos con los que el usuario se acerca al grupo, determinarán la permanencia o no en él.

La percepción de compartir una problemática, sentirse **identificado** con las personas que conforman los grupos de N.A. y buscar unos **objetivos similares**, es determinante para la permanencia o no de los individuos en los grupos.

Esta **identificación** sustentada en la idea de compartir algo, les hace abrazar las similitudes en vez de las diferencias. La finalidad de esto es que las experiencias a priori personales, puedan ser extrapolables a todos sus integrantes, articulando estas a su vez las dinámicas de abandono/mantenimiento del consumo en base a estos procesos igualadores.

¹⁶ El paradigma de la pérdida es una instrumentalización en forma de herramienta disciplinadora, desde la que incorporar y reproducir disposiciones vinculadas con un modelo de clase concreto, tenga o no que ver con la adicción.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

La **voluntariedad**, la identificación, la no presencia de profesionales, el tamaño de los grupos (no más de 30 por reunión), la forma en que construyen e intercambian el conocimiento sobre la recuperación y lo que quieren conseguir a través de estas dinámicas, conforman las principales características de los grupos de N.A.

Canals (2002), dice que *“la falta de profesionales es condición necesaria para que estas formaciones se puedan ofrecer las condiciones ya comentadas de **horizontalidad, equivalencia y simetría**”*. Según este autor, la no existencia de técnicos vinculados con el saber experto provoca que sus integrantes permanezcan en una relación de horizontalidad, la cual hace posible que el saber experiencial pueda circular entre todos ellos sea valorado de forma similar. De igual manera, el proceso de identificación hace posible que este conocimiento sea interpretado de manera equivalente y simétrica, ya que al sentirse todos iguales no hay posibilidad de generar diferencias.

El análisis de **Esperanza** nos lleva por un camino distinto al de Canals. La acumulación de abstinencia sí genera **asimetría, desigualdad y jerarquización**, siendo parte central del proceso terapéutico de recuperación. El incumplimiento de estas características nos lleva a argumentar que el grupo de N.A. seleccionado para esta investigación, no puede ser definido como un G.A.M al no cumplir las condiciones que este autor define como necesarias para ser definido de esta manera.

En los grupos de N.A., en la efectividad del recurso y el papel de los compañeros, es el elemento clave en la consecución de los objetivos planteados, provocando una exaltación de estas agrupaciones, al ser atribuidos por sus integrantes un papel fundamental en el proceso de recuperación.

“Muchas veces parece magia lo que pasa aquí. Vienes y sólo seguir viniendo, ya funciona.”. (José Antonio.30. N.A. 7 meses sin consumir).

De La Peña (2000), dice que la eficacia simbólica hace comprensible la *“discordancia y arbitrariedad de los síntomas de la enfermedad”*. El proceso terapéutico sucedido en N.A. está alejado de la relación agente patógeno/enfermedad.

La adicción tiene una gran **carga simbólica**, con lo que este concepto de Levi-Strauss (1968), permite entender la **transformación real** en el cuerpo o la conducta del integrante del grupo a través de un **resignificación subjetiva**, utilizando el grupo y las experiencias compartidas en él como herramientas.

Universidad Complutense de Madrid.

En estas reuniones se incita a sus asistentes a ver reflejado en algunos de sus integrantes aquello que buscan todos ellos. Aquellos que están más avanzados en el proceso terapéutico, son homólogos simbólicos funcionando como símbolos representativos vivientes de aquello que se puede conseguir permaneciendo en el grupo. Si los integrantes de N.A. creen en el grupo y sus dinámicas, lo más probable es que de verdad consigan todos los objetivos planteados en él, viendo sus futuros progresos reflejados en aquellos más avanzados están en la recuperación. Si el lapso de tiempo que llevan sin consumir puede ser cuantificado en base al “tiempo de abstinencia”, la acumulación o no de este jerarquizará a los integrantes de Esperanza al servir de **referente terapéutico** en la recuperación y en los intercambios de saberes. N.A. utiliza una herramienta llamada “**compartir**”, la cual es implementada con un protocolo y una temporalidad concreta. En él, un orador cuenta su recuperación, sus experiencias, sus vicisitudes, etc. frente a una serie de personas que empatizan con él desde el padecimiento compartido. Estas intervenciones generan poco a poco un proceso de cambio subjetivo, al identificarse los escuchantes tanto con los contenidos de las experiencias relatadas, las formas en que ésta es narrada y los significados que son así movilizados. Esta herramienta pone en juego un conocimiento práctico sobre la abstinencia, con la finalidad de ayudar y servir de ejemplo a sus compañeros, reproduciendo su posición de emisor de discursos autorizados desde su acumulación de abstinencia, expresado en un tipo de discurso concreto.

D- “¿Cómo es el momento de compartir?”

J.A.- “Siempre es duro, aunque lleves mucho tiempo, siempre es duro. Haces un pequeño gesto al moderador y él, te toma el turno. Escuchas pacientemente a tus compañeros... nunca sabes cuando alguno de tus compañeros va a decir algo interesante. El grupo funciona así... todos escuchamos y todos podemos ayudarnos los unos a los otros. Cuando te toca, todo el mundo se gira y se mira, esperando a ver lo que dices. Después, puedes hablar sobre lo que te apetezca, siempre que no hagas referencia directa ni a la sustancia que consumías, ni a ninguna persona que esté en el grupo. Cuando terminas, todo el mundo te agradece y es en ese momento en el que te sientes bien. Yo no sé qué sucede... pero te encuentras muchos mejor. No sé por qué será, pero ahí es cuando te das cuenta de porqué vienes el grupo” (Entrevista a José Antonio. N.A. 7 meses sin consumir).

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Tomar la palabra y escuchar de la manera **estipulada** por el propio grupo, genera **transacciones prácticas** entre los presentes en las reuniones, lo cual le hace rebajar la percepción subjetiva del padecimiento y ayuda a tener referentes prácticos sobre cómo conseguir los objetivos buscados en el grupo.

El grupo, como **modelo terapéutico**, enseña a sus integrantes que la valía de su método es la participación de todos ellos en sus dinámicas. En él se prioriza la intervención de aquellos que más tiempo llevan en el grupo, al erigirse como **elementos prototípicos** en los que fijarse para auto-intervenir en su propio proceso de restablecimiento. La experiencia en recuperación, acumulada a modo de capital, es puesta en juego a través del intercambio de conocimiento experiencial. De este modo los compartires pasan de ser un acto verbal a una práctica terapéutica. Debido a esto, en nuestro grupo de estudio se valorarán situaciones en las que sus integrantes puedan intercambiarlas, dejando como complementario otro tipo de intervenciones. Por esto, tanto el grupo Esperanza como otros de N.A., valoran de manera especial al momento de las reuniones en el que se puede usar esta herramienta respecto a otros.

Pero además, el **grupo** entendido como **espacio simbólico** diferente a aquel en el que prima el **saber teórico**, tiende a generar actitudes, maneras de hablar, de pensar, de actuar y de hablar concreto, ayudando a aproximarse entre sí a sus miembros, haciéndolos sentir a todos parte de “algo”, que adquiere toda su dimensión frente a la exclusión y estigmatización que sufren fuera de él.

“Sé que eres nuevo-dice mirándome- y no te vas a enterar de mucho en tu primera reunión, pero te sugiero que sigas viniendo. Ya has dado el primer paso, que es darte cuenta de que tienes un problema con las drogas”- suspira a la vez que toma fuerzas para continuar.

“Yo, un día paseé lo mismo que tú... me di cuenta de que no podía seguir consumiendo. Esa casi es la parte más sencilla. Empiezas a venir a las reuniones, compartes en ellas, lees en casa... Poco a poco, pasan los días y un día, te das cuenta de que con mucho esfuerzo y la ayuda de tus compañeros, ya no eres el adicto perdido que viniste...eres parte de N.A. y entre todos seguiremos sin droga”. (Vicente. 47. N.A. Varios años limpio).

“El grupo, los compañeros, compartir en las reuniones... Saber que formas parte de algo... ese el verdadero camino para dejar las sustancias. Te recomiendo que sigas viniendo”. (Lola. 45. N.A. 10 meses limpia).

Universidad Complutense de Madrid.

(Intervenciones de Lola y Vicente en la reunión de bienvenida del etnógrafo)

Permanecer en el grupo hace que comience un proceso basado en la abstinencia, el cual no sólo termina con el mantenimiento de esta, sino con la asunción de una nueva subjetividad generada desde la institución: **el adicto en recuperación**.

“Yo no entiendo mucho que hago aquí. No sé qué hago contando mis cosas a esta gente que no conozco de nada. Cada uno somos de su padre y de su madre...con lo que no sé qué puede pasar. Sólo me han dicho, sigue viniendo a las reuniones...y eso es lo que voy a hacer. (Lola.45. N.A. 1 meses limpia).

“Me cuesta mucho hablar en público, pero ya llevo 3 meses sin consumir y sé que es lo mejor que puedo hacer”. (Lola.45. N.A. 3 meses limpia).

Cada día que pasan los individuos que continúan en el grupo van asumiendo como ciertas, no sólo la manera que tiene N.A. de definir la adicción, sino la manera de vivir la privación del consumo.

“Estoy contenta de que poco a poco he ido entendiendo lo que se nos pide en N.A. Compartir con los compañeros es lo mejor, ya que sólo un adicto puede entender lo que explica otro”. (Lola.45. N.A. 7 meses limpia).

Según permanecen en él, su manera de hablar, el modo de definir la adicción, cómo tomar la palabra, etc. es modificado. Lola nos muestra cómo, según avanza en el proceso terapéutico, su discurso se asemeja cada vez más **al de las personas que más tiempo llevan en el grupo**, capacitándola para poner en marcha el circuito de intercambio de estrategias basadas en la práctica de una manera efectiva para el contexto en el que lo hace.

Según avanzamos cronológicamente por las intervenciones de nuestra informante observamos cómo, de no entender qué es lo que se hace en Esperanza, pasa a legitimar su manera de trabajar en términos de efectividad (ha conseguido lo que quiere) y termina articulando el discurso institucional de N.A.

La medicina tradicional, define los síntomas como signos objetivos y definitorios de los padecimientos, tratando de detectarlos y subsanarlos para poder superar esta situación de crisis. En **los grupos de N.A.** se parte de una circulación de vivencias mucho más cercanas al **lenguaje** y la **experiencia particular**, que en este tipo de indicadores. Son dos posicionamientos antagónicos, ya que uno parte de identificar unos indicadores físicos los cuales llevan a saber qué dolencia los genera y su tratamiento, mientras que en Esperanza el proceso se basa en la circulación de

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

vivencias y el carácter activo del usuario en él, siendo la persona la que ha de incorporar la experiencia de sus compañeros a modo de mecanismos disciplinadores. Conviene precisar que en este tipo de grupos, el papel relevante otorgado a la subjetividad y la experiencia no debe ser asociado con la ausencia de conocimientos técnicos por parte de sus usuarios, ya que muchos de sus miembros conocen su problemática mejor que muchos profesionales, sobre todo por la cantidad de años que algunos de ellos llevan dentro de la red asistencial.

“Mi consejo es que no tomes al antabus¹⁷. Siempre hay otras soluciones, la reacción que te provoca al mezclar con alcohol puede hacer que te encuentres mal...muy mal. No es una buena solución. Yo creo que hay otros tipos de terapia como las desintoxicaciones ambulatorias, etc. Mucho mejores”. (Nicolás. 39. N.A. 9 años sin consumir).

Muchos de los individuos observados durante el trabajo de campo, atesoraban un conocimiento tan amplio sobre las sustancias, los modos asistenciales y los posibles tratamientos, que difícilmente podríamos encontrar un profesional en condiciones similares. Asociar experiencia/subjetividad a lo erróneo desde un punto de vista técnico y teoría/objetividad a lo acertado, no deja de ser un prejuicio.

“El mono de alcohol puede controlarse con el acamprosato¹⁸, no es tan fuerte como el Antabus, pero se lleva mejor. 3 veces al día son suficientes”. (Tato.47. N.A. 5 años sin consumir).

En varias de las reuniones a las que asistimos, comprobamos como algunas de las personas que conformaban Esperanza detentaban un ingente conocimiento teórico sobre drogas y tratamientos, proveniente de la gran cantidad de años que algunos de nuestros informantes llevaban en tratamiento. De hecho, una parte no menor de los saberes compartidos en ellas, incorporan conocimientos de carácter biomédico de cierta complejidad.

“La naloxona y la naltrexona son medicamentos antagonistas, es decir, que bloquean los efectos de la heroína. Son especialmente útiles como antídotos. La naltrexona tiene efectos de larga duración, extendiéndose de 1 a 3 días dependiendo de la dosis. La naltrexona

¹⁷ El antabus es el nombre comercial de un fármaco usado para ayudar en el tratamiento del alcoholismo crónico, produciendo una reacción aguda al consumo de alcohol.

¹⁸ Este medicamento funciona en el cerebro reprimiendo los receptores que causan los síntomas de incomodidad cuando se intenta dejar de beber.

bloquea los efectos placenteros de la heroína y es útil para tratar a ciertas personas altamente motivadas". (Enric. 40. N.A. Varios años de limpieza).

Acumular años de terapia genera un proceso de expertización basado en la práctica, posicionando de hecho a los integrantes de Esperanza cerca de los expertos. Como en N.A. no existe esta figura, les otorga una legitimación similar a la que estos obtienen de la científicidad asociada a sus intervenciones.

Los discursos anteriores sirven para no caer en el error de considerar que en grupos similares a los estudiados, no existe el intercambio de saberes expertos. Hemos comentado como en Esperanza lo más valorado de sus dinámicas, es el intercambio en las reuniones de conocimiento práctico sobre la abstinencia, sin que eso signifique que no exista intercambio de otros tipos. El proceso de expertización hace que algunos de los integrantes de estos grupos, puedan poner en juego un saber cercano al teórico. Este tipo de conocimiento, es poco valorado de forma explícita en contextos como los de N.A., pero no debe ser olvidado en este análisis. Para ello tomaremos en consideración que los integrantes más duchos en materias, con una larga experiencia con las drogas y con estancias largas en N.A., son aquellos que acumulan un mayor tiempo de abstinencia. Mostrar un nivel alto de conocimientos técnicos, en Esperanza, es también una forma de expresar una posición próxima al núcleo central, cierta posición de dominio y legitimidad en las dinámicas internas del grupo.

3.4. La estructura de Narcóticos Anónimos.

Según sus propias publicaciones, los grupos y juntas de N.A. son *"lugares donde pueden reunirse regularmente para ayudarse mutuamente a permanecer limpios (...) sin que importe su edad, raza, identidad sexual, credo, religión ni falta de ésta última"* (Narcóticos Anónimos, 1991). Todo el mundo puede participar de N.A. y sus grupos, siempre que respeten la máxima de *"no asistir a las reuniones bajo el efecto de ningún tipo de sustancia"* (Narcóticos Anónimos, 1991).

No hay que pagar ninguna cuota por formar parte de los grupos. La única petición económica se hace en un momento concreto de la reunión en el cual, aquellos que puedan y quieran, hacen una donación acorde con sus posibilidades para subvencionar los gastos propios del grupo (café, fotocopias, alquiler del local, etc.).

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

“Yo venía de una Comunidad Terapéutica¹⁹. Pero allí, todo era muy dirigido. Hora a la que acostarse, levantarse... Trabajar todo el día... No sé... no era para mí. Sí que es verdad que el trato con los compañeros es similar al de aquí, es decir, también aprendes de ellos. Pero... los monitores/profesionales... son los que al final marcan que hacer y qué no hacer. N.A. es otra cosa... Como dice el libro de los 12 pasos: sigue viniendo. Pero no te obliga como la Comunidad. No sé... yo me apaño mucho mejor así, a pesar de que aquí también hay alguna que otra norma”. (Mari Cruz. 45. N.A. Recién llegada al grupo). Durante el período de observación escuchamos en las reuniones cómo, la gran mayoría de los usuarios del grupo Esperanza, se referían a otros recursos como *“muy dirigidos”, “es la cárcel”, “te miran todo lo que haces”, “vives con unos ojos clavados en la espalda”*. Muchos de ellos aludían en sus discursos a los dispositivos estatales de la Comunidad de Madrid, articulados en dos redes asistenciales que serán explicadas más adelante.

“Yo en el C.A.D. al que iba sentía que todo el rato miraban con lupa lo que hacía. Que si llegaba tarde, que si no iba bien vestido. ¡Era un agobio! (Teo. 43. N.A. 6 meses sin consumir).

“Estuve en un piso de apoyo el tratamiento²⁰ y no podía con él. Todo el rato controlando y encima, te da órdenes una persona que no ha vivido la droga. ¡Por eso me fui! (Pablo. 50. N.A. 11 meses sin consumir).

Mari Cruz, recién llegada al grupo, lo describe como un lugar con pocas normas, mientras que Teo y Pablo, al llevar algo más tiempo en él, han asumido las pautas y normas como algo normal.

Tanto Esperanza como el grupo del C.A.D. tienen una gran carga disciplinante dentro de sus dinámicas, al considerar que otra de las cosas que les ha arrebatado la adicción a sus integrantes es todo el conjunto de normas establecidas socialmente. Hacer hincapié en horarios, modos de estar, como caminar, en ser “educado”, busca **docilizar los cuerpos**, así como volverle a posicionar a los integrantes de los grupos en un papel aceptado socialmente.

¹⁹ Estos recursos son ambientes residenciales **libres de drogas** que usan un modelo jerárquico con etapas de tratamiento que reflejan niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social, (Comas Arnau et al, 2010). En la tercera parte de este trabajo nos referiremos a este tipo de recurso más detalladamente.

²⁰ Se trata de un tipo de recurso que ofrece un lugar en el que continuar el tratamiento a personas que están en situación de calle y no cuentan con ningún tipo de apoyo familiar.

3.5. Composición de los grupos de N.A.

Los grupos están compuestos principalmente por dos tipos de actores: **Los servidores y los usuarios**, siendo los principales elementos que participan en las reuniones.

3.5.1. Servidores.

Bajo este nombre se aglutinan, no sólo las personas que dirigen las reuniones (moderador), sino aquellos que se dedican a labores organizativas tanto a nivel de grupo como general de la organización.

La cantidad de tiempo de abstinencia acumulado, no solo otorga mayor valor al saber práctico que los individuos ponen en juego, sino que también da acceso a ciertas posiciones relevantes que la organización llama servidores.

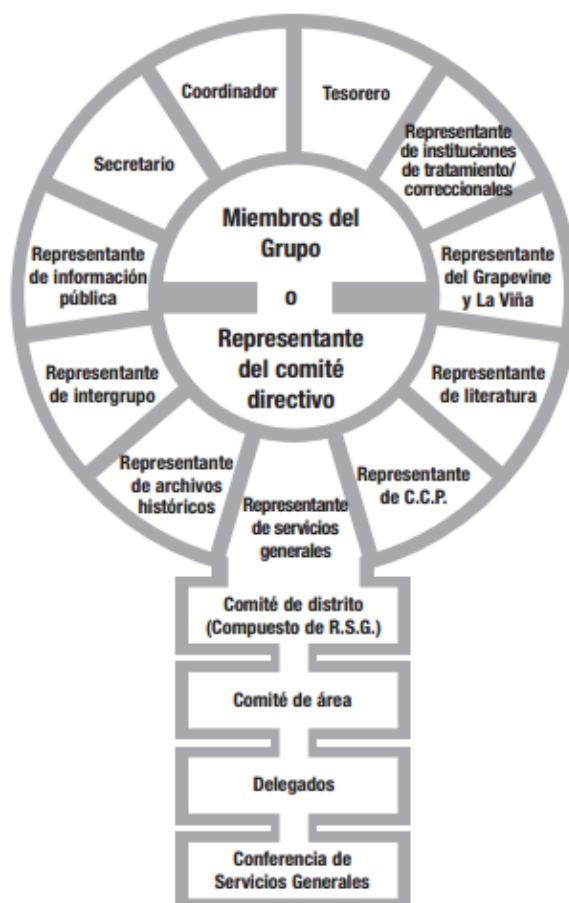
Estos son elegidos por el grupo para cumplir con ciertas obligaciones estructurales. Como dicen en Narcóticos Anónimos (2002)^b en la Segunda Tradición: *“Nuestros líderes no son más que servidores de confianza; no gobiernan”*.

A continuación vamos a definir las principales figuras existentes dentro de los grupos de N.A.:

- **Secretario:** también llamado coordinador, organiza los asuntos del grupo. Suele encargarse también de abrir el local, organizar las reuniones de trabajo, etc.
- **Tesorero:** administra el dinero con el que contribuyen los miembros en cada reunión. Informa sobre lo que se recauda y lo que se gasta.
- **Representante de servicio de grupo:** participa en las reuniones del Comité de Servicio de Área, asisten a foros y asambleas de Narcóticos Anónimos, tanto de área como regionales.
- **Moderador:** será la persona que se encargue de gestionar la reunión. Otorga los turnos de palabra, dinamiza la reunión, pide silencio, etc.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

ESTRUCTURA DE SERVICIO INTERNA DE UN GRUPO DE A.A.



Narcóticos Anónimos (2002)^b.

Por mucho que intenten **restar importancia** a la imagen del servidor, dentro del grupo tiene **notoriedad y respeto**. Su papel en él, **no** es sólo el de asumir **labores** relacionadas con la gestión de N.A., sino mostrar al resto de la comunidad el capital acumulado en forma de tiempo de abstinencia que les legitima en estas posiciones privilegiadas y les otorga el papel de referente en el grupo. Esta **condición**, además de reflejar una posición avanzada en el proceso de recuperación, presupone la capacidad de **“manejar”** ciertas situaciones que un adicto novel. De ahí que nos sea imposible defender la existencia de una horizontalidad dentro del grupo Esperanza, dado que la permanencia en él y el tiempo de abstinencia acumulado, les diferencia de los demás. Más allá de sus obligaciones formales, una persona al ser definida como servidor, muestra la recuperación de la responsabilidad, las normas y la confianza en él para poder desempeñar este tipo de labores, empoderándole respecto a sus iguales y revalorizando el tipo de conocimiento práctico que puede poner en juego.

Universidad Complutense de Madrid.

“Cuando ves a los servidores... sientes algo raro... Sabes que son los que lo están haciendo bien... No sé si me explico... Son los que nos sirven de ejemplo, aquellos que nos muestran lo que se consigue con la recuperación”. (Ricardo. 39. N.A. Un año y medio limpio).

N.A., a través de la literatura y reuniones, trata de quitar relevancia a esta figura con procesos como la **identificación/igualación**, buscando con ello una mayor operatividad de las diferentes experiencias de recuperación. Aunque la relevancia otorgada por esta posición no ha de medirse sólo en términos de las capacidades ejecutivas que comporta, sino también en notoriedad, privilegio y capacidad de ejemplificación, aspectos que pueden ser contrapesados a través de estrategias discursivas que enfatizan la igualdad, pero no eliminados en la práctica.

A pesar de que la asociación diga que estas posiciones no conllevan ninguna autoridad/prestigio, que no son más que descripciones de servicios o responsabilidades, cierto es que desde el momento en el que sirven como **“modelo de inspiración”** de los demás, funcionan como referentes en los que se fijarse el resto de usuarios.

“Yo enseguida quise ser servidor. No sé para qué, pero en las reuniones decían que era una parte importante en la recuperación. No me dejaron hasta que no estuve limpio el tiempo necesario”. (Yolanda. 45. N.A. Un año y varios meses limpia).

A estas posiciones llegan personas con cierto **carisma** y que **participan** activamente en el **grupo**. Para acceder a servidor, además de ser propuesto como candidato y votado por el grupo, debes tener **acreditado** un tiempo de abstinencia concreto.

“Cuando ya estuve seguro que no iba a defraudar a mis compañeros. Cuando sabía que podía hacerme cargo de algunas responsabilidades, decidí pasar a ser servidor de N.A. Es un poco “marrón”, pero es una manera de devolver al grupo lo que ellos han hecho por ti. Uno se siente bien cuando lo hace, es como una manera de ir enseñando a los demás que ha mejorado mucho... no se... Es algo difícil de explicar. Sé que no soy más que cualquiera de mis compañeros por hacer esto, pero a la vez sé que hago cosas que el resto no hace... Yo, lo entendido como una deber más hacia el grupo y ya está”. (Rafa 1. 40. N.A. 5 años sin consumir).

Los propios individuos que toman la decisión de asumir este tipo de posiciones, verbalizan la **contradicción** surgida entre el **prestigio/orgullo** que les otorga el propio puesto y la **ideología de N.A.** que refiere lo contrario.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Esta asociación defiende la igualdad de sus integrantes y, a través de la concordancia discursiva generada al asumir el nuevo posicionamiento de adicto en recuperación, busca maximizar la eficacia de los relatos de recuperación puestos en juego en las reuniones. De ahí que esgriman la idea de que sus *“servidores ni gobiernan ni tienen prestigio”*, en una clara búsqueda de mantener esta situación.

Muchas veces hemos podido ser testigos de la estrategia que usan para tratar de mitigar esta discordancia existente entre la ideología y el grupo Esperanza.

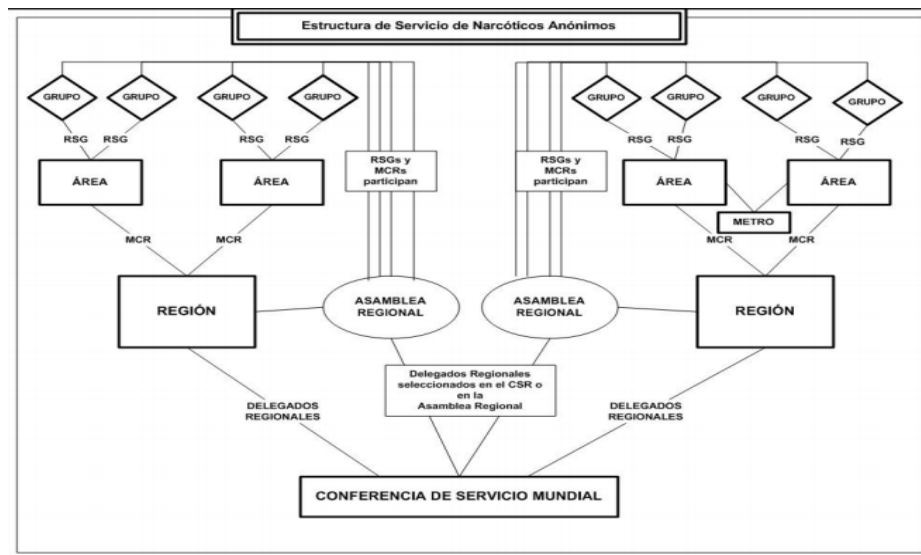
“En N.A. todos somos iguales. Nadie tiene más valor que el otro. Ninguna persona es más importante. No nos interesa que consumías, de dónde vienes. Lo bueno es que todos estamos aquí para lo mismo. Pero...si yo digo lo que hay que hacer en la reunión a mí no se me hace el mismo caso que al moderador. No tomo todas las decisiones que me gustaría respecto al dinero... Y por supuesto, tengo que pensar que la persona que va a representarme lo va a hacer.” (Nicolás. 39. N.A. 9 años sin consumir).

Los integrantes del grupo estudiado son conscientes de la importancia que tienen estas posiciones de privilegio. En Esperanza encontramos una **jerarquización difusa** bastante fuerte, con lo que habrá que analizar diferentes situaciones y narrativas de sus propios usuarios, para poder mostrar la falta de la horizontalidad que ellos mismos defienden.

En los grupos de N.A., no todos los miembros participan de manera equitativa. Los usuarios pueden tener diferentes intereses de los promulgados en ellos y, a pesar de que la abstinencia sea el principio generador de estos objetivos finales, no tienen por qué ser compartidos por todos los integrantes, al menos inicialmente.

“Yo, las primeras veces que me acerqué no buscaba dejar de consumir. Sólo quería parar un poco. No consideraba que tuviera un problema tan grande. Me valía con para de consumir tanto. Cuando empecé a venir, supe que mi problema era mucho más grande y esto cambió. Ahora ya sé que no se puede consumir nada”. (Santi. 27. N.A. 9 meses sin consumir).

Como vemos en la imagen posterior, estas posiciones se dividen en *“Servicios Locales”*, cuya labor es la coordinación a nivel grupal, y *“Servicios Mundiales”*, siendo estos los que se encargan de la coordinación a nivel mundial de N.A.



Narcóticos Anónimos (2010).

A medida que subimos en la escala de estas posiciones, el prestigio adquirido y la abstinencia necesitada para acceder al cargo crecen.

“La verdad es que no entiendo mucho el papel de los servidores” - pregunté. “Decís que no mandan, que sólo sirven...pero yo veo que la gente... ¡les admira!”

“Hay ciertas cosas que se tienen en cuenta cuando se busca un servidor” - comenzó a explicarme Emilio. “Una es su madurez en recuperación, ya que una persona con poco tiempo puede no estar preparado y desviar su energía de la recuperación. Los miembros del grupo con uno o dos años limpios probablemente ya estén bien situados en su proceso terapéutico, con lo que pueden dedicar tiempo a otras cosas. Además, son también más aptos que los miembros nuevos por estar familiarizados con las tradiciones y los conceptos de servicio de NA, así como con el funcionamiento del grupo” - continuó explicando.

“Otra cosa que hay que tener en cuenta es la continuidad de su participación en el grupo. ¿Asisten regularmente a las reuniones de recuperación? ¿Participan activamente en las reuniones de trabajo? ¿Han cumplido con compromisos de servicio previos? Quizás se te ocurran más preguntas pero esto es lo más importante” - concluyó Emilio.

“Ser servidor es una carga y una responsabilidad ya que además de trabajar para los demás, debes de enseñar que estás preparado para ello”. (Emilio. 50 años. N.A. Cinco años limpio).

Emilio enumera los **requisitos** para poder desempeñar cualquiera de los **cargos de servidores**, pero además comenta como, si bien no poseen capacidad decisoria, se trata de una posición privilegiada que otorga prestigio con respecto a los iguales del grupo, mostrándonos la contradicción a la que ya no hemos referido con anterioridad.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

El tiempo de abstinencia presupone implicación en el grupo e identificación con los valores de NA, en un juego de construcción mutua entre sus usuarios.

El concepto “madurez” define la acumulación de abstinencia como algo prestigioso, presentado como sinónimo de sensatez, juicio... aquello que ejemplifican los servidores.

“Aquí todo el mundo habla. Todo el mundo puede decir lo que considere y compartir su experiencia con los demás, pero... obviamente aquellos que más tiempo llevan sin consumir son los que son mayor ejemplo. Aunque cada uno es cada uno...”. (Lola. 45 años. 10 meses limpia).

Lola a través de sus palabras, lo muestra de una manera clara. En estos grupos hay una mayor consideración hacia los consejos basados en la experiencia que ponen en juego los integrantes con mayor tiempo de limpieza. Ser “**mayor ejemplo**” implica también mayor capacidad de asumir responsabilidades, lo que es a su vez parte y finalidad del proceso de recuperación.

En Esperanza existen usuarios con suficiente abstinencia acumulada para asumir un cargo de servidor, pero que por diversas cuestiones no asumían ese rol.

“Yo eso de ser servidor... ¡Déjate! Son muchas responsabilidades y la gente luego no hace nada más que criticarte”. (Saúl. 47 años. 15 meses limpia).

Las **críticas** emitidas hacia estas personas, actúan como **elemento nivelador** ante posiciones de privilegio. Estas suelen aparecer en N.A. a través de exigencias y de juicios de valor negativos asociado a lo que hacen estas personas. El efecto conseguido es el de equiparar la descompensación estructural generada por el juego de posiciones, entre aquellos con más y menos prestigio/abstinencia.

En el grupo observado, esto sucede de forma residual. No encontramos más de dos personas en disposición de adquirir una posición de privilegio y no hacerlo, ambas por motivos similares a los expresados por Saúl. A pesar de la negativa de algunos usuarios a asumir labores de servicio, el rol de ejemplo sobre sus compañeros es algo que siempre está presente en estas dinámicas.

La estructura de servicio de NA ha sido creada por sus propios grupos, para tratar de atender sus propias necesidades. Las juntas y comités existen con el fin de ayudar a los grupos a compartir sus experiencias, proporcionarles herramientas que los ayuden a

un mejor funcionamiento, atraer miembros nuevos a las reuniones de recuperación y difundir su ideología.

Toda esta estructura está regida por un complejo normativo llamado **Los Doce Conceptos de Servicio de Narcóticos Anónimos**. Estos forman parte del conglomerado de normas escritas que rigen esta asociación junto con los 12 Pasos y las 12 Tradiciones. Todos ellos pueden ser consultados en el apartado Anexos de esta investigación.

Los 12 conceptos:

“La experiencia duramente adquirida de los primeros cuarenta años de nuestra confraternidad en asuntos tales como la responsabilidad, la autoridad, la delegación, el liderazgo, la rendición de cuentas, la orientación espiritual, la participación, la comunicación, la receptividad, la imparcialidad y las finanzas”. (Narcóticos Anónimos 1998).

Son un **referente normativo escrito**, que contienen el reglamento en el que se basan las estructuras de servicio de esta asociación. Más adelante en este apartado, cuando analicemos las Tradiciones y los Pasos de N.A., explicaremos con mayor profundidad todas estas normas organizadas alrededor del número 12.

3.5.2. Usuarios del grupo.

Vamos a analizar cuatro tipos de usuarios, siguiendo con la definición que Wenger (2001) aplicó en sus estudios sobre **las comunidades de práctica**.

Por **Núcleo** nos referimos a aquellos integrantes de los grupos que participan activamente en las reuniones, acumulan la mayor cantidad de tiempo de abstinencia y ponen en juego las experiencias en recuperación de mejor calidad y más valoradas. Ellos se encargan de generar los temas a tratar en las reuniones, funcionando sus intereses personales como mecanismos de cierre y apertura con los nuevos integrantes del grupo, como veremos más adelante.

N.A. se busca dejar de consumir, pero en las reuniones se tratan otros temas que buscan mitigar las “carencias que la adicción” les ha generado. Aquello que conforma el **paradigma de la pérdida**, lo que el grupo se tatar de restituir, variará según aquello que este núcleo central considere valioso.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

“Algo que me gustó siempre mucho de las reuniones, fue que algunas personas de las que más tiempo llevan en ellas, son las que guían algunos de los temas sobre los que compartir”. (José Antonio .30. N.A. 2 meses sin consumir).

“Aquí hay personas que llevan mucho tiempo son consumir. Ellos son el ejemplo de cómo hacer las cosas. Han conseguido muchos progresos y han de servir al resto para hacerlo como ellos. Si alguien que lleva 5 años sugiere que es interesante no ir a sitios donde se consume, creo que será interesante hacerlo”. (Elías. 45. N.A. más de 5 años limpio).

Los intereses de estos usuarios centrales, hacen que aquellos que no se amolden a estos, abandonen el dispositivo. Esto sucede bien porque ya no tienen la necesidad de continuar asistiendo a las reuniones al haber acumulado suficiente tiempo de abstinencia, bien porque los nuevos no se identifican con lo que ven en las reuniones y no vuelven más. Esto choca con una parte de la ideología de N.A. que describe la relación con el grupo en términos de **perpetuidad**, ya que sabemos que aquellas personas que ven cumplidos sus objetivos, cada vez se identifican menos con este tipo de usuarios, dejando finalmente de asistir al grupo.

Tanto José Antonio como Elías relatan la dificultad de permanecer en Esperanza. A través de sus discursos vemos cómo la identificación con las posiciones centrales es importante para seguir en él. Uno está recién llegado y se topa con las prioridades del núcleo como mecanismo de cierre del grupo y el otro con el de apertura para que poco a poco las abandone

Otra parte que conforman estas agrupaciones es lo que, siguiendo con Wenger (2001), llama **miembros activos**. Siendo estos aquellos que asisten con regularidad, pero sin la **intensidad** de los del núcleo.

“El número de personas que viene a Esperanza... Es muy complicado de Saber” - dice Elías negando con la cabeza. *“Sí es cierto que hay unos pocos que venimos casi siempre a las reuniones. Otros vienen...menos de lo que deberían de venir y...hay muchos que entran, salen. Lo importante es que seamos muchos, así será más fácil que nos podamos ayudar los unos a los otros”*. (Elías. 45. N.A. más de 5 años limpio).

En una de nuestras primeras conversaciones con integrantes de Esperanza, tratamos de averiguar la **cantidad** de personas que asistían a sus reuniones, obteniendo una respuesta inconcluyente. La constante **entrada y salida** de gente y la existencia de un grupo de personas que participan en el grupo de manera

esporádica, hacen imposible su contabilización. El grupo es consciente de ello pero en vez de negativizar esta situación, es visto como un valor añadido. Al considerar el intercambio de conocimiento práctico como la herramienta más acertada para recuperarse, la mayor cantidad de usuarios que puedan realizar estas transacciones es identificada en términos de efectividad grupal. A mayor cantidad de integrantes, mejores posibilidades ofrece este.

Miembros periféricos, son aquellos que participan en escasas ocasiones. Esta facción está formada por aquellas personas que prueban el recurso y lo abandonan. Sus actividades se centran en observar las interacciones de los miembros activos y del núcleo, aportando poco a las dinámicas terapéuticas.

“No creo que vuelva más a la reunión. No es lo que estaba buscando”. (Desconocido. N.A.).

No fueron muchas las personas que interactuaron con nosotros y solo vinieron a su primera/segunda reunión. Con los pocos que lo hicimos se refirieron a este abandono en términos de **“no identificación”**, mostrando como los mecanismos de cierre proyectados por los intereses particulares del núcleo, funcionan para que los agentes sociales que vengan con unos distintos a los de este no regresen y no se generen conflictos.

Pese a esto, su existencia es vital para Esperanza, ya que gracias a la asunción de las dinámicas del grupo, algunos pueden pasar a formar parte de los dos grupos ya explicados. Sin olvidar además el papel que tienen de difusión/publicidad de la Asociación, aunque sea en términos negativos.

Falta señalar lo que Wenger llamó **participantes externos**. Estos **no son miembros** del grupo, pero manifiestan cierto interés hacia él. En ellos se encuentran investigadores, medios de comunicación, profesionales del campo de las adicciones, etc.

Existe cierta movilidad relativa, entre estos niveles. Cuando en la reunión se trata un tema que sea de interés personal, los usuarios pueden asumir características de cualquiera de ellos, para ocupar cualquier posición y luego volver a la inicial, según sus intereses.

“Aquí hay gente que no viene mucho y un día, empieza a venir de seguido. Según comparten en las reuniones, ves que tienen un juicio, les han amenazado en el trabajo, tiene que hacerse analíticas, la mujer los va a dejar... Algo les pasa para venir tan

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

seguido...Luego, cuando tienen lo que quieren, vuelven a dejar de venir". (Elías. 45. N.A. más de 5 años limpio).

Esto junto con la permanencia en el grupo genera **dinamismo** dentro de estas posiciones de legitimidad, el cual se *ganan* a través de la acumulación de tiempo de abstinencia. Las posiciones anteriores no son fijas al estar abiertas a cambios en el transcurso del tiempo, como pudimos ver en la figura de Jose Antonio. Este informante vino a las reuniones de Esperanza buscando dejar la droga ya que su pareja le quería quitar la custodia de sus hijos, siendo su promoción entre niveles un claro ejemplo de lo que estamos contando. Este dinamismo quedó presente ya que durante nuestra vuelta a Esperanza durante el período de observación del C.A.D., no conocimos a ninguno de sus integrantes.

"Yo de aquí no me muevo hasta que deje las drogas...Sé que este es el sitio bueno, así que voy a hacer lo mismo que vea a mis compañeros que más limpios están y punto". (Jose Antonio. 30. C.A.D. 1 mes de limpieza al comentar esto".

El individuo es capaz de tomar decisiones sobre cómo usar el grupo y en que estrato posicionarse, al ser esto utilizado como herramienta consciente para conseguir sus intereses, reubicándose a conciencia y usando los instrumentos que el propio recurso les da.

3.6. Características sociodemográficas.

Durante nuestro período de observación en Esperanza, 72 personas asistieron de manera regular a las reuniones. Estas se dividían en 14 mujeres y 58 hombres. Si tuviéramos que hacer una media, diríamos que a ellas asistían un número cercano a las 20.

"El espacio para las reuniones es muy pequeño...Pero es el que tenemos. Nos tenemos que amoldar todos a lo que hay. Con lo que tenemos de ingresos, no nos da para más. Sobre todo porque no hay tanta gente que venga de seguido. Hay días que somos muchos, pero otros que no. También...recordar cómo somos los adictos...Sólo venimos cuando nos interesa (risas). Además, recordar que hay mucha gente que deja de venir...Si...al final siempre somos los mismos". (Rafa 1. 43. N.A. 2 años y medio limpio).

Además de referirse a la imposibilidad económica de encontrar otro lugar donde poder hacer las reuniones, así como a las limitaciones espaciales y la influencia

de esto en el número de asistentes, destaca la continua entrada/salida de personas y la diversidad de motivaciones que confluyen en el grupo. Rara es la semana en la que no había un par de personas nuevas, así como otras que dejan de asistir a las reuniones, todas ellas con diversos motivos.

Con respecto a la **edad**, la gran mayoría se agrupa en un intervalo desde los 27 años a los 50.

Las mayores diferencias en el grupo fueron aquellas relacionadas con el nivel de estudios, ingresos, trabajo, etc. Asistían a las reuniones gente con los estudios básicos, módulos de F.P., universitarios, etc. De la misma manera, había individuos que trabajaban en la rama de la construcción, abogados, cantantes, actores, funcionarios, parados, informáticos, etc.

La variabilidad en el nivel de ingresos también está presente dentro del grupo, la cual se plasma de igual manera en el nivel de estudios. Este resultó muy homogéneo, encontrado desde licenciados universitarios hasta gente sin estudios.

El número de inmigrantes que conforman Esperanza era de 12, siendo la mayoría latinoamericanos y/o hispano parlantes.

A pesar de la imagen de heterogeneidad que denotan los anteriores datos, los mecanismos de cierre/apertura de nuestro grupo de estudio hacen que el perfil que llegue a él presente una gran homogeneidad social. El perfil mayoritario encontrado en Esperanza, influido por el núcleo central, se caracteriza por su falta de identificación con el estereotipo yonki. Las narrativas utilizadas en los “compartires” son construidas en oposición a esta figura, atrayendo usuarios alejados de este estilo de vida que no encuentran identificación en otros recursos asistenciales.

El anonimato imperante en las reuniones, complicó el acto de recabar información sobre las profesiones y el nivel de estudio de sus integrantes aunque, a través de algunas conversaciones informales y de las entrevistas realizadas, pudimos saber que el grupo estaba formado por varios administrativos, dos actores, tres profesionales de la construcción, varios comerciales y algunos hosteleros.

El papel del núcleo central y sus características son importantes en las dinámicas de permanencia y selección de usuarios en Esperanza, ya que según el perfil que lo conforme atraerán personas similares a ellos o no. Las diferencias con las que llegan al

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

grupo, desaparecen a medida que permanecen en él, avanzan por la recuperación y acumulan mayor cantidad de tiempo de abstinencia.

3.7. Itinerarios de adicción.

Son muy pocos los actores que comienzan su proceso terapéutico para dejar el consumo de drogas, con N.A. como primera opción. Existen ciertos recursos que cuentan con un halo de **cientificidad**, el cual les carga de un plus simbólico de eficacia, influyendo en la decisión de seleccionarlos a la hora de abandonar la adicción.

Ya sea N.A. primera opción o no, será el actor quien tome la decisión de participar en sus dinámicas. Son muchas las referencias que hemos encontrado durante nuestra investigación a las características para poder acceder a este tipo de tratamiento. Según Narcóticos Anónimos (1991), al criterio de inclusión es únicamente “**el deseo de dejar de consumir**”. Utilizar una norma tan laxa para poder formar parte de estos grupos, denota un intento claro por parte de la asociación por contar con la mayor cantidad de integrantes.

“Centros, centros y más centros. Al final es lo mismo en todos. Gente con estudios que te dice lo que tienes o no tienes que hacer. Y yo les preguntaba...¿Cuánto te has metido tú? ¿Cuánto has dormido en la calle? ¿Cuánto hambre has pasado? Al final, tras pasar por más lugares de los que me hubiera gustado, me encontré N.A. Aquí somos todos iguales. No me manda nadie y, cuando quiero hablar con alguno, sé que hablamos de lo mismo. Que todos estamos unidos por la misma lucha”. (Manuel 1. 30 años. N.A. 10 meses sin consumir).

Manuel nos cuenta su **itinerario** por muchos de los recursos existentes en la Comunidad de Madrid²¹. Su narrativa es paradigmática para entender el proceso de llegada al Grupo Esperanza, ya que la gran mayoría de los relatos escuchados en las reuniones fueron similares a este.

No debemos confundir el concepto itinerario de adicción visto en Pallarés (1996) y que nosotros estamos utilizando en este estudio, con el de **escalada de adicción**, sobre el que podemos consultar en Romaní (1999) y Comas (1985).

²¹ En la tercera parte de esta tesis, el lector encontrará un amplio análisis de todos los recursos que podemos encontrar en la región de Madrid.

3.8. El programa de N.A.

N.A. es una organización mundial conformada por innumerables grupos y articulada en torno a diversos comités. La principal herramienta utilizada en el proceso de recuperación son las reuniones, lugar donde fomentan el intercambio de conocimientos práctico sobre cómo mantenerse abstinentes.

Los **grupos** son la **base estructural**, mientras que las **juntas o reuniones** funcionan como **elemento terapéutico principal**. Narcóticos Anónimos (1998) dice, *“las reuniones pasan a ser un elemento estructurador en la vida diaria de sus integrantes”*. Estas son contextos propios para que el adicto, definido como *“desordenado”* y temporalizado alrededor del consumo de drogas, vuelva a una posición definida socialmente como correcta.

“Llegas un día y decides dejar de consumir...Pero... ¿qué haces entonces? Todo es muy jodido. Yo estaba todo el día con los colegas, pensando en cómo hacerme con pasta para pillar. Ahora... tengo mucho tiempo para pensar. Con las reuniones consigues por lo menos tener algo que hacer”. (Jose Antonio. 30. N.A. Cerca de 7 meses sin consumir).

El carácter fuertemente estructurado de las juntas, es aplicado al día a día de aquellos que están en recuperación. Con las reuniones N.A. trata de dotar a sus usuarios de un elemento articulador distinto al consumo.

“El paso de no saber qué iba a pasar con mi vida en el día a día, dónde iba, que iba a hacer,... a... bueno saber a qué ahora sé que a tal hora iba a la reunión, día sí y día también... y todo lo que iba a pasar en ella, me ayudó mucho”. (Jose Antonio. 30. N.A. Cerca de 7 meses sin consumir).

En las reuniones no sólo se trabaja el abandono de la droga. El Modelo Biopsicosocial, desde el que se trabaja en la actualidad en el campo de las adicciones, define a esta como un todo más complejo que la mera relación física con la sustancia, con lo que se tratan todos aquellos temas que sean considerados como parte de ella más allá de la parte física de esta realidad también en este dispositivo.

“No penséis que dejar la droga es solo abandonar el consumo. Es mucho más. Hay cosas que tenemos que volver a poner en su sitio, las cuales se trabajan en el grupo día a día.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Aquí tenemos gente que lo ha conseguido superar, los cuales nos deben servir de ejemplo". (Luis. 37. N.A. Más de tres años sin consumir).

Esto consigue que las reuniones de N.A. no se centren sólo en ofrecer estrategias para evitar el consumo, sino en aquello que el **núcleo central** que conforme la reunión considere como parte de la recuperación, compartiendo saber práctico sobre aspectos que pueden llegar a ser sumamente diversos.

Para comprender el proceso al que estamos haciendo referencia, diferenciaremos entre **trabajo individual** y **trabajo en grupo**.

3.8.1. Trabajo individual.

N.A. define bajo este concepto todas las actividades que sus usuarios deben de realizar fuera del contexto de las reuniones, de manera particular.

"Ya sabéis que N.A. no es sólo venir a los grupos a compartir. Hay un trabajo personal que hacer cada uno de manera individual. El trabajo de los 12 pasos es fundamental para conseguir avanzar en la recuperación. Este, junto con la lectura de nuestra literatura, conseguirá que os suenen todas las cosas que se dicen en las reuniones". (Fito. 42. N.A. Cerca de 17 meses sin consumir).

Como cuenta nuestro informante, el trabajo individual consta básicamente del uso de los **12 Pasos** y **leer su propia literatura**.

En las reuniones, talleres²² y convivencias, se leen párrafos de su literatura con el fin de ir **asumiendo** no sólo su **lenguaje**, sino toda la ideología manejada por la asociación.

"Me costó un poco entender que es lo que se decía en las reuniones, pero... poco a poco, lo fui consiguiendo. Una de las cosas que más me ayudó fue leer literatura de N.A. ya que así te enteras de cosas que no se dicen en las reuniones". (Jose Antonio. 30. N.A. Cerca de 7 meses sin consumir).

El proceso de recuperación de N.A., está basado en la **reiteración**. La **ritualización**²³ de una gran parte de los actos realizados en sus reuniones, así

²² N.A. ofrece alternativas de ocio basadas en convivencias y talleres relacionados o no con la recuperación. Lamentablemente, no pudimos realizar una observación tan exhaustiva como para añadir un análisis con la profundidad necesaria para una tesis doctoral, dejándolo para posteriores incursiones en el campo.

como el consejo de leer su literatura manera individual, son estrategias para aprender, interiorizar y comenzar a articular un discurso similar al que sus compañeros manejan. La reiteración instrumentalizada, es la vía más usada para incorporar marcos de sentido deferentes a aquellos con los que el usuario llegó a las reuniones.

“¿Qué cómo ha sido mi primera reunión?... pues la verdad es que no me he enterado de nada”. (Santi. 27. N.A. reunión de bienvenida).

“Poco a poco, viniendo y leyendo cosas de N.A. Voy enterándome de las cosas. No tengo muy claro del poder superior, ni de los pasos o como se llaman, pero bueno. ¡Algo es algo!”. (Santi. 27. N.A. 2 meses limpio).

“La verdad es que agradezco mucho la oportunidad que se me brindó al entrar en N. A. Gracias al grupo y al poder superior, estoy trabajando los pasos, tengo un padrino y creo que voy por el buen camino. Pero no se me tiene que olvidar que la adicción es una enfermedad incurable, dado que de otra manera no estaríamos aquí”. (Santi. 27. N.A. 9 meses limpio).

Las narrativas anteriores muestran a **nivel discursivo** la **evolución** que los integrantes de Esperanza sufren según permanecen en él. Santi pasa de no entender nada en su primera reunión, a ser capaz tras nueve meses de emitir un discurso en términos de N.A. Utiliza sus conceptos, agradece a sus compañeros sabiendo que son ellos los que le ayudan a través de su experiencia. Pasa de no saber lo que son los 12 Pasos a trabajarlos... denota **aprendizaje** en la utilización del recurso, lo cual queda plasmado en sus narrativas.

El avance en la recuperación de N.A. se refleja simbólicamente en la estructuración de sus discursos de manera similar a la realizada por sus compañeros con mayor abstinencia acumulada y a su vez lo corpóreo, aprendiendo a atenuar aquellos indicadores físicos de la adicción que consideren que han de ser ocultados.

Centrándonos en los discursos de los integrantes de Esperanza y siguiendo las ideas de Módena (2009), encontramos como el lenguaje utilizado en las alocuciones, está directamente relacionado con el **capital lingüístico** que posee cada uno. Aunque estas intervenciones no se articula solamente influidas por el conocimiento previo que se

²³ La recitación de una oración al comienzo y al final de las mismas, hablar de la misma manera, leer siempre partes de la misma literatura, mantener una estructura rígida de las reuniones, etc. realizado a diario, es ejemplo claro de esta articulación de la redundancia en herramienta terapéutica.
Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

tenía, sino que están influenciadas por el uso o no de la literatura de N.A. y los discursos de sus compañeros.

La lectura de su literatura, así como las constantes citas a ella para validar o refutar tomas de decisiones, funcionan como dogmas incuestionables al formar parte de su ideología. Estas, para ser legitimadas, se asocian a la experiencia de todos aquellos que han pasado por N.A., dotándoles de autoridad.

“Ya sabéis que, como dice N.A... el fundamento de NA consiste en que los adictos se ayudan mutuamente a recuperarse. Esto no sucede así porque yo me lo haya inventado, sino porque miles de otros adictos han puesto su experiencia de recuperación para que todos los demás adictos podamos recuperarnos”. (Luis. 37. N.A. Más de tres años sin consumir).

La literatura de N.A. obtiene su importancia al haber nacido de **la práctica** de otros adictos. Como ya hemos visto, la experiencia en recuperación de los iguales es aquello que más se valora en N.A., lo cual legitima sus contenidos y usos.

Riera (2014), comentó que este tipo de literatura era escrita *“por hombres para hombres, en la sociedad occidental y basándose en la mentalidad del llamado WASP²⁴”,* mostrando tanto el androcentrismo como el sesgo occidental sobre los que se escribieron y que subyacen en todo el programa de esta asociación. Más adelante, volveremos sobre este análisis.

De toda la literatura de N.A. serán los 12 Pasos y las 12 Tradiciones aquellas consideradas con mayor importancia, ya que ambos y los 12 Conceptos de Servicio conforman el complejo normativo sobre el que se basan todos los grupos.

3.8.1.1. 12 Pasos.

Es un **proceso secuencial** escrito que debe seguir el usuario de N.A. para ir avanzando en su recuperación, el cual está compuesto por diferentes ordalías, las cuales ha de cumplir el usuario.

Su origen está en los seis pasos del llamado **"Grupo de Oxford"**, una agrupación creada por el misionero cristiano Frank Buchman. Estos practicaban lo que ellos llamaban *“cuatro absolutos”*: Pureza, Honestidad, Amor, Falta de egocentrismo. N.A. los utilizó

²⁴ Siglas en inglés de blanco, anglosajón y protestante, de clase media. Se trata de un grupo social privilegiado de la sociedad norteamericana, del que emergió N.A.

como base de su proceso de recuperación tratando de eliminar las referencias religiosas, en un intento de acabar con ese “halo sectario” que siempre se les ha asignado. A pesar de esto, una rápida lectura de sus textos muestra un gran número de referencias espirituales.

Sin llegar a entender las reuniones de N.A. como Esteve (2014), el cual se refiere a las juntas de A.A. como “*instituciones sanadoras espirituales*” definiendo el proceso de recuperación que en ellas se produce como una “*transición hacia la sanación*”, lo espiritual tiene también importancia en Esperanza. El uso de conceptos como *Poder superior*, los 12 Pasos y el Padrinazgo son aplicados desde la inefabilidad, cuando no son capaces de explicar su uso. Esperanza aclara esta situación desde el pragmatismo que impera en sus reuniones, ya que aquello que funciona en la recuperación será utilizado dogmáticamente.

“Aquí nadie te va a imponer un Dios o cosas religiosas. Cada uno cree en lo que quiere y lo interpreta como le convenga, siempre que le funcione y no haga mal a los demás. Sí para ti te hace bien creer en Dios y te funciona, hazlo. Pero no obligues a los demás a hacerlo”. (Tato.47. N.A. Más de cinco años sin consumir).

Las explicaciones vinculadas con lo religioso/espiritual, están supeditadas a lo práctico. Aquello que funciona se respeta. La recuperación en el grupo analizado no es interpretada como una experiencia religiosa/espiritual, sino más bien práctica. Será el intercambio de estas prácticas efectivas, lo que centre sus dinámicas, dejando lo inefable para explicar lo vinculado a lo dogmático.

Respecto al número 12, sabemos que es central en la tradición judeocristiana, encontrando muchas citas al número 12 en la Biblia²⁵.

Según Menéndez (2009) y Brandes (2004), elaborar los Doce Pasos, las Doce Tradiciones y los Doce Conceptos en base a este número, generó un símbolo muy potente que produjo una atracción inconsciente de los primeros usuarios hacia la asociación. El uso de esta cifra busca utilizar su valor como referente judeo-cristiano, para dotar de mayor relevancia a sus actividades y así atraer a personas susceptibles interesarse por él.

²⁵ 12 apóstoles. 12 tribus de Israel. 12 tronos.
Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Los Doce Pasos son un recorrido “metafórico” a través del cual las personas van modificando su disposición respecto a la adicción, a través de la asunción de una serie de preceptos que conforman la ideología de N.A. Son doce escalones o etapas espirituales que el usuario del grupo debe *“franquear para alcanzar su resurrección física y moral”*.

Como explica Fainzang (2009), la recuperación que en ellos se plantea variará en términos contextuales según cada grupo, aunque todas estas variaciones parten de un marco común definido desde la pérdida como estrategia de atenuación del estigma, concretado en una mitigación de la responsabilidad individual sobre su condición de drogodependiente.

Los Pasos se organizan entorno a:

La admisión de la existencia de un problema, la búsqueda de ayuda, la auto-evaluación, compartir consejos a nivel confidencial, reparar los daños causados y trabajar con otros adictos que se quieran recuperar.

“Ya sabéis que el trabajo de los pasos es importante. ¡Te ayuda a abandonar de verdad las drogas”! Necesitamos admitir que tenemos un problema con las drogas, buscar ayuda, hacer una evaluación interior, compartir con aquellos que son iguales que nosotros, tratar de solucionar el mal que hemos realizado y devolver en otras personas aquello que a nosotros nos han dado”. (Tato.47. N.A. Más de cinco años sin consumir).

A pesar de nuestros intentos por hablar sobre el trabajo de los Pasos con nuestros informantes, no conseguimos que nos contasen mucho sobre esta parte de la recuperación, dado Esperanza lo considera como algo privado.

“Yo, cuando trabaje el paso 8 y 9, me sirvió de mucho escribir en papel todo lo malo que había hecho y a quien. Luego, poco a poco traté de solucionarlo. Sabía que muchas veces no se iba a poder hacer, pero lo importante es intentarlo” (Lola. 45. N.A. 10 meses sin consumir.).

En las reuniones tampoco se hicieron muchas referencias al trabajo de estos. Al ser algo que se trabaja fuera de este ámbito, forma parte lo íntimo de cada persona, haciendo que no sea algo sobre lo que se hable abiertamente.

A pesar de esto, no queremos imponer en el lector la idea de que todos los grupos de N.A. basan su recuperación en las reuniones y prácticamente nada más. La **variabilidad**

intergrupal permite que cada una de estos tenga libertad para interpretar libremente el programa.

Ni si quiera en las entrevistas conseguimos más que los siguientes verbatim, debido a la dificultad para hablar sobre los pasos con nuestros informantes.

“Al final, el trabajo de los Pasos es muy subjetivo y privado. Cada uno llega a asumir que tiene un problema y a quien pedir ayuda de una manera distinta. Yo, lo hice cuando me quisieron quitar a mis hijas” (Entrevista a Jose Antonio. 30. N.A. cerca de 7 meses sin consumir).

Jose Antonio, siendo uno de los informantes con los que más interactuamos, explica el trabajo individual de los Pasos desde una concepción subjetiva, mostrándonos el pragmatismo imperante en el grupo.

“Los Pasos te dicen que tienes que hacer, pero no como lo tienes que hacer. Cada uno es cada uno y nadie sabe cómo puede llegar cada persona a entender la adicción”. (Carmen. 45. N.A. Cinco años sin consumir).

Al final, abogando por la individualización del proceso de trabajo a través de los Pasos, vemos que es similar al uso otorgado al resto de literatura: sirve para **complementar** la conformación en un nuevo sujeto respecto a las adicciones que se obtiene al asistir a las reuniones.

A través del siguiente fragmento de una de las entrevistas realizadas en Esperanza, vamos a profundizar más en el análisis de la importancia que los pasos tienen para N.A.

Entrevistador: *“Para ti, qué significan los 12 Pasos. ¿Qué han representado dentro de tu recuperación?”*

Entrevistada: *“La verdad es que es muy difícil de explicar... Es algo que está ahí. Que leemos en las reuniones. Al principio que llegas al grupo, no sabes para qué sirven. Luego ves que funcionan. Si haces lo que te dicen...dejas de consumir”* - suspira.

“Es algo difícil de hacer, dado que su lenguaje es muy...complicado. Pero cuando poco a poco vas viendo como dejas las drogas...sabes que estás haciendo lo correcto” – dice sonriendo. *“Además, no hay que tomarlos al pie de la letra. Debemos de adaptarlo un poco a la realidad de cada uno”.* (Lourdes entrevista. 41. N.A. dos años limpia).

El carácter genérico de sus palabras, hace que los individuos y los grupos tengan la capacidad de adaptar libremente el programa a sus intereses, buscando siempre el abandono del consumo. Esto fomenta la aparición de la ya comentada

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

variabilidad intergrupal la cual posibilita que cada grupo sea distinto, siempre que no contradigan la principal ideología de N.A.

En la literatura encontramos estudios sobre grupos similares como los de Canals (2002), Brandes (2004) y Esteve (2014), los cuales presentan interpretaciones diferentes a las que nosotros planteamos en esta tesis doctoral. Si bien estos autores dotan de gran importancia a la parte espiritual dentro del proceso de recuperación en estos grupos, nuestro trabajo de campo y el valor que Esperanza otorga a lo pragmático, hace que el posicionamiento que ocupen en nuestro grupo lo espiritual sea meramente residual, primando un enfoque más pragmático.

La referencia a un “**poder superior**” y los 12 pasos, apelan a la responsabilidad individual sobre la adicción, aunque esta es mitigada en parte por estos recursos generados desde la inefabilidad dogmática. El adicto al ser convertido en enfermo y asumir que un “poder superior” va a tomar las riendas de su proceso de recuperación, rebaja la tensión generada ante la responsabilidad de sus actos durante su período de consumo y recuperación, provocando una atenuación del estigma asociado a la adicción. Esto es lo que Esteve (2014), denominó como estrategias mitigadoras de la responsabilidad, dotándolas de un carácter de inefabilidad para justificar su utilidad.

“Yo no creo en eso del Poder Superior, pero sí en que yo sólo no puedo con la adicción. Nunca he sido religioso y mucho menos ahora con lo que he visto en la calle. Para mí, mis compañeros son ese Poder. Ellos son los que tiran de mí cuando yo no puedo. Ellos son el espejo en el que me miro”. (Lola. 41. N.A. 10 meses limpia).

El “**poder superior**” queda a la **interpretación personal**, siempre que no vaya en contra de las normas de N.A. y los intereses propios del grupo. Fainzang, (2009), comenta que es “una clara referencia a las raíces religiosas de los movimientos de 12 pasos”. N.A. en sus textos²⁶ otorga la **libertad** a cada uno de sus integrantes para realizar una interpretación personal de este concepto, llegando a ver como personas lo identificaban con dios, el grupo, los compañeros, etc. siempre que sirva para conseguir los objetivos pautados por el grupo y N.A. La interpretación es personal, aunque no podemos olvidar la influencia que el núcleo central de

²⁶ Narcóticos Anónimos (1991), “No hace falta que lo comprendamos, ni siquiera que le pongamos un nombre; únicamente tenemos que creer que es posible que exista un Poder Superior semejante. Creer en la posibilidad de la existencia de un Poder benevolente más fuerte que nuestra adicción, nos da suficiente esperanza para mantenernos limpios de día en día”.

integrantes ejerce en ella, dado que sí la gran mayoría lo entiende de una manera lo más probable es que los nuevos lo hagan así.

Existe una contradicción entre la ideología de N.A. y la realidad de los grupos. Si bien vemos expresado en sus lecturas la importancia que otorgan al trabajo individual, nuestras observaciones descubrieron como la realidad de Esperanza es distinta.

En nuestro contexto de estudio se valora por encima de todo la participación en las reuniones, mientras que el uso de su literatura queda transformado en algo marginal.

3.8.1.2. Las Doce Tradiciones.

Localizadas en Narcóticos Anónimos (1999), en ella encontramos escritos los principios normativos que imperan en de N.A.

“Estas Doce Tradiciones son a los grupos lo que los Doce Pasos son al individuo. Es decir, los 12 Pasos marcan el ritmo de los individuos en su recuperación...aunque cada uno de ellos luego los concrete en su propia realidad, siempre que no se salga de lo pautado...Pues las 12 Tradiciones es lo mismo. Son consejos y normas generales sobre los que orientar como se deben llevar los grupos. Como con los 12 Pasos, no son inflexibles...pueden modificarse un poco dentro de la realidad de cada uno de los grupos, pero...hay que respetarlas”. (Carmen .42. N.A. 5 mese limpia).

Narrativas como las de Carmen muestran la importancia que tienen las 12 Tradiciones para N.A., mostrando su labor como **referente** sobre en el que sustentar la cohesión asociacional. Estas tradiciones muestran aquello que está por encima de la variabilidad existente entre los grupos de N.A., siendo aquello que se tiene que respetar.

Las 12 Tradiciones son la estructura que dota de normas a una organización de dimensiones tan grandes como es N.A., respetando al mismo tiempo la autonomía y flexibilidad de las organizaciones locales. Tanto los 12 Pasos, las Tradiciones y los Conceptos de servicio, funcionan como **“saber experto”** acumulado tras muchos años de experiencia de la institución, generados por sus propios integrantes.

“Cuando me puse con la literatura me dio la risa. Parecía que estaba otra vez en el instituto, estudiando. De hecho, muchas de las cosas de N.A. se consiguen así. La literatura ha de ser vista un poco como esos libros. Hay que tomársela con esa seriedad”. (Paco .55. N.A. Varios años de limpieza).

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

En un intento de equiparar y dar notoriedad a los textos de N.A., se asocian con los que se trabaja desde el saber académico y la forma de interactuar con ellos.

“Los Pasos hay que estudiarlos. Hay que comprenderlos, madurarlos...es a veces más difícil que sacarse una carrera”. (Vicente .47. N.A. Varios años de limpieza).

Presentar las 12 Tradiciones, los Pasos y los Conceptos en términos similares al proceso de adquisición de conocimientos teóricos los cuales te hacen pasar a formar parte del saber experto, se convierte en una estrategia generadora de valor buscando con ella equiparar el trabajo individual de N.A. con al grupal.

3.8.1.3. Padrinazgo.

Es una figura posicionada ente el trabajo individual y el grupal. Una herramienta que los integrantes de N.A. ponen en juego para tratar **problemas personales** no abordables en la reunión debido a su carácter personal. A su vez N.A. considera que estas cuestiones privadas son tan importantes, que necesitan de un “experto” en recuperación para que el consejo que ofrezca esté lo suficientemente legitimado.

“Ser padrino es lo mejor. Además de poder enseñar lo que has aprendido sobre la recuperación, es una manera de poder devolver a los demás aquello que otros hicieron por ti”. (Carmen. 45. N.A. Cinco años sin consumir).

La relación entre padrino/apadrinado es muy interesante. El que **apadrina** gana prestigio dentro del grupo, avanza en su proceso terapéutico y mejora la calidad de la experiencia en recuperación que puede poner en juego, cumpliendo de esta manera con parte de lo estipulado en el proceso de restauración, finalidad que organiza todas las dinámicas del grupo.

“Mi padrino es el mejor. Siempre tiene buenas palabras. Sabe lo que tengo que hacer en cada momento...Es que lleva mucho tiempo limpio”. (Mael. 27. N.A. Varios años sin consumir).

Por otro lado, el **apadrinado** tiene acceso al conocimiento práctico de alguno de los integrantes del núcleo central de manera individual y directa. De esta manera se mejora el proceso de adquisición de disposiciones y valores legitimados por el grupo.

Sólo podrán ser padrinos aquellos con una **buena trayectoria de recuperación**, que asistan al grupo de manera activa y participen del servicio. Aquellos con menor tiempo

de abstinencia no sólo no se postulan para asumir este rol, sino que al no contar con un conocimiento práctico legitimado por sus iguales nadie lo intenta.

“El padrino es una persona cuyas opiniones se confía; alguien cuyos consejos ya sabe va a seguir; una especie de tutor. Su labor es servir de Modelo sobre cómo trabajar los pasos, llevar la recuperación, leer literatura, etc.”. (Carmen. 45. N.A. Cinco años sin consumir).

“Mi padrino me anima a asistir a las reuniones de N.A. Me sugiere que escuche las opiniones de todos, por si alguna vez dudo de que sea adicto. Presenta al principiante a otros miembros, especialmente aquellos que tienen con él alguna afinidad profesional o social. Es una especie de profesor particular de N.A.” (Elías. 50. N.A. Cinco años sin consumir).

Elías, hablando del papel de su padrino, repite las mismas funciones que anteriormente hemos visto en las narrativas de Carmen, añadiendo cómo la relación entre ambos roles no tiene fecha de caducidad. Este vínculo no está sometido a temporalidades, pero sí a afinidades como refiere Elías. Es definido como algo de por vida, al igual que la adicción. Aunque, al igual que esta, según se mitiguen los referentes que los igualan, la relación se irá disolviendo.

“Yo deje mi relación con mi padrino, porque no trabajábamos de igual manera”. (Iru. 40. N.A. 5 meses sin consumir.).

Sólo se romperá si la comunicación y las expectativas puestas en el otro no se cumplen y por incompatibilidades personales de cada una de las partes.

Trabajar, tanto de manera individual como a través de las siguientes dinámicas grupales que vamos a analizar, hace que los usuarios se identifiquen como parte de algo.

El proceso de identificación que emana de compartir no sólo experiencias sino modos de intervenir (se realicen o no), genera adhesión al grupo. Formar parte de Esperanza siempre que les funcione, hace que los usuarios permanezcan en él. Con lo que comprender al grupo y la permanencia en él como parte central del proceso de recuperación, no deja de ser una estrategia para asegurarse que sus integrantes sigan viniendo en clara relación con la lógica de competencia encontrada en la elección de los dispositivos.

3.8.2. Trabajo colectivo.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Narcóticos Anónimos (1999) concede un papel central dentro de su programa *“al valor terapéutico de adictos trabajando con otros adictos”*. Es decir, la experiencia en recuperación que sus usuarios pueden ofrecer como participes de la realidad de la adicción es de hecho, el elemento **central** que concede toda su legitimidad a la abstinencia como estrategia terapéutica.

El principal servicio ofrecido por Narcóticos Anónimos es la **reunión en grupo**. En ella cada miembro, además de leer literatura de la asociación, comparte experiencias personales sobre su recuperación. De esta manera vemos como en estos conjuntos se establece el contexto idóneo para, a través de una serie de herramientas, poner en juego ese conocimiento práctico generado a través de la permanencia sin consumir.

“Ahora, después de llevar tiempo en N.A. De venir a sus reuniones. Participar del Servicio. Ayudar a otros adictos. Ir a alguna quedada... Ya sé lo que es N.A. No sólo es dejar la droga. Es volver a aprender a vivir. Si antes todo era droga, droga, droga... aquí pertenezco a algo que la droga me había quitado: tengo una nueva vida que es N.A.”
(Entrevista a Jose Antonio. 30. N.A. Cerca de 7 meses sin consumir).

Las palabras de este informante, tras siete meses de participación activa en el grupo, muestran lo que es el programa. La parte de trabajo grupal (interacciones en el grupo y compartires), el trabajo individual (pasos y literatura) y el consejo del padrino, terminan convirtiéndose en su **día a día**.

El espacio que antes era ocupado por la dependencia, es ocupado por N.A. y sus dinámicas. El usuario vuelve a sentirse parte de algo, de un grupo de iguales, lo cual hace que mejore su percepción al venir de una situación caracterizada por una fuerte exclusión social, como es la situación de consumo.

Como explicaremos más adelante, N.A. siempre recomienda la asistencia a 90 reuniones seguidas. Esta temporalidad es entendida por los integrantes de esta asociación, como el suficiente para poner en marcha el proceso de configuración de la nueva subjetividad respecto a las drogas.

Canals Sala (2002) y Fainzang (2009) se refieren a la recuperación llevada a cabo dentro de los grupos de N.A. como una *“mística que propicia la recuperación”*. Para nosotros, será el **saber surgido de la práctica** de los propios adictos puesto en juego a través de las reuniones, el que la posibilite. Las referencias a lo **místico/espiritual** son

un modo de representar/explicar ciertas partes del proceso de recuperación desde una concepción inefable de sus propios hechos.

“No sé porque nos recuperamos, pero sí lo hacemos. Es parte de la magia de N.A.”.

(Genoveva. 40 años. 5 meses limpia).

“No sé si es un poder Superior, o lo que sea...pero aquí las cosas funcionan”. (Mael. 27.

N.A. Varios años sin consumir).

El uso de lo místico/religioso es una estrategia para explicar partes del proceso de transformación que se produce dentro de N.A., asociándolo a esta religiosidad aquello que no puede ser explicado con palabras, como ya hemos comentado al referirnos al **Poder superior**.

Aquí, de igual manera que argumentábamos anteriormente, la **practicidad** de N.A. prima sobre cualquier tipo de interpretación **inmovilista**. Esperanza, debido a que su núcleo central prioriza lo práctico, produce este tipo de explicaciones. Por ello puede suceder que en otros grupos locales de N.A. sí aparezca la dimensión espiritual.

“Está claro que a pesar de lo que te diga la gente y de lo que ponga en la literatura, cada persona es cada persona y no a todo el mundo le funciona lo mismo para dejar de consumir drogas. Cada persona es única y no tiene por qué servirle las mismas cosas. El programa de N.A. se basa en aquello que ha funcionado a un gran número de gente, pero al fin y al cabo, no tiene que servir a todo el mundo. Siempre que respete las Tradiciones, aquello que sirva a cada uno para dejar de tomar drogas estará bien”. (Tato. 47. N.A. Más de 5 años sin consumir).

El grupo brinda a cada miembro la oportunidad de compartir y escuchar la experiencia de otros que aprenden a vivir sin consumir drogas. Es el **vehículo principal**, al proporcionar un contexto en el que sus integrantes pueden identificarse con otros “iguales” e intercambiar conocimientos sobre aquello que ambos buscan.

Juan nos muestra cómo, a pesar de la identificación de todos los integrantes de N.A. como adictos en recuperación, existe adhesión por lo que ellos llaman “**grupo base**”, o grupo principal al que asisten. Las dinámicas de identificación/formar “parte de”, también asegura que la agrupación cuente con un núcleo de miembros **constantes**, favoreciendo su supervivencia y tratando de paliar la constante variabilidad generada por la entrada y salida de personas, movilidad no apreciada por el grueso de usuarios de Esperanza.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

La **identificación** es una parte crucial dentro del proceso de Recuperación de N.A.

Esto se consigue de dos maneras:

- Produciendo dinámicas que favorezca la aparición de un sentimiento afinidad y empatía (la lectura de la literatura, reuniones y talleres fuera de las reuniones). Todas estas actividades son generadas siempre desde la parte común que tienen todos ellos, obviando las particularidades²⁷.
- A través del grupo Base les sirve para, de una manera mucho más experiencial, identificarse con sus iguales. Con aquellos con los que día a día comparte sus vicisitudes.

Poco a poco, los integrantes de los grupos, van generando un imaginario colectivo basado en aquello que comparten y no en lo que les separa, el cual termina construyendo un sentimiento de pertenencia general con la Asociación, pero también de agradecimiento con el grupo base, dado que en él es donde están las personas con las que interactúa y donde consigue los progresos.

“Todos somos adictos, con lo que todos nos entendemos y nos podemos ayudar unos a otros. Algunos llevan más tiempo limpio, siendo estos a los que más caso hay que hacer. No importa que sustancia consumías, cuánta, cómo... La realidad es que todos tenemos una enfermedad crónica y progresiva que nos controlaba. Hacía que nuestra vida girase alrededor de la droga. En N.A. entre todos los que somos iguales, nos ayudamos... Contamos lo que a cada uno nos ha servido para mantenernos sin consumir, que no tiene que ser lo mismo para todos” – dijo mirándome. “Aprendemos a ser parte de N.A. Venimos a las reuniones, seguimos los 12 pasos, escuchamos lo que a los demás les sirve y nosotros contamos lo que a nosotros nos funciona. Eso es lo que hacemos aquí. Esos sí... Sólo por hoy, solo de un día para otro... de esta manera las fuerzas no se nos acaban – terminó contándome con una expresión muy seria en su rostro. Entrevista a (Emilio. 50 años. 5 años limpio).

²⁷ Recordar que N.A. promueve la idea de que el tipo de droga no es determinante a la hora de influir en el tratamiento. Todos son definidos como adictos sin prestar atención a la sustancia, el modo de consumo y las expectativas asociadas al consumo. Con esto se busca que todos se sientan iguales, generando esa identificación/igualación de sus integrantes tratando de protocolizar el proceso terapéutico en base a la maximización de resultados y la optimización de recursos.

Nuestro entrevistado trata de mitigar la **responsabilidad** asociada al consumo de drogas. El Modelo Explicativo Ético Jurídico definía al adicto a las drogas a través de conceptos como “vicioso”, “mala persona”, “peligroso” y toda una pléyade de adjetivos negativos, sobre los que posteriormente se sustentó la “demonización” de las drogas y sus consumos. A pesar del cambio de Modelo Explicativo, mucha gente continúa definiendo a los consumidores de drogas en estos términos, sustentados en el ya explicado **problema de la droga**.

N.A. a través de sus grupos e ideología sobre la adicción, genera un proceso “desculpabilizador” el cual atenúa ese sentimiento de culpa. El usuario ya no será definido desde la negatividad ya que usando el término “enfermedad”, la adicción ya no es una decisión sino algo incontrolado.

Este informante enumera un conjunto de responsabilidades nuevas a asumir, recuperando pérdidas derivadas de la dependencia hacia las drogas. Este restablecimiento genera una **rearticulación de la persona**, plasmada en control y dominio corporal, en el cual se mostraban señales definitorias del consumo como: pinchazos, quemaduras, delgadez, pérdida de piezas dentales, etc.

La particularización del programa, plasmado en la realidad de cada una de las agrupaciones que conforman la asociación estudiada, responde a una lógica funcional basada en una **libertad interpretativa** del programa, sin olvidar la inmediatez que impera en las dinámicas de N.A.

“Los adictos nos hemos acostumbrado a tener todo rápido. ¿Quiero droga? La compro. ¿Me quiero drogar? Lo hago...con lo que ahora lo queremos todo rápido y no podemos plantearnos cosas a largo plazo...lo queremos todo de golpe. De ahí que trabajemos en períodos de 24 horas. Así no nos agobiamos”. (Genoveva. 40 años. 5 meses limpia).

La temporalidad en N.A. está organizada en **ciclos de 24 horas**, planteando objetivos a realizar en este período de tiempo. Según se acumula abstinencia, el ciclo de 24 horas comienza a agrandarse asumiendo nuevas temporalidades, hasta aceptar aquella socialmente marcada. Los integrantes de sus grupos plantean metas cortas, tratando de rebajar la tensión y la angustia que pueden causar los logros a largo plazo.

Genoveva se refiere a este tipo de **urgencias**, como una característica de las personas consumidoras de drogas aunque según Adorno (2008), resulta una particularidad inherente a la sociedad en la que vivimos.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

El estigma asociado al adicto en algunos casos es muy grande, con lo que empleará estrategias que ayuden a rebajarlo. Una de ellas es lo que hemos visto en las palabras de la informante anterior, “culpabilizar” a la droga y al consumo de situaciones y sucesos que no tiene relación evidente con ellos.

“Iba al trabajo y me adelantó una persona con el coche de muy malas maneras... Como soy un adicto, en seguida me dieron ganas de pegarle”. (Nicolás. 46 años. Varios meses sin consumir).

“Cuando entro a los supermercados, me dan ganas de comprarme todo a pesar de no tener dinero”. (Luisa. 45 años. 6 meses limpia).

“El otro día fui a una entrevista de trabajo y no lo supe hacer bien. Mi cerebro de adicto hace que estas cosas me pasen muy a menudo”. (Cristo. 30 años. 9 meses limpia).

Convertir la adicción en una enfermedad y culpabilizarla de sucesos sin vinculación aparente, no sólo exime de responsabilidades a las personas de Esperanza, sino que genera un cajón de sastre el cual puede ser llenado por fracasos en diversas situaciones, rebajando la problemática generada por conflictos tengan o no relación la adicción. El “cerebro de adicto” será una herramienta multifuncional, generada en nuestro grupo, con la intencionalidad de mitigar la responsabilidad y el estigma asociado a la droga.

3.9. Los grupos y las reuniones de N.A.

3.9.1. Grupos.

Dada la importancia que los integrantes de N.A. otorgan a las reuniones y a lo que en ellas sucede, hemos considerado dedicar un apartado completo para su análisis.

Los grupos son la **unidad mínima terapéutica**, sobre los que se articula esta asociación. Como ya hemos indicado, son parcialmente **autónomos**, siempre que no contradigan los principales preceptos ideológicos expresados en su literatura. Por lo tanto, pueden organizarse de la manera que crean más adecuada para sus miembros, siempre y cuando sus acciones no afecten a otros grupos o a la Confraternidad. El principio que los rige es la **practicidad**, ya que todo aquello que funcione para recuperarse sin contradecir la ideología de N.A. es dotado de funcionalidad.

Según Narcóticos Anónimos (2002), *“cuando dos o más adictos se reúnen para ayudarse mutuamente a mantenerse limpios, pueden formar un grupo de Narcóticos Anónimos”*. En la realidad no encontramos grupos con pocos integrantes. Tener que autofinanciarse para no tener que depender de nadie, hace que se necesite un número elevado de usuarios para poder cubrir los gastos que estos generan.

N.A. comenta que existen 6 puntos que diferencian a sus grupos de terapia respecto a otros:

“Todos sus integrantes deben de ser adictos y querer recuperarse. Se autofinancian. Buscan recuperarse desde y a través de los 12 Pasos. El grupo no debe tener ninguna afiliación más allá de N.A. No tiene que expresar opiniones sobre cuestiones ajenas a sus actividades. A pesar de estas ideas, el carácter práctico al que ya nos hemos referido dota de cierta flexibilidad a estos preceptos (Narcóticos Anónimos 2002)”.

El grupo busca más una política de **atracción** de integrantes que de **promoción**. Al fin y al cabo, los grupos se mantienen vivos en la medida que tienen integrantes, mientras que son disueltos si no cuentan con un número suficiente para subvencionarse.

A través del **Grupo Base** cada usuario se compromete con uno en particular, dando posibilidad a estos de establecer relaciones más profundas que con el resto de integrantes que no forman parte de él. Estos contextos proporcionan un soporte estable de recuperación, un lugar de referencia. Un sitio en el que desarrollar sentimiento de permanencia, conocer a otros iguales y relacionarse con ellos.

“No es bueno eso de ir saltando de un grupo a otro. Hay que establecer un grupo Base. De esta manera puedes sentir la magia de N.A. Te identificarás con tus compañeros, te sentirás seguro a la hora de hablar. En fin...recuperarás ese sentimiento de ser parte de algo que las drogas nos han quitado a todos”. (Paco. 55 años. N.A. Varios años limpio).

Los grupos pueden tener diversos formatos según los temas que se traten en ellos. Como podemos ver en Narcóticos Anónimos (1998), los principales son: reuniones de participación, reuniones sobre un tema, reuniones de estudio, reuniones de orador, reuniones para recién llegados, reuniones de preguntas y respuestas.

3.9.2. Reuniones de N.A.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

N.A. organiza su proceso de recuperación alrededor de estas dinámicas, el trabajo de los Doce Pasos, leer literatura y el mantenimiento de la abstinencia. Como avanzábamos anteriormente, durante la observación vimos como la gran mayoría de los integrantes de Esperanza y del resto de grupos investigados valoran y centran la recuperación casi exclusivamente en las reuniones, olvidándose del trabajo individual, mostrándonos la existencia de una contradicción entre la ideología de N.A. y lo que realmente se hace en estos grupos.

“Las reuniones es lo que más importante me parece, ya que en ellas es donde más segura me encuentro, donde más aprendo y donde de verdad más cosas se hacen”. (Yolanda.48

N.A. Pocas semanas de limpieza. Tras asistir a unas pocas reuniones, no volvió).

“Para mí, las reuniones son muy importantes. Es donde aprendes que hacer con la vida.

Donde te dicen como dejar de consumir y qué hacer si te vienen las ganas”. (Ricardo. 48.

N.A. Un año limpio).

Las reuniones son el elemento del programa más valorado, al ser la principal herramienta donde estos pueden iniciar las transacciones conocimiento práctico. Serán las dinámicas donde aprendan estrategias y modos de actuar, que pueden aplicar para mantenerse abstinentes.

“Las reuniones son lo más. Es donde aprendes de verdad cosas que puedes aplicar a tu vida normal. Lo de la literatura y los Pasos está muy bien, pero donde conoces cosas que de verdad ves en tú vida es en las reuniones”. (Juan. 32. N.A. Seis meses sin consumir).

En estas los usuarios escuchan de *“viva voz”*, aquello que los referentes del grupo hacen para mantenerse abstinentes, así como narrativas sobre cómo recuperar lo que la droga les quitó según el núcleo central de usuarios. En este contexto adquiere mayor valor terapéutico aquello que pueden ver, sentir y aplicar en su propia recuperación, que los preceptos teóricos que emanan de su literatura. Lo tangible, toma más relevancia que lo teórico.

Existen dos tipos de reuniones.

- ❖ Cerradas: siendo sólo para adictos o aquellos que crean tener problemas con las drogas. La prohibición de entrar a personas no adictas es relativa, ya que cualquiera que se identifique como tal, podrían entrar en ellas.

- ❖ Abiertas: para todos aquellos que quieran asistir, tanto sí son familiares como cualquier persona con curiosidad sobre lo que en ellas se hace. Estas reuniones son vistas como una oportunidad para que cualquier persona vea en qué consiste Narcóticos Anónimos. Los asistentes pueden hacer preguntas sobre la asociación, aunque siempre se les recuerda que han de mantener el anonimato de sus integrantes para que no se realicen fotos, se utilicen nombres, apellidos o cualquier otro tipo de referencia. Estas reuniones son una herramienta para darse a conocer fuera del ámbito de la recuperación.

Respecto a la temporalidad, existen grupos que celebran una sola reunión semanal; otros varias por semana, etc. dependiendo esto de las personas que lo conformen, las necesidades de estos y la disponibilidad del lugar donde se celebran.

En relación a la asistencia, existen individuos que van a reuniones de varios grupos. Esto se suele desaconsejar, dado que se busca la adhesión a un grupo base.

“Cuando no puedo venir a las reuniones de mi grupo, pues voy a las de otro. Al fin y al cabo todos los adictos somos iguales, pero...mi grupo es mi grupo. Nos conocemos casi todos, sabemos las historias de cada uno...No sé, es como si me sintiera más a gusto que en él”. (Juan. 32 años. N.A. Seis meses limpio).

Permanecer en el grupo genera identificación y confianza con sus compañeros, lo cual ocasiona sentimiento de pertenencia a este. Narrativas similares a las de Juan nos enseñan que asistir al **grupo base** siempre ha de suponer una prioridad para los usuarios de N.A., ya que la empatía generada con los usuarios que lo conforman hace que las prácticas puesta en juego sean más efectivas.

La mayoría de las reuniones suelen durar hora u hora y media, aunque aquellas dedicadas a la gestión suelen ser algo más largas.

Estructura de reunión de N.A.

Las reuniones de N.A. están organizadas alrededor de **momentos**, convirtiéndolas en situaciones realmente **rígidas y previsibles**. Módena (2009), señala que *“la fuerte ritualización que impera en ellas, hace que cualquier adicto sepa la estructura a seguir en cualquiera de los grupos que N.A. tiene diseminados por el mundo”*. A pesar de ser cierta esta afirmación, la practicidad de los grupos hace que encontremos diferencias en la duración, orden e importancia en esta estructura.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

En todos los tipos de reuniones que se llevan a cabo dentro de N.A., hay un encargado de dirigirlos. Esta persona recibe el nombre de **moderador**²⁸, siendo quien torga los turnos de palabra, presentan las diferentes partes de la junta, vela porque se mantenga el silencio en la sala y es el encargado de asignar las diferentes lecturas previas al momento de tomar la palabra.

“Según entré por la puerta de la sala, todo lo que vieron mis ojos me resultó fascinante. En el centro de ella, pude ver un par de mesas juntas, sobre las cuales había diseminado diversos libros de N.A., una cesta con caramelos, unos llaveros y folletos con el logotipo de N.A. Alrededor de esta, hay colocadas 10 sillas”.

“Sin abandonar mi posición, me fijé en las paredes. Estas, están pintadas con un color antes blanco, ahora amarillo por la suciedad. A mí izquierda, colgado en la pared, pude ver un pequeño tablón de corcho en el cual había colgados diversos folios con información referente a N.A. Encima de este, hay un cuadro de madera con la “Oración de la Serenidad”. Enfrente, la pared no es tal, ya que está adornada con pequeños fragmentos de cristal cuadrado, por los que entra la luz. Alguno de ellos se puede abrir, haciendo las veces de ventana”.

“En el tabique de la derecha observamos un par de carteles. Uno con los Doce Pasos de N.A. y otro con la Tradiciones. Y detrás de mí, hay pegados unos carteles más pequeños con los siguientes lemas: “Solo por hoy”, “Si no tienes Fe, actúa como si la tuvieses”, “Una dosis es mucho y mil no son suficientes”, “Es dentro de mí y no fuera donde hace buen o mal tiempo”.

“En esta pared, encontramos otras cinco sillas, mientras que la situada a mí derecha y enfrente, no. Pero un gran escalón que sale de ellas, es lo que hace las veces de sillas. En la pared situada a mí izquierda no hay”.

“Además de todo esto, encontramos varias sillas desperdigadas por sala, sin ningún orden aparente. Toda ella está iluminada por un gran fluorescente situado en el techo”. (Diario de Campo. 24-11-2005. Sala de reuniones del Grupo Esperanza).

“Entre por la puerta y el olor a humedad y cerrado me trajo a la memoria la cantidad de tardes que había pasado entre esas paredes escuchando las historias de muchas personas relegadas a una posición sin voz. Miré dentro de la sala y vi que nada había cambiado...”

²⁸ Suele variar de un día para otro y son personas con más de un año. Esta persona puede ocupar una posición algo destacada, pero está sentado junto con los demás miembros, manteniendo la imagen que tienen de horizontalidad durante las reuniones, aunque está revestida del prestigio que le otorga su condición de servidor.

La misma distribución, los mismos textos, las mismas sillas, la misma mesita donde estaban los utensilios para tomar té o café... Parecía que el tiempo no había pasado, salvo por las caras nuevas". (Diario de Campo. 04-02-2016. Sala de reuniones del Grupo Esperanza).

La austeridad caracteriza la sala de reuniones de Esperanza. Las nuevas inmersiones en el campo, tras varios años sin asistir a ninguna reunión, mostraron el inmovilismo de todo lo material que rodea a este grupo, en claro contraste con la movilidad de sus integrantes. La sala de reuniones, mantenía tras tanto tiempo la misma disposición, los mismos carteles e incluso algunos de los panfletos que se leen al inicio de las juntas.

Las reuniones se rigen por una serie de **reglas implícitas** no escritas, que varían de un grupo a otro. Brandes (2004), explica como la diferencia cultural existente entre los grupos que conforman una asociación como Alcohólicos Anónimos, hace que estas normas tácitas (asignación de turnos, expectativas, tipos de reunión, etc.) varíen entre ellos. La concreción de la variabilidad macro cultural en el grupo y su constante rotación, provoca que estas pautas sean modificadas no solo de uno a otro, sino también a lo largo del tiempo.

Brandes argumenta esta explicación basándose en una realidad terapéutica distinta como es la de Alcohólicos Anónimos, pero tanto Esperanza como los grupos analizados en esta investigación muestran procesos similares.

Con respecto a las **reglas explícitas** (12 pasos, tradiciones y conceptos) son mucho más difíciles de reinterpretar, al ser unos principios generales conocidos no solo por los integrantes de nuestro grupo de investigación, sino por todo el conglomerado que conforman N.A. Al ser un referente fuera de la practicidad, no encontramos variación.

"C.- Mucha gente viene de muchas otras terapias en las que no se hace nada más que prohibir cosas: no poder salir, no poder ver a las familias, no poder llegar tarde... N.A. no es así". (Carmen. N.A. Cinco años sin consumir).

La organización alrededor de grupos y la **permisividad terapéutica** con la que cada uno puede intentar mantener la abstinencia, es una característica definitoria tanto de los grupos de N.A. como de su proceso de recuperación, siendo una de las principales diferencias respecto a recursos menos prácticos y maleables.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

El elemento clave de las reuniones son los **compartires**. Con este nombre llaman los integrantes del grupo Esperanza a cada una de las intervenciones que los asistentes realizan en las reuniones, poniendo en juego a través de la palabra prácticas sobre cómo mantenerse abstinentes. Los usuarios toman la palabra por turno, comparten sus preocupaciones, problemas, éxitos y modos de mantenerse abstinentes a modo de consejo, para que la persona que desee pueda aplicarlo en su realidad, de ahí que aquellos que mayor cantidad de tiempo lleven sin consumir, sean las principales referencias en este proceso.

Momentos que conforman las reuniones de N.A.

Presentación de la asociación y formato de la reunión. Oración de la Serenidad. Lectura de prolegómenos. Periodo de alegrías y resentimientos. Lectura del Solo por Hoy. Tiempo de “Compartires”. 7ª Tradición. Tiempos de Limpieza. Anuncios de N.A. 12ª Tradición. Cierre.

Brandes (2004), explica las reuniones en términos ritualistas y ceremoniales. Según este autor, se caracterizan por tener un orden predecible de momentos, así como construirse sobre unos **patrones lingüísticos concretos**, características que también observamos en las juntas estudiadas en esta tesis doctoral.

Como ya hemos analizando en los verbatims anteriores, el uso de un **lenguaje concreto** en N.A. es una de sus principales características. Las reuniones y su literatura, utilizan unos conceptos difíciles de entender para personas ajenas a la asociación. Nociones tales como 12 Pasos, Tradiciones, Servicio, Poder Superior, tirones de consumo, Proyecto, Padrino, Compartir... son comprendidos e interiorizados través del trabajo individual y grupal implementado durante el proceso de recuperación. Este **lenguaje**, tiene una gran **carga simbólica**, así como un **alto** nivel de **generalidad**, buscando con ello la mayor identificación por parte de sus integrantes, ya que a través de estas argumentaciones se producen algo más que los intercambios de conocimiento práctico.

“Todos los que aquí estamos sabemos que la adicción es lo peor que nos ha pasado. No éramos capaces de darnos cuenta de que teníamos una enfermedad progresiva y crónica,

pero ahora sabemos que hacer para controlarla: seguir viniendo a las reuniones". (Jose Antonio. 30. N.A. a los 7 meses sin consumir).

"He estado en muchos centros y no he conseguida nada en ninguno. Llevo aquí un rato y... la verdad es que no entiendo mucho de lo que se está hablando. Todo lo que decís me suena muy raro (risas) pero es de las pocas oportunidades que me quedan y tengo que ser fuerte. No sé porque me gustan las drogas, pero sé que me gustan y tengo que hacer algo con ello". Jose Antonio (30. N.A. a las pocas semanas de empezar a venir en el grupo).

En intervenciones como esta, observamos la existencia de una relación directa entre la utilización de un **discurso maduro** en términos de N.A. y el tiempo de permanencia en el grupo.

Durante el período de acumulación de tiempo abstinentes, el usuario no sólo aprende a manejar el lenguaje propio de la asociación y el grupo en el que desarrolle su proceso de recuperación, sino que incorpora una modo concreto sobre cómo hacer uso de él para poner en funcionamiento el circuito de intercambio de prácticas de la manera más efectiva posible, al ser este su herramienta más importante. Los participantes van poco a poco incorporando el uso apropiado y significado de categorías como limpieza, tiempo de limpieza, tirones de consumo, bloqueos del pensamiento, adicto en recuperación, sustancia..., así como estilos discursivos como oraciones, prolegómenos o compartires. La familiaridad no sólo posiciona en el grupo, sino que también facilita la incorporación de los marcos de sentido y de acción asociados a estas categorías aprendidas.

En la primera narrativa de Jose Antonio, vemos un discurso completo en el que ya utiliza con soltura algunos de los principales conceptos de N.A. La plena inserción en sus dinámicas, así como sus progresos a través del programa, provocan que adquiera soltura en el uso del lenguaje²⁹ de N.A.

A continuación vamos a analizar aquellas **fases protocolizadas** que sugiere N.A. para organizar sus reuniones, añadiendo aquellas particularidades encontradas en nuestro grupo de observación.

²⁹ "Nuestro programa es una forma de vida. Al asistir a las reuniones, trabajar los pasos y leer literatura, aprendemos el valor de principios espirituales tales como la entrega, la humildad y el servicio", Narcóticos Anónimos (1991).

Inicio de la reunión y su modalidad:

Hola, me llamo..... y soy adicto/a. Bienvenidos a la reunión del grupo..... de Narcóticos Anónimos. Me gustaría empezar esta con un momento de silencio (15 a 20 segundos) para el adicto que todavía sufre y seguir con la **Oración de la Serenidad**³⁰ (ver en Anexos).

Cada uno de los grupos ofrece una **contextualización** de recomendaciones como las anteriores sobre las que estructurar sus reuniones. Estas las podemos encontrar en Narcóticos Anónimos (1998), formando una pequeña guía sobre cómo organizar las juntas, concretada en la realidad de cada grupo.

José Luís toma la palabra y comienza la reunión.

"Hola, me llamo José Luís y soy adicto" -dice.

"Hola José Luís" - respondemos todos.

"Vamos a comenzar la una reunión "cerrada" del Grupo Esperanza de N.A. Rogaría que apagásemos los teléfonos y los pusiéramos en silencio, para no entorpecer el transcurso de la misma" - dice con voz muy seria.

"Ya sabéis- continúa- que N.A. es una confraternidad cuyo único requisito para formar parte de ella, es tener el deseo de dejar de consumir".

Veo como Francis apaga su teléfono. De igual manera, el resto lo revisan, por si acaso. Yo no lo hago, ya que estoy seguro de tenerlo apagado.

"Recuerdo-dice Jose Luís con cara seria- que está prohibido asistir a estas reuniones con cualquier tipo de droga o aparato relacionado con ella. Si alguna persona tiene algo de esto, que abandone la sala, lo deje fuera y vuelva a entrar. Esto es para la protección del grupo y de las personas que asistimos a la reunión".

Nadie hace ningún gesto ante las palabras del moderador.

(Inicio de reunión del grupo seleccionado para nuestro estudio. José Luís. 35. N.A. 2 años sin consumir).

Este tipo de normas se mantienen con la intención de proteger a las personas que asisten a las reuniones. Si alguien se presentase con evidentes signos de haber consumido algún tipo de sustancias o con ellas, sería expulsado. El grupo es considerado como un lugar **seguro**, sin referencias a las drogas y así se debe

³⁰ La oración de la Serenidad, es comienzo de una alocución atribuida al teólogo, filósofo y escritor estadounidense de origen alemán Reinhold Niebuhr. A.A. la adoptó para sus intereses y N.A. posteriormente.

mantener. El consumidor es definido en términos de peligro para la recuperación, quedando excluido de este contexto.

N.A. define como **limpieza** la condición de mantenerse abstinentes, siendo aquello que puede ser acumulado y, caso de hacerlo, celebrado en un momento posterior llamado **tiempos de limpieza** como señal de progreso en la recuperación.

Mary Douglas (1991), definió la suciedad como algo equiparable con el desorden, con lo fuera de lugar, siendo responsabilidad de estos dispositivos expertos generar estrategias y herramientas para reubicar socialmente a estas personas sucias.

La adicción es representada como desorden, el cual queda plasmado en el ámbito corporal y social. Abandonar el consumo es, como hemos visto, reorganizar la vida cotidiana en un sentido práctico, y la abstinencia, volver a poner orden donde no lo había, marcándose en el cuerpo a través de pautas de aseo, cambios estéticos, etc.

“Hay que conseguir mantenerse limpios. Lo mejor es no frecuentar lugares que pueden hacernos volver a consumir. Al igual que no deberíamos dejar que a nuestras reuniones entren cosas que nos puedan poner en peligro”. (Elías. 50. N.A. 5 años sin consumir).

Exponer a sus integrantes “limpios” a las sustancias, utensilios y efectos provocados por el consumo, es peligroso para su recuperación. Como estrategia de evitación, siempre se recomienda no ir a lugares donde haya posibilidad de tener contacto con las drogas, dado que la asociación con el consumo puede hacer que los usuarios de Esperanza terminen recayendo. Esta misma lógica de pensamiento se usa con las reuniones, de ahí el énfasis en esta norma.

Acto seguido se da la bienvenida a todos, especialmente a las personas nuevas. Si hay alguien que asiste a una reunión de NA por primera vez se suele pedir que se presente, tratando de no incomodarlo.

¿Hay alguien en sus primeros treinta días de recuperación?- Presentación si hay alguno.

¿Hay alguna visita de fuera?- Presentación si hay alguno.

¿Hay alguien que viene a esta reunión por primera vez?- Presentación si hay alguno.

“Yo soy nuevo, me llamo Julio”- dijo con algo de recelo en sus palabras.

“¡Hola Julio!- me dijeron todos con gran alegría.

“Cuéntanos un poco- solicitó el moderador- qué es lo que te ha traído a este grupo.

“Pues la verdad... yo hace tiempo que vengo teniendo problemas con el consumo de heroína. No puedo parar y no quiero terminar mal. Por eso vengo”.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

(Diario de campo. Registro sobre una primera reunión y presentación al grupo).

A pesar de que N.A. y sus grupos quieren que estas **primeras reuniones** sean lo menos inquisidoras posibles, no lo consiguen. Todo el grupo les mira, se les obliga a hablar, los nuevos no saben que decir... es una situación algo compleja para aquellos que asisten por primera vez, la cual analizaremos más adelante.

Como hemos escuchado muchas veces *“si sobrevives a la primera reunión, normalmente sueles volver”*. Esta expresión hace referencia a la dificultad del primer día, siendo una situación tan complicada para la persona que viene por primera vez, que una gran mayoría de veces opta por no volver a las reuniones. Este primer choque, junto con la diferencia de intereses respecto al núcleo central que conforma Esperanza, suelen ser la principales causas por las que los individuos que deciden iniciarse en el tipo de recuperación que propone Narcóticos Anónimos no permanece en sus grupos³¹.

Si es una reunión cerrada:

El moderador explica que es sólo para adictos o para quienes crean tener problemas con las drogas. Si hay personas que no cumplen estos requisitos, se les suele agradecer su visita indicándoles la fecha y dirección de grupos con reuniones a las que asistir.

Si es una reunión abierta:

Es presentada como tal, dando la bienvenida a los visitantes si los hay, agradeciendo su interés en Narcóticos Anónimos. Aquí será donde se les recuerda que el propósito primordial de las reuniones consiste en ofrecer un lugar en el que los adictos puedan compartir entre sí su recuperación, con lo que el moderador dice:

“Para la protección de nuestro grupo, así como para la protección del local, pedimos que no se traigan drogas ni utensilios relacionados con éstas a la reunión. Si alguien tiene algo encima, le pedimos que salga de la sala, se deshaga de lo que lleva y vuelva cuanto antes”. (Diario de campo. Registro sobre una primera reunión y presentación al grupo).

Presentación de los diferentes tiempos de limpieza.

³¹ Según nuestra observación más de un 70% no regresa después de su primera o segunda reunión. El resto de abandonos suele deberse a vueltas al consumo activo (recaídas) o abandonos por alta terapéutica, es decir, de personas que consideran que ya no deben asistir más a los grupos.

Aquí, el moderador toma la palabra y enumera los diferentes tiempos de limpieza que N.A. celebra: primera reunión, treinta, sesenta y noventa días, seis meses, nueve meses, un año, un año y medio, y varios años. Si en la reunión hay algún usuario que ese mismo día celebre alguno de ellos, se pueden repartir llaveros o medallas que conmemoran los períodos que cada persona lleva sin consumir. Esto es muy valorado en N.A., con lo que lucen estos emblemas con el mayor de los orgullos, al ser una representación metafórica del tiempo de abstinencia.

En nuestro grupo, en esta parte de la reunión se recita la “Oración de la Serenidad”, dejando la entrega de llaveros para el final de la junta.

“Ahora, recitemos todos la oración de la serenidad- dice Tato- a la vez que cierra los ojos”. (Tato. 47 N.A. Moderador del Grupo Esperanza. 5 años sin consumir).

Todos los presentes entornan los ojos y la recitan con respeto. Aquellos que no la conocen, prestan atención y tratan de aprendérsela.

“Todos recitamos la oración. La mayoría de las personas, como ya he comentado otras veces, tiene la mirada clavada en el suelo, en el techo o los ojos cerrados. Mantenemos una postura de enorme respeto”. (23-09-06.Diario de campo).

Los miembros de N.A. recitan este salmo como si fuera algo **sagrado**, mostrando de nuevo el carácter inefable asociado al uso/explicación de algunas partes del programa de N.A. Se usan y les funcionan y, al no saber el porqué, las otorgan esta inefabilidad asociado a lo sagrado, para legitimar su uso.

Algunas de las personas que participan de N.A. la enuncian cuando tienen **tirones de consumo**³².

“Es esa necesidad de consumir. Esos segundos en los que si no consumes, sabes que te vas a volver loco... En esos momentos, no sabes que hacer... Aquí te podemos dar muchos consejos, pero has de ser tú el que busque lo que mejor te haga. A mí, sin saber por qué sucede, me funciona”. (Freddy. 25. N.A. 9 meses limpio).

Las estrategias para evitar estas ganas de consumir son muchas. Desde el recitado de la anterior oración, llamar al padrino, buscar una reunión, contactar con un compañero, etc. En base a la practicidad que tiene el programa de N.A., cualquier método de **bloqueo de pensamiento** que no les lleve a consumir, será

³² De esta manera se llama a los períodos en que las personas que están sin consumir, sienten la necesidad de volver a hacerlo. Esto también es conocido como Craving.
Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

válido. Estos procesos se basan en la auto-implantación de mecanismos disciplinarios basados en el conocimiento práctico compartido en las reuniones. La inefabilidad reside en que muchos de ellos no entienden porque realizan estos actos, pero al conseguir con ellos lo que buscan, los repetirán y justificarán su uso a través de frases como *“a mí, sin saber por qué sucede, me funciona”*.

Prolegómenos:

Estos **prolegómenos** son unos folios plastificados con colores llamativos, los cuales normalmente se dejan encima de la mesa principal. La persona que quiera leer los coge y espera su turno, el cual viene marcado en la esquina inferior derecha con un número. Si nadie lo hace, será el propio moderador el que los reparta para ser leídos entre aquellos participantes que él considere oportuno.

El contenido de estos instrumentos son pequeños retazos de las normas y modos de actuar de N.A., los cuales se repiten en las reuniones para que los usuarios comiencen a interiorizarlos a partir de su reiteración.

Estos textos son: *¿Quién es adicto?*, *¿Qué es el Programa de NA?*, *¿Por qué estamos aquí?*, *¿Cómo funciona?*, *Las Doce Tradiciones*, *Sólo por hoy* y *Sí, nos recuperamos*, pudiendo ser consultados por el lector en el apartado **anexos** de esta investigación.

A continuación adjuntamos unos párrafos relacionados con este momento de la reunión, buscando que el lector capte de la mejor manera posible la realidad a la que nos estamos refiriendo.

“Ahora pediría a la persona que tenga el número uno de los prolegómenos, que nos lo lea si es tan amable- pide Tato con una gran sonrisa en la boca.

Los folios de “los prolegómenos” han sido repartidos por el propio moderador en la puerta de la sala a la gente que estábamos fuera esperando a que comenzase.

Esta es una de las costumbres de Tato, mientras que otros moderadores los dejan encima de la mesa y las personas que quieran los cogen.

Hoy al ser un día en el que asiste mucha gente no hay problema a la hora de leer, ya que son muchos los voluntarios que se ofrecen para esto.

Ese día leímos: Jose Antonio., yo, Tato, Bleco, Enric y Fernando. La gente no nos prestó mucha atención al estar acostumbrados a oír esto en todas las reuniones.

Universidad Complutense de Madrid.

La mayoría se encuentra hablando con la persona que tiene al lado de sus cosas, o mirando al infinito. (Diario de Campo. 16-03-06. Grupo Esperanza).

Estas lecturas, al formar parte de la literatura de la asociación, son retazos de aquello que N.A. considera como la parte más importante de su ideología, con lo que son repetidos en las reuniones de manera protocolizada para asegurarse, de la mejor manera posible, el aprendizaje por parte de los usuarios de Esperanza y el resto de sus grupos.

Entrevistador- *“¿Por qué se leen los prolegómenos?”*

Carmen- *“Es algo que se hace siempre en todos los grupos. Es una manera de recordar lo más importante del programa y de que todos lo recordemos. Es una manera de comprender las partes más importantes del programa de N.A.”* (Entrevista a Carmen. 45 años. N.A. Cinco sin consumir).

Con estas lecturas, se busca *“recordar lo más importante del programa y comprenderlo”*, nos comenta Carmen. A través de ellas, la gente escucha, repite y comienza a hacer suyo un Modelo explicativo sobre la adicción diferente al que tenía cuando inició su participación en N.A.: **el adicto en recuperación.**

Resignificar la propia biografía y reconstruir el sentido de uno mismo, no es algo sencillo. La adicción según N.A. es una enfermedad progresiva y crónica, lo cual dota de atemporalidad no sólo a la nueva categoría de adicto, sino a la situación en la asistencia a estas reuniones. Realmente, ninguno de los integrantes se perpetúa de “por vida” en el grupo, ya que la pérdida de identificación con el perfil mayoritario de usuarios hace que estos dejen de asistir a las reuniones.

“Un adicto nunca dejará de ser adicto. Las reuniones siempre estarán ahí, a disposición de todos nosotros. A algunos les aterra pensar que hay que seguir viniendo a los grupos de por vida... Yo llevo muchos años y, sigo viniendo. No con la asiduidad que me gustaría, porque el tiempo que le dedicaba a la droga ahora se lo dedico a trabajar...pero siempre guardo un poco de tiempo para venir de vez en cuando y recordar donde no quiero volver). (Carmen. 40 años. N.A. 5 años de limpieza).

No hay una fecha de alta determinada, ni una cantidad de meses tope. Simplemente, la persona a la que el grupo y sus intereses no tengan nada que ofrecerla, lo abandonará

Esta parte de la reunión no es muy valorada por los usuarios. Alguna vez pudimos observar como gran parte de los integrantes de Esperanza no entraron en ella hasta

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

que no se llegó al momento que ellos consideran más importante, el período de compartires.

Fuera de los usuarios más implicados con Esperanza (los cuales sí suelen participar de toda la totalidad del proceso terapéutico planteado por este recurso), la mayoría de las personas que participan en las reuniones de Esperanza valoran el momento en el que se intercambia conocimiento práctico por encima de todo. Es decir, el **intercambio de narrativas** como herramientas de identificación y de consejos prácticos, conforma la parte más valorada de las reuniones, salvo por aquellos que están tan vinculados con N.A. que realizan exactamente todo lo indicado por ella.

“Los prolegómenos son importantes. Muchos se quedan fuera y los pocos que entran, están distraídos y no prestan atención. Recordad que esto también es una parte muy importante del programa”. (Tato. 47 años. N.A. Más de 5 años de limpieza).

Tanto la disposición que muchos adoptan durante las lecturas (hablar, mirar el móvil, no fijarse en la persona que está leyendo), como permanecer fuera de la sala hasta que empiezan los compartires, no está bien visto por el núcleo de Esperanza, aunque se trata de una práctica bastante habitual en el resto de usuarios.

Tato, al formar parte de este grupo central, si lo hace. Lo cual muestra otra contradicción existente dentro de Esperanza, este perfil de usuarios piensa de ciertas partes del programa y la opinión de los demás.

Anuncio del tipo de reunión.

La persona que gestione la reunión, pide que se proponga algún tema en el que basar las intervenciones o, caso de que algún integrante se haya postulado, presenta a la persona que vaya a hablar en ese momento³³.

Las reuniones de Esperanza a las que asistimos siempre fueron de **compartires libres**. Cada persona que deseaba intervenir, solicita la palabra y expresa cualquier cosa relacionada o no con sus intereses. La duración de los compartires es variable, pudiendo encontrar algunos de menos de un minuto, mientras que otros pueden extenderse más de quince.

³³ En este tipo de reunión, un orador comparte su historia durante unos 20-30 minutos. Son muy populares en Estados Unidos pero no en ninguno de los grupos donde realizamos nuestra observación.
Universidad Complutense de Madrid.

“No sé qué hacer. Me han planteado la posibilidad de cambiar de trabajo y no sé qué tengo que hacer”. (Clato. 40 años. N.A. Año y medio sin consumir).

“Mi mujer es la ostia. Todo el día discutiendo. ¡Ya no sé qué voy a hacer! Estoy muy preocupado por lo que nos pueda pasar como pareja”. (Forni. 42 años. N.A. Cerca de un mes sin consumir).

Como es lógico, aquel que lleve participando poco tiempo de este tipo de dinámicas no conoce ni maneja tanto el lenguaje como la estructura de argumentación de los compartires, haciendo que sus intervenciones sean más cortas. Sin embargo, las personas con mayor permanencia en el grupo, articulan discursos más extensos al tener suficiente preparación para hacerlo.

“¡No tengo ni un duro! No sé qué es lo que voy a hacer... No quiero volverme a ver en la calle... Pero como siga así no me va a quedar otra” - dice con lágrimas en los ojos.

“Trato de buscar trabajo, de hacer lo que me dice la gente, pero no hay nada que hacer” - suspira antes de continuar.

“No consumir, hablar con mi padrino. ¿Sirve de Algo?” - pregunta mirando a todo el mundo.

“Algo me dice que este es mi sitio, que estoy donde tengo que estar” - empieza a finalizar la intervención.+

“Gracias a todos, por ayudarme” - sonrío

(Nicolás. 39 años. N.A. 9 meses sin consumir).

Según aprenden a usar estas herramientas, las intervenciones son más estructuradas y extensas. Nicolás, tras 9 meses asistiendo al grupo, emite alocuciones de mayor duración que las de los anteriores informantes. A pesar de que esta característica denote calidad en el compartir, no tiene por qué ser determinante. A veces por cuestiones personales, algunos de los usuarios con mucho tiempo de abstinencia, pueden intervenir usando discursos cortos, saltándose así la estructura recomendada para articular los compartires, a pesar de que no sea la manera más efectiva de intervenir en esta parte de la reunión, otorgando restando operatividad al conocimiento puesto en juego.

Definir la adicción como pérdidas asociadas a la clase media capitalista, incorpora objetivos al proceso de recuperación que van más allá de lo físico. Plantearlo en términos de recuperación de puestos de trabajo, apoyo sentimental, etc. hace que con el tiempo, se puedan generar un *“pequeño desengaño”* al no obtenerlo, pese a la

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

nueva situación de adicto en recuperación. Poco a poco se van dando cuenta que la abstinencia no es una variable determinante ante la recuperación de aquello que trasciende de lo físico.

Resentimientos y alegrías.

En esta parte de la reunión aquellas personas con un nivel de ansiedad alto, pueden tomar la palabra para contar algo que les resulte tan necesario comentar con los compañeros, que no puede esperar a momentos posteriores. Son intervenciones cortas, de un par de frases, limitadas a escasos minutos por el moderador.

Tato vuelve a intervenir y dice- *“ahora es el período reservado para alegrías y resentimientos. Las personas que tengan alguna alegría o algo que les haga sentirse mal, es el momento de compartirlo con las personas de la sala”*. Tras esto, se calla y espera a que la gente tome la palabra por su propia iniciativa, en vez de asignar él los turnos como en los demás momentos de la reunión. (Tato. 47 años. N.A. 5 años sin consumir).

La persona que tenga algo que contar toma la palabra, se presenta y habla al resto de la sala. Las respuestas por parte de los demás, son más cortas si caben.

Eduardo carraspea un momento y dice- *“Hola, soy Eduardo y soy adicto”*.

“Hola Eduardo” - le respondemos todos con premura.

“Pues yo estoy resentido, porque como ya comenté ayer, estuve en el dentista y una de las ayudantes de la doctora se pinchó con una aguja y puede haberse contagiado la Hepatitis C... Además- continúa diciendo con el tono de voz muy serio- esta mañana se me ha caído la puerta de la furgoneta, cosa que me ha jodido mucho, ya que no sé qué me puede pasar para tener más mala suerte”.

“Nada más. Muchas gracias” - concluye rápidamente. (Eduardo. 32 años. N.A. 90 días sin consumir tras una recaída).

Esta parte de la reunión funciona como **herramienta mitigadora de la ansiedad**. Algunos de los integrantes de Esperanza llegan a una situación en la que todo aquello que les sucede es consultado al grupo, tenga o no que ver con la recuperación. Esto sucede al considerar que la legitimación otorgada para aconsejar sobre la adicción, puede ser aplicada en otros ámbitos distintos a los de la adicción.

Antes de continuar, vamos a reflexionar sobre un suceso que puede acontecer durante el proceso de recuperación de cualquier drogodependiente: **las recaídas**, cuyo papel es similar en los dos contextos estudiados en esta tesis doctoral. En los dos escenarios en los que realizamos observación participante, estas “*vuelatas al consumo activo*” son consideradas como parte del proceso terapéutico, basándose en las ideas planteadas por Prochaska y Diclemente (1992). Estos dos autores crearon un modelo sobre el que explicar el cambio de conductas en las personas, siendo uno de los más usados en los recursos asistenciales sobre drogas de la actualidad.



Si relacionamos sus fases en el cambio de la conducta con la adicción, diremos que en estado de pre-contemplación estaría la persona en consumo activo y sin interés para dejar de consumir. Contemplativo es aquel que por diferentes motivos empieza a considerar como positivo el abandono de las sustancias y como negativo todo lo que estas le aportan. El estado de preparación para la acción es cuando el sujeto está convencido del cambio y ha comenzado a dar pequeños pasos tratando de lograrlo. Acción es el momento en el que lo está dejando, asociado a la abstinencia. A todo esto le sigue un proceso de mantenimiento, buscando perpetuar las modificaciones conseguidas. Recaída es entendida como algún fallo durante el mantenimiento que le lleva de nuevo a la persona a consumir, posicionándolo otra vez en las fases iniciales. Lo realmente interesante de este modo de entenderlas es considerarlas parte de la

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

enfermedad y por tanto, pueden ser pensadas como parte del proceso terapéutico y no como algo sancionable. La intencionalidad de esta interpretación es clara, ya que definirlo así mitiga la tensión, culpa y responsabilidad en las personas que las sufren.

“Rosendo, llevas varios positivos. Sabes que para mantenerte dentro del Programa de Metadona, debes de aparecer limpio de cualquier otra sustancia que no te haya pautado el médico. Esto te puede acarrear la expulsión del recurso. ¡Ponte las pilas! (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

“Aquí hay personas que vienen a las reuniones y luego están de recaída cada dos por 3”. (Elías. 50. N.A. 5 años limpio).

Un par de recaídas, suelen ser asumibles. Más conllevan sanciones verbales, pérdida de prestigio y, en los casos más extremos, expulsión de los grupos como veremos más adelante.

Casi quitando la palabra de la boca a Eduardo, J.A. toma la palabra y dice- *“soy Jose Antonio y soy adicto”*.

“Hola Jose Antonio” - le respondemos todos.

“Pues yo estoy muy contento- comienza a decir con una gran sonrisa- ya que cuando venía en el metro había una mujer embarazada y la he dejado mi sitio para que se sentase, cosa que cuando consumía nunca habría hecho”.

“Eso, es todo”- dice concluyendo. (Jose Antonio. 30 años. N.A. 7 meses sin consumir).

También en este **momento** se comparten **logros**. El usuario que los expresa, recibe el reconocimiento de sus iguales, ya sea través de aplausos, sonrisas, buenas miradas, etc. sirviendo sus vivencias como ejemplo hacia los demás.

Este será uno de los contextos más usados para ganar prestigio, junto con los compartires, apadrinamiento, formar parte de los servidores y estar en posesión de un llavero de tiempo de limpieza alto.

“En esta parte de la reunión compartimos las alegrías y las penas con los demás buscando “dejar” aquello que nos preocupa, para poder escuchar mejor el pensamiento del día”. (Vicente. 47 años. N.A. Varios años sin consumir).

Aquí y en la fase de compartires, los integrantes que toman la palabra sufren una catarsis, una **liberación emocional** a través de relatar algo relevante contextualmente para el grupo, delante de sus iguales. Además de poner en

juego aquel capital simbólico apreciado por sus iguales, el conocimiento práctico sobre la abstinencia, sirve para generar referentes experienciales **reales** sobre aquello que pueden conseguir si realizan el programa que promueve N.A.

E- *¿Tú que crees que sucede en los compartires y el período de resentimientos y alegrías, que es lo que hace?*

Jose Antonio- *“Pues la verdad es que no lo sé. No tengo ni la menor idea- dice con una sonrisa en la boca y mirándome a los ojos. Yo sólo te puedo decir que al contar las cosas, te sientes mucho mejor. Cuando sueltas toda la mierda que tienes dentro, sientes paz”.*

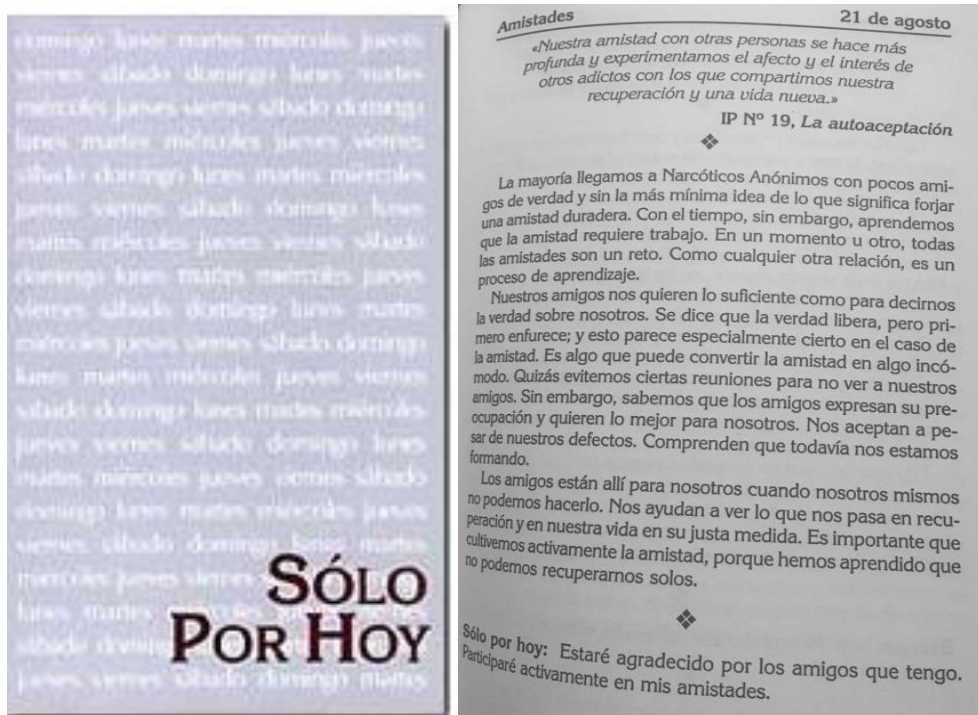
(Entrevista a Jose Antonio, 30 años. N.A. Cerca de 7 meses sin consumir).

La **inefabilidad** como estrategia explicativa de algunas partes del programa, vuelve a aparecer en las narrativas de este informante. José Antonio, a través de *“no tengo ni la menor idea”*, expresa aquello que no puede ser descrito con palabras, generalmente por tener cualidades excelsas o por ser algo tan sutil y difuso que los propios integrantes de Esperanza desconocen y no saben cómo funciona, pero en su contexto muestra efectividad.

Lectura del “Solo por hoy”.

En este apartado se leen páginas del libro “Solo por hoy”. Sus páginas están organizadas entorno a todos los días del año, sugiriendo un tema de reflexión para cada uno de ellos. Según Narcóticos Anónimos (1991), son *“meditaciones diarias para adictos en recuperación”*. Todos los días presentados en el libro están estructurados de igual manera, variando el tema propuesto como reflexión. Este puede girar alrededor de los tirones de consumo, el trabajo de los 12 pasos, las pérdidas de la adicción, etc.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.



Narcóticos Anónimos (1995).

Cada capítulo está conformado por un encabezamiento con una frase que suele ser del texto básico Narcóticos Anónimos, de las Tradiciones o los Pasos. Luego, un párrafo con diversas reflexiones referidas al tema del preámbulo y, para finalizar, una oración que comienza con “sólo por hoy”, sugiriendo un modo concreto de actuación relacionado con el tema principal tratado.

E- *“¿Por qué crees que en las reuniones se lee el Sólo por Hoy?”*

Carmen- *“Pues la verdad es que no lo sé”*- comienza a explicarme dudando.

“Cuando yo ingresé en los grupos ya se leía y nunca me lo he preguntado. Puede que sea porque la gente no le lee en sus casa, pero no estoy segura de ello”.

“Yo sí que lo leo, pero no todos lo hacen y, como lo que viene escrito en este libro es tan importante, creo que de esta manera nos aseguramos que la gente reflexione sobre estas ideas. N.A. nos da un programa a seguir tanto en los grupos como fuera de ellos, pero casi nadie lo sigue al pie de la letra” (Carmen. 45 años. N.A. Cinco años de limpieza).

Al final, como ya hemos señalado, una gran mayoría de los integrantes de Esperanza trabajan poco el programa fuera de las reuniones. Carmen explica cómo es importante utilizarlo todo, expresándolo en términos de efectividad terapéutica. Ella, como parte del núcleo central, considera importante tanto el

trabajo individual como el grupal, cosa que no hacen aquellos que no detentan esta posición en el grupo.

“El propósito del Sólo por hoy es brindar una gama de temas de meditación a los adictos y adictas, que cubran desde los elementos básicos de la recuperación hasta el vasto conjunto de intangibles conceptos espirituales existentes...” Narcóticos Anónimos (1995).

Período de Compartires.

En esta fase de las reuniones, el moderador va asignado turnos de palabra a aquellos individuos que lo soliciten. Estos, toman la palabra y cuentan sus experiencias vinculadas con la recuperación o, como hemos visto con anterioridad, sobre aquellos ámbitos de la vida cotidiana que consideren que están relacionadas con ella.

Existen unas normas explícitas a la hora de tomar la palabra.

“Recordar que en los compartires no se puede responder a ninguna de las personas que están en la sala, referirse directamente a otro adicto, ni hablar de sustancias. Estas normas han salido de los años que llevamos funcionando, sabiendo que es lo mejor para que no haya problemas en los grupos”. (Tato. 47 años. N.A. 5 años sin consumir).

Estas normas no son comunes en la totalidad de los grupos. Han salido de los propios conflictos de Esperanza, ejemplo del principio de practicidad al que nos hemos referido anteriormente, plasmado en la gestión de sus propios conflictos.

En una de las múltiples charlas con los moderadores del grupo, les preguntamos sobre los conflictos que las generaron. Ninguno de ellos nos supo responder, lo cual nos hizo dudar sobre la veracidad de este relato, considerando bastante plausible la referencia a un pasado **mítico** para legitimar dichas normas imperantes en el grupo.

“Entramos ahora en la parte de la reunión dedicada a los compartires, siendo esta una de las más importantes. Pero no olvidéis que para comprender totalmente qué es N.A. debemos de leer nuestra literatura” - comienza a explicar con un tono monótono en su voz. (Vicente. 47. N.A. Varios años sin consumir).

Vicente los define como *“una de las dinámicas más importantes”* pero no la única, estando su definición influenciada por la pertenencia al núcleo central del grupo. Muchos integrantes de Esperanza pretenden basar su recuperación solamente en asistir a las reuniones e incluso en llegar a ellas, compartir sus preocupaciones en el período que estamos analizando y marcharse. Este tipo de prácticas suelen ser

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

criticadas y prohibidas por los servidores del grupo, usando las propias intervenciones como vehículo para sancionar a los usuarios que lo hagan.

“La próxima vez que la gente se quede en la puerta y sólo entre para compartir, no voy a dejar entrar a nadie”- dijo Paco bastante enfadado. “N.A. no es solo compartir. Incluso no es sólo venir a las reuniones... Hay que vivir la adicción como dice N.A. ¿Qué es eso de sólo entrar a los compartires?” (Paco. N.A. Varios años de limpieza).

Discursos como este enseñan cómo algunos moderadores o usuarios con más experiencia, utilizan los compartires para sancionar conductas reprobadas por el grupo. Sobra decir que aquellos que menos tiempo llevan en ellos no tienen potestad para usar de esta manera los compartires, ni son capaces de construir sus discursos de manera efectiva.

Nunca fuimos testigos de la prohibición de asistir al grupo de ningún individuo, con lo que no sabemos si la frase de Paco podría llegar a cumplirse. Preguntando a otros servidores nos dijeron que se puede prohibir la entrada a la reunión a personas que vengan ebrias o con drogas, pero nunca expresaron otros motivos.

El modo de comunicación sobre el que se sustenta el **intercambio** de saber práctico al que nos estamos refiriendo en esta investigación, es el **oral**. Hablar en público no es algo sencillo, y menos significándose desde el estigma de la adicción, independientemente del Modelo explicativo con el que se haga.

“Compartir es muy chungo. La gente te mira, espera cosas de ti. No puedes referirte a tus compañeros de cualquier modo. Hay que aprender a hablar según dice N.A.”. (Vicente. 47. N.A. Varios años de limpieza).

Compartir es una situación en la cual, el individuo que toma la palabra verbaliza todo aquello que le genere angustia, dolor o preocupación, buscando conseguir aliviar la tensión que le puede generar tanto su condición de adicto como el proceso de cambio de subjetividad. Pero además, le define como una persona con déficits, presentándose al grupo en una situación de desventaja, la cual se mitigará a través de la permanencia en él y el cumplimiento del programa.

En este momento de la reunión, se escuchan ejemplos prácticos de otros usuarios relacionados con la abstinencia y su mantenimiento. Estos serán aplicados en la realidad individual de cada uno de los escuchantes, siempre que se identifiquen con

ellos. El uso de un lenguaje similar basando en generalidades a la hora de construir estos discursos, hace que puedan ser aplicados en múltiples contextos individuales.

“El período de compartires es el más importante. Los demás del programa también están bien, pero cuando hablas en las reuniones aprendes cosas. Lo interesante es que otros compañeros te hacen sugerencias que puedes aplicar a tu vida, siendo esto lo importante. En otros sitios esto no se hace. Lo interesante es que aprendes cosas que de verdad son útiles para tu vida”. (Mauricio. 50 años. N.A. Varios años de limpieza).

Los integrantes de Esperanza diferencian este momento sobre otras partes de la reunión y otros recursos asistenciales, al definirlos como aquel en el que realmente se habla de “cosas útiles para la vida”. **Esto positiviza su carácter práctico como elemento identitario y lo erige como diferenciador con lo demás dispositivos terapéuticos.**

“Aquí nos enseñan de verdad a vivir la adicción. No como en otros centros que te lo explica una chica que lo más cerca que ha estado de la heroína ha sido por la tele. Qué hacer en situaciones en las que te encuentras mal, ante recaídas, etc... No sé si me entendéis... ¡Vamos, que lo que aquí nos enseñan lo hace uno de nosotros!”. (Javier. 27. N.A. 90 días tras una recaída).

Javier enumera situaciones vinculadas con la recuperación, tratadas también en otros recursos. Finalmente, podemos ver cómo valora las soluciones que le ofrece Esperanza. El conocimiento recibido allí es puesto en juego por parte de iguales no por profesionales, lo cuales son definidos por nuestro informante en términos de género femenino y de juventud, deslegitimando así el trabajo realizado en otros contextos terapéuticos.

Como veremos más adelante, tanto la edad como el género son variables deslegitimadoras del conocimiento práctico puesto en juego, modificando la posición relativa respecto al consumidor y significándose en negativo, en relación a personas del género masculino y con mayor edad.

Dentro de este momento, podemos encontrar los siguientes sub apartados:

Presentación y normas:

El moderador se encarga de comentar las dinámicas del período, así como las reglas que deben seguirse para que este momento pueda ser aprovechado al máximo por todos aquellos que participan en él.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

“Me llamo Jose Luis y soy adicto” - se presenta de nuevo el moderador

“Hola Jose Luis” - le respondemos todos de nuevo.

“Como ya he comentado al principio, esta reunión es abierta y sin ningún tema en concreto. La persona que quiera compartir, me hace un pequeño gesto con la mano y lo apunto. El turno de palabra será según se apunte la gente- explica, indicando con la monotonía en su voz que aquello se ha repetido muchas veces.

“El tema es libre, siempre que respetemos el principio de N.A. que dice que procuremos no compartir sobre gente que asiste a la reunión”.

“Antes de ceder la palabra al primer orador, quiero recordar que los últimos minutos de la reunión están dedicados a las personas nuevas, con menos de 90 días o para aquellos con dificultades para compartir, ya que de esta manera pueden tomar la costumbre de hablar en las reuniones, ya que compartiendo nuestra experiencia con las drogas es la mejor manera de luchar contra ellas- añade seguro de sus palabras” . (Jose Luis. 35. N.A. 2 años sin consumir).

Asignación de turnos:

La persona que gestiona la reunión se fija en sus integrantes buscando algún pequeño gesto que le sirva para entender que quiere intervenir en ella. Cuando lo localiza, apunta el orden en un papel y les otorga la vez según el orden de inscripción, buscando de esta manera evitar conflictos a la hora de hablar en el grupo. La manera de solicitar la palabra, anotar el orden y la posterior asignación, varía según los grupos. En algunos se hace antes de empezar a hablar, otros con un gesto con la mano, un carraspeo... Tanto en esta parte como en el resto de las reuniones, se hace mucho hincapié en **respetar las normas**, los turnos de palabra, estar en silencio, etc. como herramientas disciplinadoras.

“Respetar el turno. No hablar todos a la vez es algo importante. No somos cualquier tipo de personas. Somos adictos en recuperación y para conseguir recuperarnos compartimos experiencias, pero lo hacemos de manera ordenada, ya que es la mejor manera de hacerlo. Bastante desorden teníamos cuando consumíamos- risas de toda la sala” . (Yolanda. 45. N.A. Un año y varios meses sin consumir).

No cumplir las normas a la hora de tomar la palabra y/o una mala disposición en las reuniones, es identificado como comportamientos propios de yonki, como lo que está fuera de lugar. La fuerte carga normativa y el énfasis en su

cumplimiento, es un **recurso pedagógico disciplinante** generador de una identidad compartida, tratando imponer un tipo de disciplina desde el conocimiento generado en estos dispositivos.

“Nosotros ya no somos como los que están fuera de estas reuniones. No somos como el adicto que sufre en las calles... Somos adictos en recuperación. Tenemos que estar orgullosos de ello. Poco a poco vamos recuperando lo que la droga nos ha quitado... amigos, trabajo... todo vuelve. Pero no sólo esto, nosotros también nos vamos recuperando. Vuelve a preocuparnos nuestro aspecto. Ayudamos a la gente...” (Manuel. 30. N.A. 10 meses sin consumir).

Esta **identidad compartida**, está sustentada en la diferenciación respecto al yonki. A mayor permanencia en el grupo, estos mecanismos disciplinarios generan normas asumidas propias, incorporadas como mecanismos autodisciplinantes. Estos modos de actuar se sustentan en la propia participación del sujeto en su proceso terapéutico, ya que el usuario asume la responsabilidad sobre su él, encontrando pocas y laxas herramientas de control.

Momento dedicado a compartir experiencias:

El Moderador se gira hasta Ricardo y le hace una pequeña señal para que sepa que puede tomar la palabra.

Este, se acomoda, aclara su garganta y dice- *“hola, me llamo Ricardo y soy adicto”*. *“Hola Ricardo”* - le contestamos todos.

Alberto y otros le responde diciendo- *“Hola Ric”*- de manera afectuosa. Esto nos muestra que Ricardo no es la primera vez que habla en este grupo, dado la cercanía con la que muchos le han respondido. Ya tendrá aprendido parte del Modelo explicativo de la adicción que maneja N.A., con lo cual su discurso estará conformado con muchos de los conceptos y recursos propios que usa la organización y manteniendo la estructura común que tienen todas estas alocuciones.

“Bueno, yo hoy no pensaba venir” - comienza a contarnos. *“Pero al final, como me ha pasado muchos días, he venido y me he sentido identificado con varias de las cosas que se han compartido y he escuchado cosas que me pueden servir, lo cual hace sentirme alegre”*.

Su cara muestra alegría ante las palabras que nos está contando.

“No pensaba venir- habla cambiando de tema- porque hoy he pasado por la puerta del sitio donde yo solía consumir. Mi forma de adquirir la droga es distinta a la de la mayoría

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

de las personas que estamos aquí, hasta tal punto que conseguí un sitio que cada vez que pasaba era el no va más. Entonces hoy he pasado por la puerta del sitio este y me he dado cuenta de que he estado a una décima de segundo. He pensado, ¡¡¡que le den por culo que le den por culo y voy ¡¡¡. Pero he estado a una décima de segundo. Y luego he pensado, me voy. ¿Qué vas a hacer? Otra vez hasta las tantas de la mañana por ahí... Mañana tienes que trabajar y en cuanto que he llegado a casa he pensado, hoy te toca ir al grupo” - su cara ha perdido la sonrisa con la comenzó su exposición. Ahora esta contraída ante lo que nos está contando e incluso tiene los ojos clavados en el suelo.

“A mí esto me pasa de continuo” - comenta apesadumbrado- “Tengo una soberbia que me digo a mi mismo que ya he controlado la situación, pero la verdad es que en momentos como estos, me doy cuenta de que es mentira. De que esto es una enfermedad incurable, que cuando menos te lo esperas te vuelve a dar. Y siempre tienes que luchar contra ella”.

“Me he identificado mucho con Alberto- dice volviendo su mirada hacia él- ya que a mí esa sensación de soberbia, me viene muchas veces. Cualquiera cosa que me digan, basta para saltar y sentir que todo el mundo está en mi contra. Pero luego me doy cuenta de que no son ellos, de que soy yo. Puedo oír una cosa que me sienta mal- según cuenta esto, hace el movimiento de levantar la cabeza- y cuando levanto la cabeza y miro a la persona, ya sé que no pasa nada, que soy yo” .

“Esta mañana me ha pasado con una hipoteca que he ido a pedir” - dice relacionando un episodio de su vida cotidiana con la anterior idea que nos ha expresado. “No me ha dicho nada y yo la he saltado, ¡que pasa!, ¿eres gilipollas? ¡No te enteras de nada! ¡Es tu trabajo y es lo único que debes saber hacer y encima lo haces mal! Y luego he pensado, pues la tendré que explicar las cosas las veces que haga falta, que te lleva a ti aguantando todos los días que has venido a preguntar y a pedirla que te lo de”.

“Con la mujer pasa lo mismo” - dice cambiando de tema y refiriéndose ahora a su pareja. “A nada que dice, ya estoy dándola voces. Y no me acuerdo del apoyo que me ha dado. Me sigue dando de comer. Me ha aguantado los pedos que me he cogido. Día tras día... Y tu porque un día la tengas que explicar una cosa dos veces, ya la montas el pollo”.

“Entonces,- dice bajando la mirada y llevándose las manos a la cabeza- te das cuenta de que algo no va bien. La cabeza no te funciona. Yo veo a mis hermanas que tienen un problema y se dan cuenta de lo que pasa, pero yo no soy capaz de darme cuenta de las cosas” .

“Con los padres pasa” - continúa a la vez que afirma con la cabeza. “Mis hermanas se dan cuenta de que son personas mayores, que han sufrido mucho, que no entienden cómo funciona el mundo de ahora...y no se enfadan o les dan voces. Pero yo eso no lo consigo y a nada que sucede, pierdo los papeles y les grito, me enfado con ellos, aunque luego me doy cuenta de lo que ha pasado y les pido perdón. Pero el daño ya está, no se puede cambiar lo que ha pasado” - Su cara está roja y sus ojos brillantes, como si le doliese lo que está contando.

“Yo soy bueno con ellos el día que estoy de resaca. Te acercas allí buscando cariño, compasión y que te traten bien” - continúa con el mismo tema. “Pero cuando te recuperas se te olvida. Te crees el rey del mundo y no aguantas que nadie te de un consejo de nada, ni que te manden, ni que digan nada de nada”.

“La verdad- dice sinceramente- es que me he identificado bastante con Alberto. Me he alegrado mucho de que hayas tocado este tema, ya que hoy no pensaba venir al grupo y de nuevo vengo y me llevo algo que me sirve”

“Además en el trabajo me están dando un curso de conducción y no soy capaz de hacer las cosas” - dice cambiando de tema bruscamente a la vez que deja de mirar a Alberto.

“Cuando estoy en ciertos momentos mi cerebro dice, ¡a tomar por culo! Como me ha pasado esta mañana cuando he tenido por un momento la idea de consumir. Y lo del curro no es porque no tenga cualidades, sino porque mi cerebro está tan tocado, que yo creo que hay en situaciones que se bloquea y no va. No funciona como el de los demás. Me estoy dando cuenta últimamente que tengo el coco un poco machacado”.

“Pero bueno,- comienza a finalizar a la vez que sus facciones se van relajando- veremos cómo acaba la historia. Este fin de semana vuelvo a trabajar y no se...Hace poco que volví a consumir y no sé cómo acabará esto. Lo tengo todavía muy presente, me he dado cuenta esta tarde de que lo tengo en la cabeza, por un segundo no he vuelto a caer y eso me preocupa mucho. Hay me he dado cuenta de que era mejor que viniera hoy al grupo, que no hiciese ninguna estupidez de la que me iba a arrepentir luego”.

“Me doy cuenta de que tengo una enfermedad, pero hoy no he consumido, gracias a Dios y nada más” - concluye Ricardo

“Gracias Ricardo” - le respondemos todos. (Ricardo. 39 años. N.A. Cerca de 1 año sin consumir, tras una recaída).

El testimonio anterior muestra la **estructura común** que tienen **todas** las intervenciones en Esperanza. El cual es interiorizado a través de la permanencia en el

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

grupo, articulando una puesta en juego de conocimiento práctico de mejor calidad que el de aquellos que no mantienen esta forma de intervenir con sus iguales.

Módena (2009), hace referencia a una estructura en los “historiales” centrada en los 12 pasos, muy alejada de la que aquí proponemos nosotros. Como ya hemos señalado, el trabajo individual entre los cuales se encuentran los 12 pasos, no es considerado importante dentro de Esperanza, con lo que las intervenciones escuchadas en él nunca han girado en torno a una parte del programa de N.A. muy poco valorada.

El anterior informante usa, utilizando terminología de Esteve (2014), una estrategia exculpadora de la responsabilidad que los adictos sienten al dejar de interpretar la relación con la sustancia como algo positivo y tomar conciencia de aquello que han hecho. En Esperanza funciona lo que ellos denominan “**el cerebro de adicto**”, a través del cual mitigan la responsabilidad asociada a todo aquello que relacionan con la adicción, explicando que el cerebro de estas personas funciona de manera distinta al de alguien no consumidor. Asimismo, esta herramienta funciona como expediente para relacionar aspectos de la vida del sujeto sin vínculo con la adicción, así como un esquema de temporalidad del corto plazo con el que es relacionada la adicción. El cerebro del adicto puede así ser considerado como un recurso polivalente.

Destacamos 4 partes en la estructura de los compartires:

Presentación de la persona, tema central, agradecimientos y despedida.

“Hola. Soy José Antonio” - dice. Sin esperar a que el resto le responda, continúa.

“Mi problema es que consumo mucha cocaína y no sé cómo dejarla. La verdad es que no sé si quiero, pero por una serie de cuestiones privadas, tengo que dejar de consumir” (José Antonio. 30 años. N.A. 15 días asistiendo al grupo).

Jose Antonio, al llevar poco tiempo asistiendo a las reuniones, no había aprendido a usar los conceptos, ni la estructura, los recursos narrativos Y las normas a utilizar durante estas intervenciones. Esta persona usó la palabra cocaína en vez de sustancia³⁴, no esperó a que la gente responda a su presentación, no se despidió correctamente y no tenía la suficiente empatía con los demás usuarios para contar cuestiones que él considera privadas.

³⁴ Se usa el concepto sustancia a modo de herramienta para la identificación como iguales de todos los integrantes de la reunión.

“Hola, soy Jose Antonio y soy adicto”- dice con una sonrisa.

“Hola José Antonio”- respondemos todos.

“Hoy estoy muy contento, porque hace siete meses que no consumo ninguna sustancia. He tenido algún tirón de consumo, pero lo he conseguido superar gracias al grupo. Estoy mejor con el tema de la separación de mi mujer y ahora entiendo que la adicción es la culpable de que esto sucediese y no como pensaba cuando vine aquí con vosotros la primera vez” (José Antonio. 30 años. N.A. 7 meses sin consumir).

Si comparamos las narrativas vemos como este informante en 7 meses ha interiorizado perfectamente tanto el discurso, como las formas de actuar en las reuniones de N.A. Sería un error pensar que todos aquellos que comiencen en esta asociación, con 7 meses avanzan lo mismo que Jose Antonio. Cada persona tiene su tiempo, estando relacionado con la vinculación con el núcleo central del grupo. Esta persona en concreto se volcó en el grupo haciendo prácticamente todo lo que se le sugería, acortando esto sus plazos de mejora.

De las cuatro partes en las que se dividen los compartires, será **“el tema central”** aquello que varíe según cada intervención, mientras que el resto se mantendrá fijo.

La **temática de los discursos** gira alrededor de tramas similares a las siguientes:

Contar algún problema relacionado o no con la recuperación, pedir consejo a los demás, recibirlo, contar sus experiencias sobre sus mejoras, sancionar la conducta de otro adicto y del grupo, premiar alguna conducta, aprender sobre las estrategias de los demás, explicar un logro, comentar un tirón de consumo o una recaída, etc.

En los grupos en los que pudimos asistir a sus reuniones, los compartires **no** tenían un tiempo límite. Aunque si una persona acapara el turno durante un espacio de tiempo que el moderador considera excesivo, será sancionado por este parando su intervención y otorgando el turno al siguiente orador.

“Por problemas de tiempo y tratando de escuchar a todas las personas que ha solicitado la palabra, debes dar paso al siguiente compañero”. (Jose Luis. 35. N.A. 2 años sin consumir).

La figura del **gorrón/acaparador** no está bien vista en el grupo Esperanza. Enseguida que alguna persona abusa del tiempo, recibe una sanción verbal y se le quita el turno automáticamente.

De la observación de Esperanza llegamos a comprender cómo, durante el período de compartires principalmente, los integrantes de la reunión ponen en juego

Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

conocimiento plasmado en consejos basados en experiencias sobre cómo mantenerse abstinentes. Pero reducir el funcionamiento de este intercambio en este período, no es del todo correcto. En Esperanza la posibilidad de ser escuchado y poder hablar es decir, participar de la reunión facilitando que esta pueda existir aunque no se hable, también es tomada como una forma de devolución de los consejos prácticos recibidos por los demás integrantes del grupo.

“Aquellos nuevos, los que no hablan, las personas que han sufrido recaídas...nos sirven para ver aquello a lo que no queremos volver”. (Santi. 27. N.A. 9 meses sin consumir). Santi pondera el papel de aquellas personas que están más alejadas del núcleo central, desde su posición como posibilitadores de la reunión. Aunque no hablen su papel es importante a pesar de que no sea el más deseado, ya que la imagen utópica de estos grupos es aquella en el que todos, hablan, participan, y escuchan a los demás.

A veces Esperanza olvida que la situación de compartir es artificial, suponiendo un gran esfuerzo para las personas con poco tiempo de estancia en él. Aunque tampoco podemos descartar la influencia que la timidez, apatía y el contexto personal tienen en las intervenciones en estos grupos, influyendo en su cantidad y calidad.

Todas las personas que asisten a la reunión, por el mero hecho de participar en él, reciben conocimiento práctico articulado a través de los compartires, aunque no todos los saberes tienen ni el mismo valor ni el mismo reconocimiento, influyendo en esta percepción el tiempo de limpieza de la persona que lo emite.

E- ¿Cómo son las respuestas en las reuniones?

Tato- “N.A. dice que todo el mundo puede venir a las reuniones y que todo el mundo puede participar en ellas. Pero lo que no dice es que haya que hacer caso a todo el mundo. No todas las personas que participan en los compartires merecen la pena ser escuchadas. Siempre será mejor seguir los consejos de un servidor, con bastante tiempo de limpieza, que los de una persona que suele recaer a menudo”. (Entre vista a Tato. 47 años. N.A. 5 años sin consumir).

“Los compartires más ricos, son aquellos dichos por las personas que mayor cantidad de tiempo limpio tienen. Son un muy buen ejemplo para ver en ellos lo que queremos conseguir”. (Jul. 27. N.A. 8 meses sin consumir).

“Una vez que vienes un par de días a la reunión, te das cuenta del papel que tiene cada uno. Todo el mundo puede hablar en las reuniones, pero...al poco tiempo ves como los que menos tiempo llevan normalmente sólo preguntan sobre cómo hacer las cosas, mientras que los que más tiempo llevan en el grupo son los que responden”. (Paco. 50 años. N.A. Varios años sin consumir).

Si bien la literatura de N.A. confiere la misma importancia tanto a todos sus integrantes como a los compartires que estos pueden emitir, la realidad observada no es así. A través de narrativas como las anteriores, vemos como existen una serie de roles preestablecidos muy claros dentro de nuestro grupo de estudio.

Las personas con menor tiempo de limpieza acumulado, no tienen la misma legitimación para responder desde su experiencia, al poseer una abstinencia insuficiente y limitada. El rol que asumen será pues el de receptores, y referente significativo negativo hacia aquellos en posiciones centrales y de facilitadores de la existencia de la reunión, dado que sin ellos no sería todo lo efectiva posible. Cuando intervienen en las reuniones las herramientas que ponen en juego, son de menor calidad que la de sus compañeros con mayor cantidad de limpieza, plasmándose en la estructuración de sus discursos y en la valoración del resto de sus compañeros.

Los **“expertos”** en recuperación actúan como modelos a seguir por parte de los nuevos, siendo una parte fundamental del grupo al funcionar como principal herramienta de conocimiento práctico en este contexto.

Mientras que aquellos con un **período medio** de recuperación, serán los que conformen las posiciones de referentes, al ser entendidos como una meta más cercana por parte de los nuevos. Están socializados ya en N.A., pero no lo suficiente como ejercer el papel modélico que tiene el perfil central.

“¿Qué es lo que podemos hacer ante una situación similar Tato? – dice Genoveva. (Genoveva. 40 años. N.A. 5 meses sin consumir).

A pesar de que las normas hacen referencia a no preguntar directamente a una persona, se suele consultar a aquellos con mayor experiencia. Los años sin consumo de Tato lo legitiman para poner en juego un saber práctico por encima de otros compañeros, lo cual hace que algunos de los integrantes se dirijan a él directamente.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

“Aquí hay varias personas que en las que fijarnos. Llevan muy bien su recuperación. Hacen todo lo que dice N.A. y eso se nota”. (Santi. 27 años. N.A. 9 meses sin consumir).

La legitimación que sufren los usuarios con mejor trayectoria de recuperación es tan grande, que pueden poner en juego conocimiento práctico referido no sólo a cuestiones de recuperación de la adicción, sino a otros ámbitos. De ahí que vemos a este tipo de usuarios aconsejando sobre cuestiones de pareja, trabajo, etc. Si a esto le añadimos que Esperanza asocia estas pérdidas a la adicción, aquellos que asumen este rol estarán legitimados para aconsejar sobre todos aquello que consideren que está relacionado con la adicción.

“No sé qué hacer con Juana. No sé si me conviene. Me genera muchos problemas y yo no quiero tenerlos. Soy un adicto y mi cabeza de adicto puede que me haga hacer locuras”. (Manuel. 30 años. N.A. 1 años sin consumir).

Manuel pidió consejo sobre una decisión afectiva, a un grupo de expertos en la recuperación de la adicción. A través del uso de frases como *“mi cabeza de adicto”*, trata metafóricamente de relacionar ámbitos distintos, como son el sentimental y la drogodependencia. Asociarlo todo a la pérdida causada por la adicción e, instrumentalizar una estrategia para justificar errores en otros ámbitos como puede ser el afectivo, valida el saber práctico de aquellos con más tiempo de limpieza, aunque la pregunta no tenga nada que ver con la recuperación.

Los integrantes de Esperanza, manejan un **modelo basado en lo práctico** sobre la adicción/recuperación y cómo esta afecta a las personas, **no necesariamente teorizado**. Este paradigma no formulado, sustentado en estrategias como el cerebro de adicto, sirve para relacionar todos aquellos sucesos y carencias asociados a la adicción, aunque no tengan a primera vista nada que ver con ella.

No solamente sucede que el conocimiento puesto en juego tiene diferente validez según quien lo haga, sino que este no será recibido por todos los integrantes del grupo, ni en los mismos términos. Aquellos que participan activamente en el grupo, recibirán mayor y mejor cantidad que aquellos menos activos o los periféricos.

“En N.A. nos ayudamos todos de la mejor manera que podemos. Los que quieren pueden contar sus experiencias en las reuniones, que sería lo mejor. Pero hay otros se ocupan de los comités y de cuestiones de organización. Nadie está obligado a hablar, sólo con la

presencia en la reunión se ayuda a la gente. También hay personas que te llaman por teléfono para ver qué tal estas, otras con las que puedes salir a tomar algo por ahí...Lo suyo sería que todo el mundo hiciese de todo, pero como N.A. no obliga a nada, mientras que no se ponga en peligro la recuperación del grupo, cada cual aporta lo que puede, pero hay que aportar...". (Luis. 37. N.A. 3 años de limpieza).

El saber práctico no tiene por qué recibirse en **términos similares** a los que se emite. Algunos no hablan mucho en los compartires, pero participan más en las labores de limpieza y organización del espacio, siendo su labor tomada como algo importante, ya que la devolución que funciona en el grupo no ha de ser ni instantánea, ni estrictamente equivalente.

"En este momento no hay nadie apuntado en la lista. Yo, honestamente, sugeriría que todas las personas hablemos, ya que es algo necesario para recuperarse y así los demás aprendemos de las experiencias de los compañeros". (Jose Luis. 35 años. N.A. Dos años sin consumir).

Las palabras anteriores fueron sacadas de una reunión a la que asistimos 5 personas. Antes de que transcurriese la mitad del tiempo habitual, no había nadie apuntado para hablar. Jose Luis contradice la ideología de N.A. sobre el hecho de intervenir en las reuniones al considerarlas como *"algo necesario para recuperarse y así los demás aprendemos de las experiencias de los compañeros"* pero no obligatorio. Desde la practicidad del grupo que ya hemos comentado, forzó a la gente a participar en ella, buscando que se produjese la mayor cantidad de intercambios experienciales.

Si bien N.A. dice que no es obligatorio participar de sus juntas, la realidad que nosotros pudimos observar muestra lo contrario. Aunque la "calidad" del saber práctico que se ponen en juego a través de estos *compartires obligados* es menor que el derivado de las intervenciones esporádicas, Esperanza sí que les otorgan importancia.

"Soy Fede y soy adicto" – dice.

"Hola Fede" – le respondemos todos.

"La verdad es que no sé qué decir" - dice con la cara algo colorada. "Bueno, agradecer lo bien que me siento aquí y comentar que cada día me siento mejor" (Fede. 36. N.A. 3 semanas sin consumir).

Los compartires obligados son una situación violenta, sobre todo para aquellas personas que llevan poco asistiendo a las reuniones. Si ya de por sí participan

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

ellas es un acto complejo, hacerlo obligado lo es más todavía. El resto de las personas se giran para mirarte, siendo ahí cuando la **presión del grupo** para que pongas en juego tu conocimiento práctico se hace tan fuerte que hace, que todo el mundo termine participando de la dinámica.

A la persona que toma la palabra en las reuniones, situarse como **sujeto/narrador** y, a la vez, gestor de su propia experiencia de recuperación, le sirve no sólo para participar de las dinámicas de intercambio de conocimiento práctico, sino como elemento evaluador moral tanto a nivel individual como por parte de sus iguales en su recuperación. Es una herramienta que sirve, además de vehículo del conocimiento práctico, como técnica evaluadora de aquellos que han interiorizado tanto los consejos del grupo, como los elementos disciplinarios que se promueven en él. Estas intervenciones son **actuaciones públicas sujetas a evaluación**. Los compañeros no solo están en disposición de “aprender” a través de lo que el interlocutor muestra, sino que evalúan a través de ellas su progreso en la recuperación.

“Llegué al grupo sin tener muchas ganas ni esperanza de que nadie pudiera hacer nada. Vine a las reuniones... hice cosas mal, pero otras muy bien. En cuanto pude me puse con los pasos...y ahora aquí estoy...1 año limpio”. (Julito. 39. N.A. Un año de limpieza). Julio narra su experiencia en acumular 365 días sin consumir. Estas intervenciones no sólo sirven a sus compañeros como ejemplo, sino que él mismo evalúa su trayectoria a través de frases como *“sé que hice cosas mal”*, sometándose además al **juicio** de sus iguales.

Narrarse y la reflexión que conlleva son un acto evaluador, tanto individual como grupal. La riqueza de estas intervenciones no sólo está en la generación de disciplinas vinculadas con la abstinencia y su mantenimiento, sino en la capacidad para la dramatización, reflexividad y la creatividad a partir de valores y códigos morales compartidos por los integrantes de Esperanza, que pueden ser puestos en juego buscando objetivos comunes. Este adiestramiento fundamentado en tecnologías *del sí mismo*, está fuertemente vinculado con una política sobre sujeto puesta en marcha a través del recurso.

"Por ello, en el paso de la naturaleza a la cultura tenemos que meditar en ese plano que expresan los ceremoniales, zona donde se presenta el problema de la identidad, de

la conciencia, de la libertad de responder o morir, y de la esperanza: la respuesta que abre espacio a otras respuestas". (Damatta, 2002).

Vamos a detenernos en dos elementos claves para los compartires: **la risa y el llanto**.

Ambas situaciones son importantes para esta parte de la reunión. Según Sánchez Bandala (2007), los dos estados cumplen una importante función terapéutica.

"Allí estaba yo, a punto de volver a meterme droga, dentro de un probador de mujeres... y de repente... Tocan en la puerta y dice una voz de mujer... ¡Aquí le traigo una talla más! Y me caen unas bragas del tamaño de un paracaídas en la cabeza- todos reímos durante varios segundos. (Elías. 50. N.A. 5 años de limpio).

"Me desperté y no sabía dónde estaba. Todo era blanco... poco a poco mis ojos vieron que se trataba de un hospital... Al cabo de unas horas me dijeron que había tenido un accidente con el coche"- la voz de Paco se quiebra y rompe a llorar. "Me había chocado con un turismo de frente y había matado a una familia entera" ¡Me quise morir y, a día de hoy, todavía quiero hacerlo!". (Paco. 55. N.A. Varios años de limpieza".

La risa funciona como herramienta "mitigadora" del dramatismo inherente a la situación de verbalizar sus relación con la adicción, de igual manera que el llanto lo magnifica. Ambas circunstancias generan empatía entre los iguales y distancia respecto al acontecimiento narrado, siendo útiles tanto para el proceso de identificación entre los usuarios, como para rebajar el tono dramático de alguno de los compartires.

La **risa** crea distancia, desapego, hace que desde su nueva posición se burlen de las cosas "terribles" que les pasaron cuando eran adictos, mitigando en muchas ocasiones la escabrosidad de los relatos.

El **llanto** articula situaciones límites que sirven para generar identificación entre los usuarios. Pone el énfasis en algunas de las circunstancias más dramáticas por las que puede pasar un adicto, quedándose como **referente en el imaginario** del grupo de aquello que les une y de dónde no quieren volver.

Según. Módena (2009), los compartires plagados de momentos de humor y drama, generan una estructura en sus respuestas de tres tipos como podemos ver en los siguientes intervenciones que vamos añadir.

- a) **No directa**. Nada más terminar de compartir, otra persona comienza con su alocución. El usuario no realiza el intercambio de saberes en el momento.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

- b) Respuesta directa, a cargo de los integrantes. Nada más terminar de hablar, recibe el intercambio de conocimiento por parte de un compañero. Está relacionada con temas escabrosos y de urgencia.
- c) Respuesta funcional, basada en repetir ideas dichas por sus compañeros, identificaciones con posturas y sucesos, suelen destacar la necesidad de trabajar la literatura.

“Lo llevo bastante bien. Estoy contento de cómo llevo la recuperación. Mi día a día anteriormente era muy chungo, pero ahora lo llevo mucho mejor...”. (Martina. 47. N.A. Un par de meses limpia tras una recaída).

“No sé qué hacer con respecto a los amigos...Algunos me dicen que los mantenga, otros que les dé de lado...no sé qué hacer”. (Freddy. 25. N.A. 9 meses limpio).

“Ya sabéis que el grupo es el lugar perfecto para recuperarnos, pero no para estar de colegao”. (Elías. 50. N.A. 5 años de limpio).

“Creo que esa no es la mejor manera de actuar. Discutir en vez de reflexionar no es lo que se debe hacer, así está mal hecho y seguro que te traerá problemas. ¡No lo hagas más!”. (Nicolás. 30 años. N.A. 9 años sin consumir).

La **sanción a través de los compartires** como intento de corrección de una conducta reprobada por el grupo, puede ser expresada de varias maneras.

“Recordar que no se puede hablar a la vez que otra persona está compartiendo. Manuel, por favor, siempre te lo tengo que decir a ti. ¡Silencio por favor!”
(Vicente. 47 años. N.A. Varios años de limpieza).

Vicente se refiere a una de las normas de N.A., para legitimar su opinión sobre cómo comportarse en el grupo. Esta manera de sancionar, se usa por actores con gran cantidad de tiempo de abstinencia acumulado, dado que los nuevos ni saben, ni están legitimados para hacerlo.

En el resto de las dinámicas y prácticas que se llevan a cabo en las reuniones, será el moderador el encargado de reprender/sancionar a las personas cuyo comportamiento contradiga el complejo normativo de N.A.

“Hoy llevo exactamente 12 meses sin consumir y estoy muy orgulloso de ello”. (Fernando2. 40. N.A. 12 meses sin consumir).

“Quiero aprovechar para dar la enhorabuena a Jose Antonio. Has conseguido mucho en poco tiempo y te invito a que sigas de esa manera, dado que es la forma correcta de hacerlo” (Maite. 48 años. N.A. 15 meses sin consumir).

Estos **refuerzos positivos** no sólo son entendidos como una manera de consolidar su avance por el Programa de N.A., sino como parte importante del **empoderamiento³⁵ y legitimación** que el integrante de Esperanza sufre al acumular abstinencia y progresar en el proceso terapéutico. Esto sucede de igual manera con aquellos que los emiten, produciéndose así una relación dialógica fundamental sobre la que se sustenta el intercambio de conocimiento práctico.

“No sé qué hacer con el 2º paso, no le entiendo. Sé que lo tengo que hablar con mi padrino, pero quiero que me ayudéis”. (Jose Antonio. 30 años. 7 meses de limpieza).

La relación entre individuo/sustancia/contexto genera variabilidad dentro de la realidad de las drogas, la cual se plasma en la multiplicidad de preguntas que buscan respuesta dentro de las reuniones.

Las diferencias existentes entre sus integrantes, provocan heterogeneidad en las reuniones, sus integrantes y las intervenciones que estos realizan. De ahí que N.A. genere una unificación discursiva a través del proceso de identificación, la utilización de generalidades y el uso de un lenguaje característico, mitigando algunas de estas diferencias.

A pesar de esta situación, el núcleo central determina el perfil que llega a las reuniones. Durante nuestro período de investigación, las reuniones de Esperanza estaban copadas por usuarios consumidores de heroína, alejados de estilo de vida yonki. Estos buscaban permanecer abstinentes y normalizar su situación a través de la recuperación de un trabajo, pareja, etc. Esta intencionalidad funcionó como mecanismo de cierre, ya que sólo aquellos usuarios nuevos que tuvieron un perfil similar decidieron comenzar el tratamiento en este grupo.

En muchas de las reuniones a las que asistimos, la primera persona en tomar la palabra **marcaba la pauta** de las siguientes intervenciones, aunque cualquiera podía desmarcarse de esta y cambiar el tema según sus intereses³⁶.

³⁵ Proceso por el cual las personas mejoran sus capacidades, confianza, visión y protagonismo dentro de un grupo social, en términos propios de ese grupo.

³⁶ Siempre respetando tanto las normas de Esperanza, como de N.A. y la estructura de intervención generada por este grupo.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

“Ahora me voy a ir de vacaciones y me estoy planteando que hacer y donde ir... Soy adicto y no puedo ir a lugares donde la gente se ponga mucho y pueda conseguir droga fácilmente, ante la peligrosidad de recaer”. (Ricardo. 39 años. N.A. 1 año y medio limpio).

La anterior reflexión sobre las vacaciones despertó el interés en el resto del grupo, con lo que la mayoría de las intervenciones posteriores continuaron hablando sobre ella.

El núcleo central y los miembros más activos suelen ser los primeros en tomar la palabra, siendo estos aquellos que marquen la mayoría de las temáticas a tratar.

Mattingly y Garro (1994) y Hamuy (2011), analizaron narrativas relacionadas con el padecimiento. Ambos ven el acto de **relatar**, como una forma de **dar significado a la experiencia**. Este modo de articular el conocimiento práctico sobre la recuperación, es asimilado como parte del aprendizaje en las reuniones de Esperanza, siendo este tutelado por aquellos integrantes que mayor tiempo de abstinencia acumulan.

“Desde que llevo viniendo a N.A. he dejado de consumir y sólo me he limitado a hacer lo que he visto que hacían los demás y lo que me han aconsejado, si a personas como a mí les ha funcionado, ¿por qué no a mí?”- dice mientras sube los hombros hacia arriba. (Freddy. 25 años. N.A. 9 meses sin consumir).

Crear un compartir y/o escucharlo, son procesos activos y constructivos que dependen tanto de recursos personales y culturales, como de lo aprendido por el grupo. No serán creadas de igual manera las intervenciones de una persona con cierto nivel de estudios, que las de otra que no haya ido a la escuela, a pesar de que la permanencia en el grupo sea un **elemento nivelador** tan potente que pueda incluso igualar las alocuciones expresadas.

“Yo pido por la mañanas me mentalizo de que todo me va a salir bien. Visualizo las cosas que me pueden pasar y pienso en soluciones para ellas” - continúa explicando. *“Ya la verdad es que estoy muy contento con todo, ya que no me está costando mucho dejar de consumir, cosa que yo en un primer momento pensaba que sí que me iba a costar”.* (Freddy. 25 años. N.A. 9 meses sin consumir).

Los relatos constituyen medios poderosos de aprendizaje. Permiten avanzar en el entendimiento del otro y lo que este representa como modelo, al propiciar contextos para la comprensión de aquello que el igual ha experimentado propiamente, relacionado con los motivos que les llevó a Esperanza.

Universidad Complutense de Madrid.

“Sé que N.A. funciona en base a una serie de conceptos y de la ayuda del grupo” - dice. “Si tengo que creer en ellos, como ellos han creído en mí, pues será así” . (Freddy. 25 años. N.A. 9 meses sin consumir).

Escuchar una historia similar, activa la búsqueda de significados similares en la trayectoria vital de receptor de conocimiento práctico, pudiendo establecer semejanzas entre lo narrado y lo vivido, generando un nexo terapéutico con aquellas personas que conforman el grupo.

El **carácter performativo** del compartir, la capacidad de provocar un estado de catarsis y purga desde la risa y el llanto, así como la función pedagógica que tienen, marca las pautas para asumir la nueva subjetividad a través de este proceso de cambio constante, el cual se interioriza dentro de la propia experiencia, al identificar en términos de similitud aquello que narra el compañero.

Cuando el tiempo destinado para la reunión se está terminado, el moderador reserva un pequeño espacio para aquellos que asisten a sus primeras reuniones. Es lo que se llama **“tiempo de los recién llegados”**.

“Ahora- dice Tato nada más acabar Eduardo- a pesar de que queda muy poco para que termine la reunión, es el momento para que las personas de menos de 90 días, nuevas, con problemas para compartir o que vengan de una recaída tomen la palabra” . (Tato.47. N.A. 5 años sin consumir).

Esta parte de la reunión está dedicada a una serie de personas concretas: los nuevos. Esto no significa que antes no puedan tomar la palabra, pero sí es el momento donde sólo aquellos con poco tiempo de limpieza pueden tomar la palabra en exclusividad.

El núcleo y los miembros activos del grupo acaparan la mayor cantidad del tiempo que el grupo dedica a compartir. Su mayor permanencia en él, hace que no les resulte un acto tan complicado como para aquellos con un tiempo de permanencia en el grupo menor, de ahí que sea este perfil de usuarios el que acapare la mayor parte de las intervenciones y sea necesaria la creación de un momento exclusivo para los nuevos.

“Ya sabéis que durante el tiempo de los recién llegados solo aquellos con poco tiempo de limpieza pueden hablar. A muchos les da vergüenza hablar, no saben cómo hacerlo, pero este es su momento...” . (Tato.47. N.A. 5 años sin consumir).

El **“tiempo de recién llegados”**, se usa para paliar la descompensación existente en la participación en las reuniones de los miembros periféricos. Bien sea por la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

falta de estrategias para construir un discurso considerado como óptimo para N.A., bien por el esfuerzo que les puede suponer hablar sobre su adicción delante de personas extrañas, sus intervenciones son menores, de ahí la exclusividad de este momento.

Además, resulta un buen contexto para aprender y probar como articular intervenciones apropiadas para el grupo Esperanza y ser capaces así de activar el circuito de intercambio de conocimientos de la forma más efectiva posible.

En el verbatim anterior, Tato no sólo especifica las condiciones a cumplir por las personas que intervienen en esta parte de la reunión, sino la finalidad para que fue creada: *“dejar que los nuevos vayan implementando la manera de poner en juego sus ejemplos prácticos en recuperación, según han visto en los compartires anteriores y para que las personas condicionadas por la timidez y avergonzadas por una recaída, puedan hablar en este momento.”*

Como ya hemos comentado, N.A. utiliza la cifra de 90 de manera simbólica. Su ideología sugiere a los nuevos usuarios asistir a 90 reuniones seguidas al inicio de su tratamiento, lo que equivaldría a 90 días sin consumir y 90 días escuchando como conseguirlo e incorporando la manera de ser lo más efectivos para el resto de sus compañeros. Según Narcóticos Anónimos (1999), *“Uno con otro, los testimonios de 90 días pueden ser alrededor de 1.800 ¡compartires! de hombres y mujeres dispuestos a escuchar y entregar la historia de su proceso de recuperación”*.

7ª Tradición.

Antes de que finalice la reunión se recuerda la 7ª Tradición, a la vez que se pasa una cesta o caja para que la gente que pueda realice una **donación** económica.

El dinero recogido es usado para pagar el alquiler, la literatura y las bebidas que se encuentran a la disposición de los asistentes a la reunión.

“Hay algunas personas que vienen al grupo, no dejan nada de dinero en la 7ª y encima se toman varios cafés... Ya sé que cada uno pone lo que puede en la cesta, pero hay algunas personas nunca echan nada en ella y se ponen morados”. (Jose Antonio. 30 años. 7 meses de limpieza).

A pesar de que N.A. dice que sus integrantes no están obligados a realizar ninguna dádiva, tanto el núcleo central de participantes como los miembros

periféricos sufren cierto control sobre lo que ponen en la cesta y las bebidas que consumen, tratando de evitar la figura del gorrón.

“Recordar que no es obligatorio poner dinero en la caja, pero si no lo hacemos, el grupo tendrá que cerrar. Hacer el esfuerzo que luego bien que tenéis tabaco todos”. (Tato.47. N.A. 5 años sin consumir).

Tato, haciendo uso de su posición como moderador del grupo Esperanza, sanciona verbalmente a todos los asistentes a la reunión por poner poco dinero en la cesta.

Para gestionar estas recaudaciones, suele haber una persona encargada de gestionar el dinero: **el tesorero**. A este cargo se accede acreditando como mínimo nueve meses de abstinencia. Si la reunión es abierta a no adictos, se recuerda a estos que no están obligados a realizar ningún tipo de donación.

Tras hablar Emilio, Jose Luís toma la palabra y dice- *“antes de continuar, vamos a pasar la cesta de la 7 Tradición, según la cual sabéis que cada grupo de N.A. debe mantenerse por sí mismo. El dinero que recaudemos nos sirve para pagar los cafés, los caramelos, el alquiler del local, etc.”*. *“Tú- dice mirando a M.Cr.- por ser el primer día no tienes por qué dar nada de dinero sino quieres”*.

Tras decir esto, toma la cesta que suelen disponer para este fin y se la da Alberto. Este pone algo de dinero en su interior y se la pasa a Claudio. Este realiza la misma operación y se la pasa a Aldo. Así hasta que ha pasado por todos los participantes de la reunión. (Jose Luís. 35. N.A. 2 años sin consumir).

Narcóticos Anónimos (1991), dice que la asociación se mantiene solo con los donativos de sus integrantes, ya que de esta manera *“evita estar bajo cualquier tipo de influencias”*, garantizando su autonomía.

Una parte del dinero recaudado, se destina para distintos comités organizativos comentados anteriormente, porcentaje que varía según los fondos obtenidos.

Tiempos de limpieza.

Acto seguido de terminar con la recogida de dinero, da comienzo un de los momentos esperados con mayor alegría, **los tiempos de limpieza**. Esta es la parte de la reunión donde se celebran los logros asociados a la recuperación, conseguidos por aquellos que han conseguido mantenerse abstinentes.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

“Cuando el silencio vuelve a la sala, carraspea con la garganta y dice a la vez que toma uno de los llaveros- *“hay en la sala alguna persona que lleva varios años sin consumir”* .

Espera un rato y viendo que nadie responde, dice, *“sigamos viniendo”*. Al mismo tiempo que es coreado por todos.

“Alguna persona que lleve 18 meses sin consumir”. Todos callamos y decimos al tiempo- *“sigamos viniendo”*.

“Alguna persona que lleve 1 año sin consumir”. Como nadie dice nada todo volvemos a repetir- *“seguimos viniendo”*.

Lo mismo sucede con los 9 meses y los seis. Cuando llega al de *“90 días”*, cuando no responde nadie dicen, *“90 reuniones”* (Relacionando el número de reuniones que ellos dicen que son necesarias al comienzo del Programa).

“60 días”- corea de nuevo Ar2. De nuevo nadie responde con lo que decimos todos- *“60 reuniones”*.

Por último dice- *“¿alguna persona que sea nueva, venga de una recaída o quiera una nueva vida?”*. Ante esto las personas que nos hemos quedado en la reunión decimos- *¡todos!* La gente estalla en un gran aplauso”. (Alberto. 35. N.A. 2 años sin consumir).

Este es un momento de felicidad en el que los integrantes de Esperanza alardean sobre el tiempo que llevan sin consumir, buscando recibir la aprobación de sus iguales. Acumular tiempo de limpieza es avanzar por el proceso de recuperación, con lo que a mayor cantidad de este, más cerca se estará de los fines de la terapia y mayor legitimidad/calidad tendrá el conocimiento a poner en juego. Es un momento de refuerzo positivo sobre los logros conseguidos por los usuarios.

Cuando una persona completa un intervalo concreto de abstinencia recibe un **llavero/medalla** que representa de manera simbólica, el avance en la recuperación y la legitimidad del capital que puede poner en juego en el grupo.



Estos objetos funcionan como **símbolos de poder**, de empoderamiento legitimado a través de la asistencia a las reuniones y la abstinencia, validando a sus poseedores como posibles candidatos a posiciones de servicio y mostrando al resto de sus compañeros la calidad del conocimiento que pueden poner en juego, así como su validez como modelo.

Esta entrega va acompañada de aplausos, vítores y abrazos, siendo usado de similar al tono jocoso utilizado en algunos de los compartires. En ambas situaciones a través de la risa, lo divertido y lo cómico, se consigue rebajar gran parte de la tensión generada en momentos anteriores de la reunión.

A los recién llegados o cuando alguien ha vuelto a consumir, se les entrega un llavero blanco. Este representa una nueva vida. Un nuevo comienzo. Este símbolo no tiene que ser *"ensuciado"*, encontrando de nuevo la analogía ya comentada entre consumo/suciedad y abstinencia/limpieza.

El grupo Esperanza tienen por tradición que las personas que cumplan un año o más de limpieza lleven dulces a la reunión el día que celebra haber dejado de consumir, sin que esto suponga una obligación hacia aquellas cuya capacidad adquisitiva no les llegue para poder invitar al resto de sus compañeros.

Anuncios de N.A. 12ª Tradición.

Nada más finalizar la celebración de los tiempos de limpieza, comienza un breve período en el cual el moderador o la persona del grupo que lo representa en las

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

reuniones de área, narran las actividades relacionadas con N.A. que hay por la zona. Estas suelen ser talleres de apoyo, reuniones de comités, etc.

Una vez finalizado esto, se pregunta al resto del grupo si alguien quiere destacar alguna actividad.

“Yo quería recordar que el sábado que viene vamos a realizar un taller sobre el trabajo de los 12 Pasos en el grupo de la Plaza. Si alguno quiere venir está invitado”. (Ricardo. 40. N.A. Algo más de un año sin consumir).

Cuando se termina el anuncio, se espera a que otra persona tome la palabra. En el caso de que no suceda, comienza el momento de cierre de la reunión.

Cierre de la reunión.

Acabados los momentos anteriores, se agradece la asistencia a la reunión. La gente se levanta y, abrazándose por los hombros, comienzan a decir las palabras usadas para finalizar el evento. Estas pueden tanto una oración como extractos de literatura de NA, variando según el grupo.

En Esperanza, se hacía de la siguiente manera:

Tras esto, veo como la gente comienza a ponerse sus cazadoras y se levanta, para formar el círculo alrededor de las mesas.

Yo, imitando lo que veo, me pongo la cazadora y me arrimo a Francis, mientras que le paso la mano por encima de su hombro. Este me agarra de la cintura y veo que todos los demás están en la misma situación, formando una especie de círculo.

José Luís toma la palabra y dice- *¿si alguno quiere cerrar él la reunión?*

Tras unos segundos, Claudio toma la palabra y se presenta diciendo- *“me llamo Claudio y soy adicto”*. Sin que nadie le responda continúa hablando- *“guardemos unos segundos de silencio por el adicto que sufre”*. Todos permanecemos en silencio un buen rato.

“Este círculo representa que juntos si podemos, pero solos no” - Añade Claudio.

Todos callamos. Las miradas de la gente están perdidas. Sus caras pensativas.

“Ahora entonemos la Oración de la Serenidad, pidiéndole a Dios que nos de fuerza para poder dejar de consumir”. Todos la entonamos a la vez, acompañando este recitado de un ligero bamboleo que hace que el círculo que hemos formado, se mueva.

Tras acabar la oración, todos decimos a voz en grito. *“Sigue viniendo, que funciona”*. Y aplaudimos con bastante alegría a la vez que todo el mundo se empieza a abrazar. (Claudio. 40 N.A. Año y medio sin consumir. Fragmento del diario relacionado con el cierre de una reunión).

El contenido simbólico de esta parte es muy grande. El intento de formar una circunferencia representa lo que ellos denominan la **unidad de N.A.**, en la que todos son iguales. Narcóticos Anónimos (1991), dice *“el círculo significa que solos no podemos pero juntos sí, con la ayuda de una adicto a mi derecha y otro a mi izquierda”*.



La **unidad** de N.A. como asociación, buscada a través de los procesos de **identificación**, reafirmada simbólicamente a través de esta parte de la reunión y negada por las diferencias de estatus/prestigio generada por los tiempos de limpieza, forman parte de las herramientas de (re)subjetivación que maneja el dispositivo.

Será desde la reiteración y el proselitismo acontecido en los grupos, desde donde sus integrantes poco a poco incorporen a modo de aprendizaje esta **nueva manera de entender la adicción**, modificando el estilo de vida anterior. Esto generará dinámicas a través de las cuales se pase de las posiciones periféricas del grupo, a las centrales y posteriormente al núcleo, para terminar abandonando el dispositivo. Recuperando a través de este proceso algunas de las carencias que tienen asociadas a la situación de consumo, desde la integración de unas disposiciones concretas sobre la adicción y como vivir la nueva relación establecida con ella desde la abstinencia.

3.9.3. Reuniones de Recién Llegados

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Antes de finalizar este apartado, consideramos interesante analizar lo que se produce en este tipo de reuniones, las cuales son celebradas siempre que asiste una persona nueva a los grupos de N.A.

Una de las características del grupo estudiado es que gran parte de los miembros **periféricos** vienen a un par de reuniones y no vuelven, con lo que este tipo de juntas suelen ser constantes, generando conflicto entre lo que se expresa en la ideología de N.A. y los intereses de muchos de los usuarios que si asisten de manera habitual. La reiteración de este tipo de reuniones es entendida como un retraso en el proceso de recuperación. A nivel individual a la gran mayoría les interesa mantener las dinámicas normales del grupo, para continuar con las dinámicas terapéuticas habituales. Como las reuniones de recién llegados rompen con la rutina, no son bien aceptadas.

“Hoy tenemos una persona nueva entre nosotros. Ya sabéis que los días que viene alguien nuevo, la reunión es un poco especial. Pido a las personas que tengan mayor tiempo de limpieza que tomen la palabra en el tiempo de compartires y expliquen al nuevo cómo funcionan N.A., y que se consigue viniendo a las reuniones. Es importante que nuestro nuevo compañero vea que es aquí donde tiene que estar”. (Tato. 47. N.A. 5 años sin consumir).

Cuando ocurre este suceso, el moderador insta al **núcleo central** a relatar sus experiencias de recuperación. En este tipo de reuniones, las personas con mayor tiempo de limpieza sirven más si cabe como modelo, dado que a través de mostrar sus progresos en la recuperación, tratan de captar un nuevo integrante. Esto, lejos de interpretarse como positivo por el conjunto de integrantes de Esperanza, genera cierta conflictividad.

“No me importa que haya reuniones de recién llegados. De hecho, todos fuimos recién llegados un día, pero... Todas las semanas tenemos una o dos y... retrasa al resto del grupo”. (Mael. 47. N.A. Un par de meses limpio).

Considerar las reuniones y el período de compartires como la pieza central del programa de N.A., hace que se generen este tipo de conflictos. Algunos usuarios como Mael, verbalizaron su descontento en la ruptura en las dinámicas habituales. Este usuario no tiene el suficiente tiempo de limpieza para servir de ejemplo para los recién llegados con lo que no puede compartir en ellas, interpretándolas en términos de “pérdida de tiempo”.

Para N.A. como institución, las reuniones siempre tienen que estar abiertas a posibles nuevos integrantes, dado que estos son los que garantizan la supervivencia de la asociación.

Esperanza, caracterizado por tener usuarios alejados del estereotipo yonki y sus indicadores a pesar de que la heroína sea la sustancia más consumida en él, recibe individuos con la abstinencia muy reciente, los cuales buscan mantenerla y recuperar el status social perdido. Obviamente, esto se debe a que las características de su núcleo central son estas, pudiendo tanto estas como otras agrupaciones de N.A. estar conformadas y recibir otro tipo de consumidores.

“Ahora tiene la palabra Enric” - dice el moderador mirando a directamente a esta persona.

Tiene una cara muy seria. Como hoy está sentado a mi lado, me fijo en una cicatriz en el lado izquierdo de frente, de un par de centímetros.

“Hola” - comienza diciendo- “Me llamo Enric y soy adicto”.

“Hola Enric” - le respondemos todos a la vez.

“La primera reunión, al igual que para todos, es una de las reuniones más importantes” - comienza a explicar Enric mirando directamente a la persona nueva. “Esta es una de mis primeras reuniones en España, ya que yo he seguido el programa en Portugal, donde yo lo he pasado muy mal, al igual que cuando he llegado a España”.

“Ahora- continúa- también lo estoy pasando muy mal. En el centro en el que estoy ha habido una escisión. Toda la gente de este centro excepto yo, se han ido por su lado. La gente ha decidido seguir por su lado y yo me he quedado solo. Hoy he tenido un día muy duro, ya que he tenido que limpiar la casa yo solo, sin la ayuda de los demás que se han ido de ahí a otro piso. El tono de su voz se muy serio, reflejando el dolor que le ha producido los sucesos que nos está contando”.

“Han decidido- continúa explicando- continuar la recuperación en otro piso. Pero yo como experiencia que tengo de hace bastantes años, la única cosa que me ha servido para dejar de consumir, es N.A”.

“Yo- dice continúa sin desviar la mirada de Mari Carmen- he conseguido estar 5 años limpios. Sin tomar nada de droga. Pero me ha funcionado hasta que yo he querido. Yo tras esta época he tenido una recaída que ha sido un infierno; yo no lo llamo recaída sino infierno. Me ha llevado a todo, ya que soy una persona que salvo la muerte y los

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

psiquiatras he estado en todo. He vivido en muchos países y he probado de todo y solo me ha funcionado N.A.”.

“Un día estaba charlando con un amigo que me preguntaba en qué centro había estado y cuando le contaba en todos los que había ingresado él me decía sorprendido: ¿pero en cual no has estado?” - explica con una sonrisa sarcástica en la cara.

“La verdad- continua Enric- es que el único tiempo que he conseguido estar limpio es gracias a N.A. Y ha sido un tiempo increíble, en el que he podido disfrutar de mi mujer y de mi hijo”.

“Sé que no he trabajado bien los Pasos,- dice mientras afirma con la cabeza- ya que si no... estoy seguro de que no había recaído. También he recaído por una cosa que nos pasa a todos, ya que muchas veces olvidamos que somos adictos y que siempre vamos a estar enfermos. A veces nos creemos que podemos controlar nosotros mismos la vida y luego nos damos cuenta de que no es así. De que no la podemos controlar, ya que somos personas adictas y siempre lo vamos a ser. El único método que me ha funcionado es el de N.A., a través de la honestidad. Yo me he encontrado solo, pero cuando vengo aquí me encuentro con personas que son como yo” - continúa.

Tras estas palabras, Enric permanece un rato en silencio, pensando la parte posterior de su discurso. La gente le está prestando mucha atención³⁷, sobre todo la persona nueva. Esta no le quita ojo de encima, aunque su cara refleja un poco de miedo ante la situación.

“Aquí no hay nadie más drogadicto que nadie” - explica Enric. “Y eso que yo me considero la persona que más se ha drogado de todas las que estamos aquí; como mucho puede haber alguna que se drogase igual que yo, pero no más. Y a mí, como mayor drogadicto del mundo que me considero, lo único que me ha funcionado es este Programa, pero sólo hasta que yo he querido. Se recae cuando dejamos de venir; cuando no trabajamos el programa; cuando tratamos de recobrar las riendas de nuestra vida; cuando nos olvidamos de nuestra adicción; cuando nos olvidamos del “Solo por Hoy”. Y este es el mensaje que yo quería dejar aquí. Tenemos una posibilidad, que es lo que nos brinda el programa de N.A. Pero esto es solo una guía, que cada uno tiene que esforzarse en trabajarlo”.

³⁷ Según avanzan las reuniones, los integrantes cada vez prestan menos atención a los discursos debido al cansancio que les provoca la tensión del momento. Esta atención se recupera si a aquel que tiene la palabra tiene acumulado mucha abstinencia, dado que se considera que la Ayuda Mutua que estas personas pueden aportar son más efectivas para avanzar en el programa de N.A.

“Para mí- dice- lo más fácil sería irme con mis compañeros y no quedarme solo. Pero estas personas han decidido no continuar con N.A. y tomar otro tipo de terapias. Yo he decidido seguir con esto que es lo que me funciona y no como ellos que se han ido a otro lugar con más cosa, con más tecnologías, etc. Pero yo sé que esto me funciona y es lo que más necesito ahora mismo”.

“Pienso que a lo mejor- dice terminando- esto no es lo mejor para darte la bienvenida. Pero mi mensaje es que aquí tienes una posibilidad de salir de las drogas y que si lo trabajas y eres honesta, la verdad es que funciona”.

“Bienvenida y muchas gracias” - finaliza Enric.

“Gracias Enric” - coreamos todos. (Enric. 40. N.A. Varios años de limpieza).

Compartires semejantes a este sirven para generar empatía entre el grupo y los nuevos, buscando fomentar adhesión al recurso.

A través de esta primera reunión, se muestra al nuevo cómo intervenir en las reuniones, cómo escuchar cuando no se interviene, comenzar a oír conceptos claves de la ideología de N.A. y sirven de ejemplo para que vean personificado en aquellos que más avanzados van en la recuperación, aquello que pueden conseguir.

Compartires como los de Enric, marcan el inicio del proceso de N.A., de ahí que sean considerados tan importantes por N.A. y sólo dejen intervenir en estos casos a aquellos con mayor abstinencia acumulada.

A pesar de todo, este tipo de reuniones suelen ser motivo de alegría para Esperanza al considerar que una nueva persona que tiene problema con las drogas, ha tomado la decisión de tratar de salir de ellas.

“Siempre que llega una persona nueva al grupo, es una alegría. En N.A. nos preocupamos siempre por el adicto que sufre. Tenerle aquí siempre es motivo para estar contentos”. (Pablo. 45. N.A. 9 meses sin consumir).

El moderador indica a todas las personas que hay en la sala, la asistencia de una persona nueva y sugiere que el tema de los compartires esté relacionado con las primeras reuniones de aquellos que ese día forman parte de la reunión, lo que han conseguido a través de la recuperación y, a ser posible, que estos sean realizados por aquellos con mayor tiempo de limpieza.

No obstante, también pudimos observar cómo personas con poca abstinencia participaban sin ser lo más habitual, asumiendo un rol secundario y sirviendo su

intervención como herramienta identificadora respecto al nuevo, es decir, tratando de generar empatía a través de posiciones similares en el proceso de recuperación.

Sería un gran error por nuestra parte, considerar que el proceso de aprendizaje/re-subjetivación que sucede en N.A. únicamente es generado en sus grupos a través del trabajo individual, con lo que a continuación vamos a analizar las interacciones producidas en Esperanza y los diferentes contextos en los que tienen lugar.

3.10. Las interacciones en el grupo Esperanza.

Los vínculos establecidos entre los integrantes de Esperanza, no sólo son originados dentro del grupo y entre los iguales, sino fuera de él y con otros agentes sociales diferentes.

Vamos a presentar 4 tipos de relaciones mantenidas por parte de los usuarios de Esperanza; **entre ellos, con otros integrantes de N.A., con usuarios de otros recursos y con los no consumidores.**

3.10.1. Entre ellos.

Las relaciones entre los usuarios de nuestro grupo de estudio, no pueden ser centradas exclusivamente a lo ocurridos en el contexto de la reunión. Las convivencias, quedadas, salidas al cine y otros ámbitos de interacción particular producidos antes y después de las reuniones, también influyen.

Estas actividades no eran realizadas por todo el conjunto de integrantes de Esperanza, ni si quiera por todos los integrantes del núcleo central, sino por una parte concreta de ellos. Aquellos que más tiempo llevan en el grupo y tiene una serie de intereses comunes, suelen quedar para realizar alguna de las anteriores actividades que acabamos de enumerar. Sobra decir que las referencias a la adicción aparecen en ellas, aunque el principal motivo de ellas sea el ocio.

La identificación producida en N.A., al sentimiento de pertenencia, así como la distancia estructural tomada respecto al polo significativo que representa el consumidor activo, generarán un tipo de relaciones concretas basadas en el "*compañerismo*".

Aunque si queremos hacer un análisis concreto de estas relaciones establecidas y las interacciones que emanan de ellas, no podemos olvidar las *afinidades* e *intereses* particulares de cada uno de los usuarios, las cuales en caso de coincidir influyen en la aparición de este tipo de vínculos.

“Te vienes a tomar algo” – me pregunta Mauricio. “N.A. no es sólo reuniones. Somos una gran familia”.

Decidí ir con ellos a una cafetería y pude ver una reunión de amigos normal. La gente hablaba de sus cosas, de sus familias, etc.

(Diario de Campo).

Los integrantes de Esperanza saben que la **identificación** es una parte del proceso terapéutico y como tal la utilizan para generar interacciones en el seno de las reuniones, aunque fuera del contexto de recuperación serán otras afinidades las que guíen la aparición o no de las relaciones entre ellos.

“Lo bonito de N.A. es que todos somos iguales. Todos somos adictos. Todos entendemos cuando alguien habla sobre lo mal que lo pasa, porque seguramente todos hemos pasado por algo similar ¡Somos compañeros!, Aunque, fuera del grupo las cosas funcionan de otra manera, yo puedo tener muchos compañeros y algunos son amigos y otros sólo eso, compañeros... que no es poco- dice guiñándome un ojo. (Felipe. 50. N.A. Varios años de limpieza).

El grupo está generado en un contexto concreto: **la recuperación de la adicción**. Con lo que las relaciones fomentadas en él serán aquellas sustentadas en esta intencionalidad y derivadas de sus dinámicas terapéuticas principalmente.

Fuera de él influirán otro tipo de variables como la afinidad, semejanza, etc. para que se establezcan y/o mantengan tanto los vínculos generados *“en y para”* la terapia, como algunos con otra intencionalidad.

El usuario nuevo, se incorpora a un grupo donde no sólo existe una manera concretar de interpretar/tratar la adicción, sino donde existen unas relaciones creadas. Esperanza ya funciona antes de que un usuario nuevo se incorpore, con lo que tendrás que tener los mismos intereses, afinidades, etc. tanto para permanecer en él, como para realizar actividades con este pequeño grupo que ha pasado del compañerismo a la amistad.

3.10.2. Con usuarios de otros grupos de N.A.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Los integrantes de Esperanza a través del proceso de identificación, consideran a todos los usuarios de N.A. a nivel mundial como **compañeros**. El **compañerismo** será la principal relación que se establezca entre ellos, lo cual no significa que todos deban de ser amigos y mantener una relación más allá del lugar de reunión, ni tampoco que el grado de afinidad entre los integrantes del grupo base y los de otros grupos tenga que ser igual.

“Mi grupo es mi grupo. Sé que como parte de N.A. todos somos iguales...adictos en recuperación y tal...Pero mi grupo es mi grupo”. (Santi. 27 años. 9 sin consumir).

La ritualización de las reuniones, la literatura compartida y la identificación hace que todos se sientan partícipes de **algo común**. Aunque, como hemos visto en el testimonio anterior, hay un vínculo mayor con los integrantes del **grupos base**. En él se sienten más cómodos, al ser el lugar donde ocurren la mayoría de sus interacciones con sus iguales, estableciendo vínculos más profundos que con el resto de integrantes de la asociación.

Las amistades existentes en el grupo influyen tanto en las relaciones exteriores, como las interiores en el grupo. Debido a la gran dificultad encontrada para poder acceder a contextos de observación de las primeras, no podemos añadir ninguna referencia más que las siguientes.

“La gente de Esperanza es la mejor. Algunos quedan conmigo fuera. Vamos al cine... vamos que es una nueva familia”. (Jose Antonio. 30 años. 7 meses de limpieza).

La palabra algunos es fundamental para nuestra explicación. Jose Antonio comienza hablando del grupo en general y al final *“son solo unos pocos”* los se relacionan fuera de él.

“Tato y yo nos conocemos de hace años. Hemos compartido muchas cosas y estamos juntos en esto. Si nos dices una cosas, os puedo asegurar que lleva razón”. (Paco. 50. N.A. varios años sin consumir).

Paco ejemplifica el caso contrario. La relación mantenida fuera del grupo influye a la hora de legitimar sus actuaciones dentro de él. Conocer a Tato de otro ámbito posibilita la existencia de más variables que generen afinidad que la abstinencia a la hora de legitimar el saber práctico, facilitando la existencia de otro tipo de vínculos más allá de este compañerismo.

Si resulta difícil establecer relaciones de amistad entre los integrantes del grupo base, con el resto de los grupos de N.A. será mucho más complicado.

“Yo tengo algún amigo en otro grupo. He estado mucho tiempo dando vueltas por ellos. Pero una vez que me quedé en uno, los pocos que tengo son de este”. (Paco. 50. N.A. varios años sin consumir).

Paco aclara como las relaciones más allá del compañerismo con integrantes de otros grupos, se circunscriben tanto a las mismas variables explicadas en el apartado anterior, como a la permanencia en ellos. Él dice que es amigo de gente de otros grupos porque ha pasado por varios de estos, pero en ningún momento explica esta relación basándose en el *padecimiento común*.

3.10.3. Con otro consumidores.

No podemos olvidar como la toma de distancia respecto al estereotipo Yonki negativiza todo lo asociado al consumo, creando generalidades a partir de particularidades que pueden ocurrir o no durante el consumo activo. Estas, sustentadas en cuestiones biológicas y de promoción de la Salud³⁸, influyen directamente en las interacciones entre los consumidores/no consumidores.

“Yo nunca me he sentido Yonki. No sé...hay cosas que sí que hice, pero otras que dicen que hacen los yonkis, yo nunca las he hecho. (Jose Antonio. 30 años. 7 meses de limpieza).

El yonki sirve como **marco de referencia** para definir a las personas consumidoras de drogas, con lo que tomar distancia estructural respecto a este será una manera de avanzar por la terapia, acumulando abstinencia para lograrlo.

“Yonki no es el enfermo. Nosotros somos enfermos. Yonki es el que roba, no se lava, no sabe lo que vale la familia, abusa de los demás, miente...”. (Ferni. 37. N.A. 7 meses sin consumir).

A través de las palabras del anterior informante, vemos como los integrantes de N.A. se identifican como enfermos tomando distancia respecto a la definición de consumidor/yonki manejada por la sociedad occidental. La identificación con el

³⁸ Este concepto lo encontramos vinculado con un Modelo Explicativo de Promoción de la salud. Según el cual esta es un derecho fundamental. Desde casos particulares médicos se extrapola la idea de que todo consumo es pernicioso para esta, debe de ser evitado, prohibido, tratado y prevenido. Siendo una acercamiento a la realidad de las adicciones bastante simplista. Becoña, E. (2002).
Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

padecimiento, es una estrategia de resistencia y distanciamiento respecto el estigma que tiene el drogodependiente, significándolo como algo peligroso y a evitar.

3.10.4. Personas que están en otros recursos.

No sólo se toma distancia respecto al consumidor, también se hará respecto a los integrantes de otros recursos asistenciales.

“Yo no soy un yonki. Creo que nunca lo he sido...ni cuando peor estaba...Yo no hacía las cosas que hacen estos. Cuando voy por la calle y les veo no me doy cuenta de que yo he sido como ellos. Pero eso no es lo peor... Veo a los chicos en la puerta de los centros ir a por la metadona y pienso que no somos iguales... que N.A. es la mejor solución”. (Santi.27. N.A. 9 meses sin consumir).

Tras 9 meses dentro de N.A., Santi ya ha asumido parte de su ideología. Nuestro informante toma distancia simbólica desde su condición de **adicto en recuperación**. Pero no sólo respecto al yonki, sino de cualquier usuario de otro recurso, al considerar esta asociación su tipo recuperación como el más acertado. Santi no se identifica con el yonki, en parte por la toma de distancia que estamos narrando en este apartado, como por la influencia que el núcleo central tiene en esta relación, el cual no se identifica en absoluto con el tratamiento y resultados obtenidos en otros modos asistenciales.

Esta toma de distancia se realiza de igual manera que con el consumidor: **significándolos desde el peligro**. Si bien esta percepción se hace desde la amenaza, resulta atenuada por su condición de adicto en tratamiento.

“Los centros de drogas y otros recursos están llenos de yonkis. Aquí estamos gente más normal...”. (Juan. 32. N.A. 6 meses sin consumir).

Como veremos en el siguiente apartado los C.A.D., el estar formados por usuarios con un **estilo de vida yonki**, atrae a población con este perfil para sus terapias. El núcleo de Esperanza como ya sabemos, los rechaza.

“He probado en muchos sitios y sólo N.A. me ha funcionado. De hecho, considero que las personas que no están en N.A. pueden recaer en cualquier momento, dado que no están afrontando la realidad de la adicción desde un punto de vista acertado”. (Luis. 37. N.A. 3 años de limpieza).

Esta distancia responde a una clara **estrategia de protección y proyección**. Los recursos estatales invierten grandes cantidades de dinero en promocionar sus terapias. Contra esto N.A. no puede competir. Así que negativiza el resto de dispositivos al ser **competencia** directa, atribuyéndose a sí mismo la máxima efectividad terapéutica, buscando así ganar integrantes y perpetuar el grupo.

Como decía Douglas (1991), cuanto más cerca están del imaginario yonki, mayor **peligro**. Lo que no concuerda con N.A. es considerado “*fuera de lugar*”, reproduciendo unas estrategias de gubernamentalidad concretas dentro de Esperanza.

Manuel centra las diferencias en el concepto de “*cura*”:

“El C.A.D.³⁹ no me gusta. No se centran en casos reales como nosotros. Se lo digo a la gente de allí, vente a N.A. que allí es donde vas a ver a gente como tú... Básicamente, no termino de fiarme mucho de la recuperación que allí se consigue: creen que te puedes curar”. (Manuel. 30. N.A. 10 meses sin consumir).

Algunos de los integrantes de N.A. compaginan su asistencia a las reuniones con otros recursos, siendo el más habitual el C.A.D.

Hemos escuchado infinidad de veces como las personas que venían de este recurso ponderaban su **practicidad** interventiva. A la vez que les resultaba chocante la idea de cronicidad de la adicción defendida en N.A., planteamiento contrario al defendido en el C.A.D.

El integrante de N.A. toma **distancia** respecto al consumidor y al usuario de otro recurso, siendo mucho menor la establecida con el segundo al compartir ambos una meta común: **la abstinencia**.

3.10.5. No consumidores.

El “*no consumidor*” constituye el polo **opuesto** al “*yonki*”, siendo la meta buscada por los integrantes de N.A. Los usuarios de Esperanza, a través del proceso de recuperación, tratan de “*recobrar*” la mayor cantidad de condiciones “*sustraídas*” por la adicción. Esto recuperación posiciona al actor lo más cerca posible del no consumidor, el cual sirve como ejemplo para ver aquello que no tiene el adicto y si

³⁹ Centro de Atención a Drogodependientes que forman parte de la red del Instituto de Adicciones de Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid). Desde sus equipos e instalaciones se presta una atención personalizada individual y/o grupal, en régimen ambulatorio, a aquellas personas que presentan problemas de abuso o dependencia del alcohol o de otras drogas.
Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

está tipo de actor, explicándolo todo en términos de pérdidas vinculadas con el consumo activo.

“Una persona siempre será adicta. Podremos estar mucho tiempo sin consumir. Con nuestra vida rehecha, pero siempre seremos adictos”. (Mauricio. 50. N.A. Varios años de limpieza).

La adicción conlleva el detrimento de ciertas características, las cuales serán recuperadas parcialmente permaneciendo el tiempo suficiente en el grupo, acumulando la cantidad de abstinencia adecuada y realizando el programa de N.A. de la forma más efectiva posible.

Los usuarios de Esperanza siempre serán **“adictos en recuperación”**, ya que nunca podrán recuperar la totalidad de lo perdido. Lo cual sirve como base del sentimiento de pertenencia y de las relaciones existentes entre sus participantes. *“Asumir que nunca vas a poder dejar de ser adicto es complicado. Yo no soy un yonki. ¡Sé que no lo soy! Pero tampoco soy como los que no han consumido nunca. Me siento tan lejos de uno como de los otros...”* (Quique. 40. N.A. Un año y varios meses sin consumir).

La situación de los participantes de N.A. es complicada. Excluidos socialmente, tratan de recuperar su categoría con el programa que esta asociación les ofrece. Pero, lejos de generar un movimiento social, N.A. termina creando una nueva situación intermedia entre el usuario de drogas en activo y aquella persona que no lo es. Tomar distancia con el *“yonki”*, ya que representa la parte más dura del estereotipo asociado a las drogas, y a su vez con el no consumidor con el que tampoco se identifican, genera una nueva categoría: **el adicto en recuperación**. Algunas veces hemos podido ver el rechazo generado hacia los no consumidores, sobre todo centrado en aquellos que gestionan recursos sobre drogas sin tener experiencia en ellas: **los profesionales**.

“Los no adictos no saben qué es esto. Muchos se creen que lo hacemos por gusto, porque somos unos viciosos, etc. No tienen ni idea de lo que nos pasa” (Dolores. 45. N.A. 10 meses sin consumir).

El distanciamiento con los no adictos resulta clave para que los integrantes de N.A. generen su **nuevo espacio significativo**, sirviendo para la conformación de la nueva subjetividad. *“No somos yonkis, pero tampoco vamos a dejar de ser adictos nunca: somos adictos en recuperación”*.

Universidad Complutense de Madrid.

“Mis compañeros de “parranda” ya no tienen nada que ofrecerme. Todo el día pensando en pillar, pillar... Yo ya paso de eso. Pero hay algo que me pasa que es muy extraño. Con las personas que no saben lo que es la droga, no tengo mucho de lo que hablar. No entienden las cosas que me pasan... Al final, el único sitio en el que siento que todo el mundo me entiende es aquí...” (Esther. 40. N.A. Un año y unos meses sin consumir).

Esther ya no pertenece a ninguna de las dos posiciones sobre las que trataban de tomar distancia en N.A., forma parte de una nueva, creada a partir de la ideología que maneja la asociación.

Al final, la saturación del integrante con mucho tiempo de limpieza acumulado y la falta de identificación con el perfil mayoritario, hace deje de asistir a las reuniones de manera gradual.

3.11. Variables que influyen en estas relaciones.

Existen una serie de variables que influyen en las relaciones anteriormente analizadas, las cuales tienen relevancia para entender el proceso de recuperación de N.A. Estas serán: abstinencia, uso/tipo sustancia, el género y enfermedades/aspecto físico.

Su influencia emana de **estratificaciones sociales más amplias**, las cuales son puestas en juego en el marco de N.A. como recurso asistencial, dentro del proceso terapéutico de configuración de la nueva subjetividad que supone el abandono del consumo.

3.11.1. Abstinencia.

La abstinencia, entendida como parte **central** del proceso terapéutico y principal capital a acumular centro del Modo Asistencial, se plasma en dos dimensiones.

Una **corporal**, referida a comportamientos definidos como saludables por la sociedad occidental y otra **configuradora** de relaciones sociales y distintos posicionamientos dentro del grupo estudiado.

Como hemos ido mostrando, Esperanza articula en torno a la sobriedad un juego de posiciones de privilegio, legitimaciones y de diferencias en la calidad del conocimiento basado en la práctica que pueden poner en juego sus integrantes. Todo esto influirá en las relaciones existentes entre los integrantes del grupo y las establecidas con aquellos que no forman parte de él. A mayor cantidad de tiempo de abstinencia, las relaciones

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

serán más cordiales, incluso llegando a una situación de **pleitesía** hacia aquellos usuarios cuya abstinencia acumulada sea mayor.

“La verdad es que me deja boquiabierto ver como personas que se han drogado como yo, están tan bien. ¡De mayor quiero ser como ellos! (risas). (Jose Antonio. 30 años. 7 meses de limpieza).

Como ya hemos comentado, las personas con mayor tiempo de limpieza sirven de referente hacia *“lo que se puede conseguir”*, situación que les otorga prestigio y relevancia dentro del grupo.

La abstinencia, al ser interpretada en términos de **capital acumulado**, genera plusvalía en las relaciones establecidas con los compañeros, personas de otros recursos, consumidores y no consumidores. Esta influirá en los vínculos generados entre ellos concediendo al conceder mayor notoriedad a aquellos que más hayan acumulado.

“Lo que más me llama la atención de la gente de fuera de las reuniones es como pueden estar tanto tiempo sin consumir, cuando nosotros no podemos pasar a veces ni un día”.

(Mateo. 37. N.A. 8 meses limpio).

Tanto si es una persona en situación de calle, como de otro recurso considerado como “poco fiable”, la cantidad de abstinencia sirve como herramienta **atenuadora** de la percepción de peligro asociada al adicto a las drogas. Sea cual sea el rol desempeñado por el agente social, la distancia significadora respecto al yonki estará directamente relacionada con la cantidad de abstinencia que sea capaz de acumular.

3.11.2. Uso/tipo de sustancia.

Aunque algunos Modelos Explicativos sobre la adicción, reduzcan la variabilidad de usos y sustancias que existen dentro del fenómeno de las adicciones a relaciones simples basadas en determinismos, sobra decir que podemos encontrar infinidad de drogas y modos de consumirlas. Todos ellos definirán socialmente como peligroso a las drogas a través de un proceso únicamente cultural: **el problema de la droga.**

Las diferentes **sustancias** y sus múltiples **usos**, son variables que influyen en las distintas relaciones generadas, tanto en el grupo Esperanza como con el resto de los agentes sociales que participan del proceso de recuperación.

N.A. tiene un gran dilema sobre el papel de las sustancias denominadas como medicamentos y las drogas.

“La recuperación no nos libra de tener que vivir la vida tal como es. En Narcóticos Anónimos, podemos aprender a aceptar la realidad de la vida, que algunas veces nos depara enfermedades o lesiones. En NA hemos aprendido que podemos aplicar ciertos principios espirituales para que nos ayuden a superar esos momentos difíciles” Narcóticos Anónimos (2006).

Desde su ideología **desaconseja** el uso de los medicamentos, al considerarlos drogas. Aunque la variabilidad existente entre los grupos que conforman N.A. posibilita que algunos de ellos tenga una opinión más laxa sobre sus usos.

“N.A. no está a favor del uso de fármacos, pero...si una medicina hace que el mono sea menor... ¿por qué no usarla?”. (Emilio. 50. N.A. Más de cinco años sin consumir). Al final, como en el conflicto existente entre ideología y práctica existente en los grupos de N.A., el consejo basado en la experiencia tiene mucho más “poder” que el expresado en su ideología.

N.A. al centrar su recuperación en el conocimiento basado en la experiencia para conseguir y mantener la abstinencia, observa con recelo la pauta de un medicamento por parte de un experto, al no venir directamente de la experiencia de adictos y poder generar una relación de dependencia hacia ellos.

“El tema de las enfermedades y los medicamentos es algo muy polémico en N.A. Yo la verdad que no sé qué decir. A algunas personas tomarlos le hace mal y a otras no. No hay que auto medicarse pero... con algunas no podemos hacer nada más que tomarlas” (Emilio. 50. N.A. Más de cinco años sin consumir).

Desde su entramado teórico/normativo, N.A. no está de acuerdo con el uso de sustancias que modifiquen el funcionamiento del cuerpo y puedan generar dependencia, sea cual sea su uso. Aunque también saben cómo en casos de enfermedades extremas, no hay otra alternativa.

“N.A. te dice que no tomes medicamentos que puedan enganchar. Pero en muchos casos no hay otra manera de hacerlo. Yo, que tengo problemas psiquiátricos, decidí tomar lo que me dijo el médico, porque si no un día me tiraba por la ventana” (Álvaro. N.A. 3 meses sin consumir).

Al final, será la propia persona la que debe tomar la decisión.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

La variabilidad existente entre individuo, sustancia y contexto es articulada no sólo en el grupo de N.A., sino en las relaciones que estamos analizando. N.A. trata a través de la **negativa** a decir el **nombre de las sustancias** que se consumían y el **anonimato**⁴⁰, generar sentimiento de **igualdad** entre todos los integrantes, buscando mitigar las diferencias existentes entre sus integrantes.

“Yo aquí me siento muy a gusto porque al final todos hemos consumido lo mismo y sentimos las mismas cosas”. (Pablo. 45. N.A. 9 meses sin consumir).

Al final, el núcleo central será el encargado de captar un **perfil determinado** de consumidores como proyección de sus intereses, facilitando de esta manera la **identificación** entre ellos, al solo permanecer dentro de las dinámicas de Esperanza individuos con características e intereses similares, así como consumos parecidos.

“Al final te vas acercando hacia el que más afinidad tengas. Obviamente, si alguno consume hachís y tu heroína, a pesar de ser todos adictos... no va a terminar de entenderte” (Eduardo.32. N.A. 90 días limpio tras una recaída).

A pesar de que N.A. diga que no importa el tipo de sustancias ni la manera de consumirla, la afinidad y el intercambio de conocimiento práctico construido sobre el consumo de una misma sustancia, hace que la identificación y el rendimiento obtenido de las prácticas compartidas sean mayores.

Fuera del grupo, la sustancia y todo lo asociado a ella (expectativas, usos, presentación), genera distintas posiciones a la hora de relacionarse. No se tendrá la misma disposición hacia un consumidor que evoque directamente la imagen del yonki (heroína), con otro que tenga un estigma más atenuado (hachís).

La heroína es pensada en términos de mayor “peligrosidad” y “enganche”, influyendo este modo de entenderla en la mayoría de las terapias y recursos asistenciales, los cuales son construidos sobre esta sustancia y su uso parenteral, obviando otras posibilidades y sustancias. A esto le hemos denominado “**heroinocentrismo**”. Las sustancias y su uso generarán distintas explicaciones en términos de peligrosidad, articulando estrategias de evitación según estén más o menos cerca del imaginario “yonki”.

⁴⁰ El anonimato no ha de ser entendido “la voluntad de ocultarse sino por la de disolver su individualidad en el grupo”, (Fainzang, 2009).

El anonimato y la identificación anteriormente nombrados, provocan el uso del concepto “sustancia” para referirse a todo tipo de drogas, haciendo muy difícil para el investigador saber cuáles eran las consumidas por los integrantes de Esperanza. A pesar de todo, en el contexto de entrevista y conversaciones informales, conocimos que la mayoría usaban la heroína como droga principal.

3.11.3. Género.

En este apartado mostramos la influencia que estas características construidas socialmente, tienen en las relaciones establecidas durante el proceso de recuperación en Esperanza entre los diferentes actores que participan en él. La **variable género**, introduce significaciones distintas tanto en los usuarios de Esperanza como en el resto de agentes sociales, las cuales han de ser analizadas. El **grupo**, destinado a ofrecer aquello que demandan la mayor parte de sus integrantes activos, **variará** como dispositivo experto según los años, edad, género, sustancia y situación personal de los usuarios, generando modulaciones históricas.

“Supe que era mi sitio nada más entrar. No era como otras terapias que había conocido. Aquí encontraba respuesta a aquello que realmente me interesaba”. (Mael. 27. N.A. Un par de meses sin consumir).

El núcleo central de usuarios, una vez más, determina no solo las anteriores variables, sino la captación de nuevos usuarios en base a sus propios criterios. **Si este grupo de personas es modificado, lo que ofrezca el grupo y para quien lo haga también lo hará.**

El género será entendido en este contexto, como un elemento devaluador del conocimiento que aquellas personas pertenecientes al femenino pueden aportar a las dinámicas terapéuticas. Burin et al (1990), señalan como la **plusvalía asociada al género masculino**, hace que todo lo que pueda poner en juego una mujer sea considerado de peor calidad respecto a su par masculino.

Jamás hemos sido testigos de referencias machistas directa en ninguno de los compartires, pero sí fuera del ámbito de las reuniones. En algunas de las pocas veces que salimos con el grupo de amigos que se había generado en Esperanza, escuchamos:

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

“Has visto a la nueva. No sé tío...no me gusta. Tiene pinta de ser un putón y de seguir consumiendo... No me gusta”. (Javier. 27. N.A. 90 días sin consumir tras una recaída. El subrayado es del autor)

Javier alerta sobre el peligro de una mujer nueva, basándose sólo en unos indicadores construidos socialmente. Según esta *pinta*, esta construcción heteropatriarcal, asignó una tipo de conducta sexual contraria a los preceptos sociales y a su género. Resalta la **peligrosidad cultural asociada** a la mujer, cuando vincula una tipo de vestimenta cargada de negatividad social, la cual extrapola al consumo de drogas.

Fuera de las reuniones no hay que ser *políticamente correcto*. Las relaciones y disposiciones generadas en el grupo, no tiene por qué perdurar fuera, posibilitando una reproducción de discursos hegemónicos sobre el género, sin el peligro de la reprobación del grupo. Dentro de él, el proceso de identificación atenúa la heteronormatividad asociada al género. Aunque fuera de este contexto, donde no impera esta igualdad construida entorno a los principios terapéuticos de N.A., se vuelven a normalidad cultural respecto al género.

Las relaciones entorno al género son representadas en términos de estigma/peligro, incorporadas por los sujetos como expresión de disposiciones estandarizadas a nivel general en nuestra sociedad⁴¹. Tanto la pertenencia al grupo como la acumulación de abstinencia, funcionan como marco de definición en oposición con aquellos que no pertenecen a N.A. y los que sí. Partiendo de esta idea, el **género** será una variable intensificadora del **estigma**. Esta generará relaciones argumentadas sobre la peligrosidad y expresada en términos de evitación asociado a lo femenino, la cual será manejada por los actores de N.A. y mitigada en las reuniones.

“No sé por qué, pero me genera mucho rechazo ver a las mujeres con sus hijos en los poblados. ¡Hasta he visto varias embarazadas...! Eso es lo peor que hay...” (Ale. N.A. 54. 10 meses sin consumir).

Romero (2011), destacada que el embarazo y cuidado de los niños, es instrumentalizado con la intencionalidad de aumentar el estigma asociado a las mujeres, debido a su función de **proveedoras de proveedores**. Hay ciertas

⁴¹ El estigma de género en el mundo de las adicciones es una representación metafórica de la estigmatización que sufren por el mero hecho de ser mujer a nivel social.

conductas reprobadas socialmente que, si acontecen durante la maternidad, obtienen una carga negativa mayor que si aparecen en otro momento.

Este proceso es trasladado a la realidad de las adicciones. La mujer, además de cargar con la plusvalía asociada al género, si mantiene una relación de dependencia durante la gestación y la crianza, sufrirá un proceso de negativización y de exclusión todavía mayor.

El significado y las percepciones de la adicción en función del género, está condicionado por el **factor generacional**. Entre los adultos, en su mayoría educados en un modelo tradicional de identidades y roles, el consumo de drogas en las mujeres es percibido cómo un comportamiento reprochable, objeto de rechazo mayor que si esto sucede en un hombre.

Bourdieu (2005), explicó el papel de las variables género/abstinencia, como generadoras de posiciones, definiciones y estatus. Esto, dentro de los grupos estudiados, muestra como la conformación del conocimiento teórico y el avance por el proceso terapéutico reproduce, parcialmente dentro de nuestro contexto de estudio, las lógicas y modelos explicativos de dominación por parte del género masculino existentes a nuestra sociedad. Lógicas según las cuales, todo aquello relacionado con lo femenino es peor, más complicado de conseguir, más peligroso o inexistente.

3.11.4. Enfermedades/aspecto físico.

Las enfermedades asociadas al consumo desempeñan un papel importante en el análisis de las relaciones que se dan, tanto en los grupos de N.A., como fuera de ellos.

“La gente se cambiaba de acera cuando me veían. Cuando tosía en cualquier lado, todo el mundo huía... Es como si solo con tocar a una persona la fuese a matar”. (Javier. 27. N.A. 90 días sin consumir tras una recaída).

La adicción es un proceso tan complejo y arraigado en todos aquellos que mantienen una relación con ella, que genera una serie **marcas simbólicas** las cuales son plasmadas en lo corporal. Estas, determinadas socialmente, aparecerán en mayor o menor medida en los usuarios de los grupos analizados, dependiendo de la tolerancia que el núcleo central configurador tenga hacia ellas. En Esperanza, el perfil mayoritario no estaba conformado por usuarios con gran

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

estigma corporal, con lo que atraerán nuevos usuarios con una condición corporal similar, es decir, con muy pocas de estas marcas en sus cuerpos.

Estas señales, a las que hemos denominado **“rasgos identitarios del yonki”**, son usadas para significar corporalmente como tal, a aquel que detente un gran número. Así, según la cantidad de rasgos observables, servirán para asociar mayor o menor negatividad vinculada a esta categoría, a los sujetos que las porten. La forma de andar, la vestimenta, el modo de hablar, la higiene, la falta de piezas dentales, el peso, etc. conforma este grupo de marcas identitarias de la adicción a nivel corporal.

Estas marcas, al significar al adicto en términos de cercanía al estigma, generarán que parte del conocimiento práctico puesto en juego en las reuniones de Esperanza, gire en torno a mitigarlas u ocultarlas.

Los dispositivos asistenciales en drogas conforman una parte de las tecnologías a través de las cuales se articula biopoder, con la intención de “controlar” a la población respecto a un tipo de salud. Desde estos recursos, se genera un conocimiento concreto sobre cómo conseguir esa salubridad, el cual queda plasmado corporalmente. Esperanza, como recurso eminentemente práctico, ofrece a sus usuarios estrategias y mecanismos autodisciplinantes, a través de los cuales la persona obtiene cierto control sobre estos indicadores.

Desde la aparición del SIDA⁴², los consumidores de drogas vieron como la peligrosidad asociada al uso de heroína por vía parenteral, fue generalizada a todos los ámbitos, usos y consumos, endureciendo el estigma vinculado a las drogas.

“Recuerdo la época buena del caballo. Todo Madrid era una locura. Le gente estaba por las calles tirada, picándose. La verdad es que daba un poco de pena. Pero, apareció la movida del VIH y la gente empezó a caer como chinches”. (Emilio. 50. N.A. Más de cinco años sin consumir).

Durante la época relatada por nuestro informante, la heroína fue la principal droga de consumo, siendo Madrid una de las ciudades en las que esto sucedió. El fácil acceso a la sustancia, el desconocimiento sobre ella y las imágenes de peligrosidad creadas desde *“el problema de la droga”*, generaron gran alarma social.

⁴² En 1986 el virus fue denominado VIH, aunque ya se tenía constancia de su existencia con anterioridad. Universidad Complutense de Madrid.

Con la aparición del VIH y su contagio a través de prácticas asociadas al consumo de heroína (compartir jeringuillas principalmente), se generó una relación directa entre los dos fenómenos, nexo que todavía perdura. Vincular heroína/VIH provocó que las relaciones emergentes a nivel social sobre este padecimiento, interpretadas en términos salud/enfermedad, se extrapolasen al ámbito general de las adicciones.

Esto influyó en las relaciones entre consumidores y no consumidores, en términos de peligrosidad y la evitación. Si bien inicialmente fue algo asociado a esta sustancia y su consumo inyectado, se extrapoló posteriormente a otras drogas, usos y contextos.

Ciertas enfermedades generan mayor evitación, lo cual influye directamente en las relaciones producidas entre todos los integrantes de los grupos de N.A.

“Antes era la polla. Hubo un momento en el que la gente, te viera con lo que te viera, si estabas un poco cascado, ya te miraba mal. Pensaban que solo con rozarles les podía pasar algo. Muchos se cambiaban hasta de acera.”. (Emilio. 50. N.A. Más de cinco años sin consumir).

La mayor conjunción de rasgos identitarios yonkis, genera rechazo. Muchos de ellos evocan directamente mayor peligrosidad, como por ejemplo las marcas de pinchazos en los brazos. Si a esto le añadimos signos de ciertas enfermedades (sangrados, tos, etc.), el estigma y la evitación se acrecentarán.

Si la enfermedad es identificada generará más rechazo, acrecentándose más si cabe con algunos padecimientos negativizados socialmente como el VIH.

“Andaba mirando por los alrededores del local de Esperanza. Una puerta se abrió y me dijo que los drogatas era en el otro lado”. (Diario de Campo).

“Al acercarme a la puerta, vi como dos señoras mayores se apartaban de mí”. (Diario de Campo).

En ambos casos, mi indumentaria y la cercanía a un centro de drogas, hizo que las personas que estaban por los alrededores y sabían de la existencia de este lugar, aplicaran sobre mí las mismas estrategias que sobre el resto de los usuarios: peligrosidad y evitación.

Las principales enfermedades que podemos encontrar asociadas al consumo son: hepatitis, bronquitis, cirrosis, algunos tipos de cánceres, enfermedades cardiovasculares y mentales, abscesos en la piel, etc. Serán las condiciones de uso, la

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

frecuencia, el tipo de sustancia, la persona y el método de consumo, aquellas variables que posibiliten el desarrollo de alguna de las anteriores dolencias.

“Yo fumaba heroína, pero nunca tuve nada. Vamos, que estaba sanísima. Pero la gente me trataba como una apestada. Mis amigos que lo sabían, no querían compartir ni un cigarro conmigo. Se creían que compartía jeringas o algo así y que podía tener de todo” (Yolanda.45. N.A. más de un año limpia).

Como ya hemos comentado, el concepto escalada de adicto ha sido muy utilizado en el ámbito de las adicciones. Desde él se argumentó la relación directa entre consumo de drogas y la aparición de enfermedades, repitiendo la lógica de pensamiento ya explicada sobre la existencia de drogas de entrada, que llevan inexorablemente a consumir otras. Este concepto explica como el consumo de sustancia termina inexorablemente en la aparición de estas dolencias, lo cual no tiene por qué ser necesariamente así.

Yolanda tenía muy pocas posibilidades de contraer el SIDA por el tipo de consumo que realizaba, pero su contexto actuaba con ella como si se la inyectase y pudiera desarrollar padecimientos vinculados con lo sanguíneo.

Estos modos de interpretación, prácticas, complejos normativos y discursos son conjugados en términos de aversión hacia el consumidor, generando la aparición de un juego de posiciones en torno a las categorías salud/enfermedad, actuando como mecanismo estigmatizador y de evitación en el campo de consumo de drogas.

3.12. ¿Qué hay después de los Grupos de N.A?

En una de las reuniones a las que asistimos, escuchamos la siguiente pregunta:

“¿Es necesario que siga asistiendo a las reuniones toda la vida?”. La verdad es que me produce mucho malestar tener que pensar que voy a venir toda mi vida” (Santi. 27. N.A. 9 meses sin consumir).

Este informante consultó a sus iguales una de las dudas más repetidas en las reuniones y que mayor malestar genera: **la perpetuidad en el grupo.**

La imagen del adicto en recuperación **cronificado**, es una estrategia organizativa introducida como parte del proceso terapéutico. N.A. aboga por la necesidad de asistir **siempre** a las reuniones, manteniendo una coherencia ideológica con el concepto de adicto que manejan (enfermo crónico), sus prácticas terapéuticas y los marcos de

Universidad Complutense de Madrid.

sentido que promueven (el grupo como parte importante y trascendente en todo el proceso). Esta perpetuidad influye en la organización de sus grupos, ya que en caso de no ser pensados en estos términos, cada una de sus unidades constituyentes abogarían por su propia supervivencia. Esto no es lo que busca N.A., de ahí que articule una imagen de proceso sin fin.

A Santi le respondieron:

"No es necesario, pero casi todos lo queremos, y puede que nos convenga a la mayoría".
(Emilio. 50. N.A. Más de cinco años sin consumir).

Realmente, nadie está obligado a permanecer toda la vida en las reuniones. Pero sí que es lo aconsejable que lo haga, tanto para él como para el grupo en términos de efectividad terapéutica.

En Esperanza, salvo aquellos muy vinculados con labores de servicio, las personas con mayor cantidad de abstinencia acumulada no vienen a todas las reuniones. De hecho suelen venir a bastante pocas.

"Yo vengo cuando tengo tiempo o cuando me pasa algo que me recuerda al consumo. N.A. me ha devuelto tantas cosas que ya casi no tengo tiempo de nada. Son cosas normales de la vida normal, que es complicado compaginar con asistir a reuniones todos los días" (Ángel. 50. N.A. Dos años sin consumir).

Ángel explica cuando utilizan el grupo las personas con mayor tiempo de limpieza: cuando tienen algún problema en su vida cotidiana. Estos asisten a la reunión y piden consejo a aquellos susceptibles de poder hacerlo. Aquellos con mayor cantidad de experiencia acumulada.

La abstinencia, poco a poco irá **recolocando** a los usuarios de Esperanza en situaciones que durante el consumo activo habían perdido: pareja, trabajo, estudios... Como hemos señalado, significar este tipo de pérdidas en base a la abstinencia o el cerebro de adicto, es una estrategia exculpadora que responde a las explicaciones del paradigma práctico/significativo que maneja N.A. Algunos de estos objetivos se conseguirán y otros no, lo cual genera desilusión en algunos usuarios. Estos, al estar en una posición de consumo controlado y sufrir una decepción con el recurso que no les ha dado lo que querían, acaban perdiendo la identificación con el núcleo central, junto con la dificultad de compaginar las reuniones con aquello que sí se ha recuperado (trabajo, familia, etc.), hace que al final se termine por abandonar el grupo. Esto, junto

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

con la dificultad de compaginar las reuniones con aquello que sí se han recuperado (trabajo, familia, etc.), hace que al final algunos terminen por abandonar el grupo.

La misma actitud práctica a la que nos hemos referido durante nuestro análisis, sirve para explicar este dinamismo. Si el dispositivo ofrece lo que el usuario busca y este interpreta sus avances terapéuticos en términos positivos sigue viniendo, dejando de hacerlo en caso contrario. Si como hemos argumentado los procesos de identificación y la incorporación de disposiciones en una nueva subjetividad a través de la acumulación de tiempo de abstinencia son generados por el dispositivo, para que esto suceda, es importante valorar al grupo en sí, siendo lógico que una vez conseguidas los objetivos por los usuarios, el grupo pierda centralidad. Para que el grupo perviva, estas dinámicas generan fuerte adhesión a este en el inicio del tratamiento, a través de los procesos identificativos y de incorporación de disposiciones sobre la nueva relación con la sustancia, las cuales poco a poco pierden importancia y centralidad, según la nueva subjetividad incorporada genera nuevas inquietudes las cuales no pueden ser respondidas en este ámbito.

“Llegué a N.A. sin nada: ni pareja, ni trabajo, ni salud... Ahora, siguiendo su programa. Tengo de nuevo todo. Eso quiere decir, que también tengo los problemas que tiene una persona normal de la calle... pero... ¡Bendito problema! (Ángel. 50. N.A. Dos años sin consumir).

Durante nuestra investigación ha sido muy complicado poder realizar observación sobre fenómeno de abandono del grupo. A pesar de esta dificultad, las preguntas a aquellos con mayor tiempo de limpieza que siguen viniendo de manera regular y a los pocos con los que hemos coincidido con el tiempo más prolongado de abstinencia, nos han servido para poder llegar a las ideas plasmadas en este breve apartado.

3.13. La tecnología en Narcóticos Anónimos.

A pesar de un lapso de tiempo tan grande entre los dos períodos de observación comentados en el apartado 1, la similitud en el perfil de la gente, la manera de articular el intercambio de saberes prácticos, las fases de la reunión, el perfil de los usuarios, etc. observamos una diferencia que sí merece la pena ser destacada, aunque sea de forma breve. Nuestra vuelta al campo de estudio evidenció como ciertos

avances tecnológicos habían modificado algunas de las estrategias terapéuticas usadas en el grupo Esperanza. Durante el primer tramo de observación realizado para esta tesis doctoral, la gran mayoría de grupos visitados tenía e-mail y un teléfono de contacto. En la actualidad gran número de estos, los comités y demás estamentos de N.A. tienen perfil en redes sociales, buscando poder llegar a mayor cantidad de personas y generar la sensación de contacto la mayor cantidad de tiempo posible.

Las reuniones por videoconferencia son cada vez más numerosas, facilitando a aquellos que no puedan ir un método más para poder hacerlo, aunque ellos mismos las cataloguen de peor calidad. No hemos podido participar en ninguna aunque intuimos, dada la ritualización tan fuerte que tienen estas, que serán parecidas a las que nosotros hemos podido observar. Manteniendo fases similares, usando los compartires de la manera que hemos explicado, aunque la barrera tecnológica actuará como un tamiz mitigador de la calidad de los consejos recibidos en ellas.

Para finalizar, queremos hablar de la aplicación de mensajería whatsapp. Esta ha modificado un poco las reuniones. Antes era poco común ver a alguien mirando en las reuniones el teléfono. Desde la irrupción de esta App, se convirtió en algo tan molesto, que se tuvo que prohibir.

“Por favor, por respeto a vuestros compañeros y a la calidad de los compartires, pido que nadie esté con el teléfono en las reuniones.”. (Ángel. 50. N.A. Dos años sin consumir).

También se han creado *“grupos virtuales”* a través de ella, generando una mayor red de apoyo, así como una diferentes modos de intercambio de saber basado práctico de forma instantánea. No se mantienen reuniones a través de esta plataforma.

“Sé que no es lo mismo. Pero si tengo muchas ganas de consumir puedo escribir en el grupo. Me han dicho que llame, pero también puedo hacer esto”. (Dalila.45. N.A. 2 meses sin consumir).

Los integrantes de Esperanza lo ven como una posibilidad más. Un recurso de urgencia. Los grupos de whatsapp en los que prima la inmediatez, un anonimato verdadero y la no especialidad de sus integrantes, no influyen en el grupo nuclear, dado que saben que uno no puede ocupar el papel de los grupos reales. *“Esto del whatsapp está muy bien, pero para situaciones de emergencia. El grupo es el grupo”.* (Ángel. 50. N.A. Dos años sin consumir).

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Estos grupos virtuales, suelen estar formados por aquellos integrantes que mayor cantidad de tiempo llevan en Esperanza, siendo usados para frenar tirones de consumo y para cuestiones personales sin relación con la recuperación.

A pesar de no tener muchos registros sobre esta nueva herramienta, los usuarios a los que escuchamos hablar sobre este tema saben de las limitaciones que tiene (texto, espacio, etc.), con lo que nunca podrá cubrir lo conseguido en las reuniones.

La tecnología está cambiando muchos ámbitos de nuestra sociedad, viéndolo reflejado en N.A. Esperamos más adelante, poder retomar un tema tan interesante como la tecnología y N.A.

*4. Saber teórico, recursos
asistenciales, procesos
terapéuticos y Centros de
Atención al Drogodependientes.*

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Nosotros entendemos por modos asistenciales a dispositivos de intervención en adicciones, a través de los cuales se ejerce una estrategia general de gobierno vinculada con lo definido como **saludable y lo que no**. En ellos se producen interacciones entre el saber experiencial y el práctico, plasmadas en un proceso definido contextualmente como terapéutico. Estos recursos ofrecen estrategias, herramientas y contextos donde poner en juego estos conocimientos, intercambiándoles a modo de capitales. Según el tipo de intervención, concederá más importancia a un saber concreto, coincidiendo con la definición que en él se maneje sobre la adicción y su forma de abandonarla. El conocimiento generado en ellos, responde a un modo de gobierno basado en relaciones de poder y saber concretas, orientadas a “*normalizar*” y “*disciplinar*” aquello considerado como problemático.

Ya hemos comentado como **la abstinencia**, tanto en el recurso que vamos a analizar a continuación como el explicado en el apartado 2 de esta tesis doctoral, es instrumentalizada a modo estrategia terapéutica. Interpretarla como un **capital simbólico**, favorece la posibilidad de ser acumulada y le dota de capacidad generadora de Modelos de significación sobre la adicción y de jerarquías en los grupos. No tendremos las mismas respuestas desde un recurso como N.A. que define como necesaria la **abstinencia total** para avanzar en el proceso terapéutico, que otros en los cuales se toleren ciertos consumos. Sucediendo lo mismo en aquellos que traten de paliar la adicción a una sustancia con el uso controlado de otra⁴³, en los cuales el intercambio de conocimiento práctico juega un papel secundario en el diseño general de sus estrategias terapéuticas.

En este apartado centraremos nuestro análisis en el proceso terapéutico y las diferentes herramientas y dinámicas que un C.A.D. ofrece para abandonar la categoría de adicto, todo ello contextualizado por la cosmovisión que maneje el propio dispositivo sobre la adicción y la manera de recuperarse de esta. Los individuos que conforman el grupo seleccionado, disponen de un escenario similar al de Esperanza. En

⁴³ Menese y Charro (2000), muestran como en la actualidad se están implementando programas de consumo responsable de sustancias como el alcohol en ciertas asociaciones privadas. Respecto a la segunda idea, ya hemos hablado de los Programas de Mantenimiento con Metadona en los cuales se trata de controlar la adicción a la Heroína suministrado de manera pauta otra sustancia similar como es la metadona.

él intercambian experiencias de recuperación, aunque la presencia del profesional y el papel del saber experto, hacen que las dinámicas y el resultado final varíen.

El C.A.D. forma parte de un dispositivo más amplio, el cual maneja un Modelo Explicativo sobre las Adicciones hegemónico que influirá en las dinámicas de nuestro grupo de estudio. Como ya hemos explicado, Esperanza también forma parte de un recurso mayor, generando un proceso de aseveración del marco de definición sobre las drogas que maneja la asociación en la que está contenido similar en del C.A.D.

El grupo del C.A.D. y sus propios integrantes, producen y valora los objetivos buscados en él. Si en **Esperanza** era su **núcleo central** de usuarios el que (respetando la ideología de la organización) generaban las directrices del grupo, en el C.A.D. será **el profesional** encargado de gestionarlo el que acepte o restrinja el acceso al conocimiento que los usuarios ponen en juego en él. Ambos recursos generan y utilizan estructuras lingüísticas particulares. Si bien en Esperanza estas son un instrumento sobre el articular el proceso de asimilación de su nueva subjetividad basado en **particularidades** de alguno de sus integrantes, el grupo del C.A.D. organiza sus intervenciones a través de discursos basados en **generalidades**, pudiendo de esta manera ser acomodado a la realidad de cada uno de sus integrantes.

“Mi intención es dejar de consumir, pero no quiero dejar a mis amigos. Aquí me han dicho muchas veces que les deje, pero no quiero.” - (Perlas. 35. C.A.D. P.M.M.).

“Lo siento Perlas. Lo más seguro es que dejes a tus amigos. Es lo que aconseja todo el mundo y yo, como persona que he estudiado para trabajar en el ámbito de las drogas, sé que es la mejor manera de hacerlo” (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

Doro, principal profesional del grupo analizado, es la herramienta para reconducir y articular estrategias sobre las que tratar de conseguir la recuperación, en los términos que propone el C.A.D. Esta figura encontrará su legitimación interventiva en su condición de experta y, como analizaremos más adelante, en su experiencia acumulada a través de sus años de trabajo y conocimiento de conocer la trayectoria de los usuarios del grupo.

En el C.A.D. encontramos diferentes programas. Como hemos comentado en la parte 1 de este trabajo, en ellos conviven tanto los PLD (programas libres de drogas) como los PRD (programas de reducción de daños). Ambos buscan a través de distintas herramientas, llegar a un objetivo similar: la abstinencia. Aunque si el objetivo de los

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

PRD es mantener al consumidor lo más saludable posible, hasta que esté en disposición de buscar la abstinencia (si llega alguna vez a estarlo), mientras que el otro tipo de intervención basa todo en la obtención de la sobriedad.

El grupo analizado en este apartado es considerado por el recurso superior como una herramienta complementaria a las intervenciones individuales realizadas con los profesionales⁴⁴ en el proceso de rehabilitación.

4.1. Marco normativo y desglose institucional en las adicciones.

El artículo 43 de la Constitución Española describe el papel del Estado respecto a las adicciones:

1. *“Se reconoce el derecho a la protección de la salud”.*
2. *“Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”.* (Constitución Española de 1978).

También encontramos referencias similares en la Ley General de Sanidad⁴⁵ y en la Ley de Drogodependencias y Otros trastornos Adictivos⁴⁶. Esta última registrada tanto en el Boletín Oficial del Estado, como en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid.

De la ley 5/2002 sobre drogodependencias, es interesante destacar la equiparación de la adicción con otras enfermedades, así como la influencia de esta en el ámbito biológico, psicológico, social y económico, presentándose en ella las principales bases ideológicas en las cuales se basa cualquier recurso asistencial sobre adicciones del Estado Español.

Madrid tiene dividida las competencias referidas a las adicciones, con lo que podemos ver dos instituciones que legislan este fenómeno:

- El **Instituto de Adicciones**, con competencias y responsabilidad a nivel **municipal**.

⁴⁴ Consultas realizadas con el médico, trabajador social, psicólogo, etc. de manera individual.

⁴⁵ En su artículo 6º relacionado con las Administraciones Públicas Sanitarias y su orientación a promover la salud y garantizar la recuperación de esta en caso de perderla. Ley 14/1986 (bibliografía).

⁴⁶ En la que se refieren a garantizar la atención integral a los drogodependencias y otros trastornos adictivos vistos como una enfermedad común. Ley 5/2002.

- Y la antigua **Agencia Antidroga**⁴⁷ a nivel de **Comunidad Autónoma**.

Esta división existente a nivel institucional genera competencia y solapamiento tanto a nivel de recursos como de profesionales entre las dos redes asistenciales.

Buscando facilitar una mejor comprensión por parte del lector de la complejidad de las dos redes asistenciales sobre drogas existentes en la región de Madrid, vamos a enumerar los principales recursos de ambas.

Durante nuestro período de observación en el C.A.D. y nuestra etapa de colaboración con la **Asociación Proyecto Hogar**⁴⁸, vimos cómo las partidas económicas asignadas en los presupuestos de las respectivas Administraciones, están determinadas por el número de beneficiarios del recurso, lo cual se constituye en criterio central para la renovación del contrato o convenio con el programa. Ello determina a su vez, no sólo aspectos como los materiales a utilizar y el número de profesionales, sino también la existencia misma del recurso, incorporando esto una lógica neoliberal de mercado en los dispositivos, los cuales compiten por sus usuarios.

“No te voy a mentir Diego –me dijo Son con cierta tristeza- las cosas no están bien. El número de altas y de ingresos está bien. Hemos mandado la Memoria anual y nos han dicho que está todo bien pero... los recortes puede que hagan que al final tengamos que cerrar⁴⁹”. (San. 55. C.A.D. Profesional. Coordinadora del recurso).

San, persona responsable del recurso analizado, enumera las principales variables que influyen en la continuidad de un recurso: ingresos y altas conseguidas, estando vinculadas en su mayoría con la lógica de mercado que impera en este tipo de dispositivos.

La falta de presupuesto hizo que el recurso analizado cerrase al poco de finalizar nuestra observación, a pesar de funcionar a la perfección. La supervivencia o no

⁴⁷ En la actualidad las competencias de esta institución han sido transferidas a la **Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid**, en un intento de recortar la gran deuda que Madrid tiene a nivel comunitario. Para esta investigación, continuaremos utilizando la antigua nomenclatura dado que en la gran mayoría de los recursos consultados, webs, artículos, etc. la siguen usando.

⁴⁸ Asociación Proyecto Hogar es una entidad no lucrativa. Su principal foco de actuación es mediar ante situaciones problemáticas, de riesgo o exclusión social, especialmente ante aquellas asociadas al ámbito de las drogodependencias. La entidad se desarrollan diferentes programas y proyectos que contemplan actuaciones en este sentido. <http://www.proyctohogar.org/>

⁴⁹ A día de hoy, el C.A.D. seleccionado para este estudio ya no está en funcionamiento, habiéndose escindido con otro.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

de estos de modos asistenciales está determinada por variables cuantitativas y no por otro tipo de cuestiones.

A través de la Memoria ⁵⁰ los recursos presentan un seguimiento de toda su actividad a lo largo de un año, justificando en ella el uso del dinero que se les ha asignado. Durante el período de escritura de este documento, se suele interrumpir alguna que otra actividad habitual en el dispositivo y, la gran mayoría de los profesionales, trabajan en su redacción. Muchos de los centros suelen tener plantillas, las cuales son completadas con los datos actualizados del año en cuestión. En algunos los números son exagerados un poco, buscando no perder las subvenciones.

Al final, escribir este documento solo puede ser entendido como un formalismo anual, el cual puede determinar la continuidad o no del recurso. De ahí los pequeños “*embustes*” a la hora de su redacción, con la intencionalidad clara de mantener los puestos de trabajo y poder seguir ofreciendo el servicio a sus beneficiarios.

La principal herramienta de las dos redes asistenciales a las que nos hemos referido son los **Centros de Tratamiento a Drogodependientes**. La Región de Madrid dispone de 33 de estos, cuyo principal objetivo es según la Agencia Antidroga (2015), *“proporcionar un tratamiento de calidad, con un abordaje integral e individualizado, personalizado y adaptado a las necesidades y especificidades de cada paciente”*.

⁵⁰ Documento escrito que todos los años que presentan la gran mayoría de los modos asistenciales a modos de justificación sobre los recursos que han utilizado. Suelen ser análisis cuantitativos obtenidos, organizados y analizados de manera más que dudosa, los cuales sirven para seguir o no optando a las subvenciones y partidas económicas.

CENTROS DE ATENCIÓN INTEGRAL A DROGODEPENDIENTES: 33		
Ciudad de Madrid: 14	Municipios: 19	
CAID Norte (2)	CAID Alcalá de Henares (1)	CAID Mejorada del Campo (1)
CAID Sur (2)	CAID Alcobendas (1)	CAID Parla (1)
CAID Este (2)	CAID Alcorcón (1)	CAID San Fernando de Henares (1)
CAID Vallecas (3)	CAID Aranjuez (1)	CAID S. Sebastián de los Reyes (1)
CAD Arganzuela (4)	CAID Arganda del Rey (1)	CAID Móstoles (2)
CAD Hortaleza (4)	CAID Collado Villalba (1)	
CAD Latina (4)	CAID Colmenar Viejo (1)	
CAD San Blas (4)	CAID Coslada (1)	
CAD Tetuán (4)	CAID Torrejón de Ardoz (1)	
CAD Vallecas (4)	CAID Fuenlabrada (1)	
CAD Villaverde (4)	CAID Getafe (1)	
CCAD Santa Hortensia (4)	CAID Leganés (1)	
CCAD Casa de Campo (4)	CAID Majadahonda(1)	
CCAD Fúcar (4)	CAID Mancomunidad Los Pinares (1)	

(1) Convenio de Colaboración con Entidad Local (2) Contrato de Gestión de Servicio Público
 (3) Recursos propios de la Agencia Antidroga (4) Instituto de Adicciones

De estos, 24 son **Centro de Atención Integral al Drogodependiente** (C.A.I.D.) gestionados por la Comunidad de Madrid. De ellos 7 son **Centros de Atención al Drogodependiente** (C.A.D.), llevados por el Ayuntamiento de Madrid. El resto que figuran como **Centros Concertados de Atención al Drogodependiente** (C.C.A.D.), son responsabilidad del Ayuntamiento, pero gestionados por asociaciones externas.

Madrid dispone además de 118 plazas en **Centros Residenciales de Tratamiento**, en los cuales se ofrece un tratamiento más intensivo **no ambulatorio**. 105 están destinadas al abandono del consumo y 13 a la desintoxicación únicamente física de la sustancia, los cuales son utilizados por aquellos usuarios sobre los que profesionales han determinado que no pueden dejar de consumir por si solos.

Tratamiento en Centro Residencial – Comunidad de Madrid				
	Nº de Plazas	Dispositivo	Plazas por dispositivo	
Agencia Antidroga	95	Unidades de desintoxicación hospitalaria (UDH)	10*	
		Centro residencial de tratamiento	Adultos	55
			Menores	5
		Centro atención Integral a Cocainómanos	25	
Instituto de Adicciones	23	Unidad de desintoxicación de alcohol (UDA)	3	
		Unidad de Patología Dual	20	

4.2. La Agencia Antidroga.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Sus competencias han sido traspasadas a la **Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid**, ordenado todo ello por el Gobierno del Partido Popular encabezado por Cristina Cifuentes⁵¹. En Julio de 2015 a través de un Decreto Ley, traspasaron las capacidades de la Agencia, a esta otra según el Decreto 195/2015. La institución que estamos analizando, así como el Instituto de la Familia y el Menor, el Instituto del Deporte y el Centro de Medicina de Deportiva, desaparecieron con la intención de disminuir el gasto de la Comunidad de Madrid, siendo una extensión de las políticas generales del Gobierno de P.P. de recortes en lo social.

La **Agencia Antidroga** era un Organismo Autónomo de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Su creación fue el 19 de diciembre de 1996, a través del decreto Ley 11/1996. Ley 11/1996, entendía la **drogodependencias** como un *“problema colectivo que exige respuestas coordinadas, globales y efectivas”*. El párrafo anterior es tan interesante, que merece un análisis a parte.

El sustantivo **problema** nos remite a las reflexiones ya comentadas en este texto respecto a la obra de Romaní (1999), sobre la generación en España **del problema de las drogas**. En el 1996 y tras muchos años interviniendo en las adicciones desde un punto de vista individualista/simple, esta se modificó añadiendo el concepto *“colectivo”* el cual dotó a las adicciones de un carácter plural e influyó en el tipo de intervención a realizar en ellas. Los modelos explicativos sobre adicciones más antiguos, con su visión individualizada del fenómeno, lo reducían todo a variables biomédicas. Como esto no reportó los resultados esperados ampliaron su marco explicativo, sentando las bases del ya explicado Modelo Bio-pisico-social.

Las principales líneas de trabajo de la Agencia Antidroga eran:

- Conocimiento periódico del consumo de drogas y otros trastornos adictivos.
- Prevención.
- Asistencia y reinserción.
- Inspección y registro.

⁵¹ Política afiliada al P.P. que desde el 24 de Junio de 2015 es presidenta de la Comunidad de Madrid, con lo que es la máxima responsable de todas las políticas a nivel de Comunidad, políticas que a veces chocan con las promulgadas por lo que sería el Ayuntamiento de la Ciudad de Madrid.

- Formación.
- Información.

La Agencia Antidroga (2015), organizaba sus actuaciones alrededor de estos vértices, aunque sus intereses se centraban en la prevención. Esta institución creía que si se hacían buenas campañas alrededor basadas en este tipo de intervención, se minimizará la necesidad de generar/utilizar otros recursos terapéuticos de intervención directa.

La prevención basada en conductas saludables que fomentan un tipo concreto de salud, muestra como esta institución y sus recursos son tecnologías de poder a través de las cuales se legislan las adicciones de una manera concreta, similar a lo visto en N.A. Aquello que socialmente no sea catalogado como saludable, se evita y todas las tecnologías, dispositivos, estrategias de control, se pondrán en marcha para tratar de reconducir esta situación, formando parte esto de un tipo de gobiernos concreto. Tanto el C.A.D. como Esperanza, cada uno a su manera, son elementos reproductores de estas políticas. Generando ambos, con estrategias distintas, una relación con las adicciones, la cual queda plasmada de manera similar en los cuerpos de sus usuarios.

Como veremos más adelante cuando analicemos la red asistencial dependiente del Ayuntamiento, la existencia de esta duplicidad de recursos y dispositivos, es algo conocido y manejado por los usuarios.

“Que sí C.A.D... Que si C.A.I.D... Al final. ¿No son los dos lo mismo? (Bairon. 52. C.A.D.).

“A mí me ha vuelto loco... En un sitio me pedían que dejara de drogarme a “secas”. En otro que si la metadona. Uno que venga a consultas. Otro a la farmacia... Y se podían aclarar”. (Rosendo. 47. C.A.D. P.M.M.).

Esta dualidad de posibilidades asistenciales gubernamentales con diferencias en sus modos de tratamiento, genera bloqueos y desconcierto en aquellos usuarios que los utilizan. Ellos saben que los dispositivos están legitimados, pero no entienden las diferencias en el tratamiento. Esto no ocurría en Esperanza, dado que este dispositivo esgrimía un discurso basado en la idoneidad/efectividad máxima de su tratamiento sobre el resto, presentándole como la única opción

verdadera y común para todas las personas que mantenían una relación de dependencia con las drogas.

Veamos de manera resumida algunas de las líneas de actuación de la Agencia Antidroga.

4.2.1. Conocimiento periódico del consumo de drogas y otros trastornos adictivos.

Buscando tener un conocimiento del fenómeno de las adicciones, esta institución realiza una serie de estudios y encuestas. Su objetivo es aproximarse a la realidad de las drogas, así como a la percepción que los adolescentes, jóvenes y adultos de la Comunidad de Madrid tiene sobre ellas.

La agencia antidroga realizaba la **Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España** (EDADES) en Madrid. Era utilizada para conocer la situación y evolución del consumo de drogas de la población entre 15 y 64 años, promovida por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Se realizaba cada dos años, siendo la primera en 1995 y cuyo tamaño final de la muestra fue de 1.930 entrevistas.

4.2.2. Intervenciones desde la prevención.

La prevención sobre la que trabaja la Agencia Antidroga se centraba en las siguientes áreas: educativa, familiar, laboral, comunitario y de tiempo libre, generando dispositivos, herramientas y modos de actuar concretos. Como acabamos de comentar, la ideología de esta institución se basa en campañas de prevención óptimas. Ya que considera que este modo de actuar minimizará la cantidad de recursos interventivos, prefiriendo este modo de trabajo respecto al tratamiento.

4.2.3. Estrategias de asistencia y reinserción.

Esta institución cuenta con una amplia red asistencial, cuyo objetivo es dar la posibilidad a los drogodependientes de la Región de Madrid de ser atendidos y reinsertados.

Tiene 3 tipos de recursos:

- Los destinados a realizar un tratamiento de desintoxicación y deshabituación.
- Los destinados a reinserción.
- Los que buscan fomentar cuidados socio-sanitarios a la población consumidora de drogas.

C.A.I.D.

El objeto de este recurso es el de atender a personas en relación de dependencia hacia drogas, con la finalidad de lograr su deshabituación o remisión parcial del consumo, con carácter ambulatorio. Es el homólogo del C.A.D. analizado en esta investigación, pero gestionado por otra institución. La media en los últimos cinco años de personas que han recibido tratamiento en estos recursos es de 12.000, lo cual supone un número más que interesante para comprender la relevancia que tienen.

Recursos de Tratamiento en Régimen de Ingreso.

Serán aquellos usados por individuos que precisen de **internamiento** para abandonar el consumo activo. Se usa en personas a las que el tratamiento hospitalario no ha servido para conseguir los objetivos planteados.

Existen los siguientes:

📍 **Unidades de desintoxicación hospitalarias (UDH):**

Son tratamientos en régimen hospitalario, en los que se busca exclusivamente la **desintoxicación física** de sus integrantes. En ellos se lleva a cabo un proceso farmacológico, para mitigar el síndrome de abstinencia provocado por la suspensión total del consumo.

El proceso de acceso a estos recursos comienza con una derivación por parte de los centros de la red asistencial pública tanto autonómica como municipal, sin que esto suponga ningún tipo de restricción.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Existen tres distribuidos por la región de Madrid: **“Gregorio Marañón”**, **“Rodríguez Lafora”** y **“Ramón y Cajal”**.

📍 Centros Residenciales de Tratamiento:

También conocidas como **Comunidades Terapéuticas**, proporcionan tratamiento intensivo de desintoxicación y deshabituación a pacientes que no pueden ser tratados desde el régimen ambulatorio. En la Comunidad de Madrid existen las siguientes: **“Villaviciosa”**, **“El Álamo”**, **“El Batán”** (cerrada en la actualidad), **“Navalcarnero”** y una **“Comunidad Terapéutica de Madres”** (exclusiva para mujeres embarazadas y/ o con hijos a su cuidado). A ellas se llega a través de la derivación de los centros específicos de tratamiento de las adicciones.

📍 Otros dispositivos destacables:

Centro de Atención Integral a Cocainómanos (CAIC). Es un dispositivo especial, para tratar este tipo de adicción de manera no ambulatoria. El mero hecho de que el resto de los recursos hablen simplemente de tratamiento y no de una sustancia en concreto, es un indicativo más del heroinocentrismo que prima en la red asistencial, al cual ya nos hemos referido en esta tesis doctoral.

Unidades de Patología Dual. Centros en los que se trata a personas que manifiestan a la vez adicción a las drogas y algún trastorno psiquiátrico de manera conjunta.

Reinserción.

La Comunidad de Madrid dispone de un **Centro de Orientación Sociolaboral**, un **Servicio de Orientación Laboral** y **18 Talleres de capacitación profesional**. Estos recursos buscan mejorar la **cualificación** de las personas en tratamiento por adicciones, facilitando su inserción en el mundo laboral.

Como veremos más adelante, devolver al adicto la capacidad de poder trabajar, será uno de los principales objetivos que busque esta institución. Este modelo de

Universidad Complutense de Madrid.

intervención responde a las propias demandas de los usuarios de estos recursos, las cuales se centran en la recuperación de aquello que ellos mismos consideran que la drogas les ha arrebatado, significado en el paradigma de la pérdida.

Cuidados socio-sanitarios a la población consumidora de drogas.

La Agencia cuenta con un dispositivo móvil que promueve un conjunto de acciones (individuales y/o colectivas) dirigidas a minimizar los efectos del consumo de drogas, buscando mejorar la salud de sus usuarios. Su ámbito de intervención es tanto **sanitario** (curas, analíticas, vacunas, metadona, etc.), como **social** (asesoramientos, orientación, gestión de documentación, etc.), buscando acercar las intervenciones a la realidad de la adicción.

Otros Recursos dependientes de la Agencia Antidroga.

“Isidrobus”, programa “Radar”, unidad móvil “MAPI”, **Centro Asistencial de Reducción de Daños “Las Barranquillas”** (cerrado en la actualidad), centro “La Cristalera”, **Programa de Intervención Domiciliaria a Drogodependientes con Sustitutivos Opiáceos “Nido”**, Centro de Día “Los Almendros”.

Estos y otros recursos minoritarios, pueden ser consultados por el lector en Agencia Antidroga (2015).

4.3. Instituto de Adicciones.

Madrid Salud es un organismo autónomo del Ayuntamiento de Madrid, creado en 2005. Se encarga de gestionar las políticas municipales referidas a salud pública y drogodependencias. Esta institución también se ocupa de gestionar el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Como máximo responsable de ella, aparece el Gerente de Madrid Salud, coordinador general de salud de esta institución.

De este organismo dependen otras 5 organizaciones: el Instituto de Salud Pública de la Ciudad de Madrid, el Instituto Adicciones de la Ciudad de Madrid, la Dirección General de Servicios Administrativos, la Unidad de Comunicación de Madrid Salud y el Departamento de Evaluación y calidad.
Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.



El Instituto de Adicciones será el órgano que a nivel Ayuntamiento, tenga a su cargo las competencias y la gestión de los recursos destinados a la prevención, tratamiento y reinserción de las adicciones, gestionando los recursos generados con estos objetivos. Cuenta con más de 200 trabajadores, manejando un presupuesto (a día de hoy) de más de 25.000.000 de euros, los cuales son distribuidos de manera dispar, entre todos aquellos recursos que lo conforman.

4.3.1. Prevención.

El Instituto de adicciones (2011), fijó como principal objetivo preventivo respecto a las adicciones el *“desarrollo y la consolidación de diferentes acciones dirigidas a reforzar el papel de todos los agentes sociales que puedan participar del proceso de prevención dentro de la realidad de las adicciones”*.

Esta institución desarrolla sus programas preventivos en los ámbitos: **educativo, ocio, familiar y comunitario**. Gestiona, protocoliza y coordina dispositivos, los cuales articulan acciones conjuntas adaptadas a las necesidades contextuales de cada distrito en los que se divide Madrid.

Los principales dispositivos vinculados con la prevención son:

C.A.D.: Es la unidad básica del ámbito asistencial del Instituto de Adicciones, aunque podemos también citarles dentro de la prevención, dado que participan de algunos programas preventivos, dejando sus instalaciones y/o profesionales para que desarrollen intervenciones de este tipo.

Centros de Madrid Salud: Son dispositivos especializados en la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y otros problemas. En ellos no se busca tratar un padecimiento, como suele hacerse en los centros de atención primaria o especializada, sino directamente prevenirlos y prestar ayuda a las personas/grupos a fomentar "*estilos de vida saludables*".

El instituto de Adicciones cuenta con 16 de estos recursos, siendo un ejemplo más de dispositivos expertos que conforman tecnologías de poder, las cuales generan un tipo concreto de pensamiento, a través del cual se articula una estrategia de gobierno sobre la salud.

Vamos algunos de los principales programas relacionados con la prevención que articula esta institución.

El Programa Prevenir en Madrid.

Es una herramienta de prevención realizada en colaboración con la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense, dedicado a los profesores de 3º de primaria. Su ámbito de trabajo es el contexto educativo. Proporciona materiales y apoyo para que profesionales de la educación puedan contribuir a la prevención de las adicciones. La herramienta consta de un DVD con documentos audiovisuales para utilizar en el aula, un CD con el Manual para el Profesorado y una guía práctica de aplicación en contexto educativo.

Programa de Fomento de Factores de Protección.

Se dirige a alumnos de 6–18 años de centros educativos. Es un conjunto de actividades extraescolares orientadas a la prevención de las adicciones, que se aplican sobre un grupo que previamente lo haya solicitado. Ofrece alternativas "*saludables*" de ocio: grupos deportivos, cine y educación en valores, ciencia divertida, etc.

Programa de intervención en contextos de riesgo.

Su aplicación es también en el ámbito Educativo, buscando fomentar estrategias de sensibilización o información, que promuevan cambios en los factores que influyen en el consumo de drogas. Su ámbito de aplicación serán contextos de absentismo escolar cercanos a este tipo de instituciones..

Programa de intervención preventiva en contextos universitarios.

Es un programa de prevención a nivel universitario, cuyo objetivo es evitar el consumo en este contexto tan concreto. El tipo de intervención planteado es a través de actividades e información.

Servicio de Prevención del consumo de Alcohol y otros Drogas.

Es un programa de intervención familiar, el cual ofrece un servicio de orientación y atención a los problemas derivados del consumo de drogas en este contexto. Está formado por un equipo multidisciplinar que presta consejo a las familias por todo tipo de medios: teléfono, presencial, chat, email, etc.

Programa de formación familiar para la prevención de las drogodependencias.

Este recurso ayuda a formar a las familias sobre las adicciones, enseñando como intervenir en ellas, identificarlas y saber qué hacer en caso de que aparezca un problema con alguna sustancia en un contexto tan complejo como es el familiar. Utiliza el adiestramiento como estrategia preventiva, centrado en formar a todos aquellos miembros que conformen la unidad familiar.

Programas de prevención ligados al ocio.

Todos ellos buscan generar alternativas de ocio saludables, incompatibles con el uso de alcohol y otras drogas, así como el fomento de hábitos beneficiosos para la salud desde el deporte, la música y la lectura.

Los programas usados son: "**la tarde más joven**", "**La noche más joven**", "**La cultura es prevención: música y lectura**".

Programas de intervención comunitaria.

Se centran en mediar con las entidades de la zona en la que se vaya a ejecutar el programa, coordinando recursos, creando estructuras de colaboración ciudadana y fomentando el trabajo en red.

Buscan servir de nexo entre programas de la red estatal y aquellas pequeñas instituciones que realizan intervenciones vinculadas con lo social de manera independiente, todas ellas relacionadas con el ámbito de las drogodependencias y el trabajo con persona consumidoras.

Programas de intervención con colectivos de riesgo.

Es interesante destacar el programa "**¿Sales hoy?**", que promueve intervenciones directas de prevención y reducción de riesgos entre adolescentes y jóvenes, que acuden a zonas de ocio nocturno como: discotecas, lugares de botellón, zonas de bares, etc.

4.3.2. Reinserción:

Este departamento, a través de sus líneas de trabajo, genera programas y actuaciones que buscan favorecer el proceso de integración de las personas que están en tratamiento de su adicción.

Estos dispositivos están relativamente presentes en la vida de los usuarios del C.A.D. Actúan como referente futuro, ya que en caso de avanzar por el proceso de rehabilitación, cuando estén lo bastante controlados, si ellos quieren y el profesional lo considera, pueden complementarlo participando en ellos.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Lo laboral, tan presente en la recuperación al formar parte del paradigma de la pérdida, es bastante demandado por este tipo usuarios. Como veremos más adelante y de un modo similar a lo analizado en el C.A.D., instrumentalizar el trabajo y vincularlo directamente con el abandono del consumo, es una estrategia motivadora y atenuadora de la responsabilidad del adicto. La problemática se genera cuando algunos usuarios llegan a estos recursos estando abstinentes y no consiguen mejorar su situación laboral. Ahí se produce cierto “*desencanto*”, al descubrir que la relación entre no consumo/trabajo utilizada en el C.A.D., no es cierta. Son más las variables que influyen en esta situación y sobre todo, muchas de ellas no pueden ser controladas por el usuario, como es el caso del paro estructural que hay en nuestro país.

Tienen dos ámbitos de actuación: **el laboral/formación y preparación para el empleo.**

En él encontramos un conjunto de dispositivos residenciales para aquellos individuos que estén en tratamiento dentro de la red asistencial del ayuntamiento, que no tengan soporte familiar o convivencial. Buscan favorecer una vida independiente, autónoma y socialmente “*normalizada*” de los usuarios que han superado una primera etapa estabilizadora.

Básicos.

La estancia es gratuita, ofreciendo residencia (incluida manutención) durante 9 meses. Cuentan con un equipo técnico formado por: psicólogos, educadores y cuidadores de noche, que desarrolla una labor socioeducativa con los residentes dirigida a apoyar su integración social.

De Patología Dual.

Recursos exclusivos para usuarios diagnosticados de esta manera. Cuentan con un equipo técnico formado por psicólogos, un psiquiatra, una enfermera, terapeutas ocupacionales, educadores y cuidadores de noche. La estancia es gratuita en las mismas condiciones que en el anterior recurso.

De Autogestión.

Aquí tienen cabida personas que han superado la estancia permitida en los recursos anteriores y precisan de más tiempo. Están formados por un psicólogo, trabajador social y educador que **supervisan** el piso, dado que serán los usuarios aquellos encargados de su **gestión**. La estancia es de 6 meses y la manutención corre por parte de cada integrante.

Recursos de Apoyo a la integración Social Laboral.

Estos dispositivos buscan ayudar en la orientación sociolaboral, así como coordinar las actuaciones encaminadas a promover la inserción laboral de sus usuarios. Los beneficiarios de estos programas serán personas en proceso de rehabilitación, que usen los C.A.D. y presenten alguna necesidad relacionada con la formación/preparación para el empleo y su búsqueda.

Ser autosuficientes, económicamente hablando, es una de los principales logros a conseguir gran parte de los dispositivos de tratamiento de la adicción, como veremos más adelante. Aquí entran en juego el papel del recurso y de otras organizaciones externas a él, para conseguir algún tipo de ayuda económica que pueda dotarle de cierto poder adquisitivo.

Servicio de Orientación Laboral (SOL).

Es un recurso gestionado por la **Fundación Atenea Grupo GID**⁵². Su objetivo es apoyar la búsqueda de empleo y la reinserción social de drogodependientes en tratamiento procedentes de los C.A.D. En él se pone a su disposición un aula con ordenadores, acceso a internet, prensa, fax y teléfono, buscando facilitar la búsqueda de empleo. Tiene su propia bolsa de empleo.

Taller de formación de Carpintería.

⁵² La Fundación Atenea Grupo GID es una organización sin ánimo de lucro dedicada al estudio y la intervención en las diferentes formas de exclusión social, especialmente en problemas que afectan a la salud. Desde 1985 trabaja en programas de prevención y atención de drogodependencias, realiza investigaciones, desarrolla iniciativas de integración socio-laboral y colabora con otras entidades públicas y del tercer sector.
Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Es gestionado por la **Asociación Lakoma**⁵³. En él se busca la adquisición de hábitos, habilidades pre-laborales básicas/contenidos formativos dirigidos a la estabilización y la mejora de la integración social/acceso al empleo.

Talleres de formación ocupacional para jóvenes en situación de riesgo.

Dirigido a jóvenes comprendidos entre los 16 y 21 años iniciados en consumos de sustancias, su objetivo es apoyar la integración social y formación académica para su incorporación al mundo laboral. Está compuesto por talleres pre-laborales de mecánica de motos y electricidad. Son gestionados por la **Asociación Ciudad Joven**⁵⁴.

Talleres de empleo gestionados por la Agencia para el Empleo de Madrid.

Ofrece a los desempleados orientación laboral a través de seminarios sobre currículum, procesos de selección, búsqueda de empleo, informática, etc.

Destacamos dos talleres más como son el **Taller de inserción ocupacional municipal de vivero y jardinería de Vallecas** y **Taller de limpieza y acondicionamiento de zonas verdes de la Casa de Campo**. Ambos son programas de formación en jardinería y en acondicionamiento de zonas verdes, que ofrecen un contrato laboral de una duración aproximada de 9 meses.

Recursos vinculados con los indicadores yonkis.

Vestuario de préstamo para eventos especiales, servicio que ofrece préstamo de ropa para acudir a eventos singulares. Este recurso está gestionado por FERMAD⁵⁵.

⁵³ Una entidad sin ánimo de lucro en continua actualización y crecimiento, comprometida con el bienestar de los sectores más excluidos socialmente.

⁵⁴ La Asociación Ciudad Joven es una asociación sin ánimo de lucro que se constituyó en 1988 por un grupo de personas sensibilizadas con la problemática infantil y juvenil de Vallecas (Madrid). Promueve y gestiona diversos programas educativos con la finalidad de ofrecer un conjunto de servicios y actividades que respondan a las necesidades concretas de los destinatarios y de las destinatarias, entre los que está este programa laboral de mecánica de motos.

⁵⁵ Es una Organización no gubernamental y sin ánimo de lucro, que trabaja en el ámbito de las adicciones. Cuenta con todo un equipo de profesionales (psicólogos/as, trabajadores sociales y abogados/as) especializados en adicciones los cuales colaboran en varios proyectos.

Programa de tratamiento odontológico, es un dispositivo gratuito para los usuarios del Instituto de Adicciones, vinculado con la salud dental. Proviene de un convenio entre Madrid Salud y la Universidad Complutense de Madrid.

El objetivo de estos dos dispositivos es mitigar dos de los indicadores físicos sobre la adicción, que más alerta generan respecto a lo físico: la **vestimenta** y la **boca**.

En las reuniones del grupo del C.A.D. este tema era recurrente.

Los integrantes entienden sus dientes, como metáfora del progreso en la rehabilitación. Uno de los consejos interventivos que se les suele dar gira entorno a la salud dental, el cual es implementado por los usuarios cuando ya llevan bastante tiempo sin consumir, debido a que el riesgo de recaída podría poner en peligro la reparación de las piezas dentales.

“Rosendo, ¿qué pasa con los dientes, que no los llevas puestos?” - preguntó Doro algo enfadada.

“Es que me hacen daño”- responde este esquivando su mirada. “Como me hacen daño en las encías me los quito”.

“Después de lo que hemos luchado por ellos para que te atiendan en un lugar donde no sean caros”- dice Doro resignada.

“Yo le entiendo”- dice Villarreal con un tono afable. “No veas como duele... Yo a los dos días dije... ¡A tomar por culo los dientes! El que me ve como un yonki, que se joda. Y no los uso más. No son unos dientes hechos en la mejor clínica dental de Madrid...pero entiendo que las cosas gratis a veces no son tan buenas como las que cuestan dinero”.

“Si queremos normalizar la situación, una de las cosas que tenemos que hacer es ponernos los dientes, ya lo sabéis. Igual que ir aseados, no dar voces, etc...”- explica Doro con resignación.

“Yo pienso que Doro lleva razón”- comenta Tomasa. “Los dientes te cambian la cara. Hace que comas mejor... Si hasta estoy más buena con ellos...”

Nos reímos todos antes este comentario.

(Conversación entre Villarreal. 51. C.A.D. P.L.D., Doro. 32. C.A.D. Profesional, Tomasa. 41. C.A.D. P.L.D. y Rosendo. 47. C.A.D. P.M.M.)

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Los recursos que conforman el **Instituto de Adicciones** no solo buscan abandonar el consumo activo, sino normalizar la situación y reinsertar a la persona dentro de la sociedad. Por eso deben de ofrecer una serie de herramientas para que abandonen/mitiguen aquellos indicadores sobre la adicción a los que ya nos hemos referido.

Socialmente, hay una serie de símbolos corporales que evocan el estereotipo yonki. Ver por la calle a una persona encorvada, sucia y sin dientes evoca enseguida el estereotipo yonki, provocando que ese individuo reciba todo el estigma significador asociado a este concepto, aunque no tenga una relación de dependencia con ninguna sustancia.

El C.A.D, como veremos más adelante, recibe usuarios con evidentes marcas asociadas a esta imagen del yonki. Los dispositivos estudiados, como parte de unas tecnologías de poder, buscan un tipo concreto de posicionamiento respecto a lo saludable, tratando de disciplinar los cuerpos en lo aceptado socialmente. De ahí que dentro de la gran mayoría de los recursos asistenciales de drogas, se preste mucha atención a la mitigación de estas señales.

Recursos de información orientación y apoyo en materia jurídica.

Estos recursos del ayuntamiento de Madrid, asesoran a aquellos usuarios que tengan problemas con la justicia.

Servicio de Asesoramiento a Jueces e Información al Detenido (SAJIAD):

Busca favorecer la plena integración social de los drogodependientes con problemas judiciales, así como informar y orientar a aquellos con causas judiciales. Los servicios que prestan son: atención, información, orientación, asesoramiento y mediación especializada dirigida a operadores judiciales, drogodependientes detenidos o con

causas judiciales pendientes y a sus familias. El acceso es directo través del teléfono o los C.A.D. Este recurso está gestionado en la actualidad por la asociación **SIAD**⁵⁶.

“Hoy me ha llegado a casa un sobre con una citación para ir a los juzgados. Ya no me acordaba” - se lamenta Santos.

“¿Cómo que no te acordabas?” - le pregunté sorprendido.

“Diego- me dice sonriente- he hecho tantas cosas que ni me acuerdo. La mayoría de ellas ha sido cuando estaba puesto, con lo que imagínate”.

“Yo te recomiendo que preguntes al SAJIAD” - dice Doro. *“Son los que más saben”*.

“Si, tía... no sé qué será de mí si tengo que entrar en la cárcel ahora que estoy tan bien”.

(Conversación entre Doro. 32. C.A.D. Profesional, Santos. 45. C.A.D. P.L.D. y el etnógrafo).

Algunos usuarios del grupo del C.A.D. habían manifestados comportamientos catalogados como delictivos o tenían alguna “causa pendiente” con la justicia antes o durante su participación en él. A pesar de que el imaginario yonki generalice estas conductas a todos los usuarios de drogas, sabemos que no todos están relacionados con la delincuencia, aunque si es algo bastante recurrente. Debido a la gran prevalencia de problemas con la ley, se implementaron programas de asesoría legal buscando ofrecer soluciones a estos conflictos.

En el anterior discurso, vemos como Santos desconocía la existencia de estas faltas. En casos como el que acabamos de citar, la condición de drogodependiente puede servir como **eximente o atenuante** de las penas que se le impongan, dado que el sistema judicial considera la dependencia como un estatus físico que modifica la responsabilidad penal de aquel que comete el delito, de ahí que muchas veces se utilice la adicción a las drogas como herramienta para disminuir la penas impuestas.

El profesional deriva a quien considere a estos recursos especializados, para poder gestionar estas situaciones de conflictos con la ley. Estas causas con la justicia son definidas por los recursos y desde el paradigma de la pérdida, como infracciones hacia

⁵⁶ Asociación Servicio Interdisciplinar de Atención a las Drogodependencias (SIAD), es una asociación sin ánimo de lucro, fundada en 1987 que interviene en todos los campos sociales, principalmente en el jurídico-penitenciario.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

las normas socialmente aceptadas. Estas suelen haber sido realizadas durante el período de consumo, pudiendo ser recuperarse cuando este sea abandonado o mitigado durante un tiempo considerable.

El recurso, siendo coherente con la instrumentalización que estamos planteando de la adicción y su tratamiento, la culpabiliza con la intención de mitigar la responsabilidad en múltiples sucesos del adicto. La transforma en un “*chivo expiatorio*”, al cual vincular las responsabilidades de prácticamente todos aquellos sucesos escabrosos ocurridos durante el período de consumo, a la adicción⁵⁷.

Servicio de Mediación entre Drogodependientes Infractores y Víctimas:

Es un servicio que permite la reparación por parte del infractor del daño causado hacia otras personas, así como la resolución de conflictos a través de vías que necesariamente tienen que ser ajenas a lo judicial.

La entidad que lo gestiona es **Asociación Apoyo**⁵⁸

Recursos de mediación.

Estos programas buscan mediar en los posibles conflictos que sucedan dentro de la ciudad de Madrid, entre población consumidora y no consumidora, en diferentes contextos.

Programa de Mediación con Población Gitana.

Es un proyecto dirigido a población gitana con problema de adicciones, buscando que tanto las personas afectadas como sus familias, se incorporen y vinculen a los procesos de orientación laboral, formación y búsqueda de empleo.

Está gestionado por la **Fundación Secretariado Gitano**.

⁵⁷ Esta manera de entender la adicción, cobró fuerza durante el período de superación del Modelo jurídico, ya que así el drogodependiente y sus actos dejan de ser vistos como algo voluntario, identificándoles con situaciones en las cual él no tiene el control de sus actos buscando, como dice Esteve (2014), una estrategia para eludir de la autoinculpación refiriéndose al papel de otras variables distintas a la individual como determinantes.

⁵⁸ La asociación Apoyo se constituye a principios de los años 80. Su labor es la de aporta una vía de solución para los diferentes conflictos, complementaria a la respuesta ofrecida desde las instituciones. Universidad Complutense de Madrid.

Programa de Mediación Comunitaria en Drogodependencias.

Desarrolla toda una labor de mediación entre la comunidad vecinal, la red asistencial y la población drogodependiente. Uno de sus principales objetivos es procurar la integración en la red de tratamiento por parte de los usuarios de drogas, así como mejorar la imagen y la aceptación de los consumidores por parte del resto de los colectivos.

Este proyecto es gestionado por la **Asociación Proyecto Hogar**⁵⁹.

Durante la gestión del acceso al campo, realizamos un año de voluntariado en esta asociación pudiendo ser testigo del trabajo que realizan. Debido a la alarma social que generó la aparición de grandes concentraciones de personas con problemas de adicción, se creó este dispositivo.

Entre sus objetivos está el de rebajar la conflictividad en las zonas donde esto ocurre entre los vecinos, comerciantes e individuos con problemas de adicción, generar hábitos de vida saludables y derivar a otros recursos.

El material conseguido es tan rico, que esperamos tener la oportunidad más adelante de poder realizar un análisis detallado de este aspecto de la construcción social del problema de las drogas con él.

4.3.3. Asistencia.

El Instituto de Adicciones articula sus **recursos asistenciales** en distintos niveles de acción según el tipo de responsabilidades que atiende, aunque todos ellos realizan funciones complementarias. La diferencia entre ellos y las actuaciones que realizan vienen determinadas por el contexto, la forma de acceso y el nivel de especificidad de los mismos.

⁵⁹ Es una entidad no lucrativa constituida en 1989 cuyo objetivo principal es actuar ante situaciones problemáticas, de riesgo o exclusión social, especialmente ante aquellas asociadas al ámbito de las drogodependencias.



Veamos los distintos niveles desglosados:

Primer nivel o nivel de acceso.

Aquí encontramos ubicados los programas de **atención básica**, servicios de **orientación, información, detección precoz y captación** de personas con problemas de adicciones.

Este nivel es la **puerta de entrada** a la red asistencial, favoreciendo a su vez la derivación al nivel siguiente. Este objetivo es primordial para recursos como los **Servicios de Atención Básica de Proximidad**, los programas de **Mediación Comunitaria** o los **Servicios de Información y Orientación en Adicciones**.

Aquí también se incluyen otros dispositivos pertenecientes a red sanitaria general, como los **Centros de Atención Primaria de Salud** y los **Servicios Sociales**, los cuales también intervienen en el proceso de rehabilitación desarrollado por esta institución.

Pasemos a conocer los más importantes.

Centro de Atención Básica Sanitaria.

Ofrece asistencia a la población drogodependiente que se encuentre alejada de los recursos normalizados. Provee de materiales informativos sobre otros recursos de la

red, el consumo de sustancias, y ofrece un lugar donde pernoctar e intercambiar jeringuillas. Su principal objetivo es introducir a los usuarios a la red asistencial, centrandose su trabajo en personas que no quieren recibir tratamiento en los principales centros destinados para rehabilitarse de las adicciones.



En la actualidad, debido al cierre o modificación de algunos recursos del conjunto de recursos del Ayuntamiento de Madrid, este centro se desplazó al barrio de Vallecas prestando un servicio similar.

Programa Istmo.

Busca facilitar a la **población inmigrante** con problemas de drogas, el acceso y la utilización de la Red Municipal de Atención a las Drogodependencias.

Unidad Móvil Municipal de Reducción del Daño (MADROÑO).

Se trata de un dispositivo móvil que realiza pequeñas intervenciones sanitarias en su interior. También informa sobre otros recursos, ofrece comida y coordina actuaciones con otros dispositivos. Es usado por personas que no pueden/quieren usar otros recursos, de ahí que se les acerque de esta manera el tratamiento.



Segundo nivel: Los C.A.D.

En Enero de 1979 se pone en marcha el primer Centro de Atención al Drogodependiente, siendo este sobre el que gire esta parte de la investigación. En la actualidad existen 10 (entre C.A.D y los C.C.A.D.) centros dependientes del Ayuntamiento de Madrid, desde los cuales se presta atención **personalizada individual y/o grupal y en régimen ambulatorio** a la población drogodependiente. Estos recursos funcionan como centros de **referencia** para el tratamiento de la adicción, coordinando sus actuaciones con los demás recursos, aunque ocupando un papel principal en él.

Los **Centros Concertados de Atención al Drogodependiente (C.C.A.D.)**, no dependen directamente del Instituto de Adicciones, dado que están gestionados por asociaciones como Cáritas, Proyecto Hombre y Cruz Roja.

“A los C.A.D. se entra por examen; tipo oposición. A los C.C.A.D. se entra como a cualquier puesto de trabajo: entrevista, experiencia, enchufe... Si consigues trabajar en el C.A.D. tienes trabajo para toda la vida. En los otros... siempre te pueden despedir o que el recurso desaparezca”. (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

Doro reflexiona sobre la diferencia entre los funcionarios de los C.A.D. y los asalariados que encontramos en estos centros gestionados. En España, si accedes a un puesto de funcionario público, no puedes perder el trabajo salvo en contadas excepciones. Mientras que los “no funcionarios” sí que lo puede padecer. En tiempos en los que el paro estructural que acontece en nuestro país es muy elevado, los puestos de trabajo indefinidos y con poca posibilidad de pérdida

Universidad Complutense de Madrid.

tienen mucha demanda, de ahí el prestigio y la continua búsqueda de las plazas ofertadas en los C.A.D. por aquellos que no las detentan.

Este recurso será analizado en profundidad más adelante en este texto.



C.A.D. del distrito Latina. Madrid.

Tercer nivel: Recursos de Apoyo al Tratamiento.

Está conformado por dispositivos más específicos, a los cuales se accede desde el nivel anterior. La atención que se presta en ellos es muy concreta y limitada en el tiempo, buscando intervenir en alguna característica concreta de la adicción. Tras el período de tratamiento, son devueltos a los centros ambulatorios.

Veamos los principales dispositivos que conforman este nivel.

Centro de patología Dual.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Es un dispositivo de **tratamiento hospitalario**, donde se interviene tanto en la adicción como en trastornos psicológico al mismo tiempo. Para acceder a ellos, previamente han tenido que ser derivados por el C.A.D. El ayuntamiento de Madrid tiene 23 plazas, pudiendo estar en ellas entre 3 semanas y 3 meses. Posteriormente hay posibilidad de una segunda etapa para los pacientes dados de alta, pero siempre en un contexto ambulatorio.

Unidad Hospitalaria de Desintoxicación de Alcohol.

Es un recurso hospitalario donde se realizan **desintoxicaciones de alcohol**. Se usa en personas que no pueden realizar este paso sin apoyo hospitalario. A esta unidad pueden acceder individuos derivados de los C.A.D., teniendo 3 plazas en las cuales estarán como máximo 15 días.

Durante nuestro período de observación, pudimos ser testigos de cómo uno de nuestros informantes tuvo que usar este tipo dispositivo. Esta persona necesitaba cumplir con una serie de requisitos (sobriedad) para poder acceder a una terapia en régimen de ingreso: un **piso de tratamiento**. Al no poder hacerlo por sí solo, solicito la UDH. Al tiempo, volvió al grupo y este fue el relato sobre su experiencia.

“Cuéntame un poco tu experiencia en la UDA” - le dije a Santos.

“Buff – dijo suspirando. Es algo muy duro”.

Santos esperó un rato y dijo de sopetón: *“Es la peor experiencia que he tenido en mi vida. Yo sabía que tenía que dejar de consumir, pero no podía hacerlo. Para poder entra en el piso⁶⁰, tenía que ir limpio... vamos que no podía dar en las analíticas... con lo que pedí que me ingresaran. ¿Fue la peor decisión de mi vida!”.*

“Tan duro es” - le pregunté.

“Si”- me respondió. “Imagínate pasar todo el mono, pero encerrado entre cuatro paredes... Piensas que por estar en un hospital, cuando algo te duela te van a dar unas pastillas y ya está. Pero no es así...”.

⁶⁰ Para que los beneficiarios de estos recursos puedan acceder a ciertos tipos de recursos, se les pide analíticas limpias. Muchos de ellos, al no poder abandonar el consumo, son ingresados en estas unidades donde se le ayuda a eliminar toda la sustancia de su cuerpo.

“Me puedes contar un poco que es lo que te sucedió” - le pedí delicadamente.

“Es que no me acuerdo mucho...” - dice apenado. “Las primeras horas son tranquilas. Estas en una habitación, tranquilo... Pero poco a poco... empiezas a tener ganas de consumir y el cuerpo te empieza a doler...”

“Como ya sabes” - me dice mirándome a la cara. “Cada sustancia da un mono distinto. El de alcohol es muy jodido...”. “Tuve alucinaciones, me dolía todo... Solo veía a las enfermeras que entraban a la habitación a ponerme algo... Creo que hasta me ataron... Al final, te despiertas todo sudado. No sabes ni cuánto ha pasado ni nada, pero... poco a poco te recuperas... aunque estas machacado”.

“Joder” - dije sin darme cuenta. “Tiene pinta de ser muy duro...”

“Ni te lo imaginas” - me responde con la cara desencajada. “Luego, te tienen unos pocos días en observación, sin dejarte salir. Te hacen mil análisis... Un día te dicen... ¡Ya está! Y te largan a la calle”. Pero ya sabemos que si fuera todo en la recuperación, no habría drogadictos por ahí... Por eso sigo viendo al C.A.D. Para tratarme del resto de cosas que suceden con la adicción”. (Entrevista a Santos. 45. C.A.D. P.L.D.).

El paso por una UDH es una **situación límite** para la persona, tanto a nivel corporal como psicológico, a lo que hay que añadir todo lo que supone admitir la incapacidad para dejar de consumir sin este tipo de ayuda. Las personas que deciden optar por estos recursos, dejan en manos de la medicina aquello que por sí solo no pueden o consideran que esta es la mejor manera de hacerlo.

El usuario, según permanece en el grupo y participa de sus dinámicas, acumula una serie de conocimientos y estrategias las cuales pueden usar para su propio beneficio más allá de la recuperación, quedando plasmadas tanto en sus propias narrativas como en su propio cuerpo.

Santos es una persona que lleva en el momento de hacerle la entrevista, varios meses en el grupo. Siempre dijo que quería dejar la heroína pero no el alcohol. Cuando lo necesitó, utilizando el concepto de Donovan y Blake (1992), asume el rol de **“paciente bien informado”**, ya que usa las estrategias aprendidas en la red asistencial, para conseguir a sus intereses.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

La permanencia en el recurso, capacita al usuario para moverse por la red, quedando plasmada de manera simbólica en la manera de articular los discursos y los conceptos utilizados en ellos.

Las narrativas emitidas en el grupo, representan su progreso terapéutico, sirviendo además como herramienta legitimadora de la efectividad del recurso registrado en ellos mismos.

Pisos de Apoyo al Tratamiento.

Son **recursos residenciales** para drogodependientes mayores de edad, que están en las primeras fases del tratamiento. El Ayuntamiento de Madrid cuenta con 59 plazas las cuales pueden usar personas sin hogar, adolescentes y por último, el resto de perfiles.

Comunidades Terapéuticas.

Son también **recursos residenciales** que ofrecen tratamiento en régimen de **internamiento**. El período máximo de permanencia es de seis meses, pudiendo variar según la consecución de objetivos. Estos recursos son utilizados por usuarios que necesitan una separación temporal de su contexto social, para poder empezar el tratamiento.

El ayuntamiento de Madrid dispone de 144 plazas diseminadas por varios puntos de la geografía de España.

“Estar en una Comunidad Terapéutica es jodido. Estás encerrado, no puedes ver a nadie... Es parecido a la cárcel. Allí sólo haces que estar en el huerto o limpiar y otras chorradas. Consumir no consumes obviamente, ya que no hay droga y te hacen mil controles de orina. El problema es al salir... Allí todo se complica”. (Pedro. 50. C.A.D. P.M.M.).

“Yo ni de coña me voy a una Comunidad. Todo el día diciéndote lo que tienes que hacer... ¡Ni que fuéramos niños! (Rosendo. 47. C.A.D. P.M.M.)

Aquellos que tienen dificultades para seguir el tratamiento en los C.A.D. pueden ser derivados a una Comunidad Terapéutica. Estas tienen carácter voluntario, con lo que son ofertadas/recomendadas por los profesionales, pero nunca

impuestas. En ellas se priva a sus integrantes del contacto con lo de fuera, buscando así cortar con los contextos y relaciones vinculadas al consumo.

El método de trabajo es similar al comentado para otros recursos, ya que busca dotar de estrategias y normas a los adictos, al asumir como cierta la idea de la falta de estas en los usuarios que llegan al recurso. Las C.T. funcionan como elementos disciplinadores, usados para que el individuo normalice su situación. Muchas de las actividades que realizan son trabajar en huertos, mantener aseadas las habitaciones, cocinar para los demás... funcionando estos quehaceres como herramienta de **asunción de las responsabilidades perdidas**.

Como cuenta Pedro, *“lo relativamente fácil es mantenerse abstinentes”*. Este recurso nos muestra algo similar a lo expresado por Santos al hablar de su desintoxicación. Muchos de los dispositivos están orientados hacia la parte física de la adicción, la cual según sus palabras, *es algo fácil de mantener*. Pero el resto de variables que confluyen en ella, más allá de lo físico, han de ser trabajadas en contextos distintos a los aquí presentados, como son las reuniones en los C.A.D.

Centros de día:

Son aquellos que en régimen de estancia de diurna, sirven para apoyar los procesos de tratamiento realizados en otros recursos. El ayuntamiento de Madrid tiene dos, uno gestionado por **Cruz Roja Española** y otro por **Caritas Madrid**. Ambos ofrecen un espacio donde los integrantes de la red del ayuntamiento, cubren sus necesidades básicas (aseo, comida, dormir). Además trata de motivar el cambio y la mejora personal, ofreciendo también servicio de comedor, ducha, lavandería y alternativas de ocio como talleres, concursos, etc.

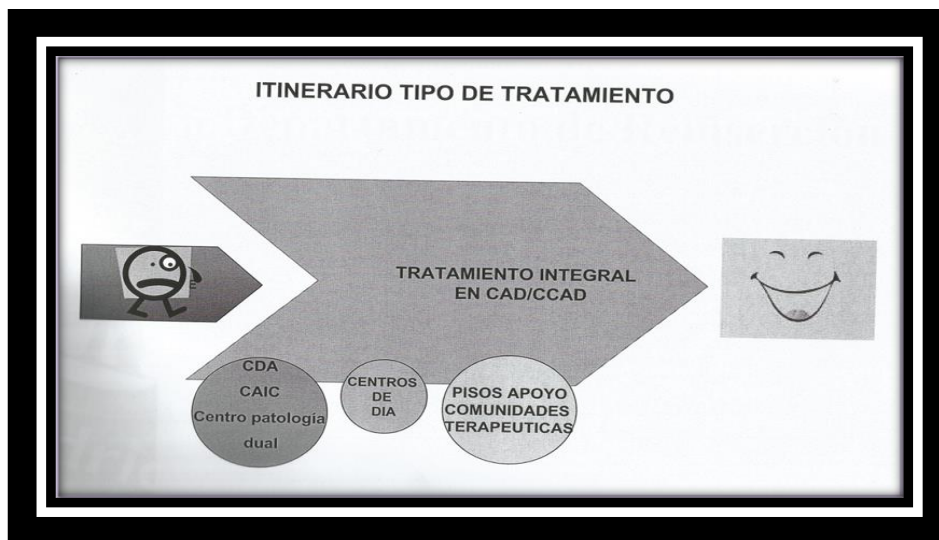
Pisos de Apoyo a la reinserción:

Conocidos también como P.A.T., son un espacio donde fomentar la **convivencia** entre personas en tratamiento por su adicción, considerándola como una **condición necesaria** para su rehabilitación.

Encontramos tres tipos: **Básicos** (usuarios sin apoyo avanzados en el tratamiento), **Patología Dual** (personas que provienen de los centros de esta patología concreta,

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

adelantado en el tratamiento) y **de autogestión** (para aquellos que necesitan más tiempo, después de los anteriores), similares a los ya comentados en el apartado de la Agencia Antidroga.



En Instituto de adicciones (2011), encontramos el anterior esquema para representar el itinerario que un adicto debe de realizar por sus recursos, para completar su rehabilitación. Analizándole, vemos el carácter dinámico del proceso simbolizado en las piernas que tiene el dibujo de la izquierda. También es interesante destacar como, a través de la cara triste, representan la negatividad de las drogas y su consumo, viendo como la persona que completa todo el proceso recupera esa “*sonrisa perdida*” representada en esa alegría, en la devolución de aquellas privaciones asociadas al consumo de drogas, las cuales son recuperadas al terminar el tratamiento. El proceso, tal y como lo muestran, es **rígido**. Has de seguir una dirección concreta y con una evolución determinada. No está abierto a posibilidades y, por supuesto, no deja cabida a la versatilidad individual.

Esta **protocolización** tan fuerte, busca dar respuesta a la mayor cantidad de personas con un perfil similar, provocando dos efectos:

1. Reducen la **variabilidad individual** de las personas y el consumo de sustancias, a una única trayectoria sin posibilidades de cambio.
2. Da respuesta a un **perfil concreto** de adictos, invisibilizando a los demás, siendo una muestra más del heroinocentrismo que prima en estos recursos.

Universidad Complutense de Madrid.

En la actualidad, la oferta de recursos asistenciales para tratar las adicciones es enorme. C.A.D., C.A.I.D., N.A., Proyecto Hombre, Tavad y un largo etc. configuran una enorme cantidad de propuestas relacionadas con el tratamiento de esta realidad social.

Los criterios de selección utilizado por las adictos a la hora de seleccionar recurso, suele ser la cercanía, el conocimiento previo tanto individual como el proveniente de una recomendación externa y el prestigio social que tenga. Aunque finalmente decidirá quedarse en él, si las respuestas a las expectativas que lo llevaron a dicha elección son cumplidas. Sin olvidar que aquello esperado, tendrá que coincidir con el Modelo Explicativo sobre las adicciones que maneje el recurso y sus profesionales.

“Yo he probado en muchos sitios, pero este es el único que me ha funcionado. No sé porque será, pero es el único. Las Comunidades me aburren, los grupos como A.A. me generan rechazo... Si lo pienso no sé por qué será... creo que se trata de que aquí, al final... estoy con gente que está como yo y que me quiere ayudar. A algunos llegué porque alguien me lo dijo, otros porque me sonaban... pero vamos... ¡Qué si no me convencían me iba”. (Berrin. 59. C.A.D. P.M.M.).

En el C.A.D. también es importante que se produzca esa **identificación** con los objetivos y el perfil de personas que lo conforma, como veíamos en NA.

Berrín muestra como permanecer o no en el grupo, es una decisión influenciada por la coincidencia entre los intereses particulares de cada persona y aquello que ofrece el grupo. Él mismo cuenta como seleccionó el recurso ayudado por conocidos y la cercanía física, pero permaneció en él al ver como se cumplían sus objetivos.

En Esperanza, la ideología de la asociación se difumina en la practicidad asistencial que supone la experiencia puesta en juego por sus integrantes, a través de sus narrativas en las reuniones. Como veremos en el C.A.D., los intereses de sus integrantes se topan con el Modelo Explicativo sobre las adicciones usado por el recurso y plasmado en los expertos, los cuales intervienen desde un protocolo terapéutico característico de las intervenciones sanitarias otorgando legitimidad a según qué intervenciones.

4.4. Centros de Atención al Drogodependiente.

Como ya hemos comentado, los C.A.D. son centros ambulatorios para el tratamiento de las adicciones. Su principal **método de trabajo** es, a través de una **valoración interdisciplinar** del usuario, ofrecer una práctica terapéutica integral adaptada a la realidad de cada persona. Esta se centrará no sólo en conseguir la abstinencia, sino en otros ámbitos como el psicológico, social y ocupacional, siendo esta la tendencia actual a la hora de intervenir en este campo.

Estos centros también gestionan otros programas cuya finalidad no es la abstinencia a corto plazo, sino mejorar las condiciones de salud durante el consumo basándose en la reducción de daños.

Además trabajan con los familiares de los usuarios, ofreciendo derivación temporal a otros recursos de la Red Asistencial del Ayuntamiento, si hubiera necesidad.

Este recurso está conformado por los siguientes profesionales: médicos, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeros, técnicos de laboratorio, auxiliares sanitarios y administrativos.

Desde la generalización del Modelo Biopsicosocial, la adicción dejó de ser entendida como un fenómeno únicamente biomédico. Ningún recurso actual se plantea intervenir con población drogodependiente, sin utilizar un equipo formado por profesionales de varias disciplinas. Buscando con esto ser capaces de cubrir la gran cantidad de variables que conforman una realidad tan compleja.

4.4.1. Perfil de los usuarios del C.A.D.

En este apartado vamos a presentar algunas características sociodemográficas de los usuarios y usuarias del recurso analizado en este trabajo, lo cual resulta relevante para comprender nuestro contexto de estudio.

Los datos presentados fueron facilitados por el propio centro, pertenecientes a la memoria que él mismo redactó y presentó al Instituto de Adicciones en 2015. Esta, al no ser publicada, no puede llevar su correspondiente cita bibliográfica, rogando al lector disculpe esa falta de referencia sobre los siguientes datos que va a leer.

PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO AÑO 2015				
CENTRO	<u>Personas en tratamiento</u> 01.01.15	<u>Pacientes Nuevos</u> en 2015	<u>Pacientes Reingresos en</u> 2015	Total Pacientes atendidos 2015
CAD	280	79	4	363

El ítem de “reingresos” está conformado por aquellos usuarios que, habiendo dejado el centro, vuelven al recurso. Esto supuso un 5% de las altas durante ese año. Siendo preciso tener en cuenta que, para la vuelta a las terapias ofrecidas en estos dispositivos, es necesario que pasen por lo menos seis meses desde su abandono.

FAMILIAS ATENDIDAS EL CENTRO AÑO 2015	
CENTRO	Total Familias atendidas
CAD	80

Los datos nos muestran como 80 familias decidieron participar de estas terapias, lo cual supone algo más del 20% del total de pacientes atendidos. Esto indica que el uso de la terapia familiar no es algo muy extendido entre los usuarios de este recurso, debido al fuerte estigma asociado a la adicción y la invisibilización con que muchos de ellos quieren tener respecto de su tratamiento.

<u>PERSONAS NUEVAS INCORPORADAS A TRATAMIENTO</u> ^a									
CENTRO	OPIÁCEOS			COCAÍNA Y ESTIMULANTES			ALCOHOL		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
CAD	40	10	50	4	0	4	11	2	13

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

<u>PERSONAS NUEVAS INCORPORADAS A TRATAMIENTO</u> ^b									
	CANNABIS			OTROS			TOTAL		
CENTRO	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
CAD	0	0	0	8	4	12	63	16	79

Las anteriores tablas exponen como de las 79 incorporaciones, 50 fueron por consumo de opiáceos, mientras que el resto de nuevos usuarios con otros tipos de consumos no representan ni el 30%. Si miramos los porcentajes referidos al género, encontramos una descompensación similar. Esto se explica desde el heroinocentrismo imperante en estos dispositivos. Los C.A.D. fueron creados como herramientas para tratar a consumidores de heroína, permaneciendo estas lógicas de tratamiento en la actualidad. Esto junto con los intereses del perfil dominante en el recurso, hacen que las personas que decidan participar de él tengan que estar directamente vinculadas con la heroína. Significarse como mujer y drogodependiente genera un doble estigma, pudiendo invisibilizar a las adictas. Si a esto le sumamos las dinámicas referidas al heroinocentrismo, comprendemos la existencia de un menor número de mujeres que de hombres.

<u>TOTAL DE PERSONAS ATENDIDAS EN 2015 SEGÚN DROGA PRINCIPAL</u>									
	OPIÁCEOS			COCAÍNA			ALCOHOL		
CENTRO	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total

CAD	162	57	219	18	3	21	41	6	47
-----	-----	----	-----	----	---	----	----	---	----

La dependencia a los opiáceos supone más del 50% de la atención en el C.A.D., mientras que el porcentaje de mujeres atendidas es poco más del 25%. Estas tablas responden a la misma lógica del heroinocentrismo y de la plusvalía del género masculino, utilizada para explicar las anteriores.

Respecto a la **cocaína**, siendo una de las sustancias más consumida actualmente como vemos en el Estudio 2014-2015 (2015), a este centro sólo llegan 4 ingresos, influida esta recepción de usuarios por las dinámicas que acabamos de explicar.

<u>TOTAL DE PERSONAS ATENDIDAS EN 2015 SEGÚN DROGA PRINCIPAL</u>												
CENTRO	CANNABIS			OTROS			INGRESOS SIN ASIGNAR PROGRAMA			TOTALES		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
CAD	6	0	6	59	11	70	0	0	0	286	77	363

En las dos siguientes tablas, el lector puede ver los diferentes rangos de edad asociados al consumo de las distintas sustancias sobre las que se ofrece tratamiento.

Como podemos observar, casi el 75% de las personas atendidas en C.A.D. están comprendidas en el conjunto de 25-49 y 50 o más. El resto de los intervalos de edades presentados, desempeñan un papel casi testimonial en el centro.

“La verdad es que no tenemos mucha gente joven. No es un recurso para jóvenes. No tenemos mucha gente joven. No resulta atractivo para ellos. Alguna vez viene alguno y... cuando entran por la puerta y ven lo que hay... sabemos que no van a volver más”.
(Otas. 34. C.A.D. Profesional).

Otas explica como la edad del grupo central del recurso, influye a la hora de recibir nuevos usuarios pertenecientes al mismo rango. Como ya hemos

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

explicado, el papel de estos como dispositivo de cierre y apertura del grupo, resulta relevante en este tipo de situaciones.

<u>PERSONAS NUEVAS INCORPORADAS A TRATAMIENTO POR EDAD</u>												
	OPIÁCEOS				COCAÍNA Y ESTIMULANTES				ALCOHOL			
EDAD	Hombre	Mujer	Total	%	Hombre	Mujer	Total	%	Hombre	Mujer	Total	%
14 - 18 AÑOS	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0	0	0	0%
19 - 24 AÑOS	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0	0	0	0%
25 -49 AÑOS	31	7	38	48.10%	4	0	4	5.06%	5	3	8	10.12%
50 ó MÁS	9	3	12	15.18%	0	0	0	0	5	0	5	6.32%
TOTAL												
L	40	10	50	63.28%	4	0	4	5.06%	10	3	13	16.44%

<u>PERSONAS NUEVAS INCORPORADAS A TRATAMIENTO POR EDAD</u>												
	CANNABIS				OTROS				TOTAL			
EDAD	Hombre	Mujer	Total	%	Hombre	Mujer	Total	%	Hombre	Mujer	Total	%
14 - 18 AÑOS	0	0	0	0%	0	0	0%	0%	0	0	0	0%
19 - 24 AÑOS	0	0	0	0%	0	1	1	1.26%	1	0	1	1.26%
25 -49 AÑOS	0	0	0	0%	6	2	8	10.12%	46	13	59	74.68%
50 ó MÁS	0	0	0	0%	2	1	3	3.79%	16	3	19	24.05%
TOTAL												
L	0	0	0	0%	8	4	12	15.17%	63	16	79	99.99%

La falta de identificación con las problemáticas asociadas al consumo de los individuos de menor edad y con el perfil mayoritario de usuarios del centro, hace que aquellos que no tengan los mismos intereses desestimen el recurso. Las personas de 20 años no definen la adicción ni la recuperación de igual manera que una de 50.

La realidad nos dice que, si los principales programas del recurso están orientados hacia un perfil muy concreto, terminará por ejercer un “*efecto llamada*” hacia aquellos que sean similares tanto en edad, sexo, sustancia consumida y expectativas de recuperación, desplazando hacia otros dispositivos o invisibilizando a perfiles no afines como pueden ser los jóvenes, mujeres y consumidores de otro tipo de sustancias.

PERFIL DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN LA RED					
SEXO				MEDIA DE EDAD	
HOMBRE	PORCENTAJE	MUJER	PORCENTAJE	HOMBRE	MUJER
286	78.78%	77	21.21%	48	49

Que los datos del C.A.D. nos digan que el 80% de sus usuarios son hombres y sólo el 20% mujeres, no significa que fuera del C.A.D. la dispersión sea la misma. Sólo denota que estos son los números que llegan a él, los cuales tienen que ser entendidos dentro de la realidad del dispositivo y nunca generalizados fuera de su contexto.

Respecto a la **nacionalidad** podemos decir que 327 son españoles por 36 foráneos. Así como 29 personas de las atendidas están en situación de calle.

CENTRO	TRATAMIENTO CON METADONA		
	Hombre	Mujer	Total
CAD	19	3	22

De todos los individuos que reciben atención en el C.A.D. por opiáceos, 22 personas están con metadona, lo que supone un porcentaje bastante alto respecto al resto de tratamientos. Según Rodríguez (2007), “*los PLD tienen una mayor efectividad en cuanto a altas terapéuticas y disminución de consumo, que los Programas de Metadona, de ahí que sus números sean más altos y los profesionales se decanten por este tratamiento*”. Nosotros consideramos acertada esta postura, pero ha de ser complementada con la influencia que tiene el perfil mayoritario y los intereses de

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

estos en el grupo, conformado en su mayoría por personas pertenecientes a un perfil determinado, relacionado directamente con la ideología que marque el propio recurso.

Esta última tabla muestra la cantidad de **bajas** que se han producido durante el año 2015: 75. Este número lo conforman tanto altas, como otros supuestos por los cuales una persona deja de formar parte de este recurso.

	CCAD FUCAR
Alta Terapéutica	10
Abandono	17
Alta Voluntaria	16
Ingreso en Prisión	6
Defunción	1
Derivación Definitiva	25
Otros	0

A este dispositivo entraron en este año 79 personas, produciendo baja 75. Dentro de estas, sólo 10 reciben un **alta terapéutica** al uso (aquellos que según los criterios del centro pueden volver a llevar una vida normalizada). Esta categoría está conformada por aquellas personas que por motivos personales, deciden dejar de ir al recurso, no conociendo si se mantuvo la abstinencia o no en sus casos.

Aquello que están dentro de la palabra **abandono**, serán los usuarios que dejaron de asistir, claramente vinculado con vueltas al consumo.

Sólo hay una persona de la que se tenga registro que haya **muerto** durante el tratamiento, lo que supone una resolución a la problemática que aparece pocas veces.

De aquellos que ingresan en **prisión**, tampoco se sabe si volvieron al consumo activo o no.

Por **derivación definitiva** se entiende a aquellas personas avanzadas en la rehabilitación, que necesitan seguir vinculadas con algún recurso (pisos, cursos), pero que no necesita seguir acudiendo al C.A.D.

Estos números enseñan como el número de plazas que se generan, por los distintos motivos que sean, son ocupadas de nuevo. Por otro lado, las categorías alta terapéutica, voluntaria y derivación definitiva han de evocarnos al mantenimiento de la abstinencia y a un buen desarrollo del programa de recuperación (aunque nadie nos pueda asegurar que ninguno de ellos vuelva al consumo), junto a una temporalidad asociada a la recuperación normalmente errónea.

El centro piensa según su protocolo, que en unos 15 meses una persona estará preparada para volver a la normalidad social, olvidándose que cada individuo tendrá una tiempo diferente. De ahí el C.A.D. equivoque el concepto **permanencia excesiva** en el centro con el de **cronicidad**, generando la idea errónea sobre la perpetuidad de los usuarios dentro de sus tratamientos, no siendo esto fiel a la realidad que acabamos de mostrar.

“Unos años dejan el centro 50. Otros 100. Otros, casi ninguno. Cada año es cada año. ¡Pero sí te voy a decir una cosa, son pocos los que se quedan aquí más de dos años!”.
(San. 55. C.A.D. Profesional. Coordinadora del recurso).

Es habitual confundir el concepto de cronicidad, con la asidua asistencia a los centros de aquellos que están en mantenimiento con metadona. Estos, cuando ya tienen controlada su adicción, sólo viene para recaudar esta sustancia, pudiendo cambiar la temporalidad de la recogida según sus intereses, previa aceptación y seguimiento por parte del médico que lleve su caso.

A pesar de que la intención de los PMM es acabar también con este uso, son muchos los que permanecen grandes períodos de tiempo consumiendo metadona, pudiendo generar el error de pensar que permanecerán de por vida asistiendo al centro.

Este perfil sí cronifica el uso de una sustancia pero no el uso del recurso, el cual puede ser cambiado por una farmacia o un dispositivo dispensador que le quede más cerca, siempre y cuando este lo suficientemente avanzado en el proceso de rehabilitación, como para que el profesional de referencia pueda otorgarle esos privilegios. Será lo

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

controlada que tenga la adicción cada individuo, aquello que posibilite actitudes más laxas respecto a la gestión de la metadona.

Centrándose en términos de efectividad de los recursos y contrario a nuestras primeras impresiones, la literatura otorga una efectividad similar a los dos dispositivos. Como veremos en la tabla que a continuación presentamos, los “peer self-help organisations” u “organizaciones de autoayuda de pares” similares a N.A. y su grupo Esperanza, presentan una buena eficacia en la reducción del consumo y de la criminalidad.

Por otro lado, tratamientos similares a los presentados en el C.A.D. como: el psicosocial que se ofrece en el grupo, intercambio de jeringuillas, sustitutivo con metadona, etc. son presentados en términos de gran efectividad para la reducción del consumo, crimen y otras enfermedades asociadas.

	Effectiveness	Amount of research support and cross-national testing	Comments
Methodone or buprenorphine opioid substitution treatment (OST) maintenance	Good evidence for reduced mortality, heroin use, other drug use, crime, HIV infection, and hepatitis	Studies done in many countries, including Australia, China, France, Germany, Indonesia, Italy, Iran, Lithuania, Malaysia, Poland, Spain, Sweden, Switzerland, Thailand, Ukraine, UK, and USA	Appropriate for opiate users only. Combination with psychosocial services enhances outcome. Cost-effectiveness is high relative to other treatment interventions. The evidence-base is slightly stronger for methadone. The buprenorphine evidence-base might change after release of a buprenorphine plus naloxone combination formulation
Slow-release oral morphine OST maintenance	Few studies, but produces similar benefit to methadone OST	Trial data mostly from Austria, plus exploratory studies from Australia	In Austria, slow-release oral morphine OST is used as well as methadone OST. It might have value for patients for whom methadone OST is not beneficial
Heroin (diamorphine) OST maintenance	Evidence of effectiveness in reducing or stopping use of street heroin in individuals who do not respond to oral OST	Demonstration programmes and randomised clinical trials in Switzerland, the Netherlands, Germany, Canada, and the UK	Appropriate for opiate users only. Randomised trials have consistently shown positive results with this population, but heroin OST is the most expensive form of OST and is usually reserved for dependent users who have not responded to oral OST
Oral opiate antagonists (eg. naltrexone) maintenance	Some evidence for reduced opiate use but compliance to treatment is a major limitation	Few studies outside of the USA	Targeted at opiate users, less than 20% of whom are willing to try this treatment. Oral naltrexone studies are of poor methodological quality and do not lend support to the potential effectiveness of the treatment
Needle exchange programme (NEP)	Observational evidence that NEPs can reduce HIV infections and enable treatment engagement	Most research done in Canada, the UK, Australia, and the USA	Targeted at injecting drug users. Might prevent HIV infections but have no evidence of reducing Hepatitis C infections. NEPs have never been assessed by a randomised clinical trial
Psychosocial treatment	Good evidence for reducing drug use, drug-related problems, and criminal activity	Studies in most high-income countries and many low-income and middle-income countries, including India, Mexico, and Peru	Appropriate for individuals using a range of drugs and administration routes. Can be combined with pharmaceutical treatment and delivered in outpatient and residential settings in group or individual formats
Behavioural family-based and couple-based treatment	Several randomised trials show improved retention and benefit during treatment for heroin or cocaine addiction	Research evidence is mostly from the USA	Not widely applied in the USA, not tested in other cultures
Residential drug-free rehabilitation houses	Very few randomised trials. Longer duration of residence associated with better outcome, although randomised trials show equal benefit from shorter programmes with follow-up or with similar day care	Only moderate quantity of good-quality research evidence, despite long history of provision	Extensively provided around the world in different forms, some based on programmatic therapeutic communities, some based on 12-step rehabilitation and recovery, and some based around religious communities
Peer self-help organisations	Good evidence for the reduction of drug use and crime	Evidence available from a range of countries as diverse as the USA, the UK, Iran, and China	Highly cost effective. Probably the most widely available method of treatment globally
Brief interventions in general medical settings	Good evidence for reducing drug use by at-risk drug users	Evidence available from the UK, the USA, South Africa, India,	Evidence available for a variety of substances

Imagen obtenida de Strang et al. (2012).

Universidad Complutense de Madrid.

Estos mismo autores, definen los “peer self-help organisations” como el tratamiento con mayor disponibilidad del mundo. Será en publicaciones como esta y en Ouimette, Finney y Moos (1997), García (2007) y Esteve (2014), donde no sólo encontraremos una equiparación de los dos dispositivos en términos de efectividad, sino que además muestran como la complementación entre ellos hace que esta mejore. De ahí que sustentemos que la imagen del C.A.D. como dispositivo más efectivo gracias a su “cientificidad”, es una construcción cultural basada en la medicalización, dado que los estudios muestran como en términos de efectividad, las dos consiguen sus objetivos: parar el consumo y bajar la delincuencia asociada culturalmente a la adicción.

4.4.2. ¿Cómo funciona un C.A.D.?

En este apartado vamos a analizar las dinámicas tanto de acceso como de tratamiento de este recurso.

La llegada a él, puede ser gestionada de tres maneras:

1. **Entrada directa de los individuos**: es el usuario el que decide ir al centro y gestionan su ingreso, sin necesidad de que otro dispositivo intervenga en este proceso.
2. **Derivaciones de otros recursos**: serán los centros de atención sanitaria u otros recursos no específicos en el tratamiento de las adicciones, los que soliciten el ingreso.
3. **Detección/captación/atención en proximidad de zonas de consumo**: alguno de los muchos dispositivos que trabajan en la calle, serán los encargados de captar y derivar a estos recursos. La mayoría de las veces sucede a través de un “acompañamiento” por parte de algún trabajador de estos recursos, a las primeras reuniones que se realizan en los C.A.D.

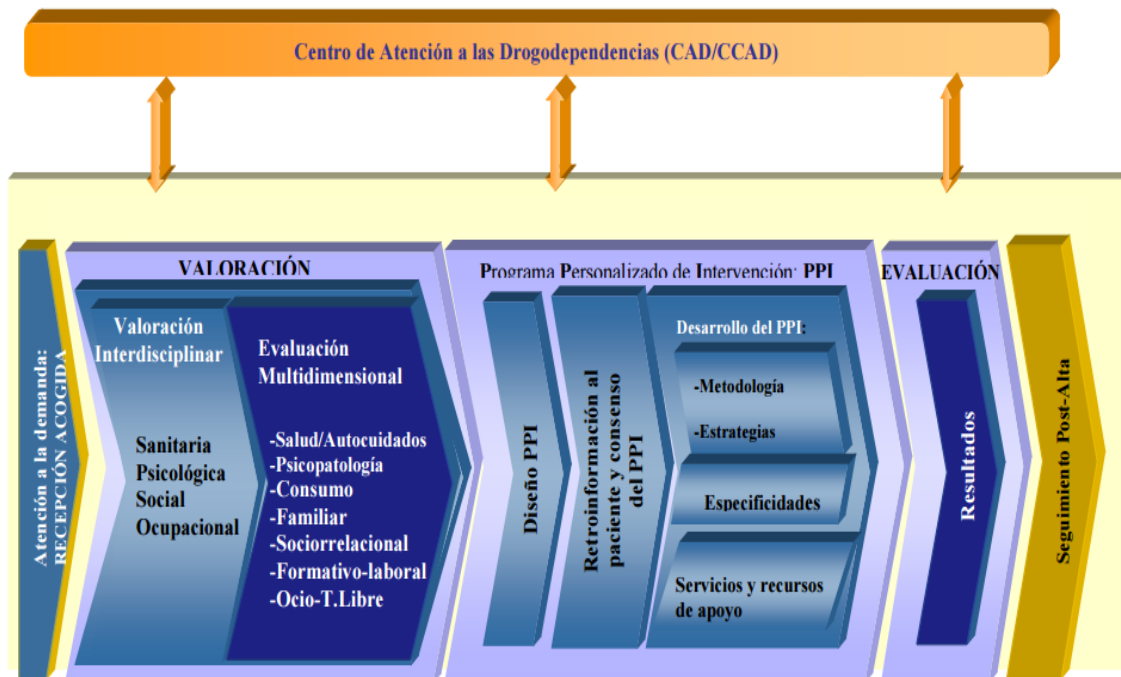
4.4.2.1. Proceso de Atención Integral.

En este tipo de centros la atención debe de prestarse de forma ágil, procurando que la primera cita con uno de los profesionales del centro sea como máximo en un plazo de

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

15 días desde la solicitud inicial. Está demostrado que de no ser así, la mayoría de personas deciden no empezar con el tratamiento.

PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS DROGODEPENDENCIAS



Los C.A.D. cuentan con un número limitado de plazas, generando muchas veces lista de espera. Esto hace que algunas de las personas que solicitan tratamiento, no terminen recibiendo por falta de capacidad. Cierto es que la mayoría de ellos atienden más personas de las establecidas en su diseño provocando la saturación del recurso, el descenso del tiempo de intervención dedicado a cada usuario y una bajada en la calidad del servicio recibido.

“Diego, tengo no sé cuántos pacientes de más. Muchos días me quedo más horas de lo que debo y lo peor es que sé que la atención que les ofrezco no es tan buena como debería de ser... ¡Y eso que somos estrictos a la hora de aceptar más personas en el C.A.D...!”. (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

“ ¡Estamos superados! No somos capaces de dar respuesta a la cantidad de peticiones que tenemos. Somos algo flexibles y aceptamos más de los que deberíamos tener... ¡No soy capaz de dejar fuera a nadie!, pero tampoco nos debemos de pasar. Una cosa es que saturamos el recurso y otra que hagamos inviable su funcionamiento.”. (San. 55. C.A.D. Profesional. Coordinadora del recurso).

Ambos profesionales expresan la dificultad que este dispositivo encuentra para hacer frente a la gran demanda de plazas que tiene. Este C.A.D. presta atención a más personas de las que realmente puede, lo cual influye en la calidad de la rehabilitación ofrecida. Los usuarios disponen de menos tiempo en las consultas, el profesional atiende más personas de las aconsejadas, el centro está muchas veces atestado al no haber sido construido para actuar con tantas personas, etc.

Doro es consciente de la influencia que esto tiene en el proceso terapéutico, aunque también de la imposibilidad de restringir el acceso a la terapia.

“Nada más subir las escaleras, al dirigirnos en dirección a la sala de reuniones, veo que el centro está como todos los días: con mucho movimiento. Gente en la sala de espera. Gente haciendo cola en la venta de administración. Un par de ellos en el baño. Otra persona en el área de recogida de metadona. Constantemente suena el timbre de la puerta. Saludamos a las personas de la sala de espera y nos adentramos por el largo pasillo que lleva a la sala de reuniones, sorteando innumerables personas”.

(Fragmento del diario de Campo obtenido durante la observación del C.A.D.).

A pesar de que el número de personas atendido en estas instalaciones supera sus posibilidades, rara vez esto supone un caos en su funcionamiento. En algunos momentos el centro, coincidiendo con los tramos de recogida de metadona. Pero esto no llega a colapsar el servicio, ya que este aumento en el número de personas que circulan por sus instalaciones, solo se plasma en salas atestadas, ruido ensordecedor y una continua entrada/salida de gente.

El horario de atención al público era de 08:00 a 17:00, aunque la recogida de metadona se hace a primera hora de la mañana y de la tarde. Durante este proceso, la sala de espera se atesta de personas, los pasillos presentan más gente de lo habitual, el timbre del recurso no paraba de sonar, hay más voces de lo habitual, etc. aunque su funcionamiento no se ve mermado. Fuera de estos intervalos el centro permanece tranquilo, ya que sólo atiende a personas que han sido citadas con anterioridad y esto, al hacerse en diferentes horarios, evita el hacinamiento de beneficiarios

El C.A.D. garantiza la **confidencialidad** de sus integrantes, de acuerdo con la **Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal**.

Si en N.A. decíamos que el anonimato era una estrategia invisibilizadora de la

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

condición de adicto, de protección respecto a los de fuera del grupo y elemento nivelador entre sus integrantes, en el C.A.D. esta confidencialidad tiene una funcionalidad similar. Esta consigue que sus usuarios no sean identificados como consumidores de drogas fuera de él, generando un nuevo **contexto de tolerancia** respecto a la adicción, sirviendo a su vez como herramienta de captación de usuarios. Estos llegan al recurso y deciden quedarse en él, al significarlo como un contexto de protección. En él la confidencialidad marca tanto cuidado frente al exterior del dispositivo como sobre el mismo, representada metafóricamente en la privacidad de la información respecto a las adicciones a la que se tiene acceso.

Identificarse como adicto significa aceptar el estigma que viene asociado, siendo un proceso complejo para aquellos que deciden hacerlo. A través de este acuerdo de confidencialidad se consigue que aquellos que lo deseen, mantengan una posición invisibilizada respecto al consumo de drogas, funcionando a su vez como estrategia controladora del estigma.

Veamos las diferentes fases sobre las que se articula el proceso de rehabilitación implementado en un C.A.D.

Acogida administrativa y primera reunión con profesional.

Se denomina así, al **primer contacto** que un drogodependiente mantiene con el C.A.D. Es la primera vez que un individuo cruza sus puertas, con la intencionalidad de comenzar el tratamiento. Suele realizarla el personal administrativo contratado por el centro. El usuario se acerca al lugar dispuesto para esto, donde se le solicitan una serie de datos y le asignan una **primera cita** con un médico, la cual debe realizarse antes de 15 días. Además, se le toma nota sobre los objetivos que quiere conseguir a través del recurso.

“La primera vez que vienes al C.A.D. es un poco chungo. Ya sea la primera vez a las de después, siempre vengo con la misma sensación de inseguridad en el cuerpo. Hablas con la persona que esté en la ventanilla y ella, te asigna una reunión con algún profesional. En ella te preguntan por qué vienes, qué es lo que quieres conseguir, qué es lo que

consumes... etc. Es la primera toma de contacto con la rehabilitación muchas veces”
(Transfer.59. C.A.D. P.M.M.).

Este momento, además de ayudar a generar **vínculo terapéutico** entre el recurso y el usuario, sirve como **mecanismo de cierre y apertura** del dispositivo. Si en N.A. las reuniones de bienvenida y la identificación con el núcleo central servían para mostrar a los nuevos los objetivos que se podían conseguir influyendo en la permanencia en él, el C.A.D. utiliza otras herramientas mucho más formalizadas.

Tanto este proceso administrativo, como la posterior entrevista y la **selección previa** a la entrada en el grupo, ejercen como filtro. Estos tres procesos selectivos están incluidos dentro de las técnicas protocolizadas del recurso, buscando operativizarlo al máximo e intentando que la adhesión a él sea la máxima posible. Hemos visto como una de las características de Esperanza era la continua entrada y salida de personas, lo cual era interpretado en términos negativos por parte del resto de integrantes, al entender que esto entorpecía su proceso de rehabilitación. El C.A.D., a través de estas selecciones trata de evitar estas constantes pérdidas de usuarios, buscando que aquellas personas que se decidan por este recurso y posteriormente por el grupo analizado permanezcan en él, bien sea por la identificación con el resto, bien por tener un perfil o por tener unos intereses similares.

“En las primeras reuniones es donde tenemos que dar una imagen de profesionalidad, de seriedad y de confidencialidad... consiguiendo que la gran mayoría decida quedarse. Pero no todo el mundo vale, hay unos criterios que hacen que una persona esté en disposición de entrar en el centro o no”. (San. 55. C.A.D. Profesional. Coordinadora del recurso).

San habla de *profesionalidad y seriedad* como características en la selección del recurso por parte de un usuario. La *“cientificidad”* sobre la que este se define y su relación con el sistema sanitario, le posiciona en una situación de ventaja a la hora de ser seleccionado respecto a los demás. Tanto el C.A.D. como otros dispositivos similares, al formar parte del saber experto, son considerados *“mejores”* respecto a aquellos que no. Socialmente, el C.A.D. tiene mucha mejor consideración que N.A. por su cercanía a lo científico, mientras que N.A. es interpretado en términos de *“poca profesionalidad”* al estar basado en la experiencia, teniendo por tanto peor calidad terapéutica.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Durante nuestra investigación no encontramos ningún integrante de este grupo, que compatibilizase este tratamiento con N.A. No pudiendo llegar a conocer la opinión de aquellos con experiencias simultáneas en las dos realidades.

San describe una serie de criterios de acceso al recurso, los cuales son más laxos de lo que a priori podíamos haber considerado.

“Tanto en la acogida como en la primera reunión, se les hacen preguntas sencillas, las cuales están orientadas no sólo a saber qué es lo que esperan, que consumen etc. Estas son... si son mayores de edad, si vienen de otros recursos, si están convencidos de empezar el tratamiento, aquello que quieren conseguir a través del centro...”. (San. 55. C.A.D. Profesional. Coordinadora del recurso).

A priori, requisitos tan débiles como los expresados por nuestra informante no deberían de ser suficientes para limitar el acceso al dispositivo. Será la complejidad del trámite, la espera y la dificultad de verbalizarse como adicto y asumir el estigma, aquello que provoque este filtrado previo. De esta manera se aseguran una gran adhesión al programa, evitando la saturación del mismo

“El primer día que llegué me hicieron un montón de preguntas. Yo no sabía para que me las hacían, pero respondí poco a poco a todas ellas. Sólo hacía que pensar: ¡Para que preguntan todo esto! ¿Dónde vives? ¿Comes todos los días? ¿Tienes contacto con tu familia? ¿Tienes algún tipo de ingreso? ¿Qué droga consumes? ¿Sólo esa? Todo un interrogatorio... Y después el reconocimiento... mil pruebas y análisis... ¡Vamos, que te daban ganas de no volver! (Cruz 54. C.A.D. P.M.M.).

Estas primeras entrevistas suelen ser un poco agresivas, largas y tediosas. Cruz nos relata lo complicado del proceso, como se sintió incómoda ante la ingente cantidad de preguntas que le hicieron y el posterior reconocimiento médico. Pero lo más interesante es cuando dice *¡Vamos, que te daban ganas de no volver!*, mostrando como un procedimiento tan intrusivo sirve como **mecanismo de cierre** para que muchas de las personas que tratan de iniciar su tratamiento en el C.A.D. abandonen, aunque cumplan con los requisitos necesarios haya plazas disponibles. Con esto no queremos decir que el perfil principal de usuarios no tenga su influencia en este proceso, pero no es tan importante como veíamos dentro de los grupos de N.A.

Durante la primera reunión con el médico, se realiza un chequeo con la intención de conocer el estado de salud del drogodependiente. Se le pesa, mide y se le manda realizar las primeras analíticas, las cuales mostrarán la realidad de su consumo y si esta concuerda con lo expresado por el interesado. Como explicaremos más adelante, éstas serán la principal herramienta de control utilizada en este recurso, el cual no es ejercido solo a través de su uso, sino a través de la amenaza de su utilización.

“La primera reunión con el médico es como un chequeo para un trabajo: abre la boca, la tensión, te pesa, te mide, que si mira aquí, etc...”. (Santos. 45. C.A.D. P.L.D.).

Este procedimiento intenta recabar la mayor información posible sobre el usuario. De esta manera, cuando asista a la posterior reunión con todo el equipo del C.A.D, estarán lo suficientemente informados para poder ofrecer el mejor programa de rehabilitación posible.

En el anterior apartado hemos comentado como el sistema sanitario maneja una **intervención de tipo consulta**. En ella se diagnostican los padecimientos en base a la objetivación de unos indicadores físicos, los llamados *síntomas*. Esto es reproducido en el C.A.D. En estas primeras reuniones, se recoge la cantidad de información suficiente para realizar un *diagnóstico* y emprender un proceso terapéutico. Tratan de identificar la cantidad suficiente de estas señales y asociarlas a un protocolo de actuación concreto, según la sustancia que consuma. Una vez identificado el tipo de adicción, será la adaptación de estos protocolos aquello que se concrete en la intervención individual en cada individuo.

Valoración interdisciplinar.

Después de las fases anteriores, la mayoría del equipo que conforma el recurso se reúne para valorar y establecer un plan de trabajo adecuado a la realidad de cada persona. Este será el contexto en el cual, a través de los datos recabados, se seleccione un protocolo de actuación concreto.

“La valoración debería de hacerse de igual a igual entre todos los profesionales. Pero no es así. Al final siempre se hace un poco en base a lo que han obtenido los médicos en esa primera reunión. Luego, según se avanza en la rehabilitación y se tienen citas con el resto

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

de los profesionales, salen a la luz otros problemas que debían de haber sido tratados con antelación". (Otas. 34. C.A.D. Profesional).

A pesar de hablar de valoración/evaluación interdisciplinar, la importancia de cada profesional no es la misma dentro del C.A.D. Estos indicadores sobre la adicción obtenidos en estos inicios, centrarán esta primera parte del proceso. Aquí el recurso busca la abstinencia a toda costa para, una vez conseguida y estabilizada, pasará a trabajar otras variables que el dispositivo considera necesario "reparar", antes de que el individuo esté capacitado de nuevo para volver a ser un útil socialmente hablando.

Márquez y Meneu (2003), explican como el **modelo tradicional de atención basado en la biomedicina**, tiene un papel muy importante dentro del proceso de rehabilitación en este tipo de recursos. Pero estos autores olvidan el valor que, según avanzan por él, van ganando importancia el resto de disciplinas encontradas en ellos. La irrupción del Modelo Biopsicosocial posibilitó este cambio aunque, el papel detentado por las disciplinas no médicas que intervienen en los programas de rehabilitación de drogodependientes sea subordinado.

"Al final siempre pasa lo mismo. Se hace lo que quieren los médicos. Yo he pedido primero que tratásemos su brote desde un enfoque más conductivo, pero al final siempre se hace lo que dice el médico" (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

La gran demanda que estos dispositivos tienen, generada por su legitimación científica y las campañas en los medios audiovisuales, hace que se tenga que producir un **protocolo clínico**⁶¹ el cual agilice el diagnóstico y el tratamiento de sus usuarios.

"Son muchos los beneficiarios que atendemos. Hay que hacer las cosas fáciles y rápidas, porque de otra manera no podríamos dar respuesta a todos. Que no tiene casa: piso. Que tienen causas pendientes: SAJIAD. No pueden estar abstinentes de heroína: metadona. Es la única manera de hacerse con todo el volumen de trabajo". (Otas. 34. C.A.D. Profesional).

⁶¹ Formado por un conjunto de pautas, para ayudar a los profesionales, a tomar una decisión sobre la atención sanitaria más adecuada para un problema determinado de salud.

N.A. dotaba a sus grupos de cierto **pragmatismo** a la hora de interpretar su proceso de recuperación. Siempre que se respeten las su ideología, podían utilizar todo tipo de estrategias que ayuden al adicto a mantenerse abstinentes.

En el centro analizado en esta apartado, vemos un proceso contrario. Las subjetividades de sus integrantes son cuantificadas en base a una serie de indicadores, los cuales facilitan la toma de decisiones a partir del protocolo clínico, pero no la creación de un modo de intervención único para cada uno de ellos.

En Esperanza lo ideológico se difumina con lo pragmático, mientras que en el grupo de C.A.D. lo subjetivo se homogeneiza en una intervención protocolizada, intentando agilizar el proceso de rehabilitación.

La aplicación de este protocolo tiene en cuenta, hasta cierto punto, las intenciones de los demandantes respecto a su proceso de rehabilitación.

“No sé cuántas veces os he dicho que a mí lo que me interesa no es lo que estamos haciendo. Yo no quiero dejar de tomar coca. Sólo quiero dejar de consumir tanto”.
(Bairon. 52. C.A.D. P.L.D).

“A la hora de meter gente en el grupo, hay que buscar personas que estén en un momento parecido dentro de su rehabilitación”. (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

Esta protocolización, construida desde la lógica del heroinocentrismo, hace que todavía sea más complicado entrar tanto en el grupo como al recurso, por aquellas personas que no se identifican con el estilo de vida yonki.

La complejidad de los trámites a realizar para formar parte del recurso, ser un dispositivo pensado para consumidores de heroína y tener un perfil mayoritario de usuarios consumidores de esta sustancia, hacen que personas como Bairon no lleguen a él o, caso de hacerlo, lo abandonen al no encontrar soluciones a los objetivos que ellos se habían planteado en el momento en el que deciden iniciar tratamiento en el dispositivo.

Programa personalizado de intervención (PPI).

Como ya hemos dejado ver en el apartado anterior, el C.A.D. define el tipo de intervención realizada en los drogodependientes bajo el concepto **personalizado**. A

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

través de él se refieren a un tipo concreto de actuación, organizada alrededor de varios objetivos y través de ciertos recursos/herramientas, los cuales son adaptados a la realidad del adicto. En principio, los protocolos están ya construidos y, tras identificar a cada uno de los usuarios, son adaptados a su realidad.

La acogida, la primera reunión y la valoración de los profesionales, sientan las bases sobre las que construir el PPI. A través de unos estándares a la hora de intervenir con los adictos, las especificidades de cada usuario son diluidas en un recetario genérico a la hora de tratar la drogodependencia, tratando con ello de dar respuesta a la mayor cantidad de usuarios. La generalidad terapéutica busca ofrecer respuesta a la mayor cantidad posible de agentes sociales, tratando de optimizar un recurso saturado.

Fases para conformar el PPI:

1. Planteamiento de objetivos: entre todos los profesionales deciden, con cierto protagonismo por parte del médico y psicólogo, cuáles son los objetivos terapéuticos a conseguir. Entender la adicción más allá de determinismos disciplinarios, posibilita descentralizar la terapia de especialidades tradicionales como la medicina. A pesar de esto, serán tanto el médico como el psicólogo los encargados de asumir la mayor parte de responsabilidad terapéutica. Como el C.A.D. maneja un Modelo explicativo de la adicción basado en lo biomédico/psicológico, serán estos profesionales los que copen la responsabilidad durante el tratamiento.

“Todo el tiempo recordarme que no vuelva a consumir...Ya sé que no lo tengo que hacer. ¡Ya sé lo que tengo que hacer! ¡Quiero un trabajo! (Ketama. 39. C.A.D. P.M.M.).

Ya hemos comentado como en las primeras fases del tratamiento, priman objetivos de corte biomédico: dejar de consumir, recuperarse de enfermedades asociadas al consumo, coger peso, etc. El resto de variables que influyen en la rehabilitación se trabajan de manera residual.

Según se consiga la abstinencia, la terapia empieza a centrarse en aquello que desde el paradigma de la pérdida asocian al consumo de drogas: recuperar el trabajo, la familia, la capacidad adquisitiva.

Ketama, con el consumo controlado, recordó en muchas reuniones la necesidad de tener un trabajo, requisito que no podía ser cubierto por el dispositivo dado al paro estructural que tiene España en la actualidad. Este informante se encontraba en una fase bastante avanzada de su recuperación, con lo que empezaba a demandar aquellos objetivos laborales que el recurso dice que se van a conseguir durante la estabilización.

“Primero vamos a dejar de consumir y luego es más fácil que vuelvan el resto de las cosas que pedís”. (Lelo.32. Voluntaria).

Organizar la temporalidad individual alrededor del consumo de sustancias, provoca pérdida de estatus, capacidad adquisitiva, etc. Esta situación genera gran frustración en el drogodependiente que se significa como tal, sobre todo a la hora de emprender un proceso de rehabilitación. El paradigma de la pérdida funciona como **estrategia atenuante** de las responsabilidades y la frustración generada durante el abandono del consumo. Este es un proceso a través del cual la adicción se instrumentaliza en forma de pérdidas, otorgándolas una posición determinante respecto a otras variables, sabiendo que esta está formada por algo más que *“lo perdido”*.

Durante el análisis del grupo Esperanza ya detallamos un proceso similar a la hora de explicar aquello que asocian a la adicción en forma de pérdidas, que lo explicado en este apartado. En Esperanza cuando un usuario mantiene la abstinencia, hay muchas veces que no recuperaba aquello que había asociado a su propio paradigma de la pérdida, generando frustración, desengaño y abandono del grupo.

El grupo del C.A.D. articula un proceso similar alrededor del desempleo. Este recurso establece una relación directa entre la adicción y la pérdida de trabajo, la cual es creada artificialmente.

Ya hemos explicado como instrumentalizar la adicción de esta manera sirve de *“chivo expiatorio”*, con una clara intención de atenuar el estigma asociado al consumidor de drogas, el cual es generado por el proceso de demonización al que nos hemos referido en los primeros capítulos de esta trabajo.

“No me ha servido de nada tanto taller, tanto curso y tanta polla. Que si un curso de marroquinería. Otro de no sé qué...La verdad, mejor sería que llegaran a acuerdos con empresas donde pudiéramos trabajar”. (Santos. 45. C.A.D. P.L.D.).

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Santos, tras haber progresado en su rehabilitación, se encontraba en el momento en el que necesita tener un nivel adquisitivo superior al RMI⁶², para poder alquilar una habitación para vivir y no conseguía trabajo para poder hacerlo.

La recuperación de la **capacidad adquisitiva**, es otro de los principales objetivos planteados en este tipo de recursos. Al iniciarse en el tratamiento y durante la duración de este, son constantes las evocaciones al poder económico perdido, como si este fuese el principal instrumento sobre el que normalizarse socialmente.

“Cuando ya el consumo no sea un problema, lo que se hace es mandaros a unos talleres a través de los cuales vais a poder encontrar trabajo y alquilar una habitación donde poder vivir como todo el mundo”. (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

Doro establece una relación directa entre la abstinencia y aquello que definido como pérdidas, estando trabajo/dinero entre los más evocados como forma de normalización social. Estos objetivos, usados como elementos motivadores, buscan estimular a los usuarios del grupo a través de logros sociales, no determinados exclusivamente por la adicción.

“Ya sé que es muy complicado que encuentren trabajo Diego. ¡Hay más cosas dentro de ese proceso que dejar de consumir! Además, su condición de consumidores es algo que les penaliza. Pero es una manera de motivarlos y, ciertamente, sus adicción es una de las principales variables que influyen en que no encuentren trabajo”. (Otas. 34. C.A.D. Profesional).

Los profesionales son conscientes de la artificialidad de muchas de las relaciones establecidas a través de este paradigma, en este tipo de intervención. En ningún momento dicen que exista un vínculo determinante entre la adicción y las pérdidas que el C.A.D. y los usuarios asocian a la adicción. Pero las usan como estrategia terapéutica, otorgándolas una posición dominante en la recuperación.

La condición de drogodependiente es plasmada en el cuerpo a través de una serie de indicadores, haciendo que su visibilización sirva como marco de referencia respecto a los que ser o no “yonki”. Su aparición y percepción por parte del otro, supone un plus

⁶² Como dice Ayala (2012), la Renta Mínima de Inserción (RMI) es una ayuda pública para personas que no tienen recursos suficientes para atender las necesidades más básicas de la vida.

de dificultad hacia todo aquello que hagan estas personas relacionado con la imagen como es buscar trabajo.

“En muchas de las entrevistas de trabajo que hago, solo con la manera de mirarme según abro la puerta...sé que ya no me van a llamar. Hago todo lo que me dicen en el centro: voy duchada, con mi mejor ropa, no doy voces... Vamos... ¡Qué voy como un pincel!... pero al final nunca me llaman”. (Tomasa. 41. C.A.D. P.L.D.)

La identificación de ciertos *indicadores yonkis*, asocia a la persona que los tiene con el peligro, sean o no causados por el consumo de drogas. Serán varias las partes de la terapia ofrecida por el C.A.D. destinadas a mitigar estas señales.

El profesional es el que, desde su legitimación como experto, emite una serie de “*recetas*” sobre como mitigar/ocultar estas señales, dotando o no de validez a aquellos consejos que emiten otros usuarios, los cuales emanan del conocimiento práctico acumulado a través de su sobriedad.

“Ya sabéis que tenemos que dejar de ser yonkis. A veces hacemos cosas que hacen que se note más nuestro pasado, el cual es nuestro y lo compartiremos que quien queramos. Si vamos a una entrevista de trabajo pues lo suyo es que vayamos aseados, no hablemos como en la calle, nos lavemos los dientes, etc. Desgraciadamente, nuestra condición de personas que han consumido drogas nos va a lastrar en la vida, pero si conseguimos abandonar algunas costumbres que no están bien, conseguiremos mucho más”. (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

Doro muestra cómo la recuperación en este recurso, no sólo es tratada a través del modelo de consulta tradicional. En él, aunque de manera complementaria, se articulan otros tipos de intervención menos vinculados con el saber experto, entre los cuales está el grupo terapéutico que estamos estudiando, en el que si toma importancia el conocimiento generado desde la práctica.

Lo que no es tenido en cuenta por el C.A.D. y otros recursos similares, es que la gran mayoría de los indicadores yonkis identificados, suelen estar generados símbolos físicos de la adicción que solo muestran los adictos a la heroína. Este heroinocentrismo, no solo hace que otros consumidores no lleguen a los recursos y sean invisibles, sino que ponen el foco en un perfil concreto, naturalizándolo y

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

visibilizándolo como peligroso, el cual asume al resto de posibilidades existentes dentro del itinerario de la adicción.

Para los drogodependientes, la principal traba en la búsqueda de empleo no es la poca formación, sino la etiqueta yonki/drogodependiente plasmada a nivel corporal, la cual han de mitigar para poder avanzar en la rehabilitación, aunque les acompañará el resto de su vida.

Sabemos de la existencia de acuerdo por parte del Ayuntamiento con ciertas instituciones/empresas para la contratación de personas rehabilitadas, aunque el número de puestos de trabajo generado es mucho menor que la demanda. Talleres de manejo de cuero, ofimática, jardinería, etc. si bien ayudan, no son determinantes en el cambio de la situación laboral. De ahí el descontento de usuarios como Santos, cuando los terminan y no consiguen mejorarla.

2. Selección de las estrategias terapéuticas: se deciden cuáles son las maniobras más adecuadas para la consecución de los objetivos planteados anteriormente. Estas también emanan del protocolo clínico existente sobre el tratamiento de las adicciones, contrario a la espontaneidad visto en el grupo Esperanza.
3. Retroalimentación con el individuo: se le indica a la persona cual va a ser su proceso y se le deja intervenir en él. A pesar de lo planteado en este punto, la realidad es diferente ya que el usuario tiene asignado un rol pasivo, con lo que toma parte de estas decisiones de manera testimonial.

“Cuando a mí me hicieron mi plan, no pude decir nada sobre él. Te preguntan si estás de acuerdo, pero aunque digas algo... siempre ellos tienen la razón. Sólo puedes opinar en los horarios”. (Santos. 45. C.A.D. P.L.D.)

Los comentarios de Santos muestran como la toma de decisiones de los usuarios es bastante limitada, centrándose poco más que en la selección de los horarios correspondientes a las citas con los profesionales.

4. Contrato terapéutico: según Cerda et al (2006), es un **acuerdo firmado** entre el paciente y el equipo del C.A.D., donde se detalla todo aquello que se va a hacer en el proceso de rehabilitación. Con él buscan dejar constancia escrita de que

todo el proceso es una decisión personal del usuario, y que los posibles riesgos son conocidos por él, evitando así futuros litigios.

“El contrato terapéutico es una manera de que la persona sea consciente de lo que se le va a hacer, que tome conciencia de su situación, lea todo...pero también es una manera de que nosotros nos podamos quedar tranquilos y no se den casos de denuncias raras como pasaba antes de que los pacientes asumieran la responsabilidad de posibles accidentes durante el proceso de rehabilitación” (San. 55. C.A.D. Profesional. Coordinadora del recurso).

Con esto, los profesionales se evitan problemas legales en caso de accidentes durante la recuperación. Indudablemente, también contribuye a dejar claros los términos de la relación entre el usuario y la institución. Obvia decir que se trata de una herramienta para salvaguardar a los trabajadores, más que un contrato al uso. Durante nuestra observación hemos visto como este era modificado siempre y cuando la terapia lo ha necesitado, mostrándonos la verdadera utilidad de este acuerdo.

Desarrollo del Programa.

Una vez definido el programa de intervención para cada paciente, se procede al desarrollo del mismo. Esto consiste en llevar a cabo las estrategias, herramientas y utilizar la metodología acordada en las valoraciones anteriores, ya sea a través del C.A.D. o de otros recursos externos a él.

“Normalmente se les dan citas periódicas para consultas con los diferentes profesionales. Se trata de buscar la abstinencia y objetivos planteados según cada persona. Según avanzan por el proceso de rehabilitación, las visitas a unos profesionales se espacian bastante, según la realidad de cada uno.” (Otas. 34. C.A.D. Profesional).

“Recuperar el trabajo, encontrar un lugar donde dormir, recuperar el trato con la familia, etc. Más o menos es lo mismo en todos. Todos sufren un proceso similar, lo cual hace que podamos tratar a todos más o menos igual” (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

“Las analíticas es algo innegociable. A través de ellas no sólo sabemos si no mienten o no, sino el grado de adhesión al tratamiento. Puede que una persona te diga mucho que quiere dejar de consumir drogas...si las analíticas dan positivo...algo se está haciendo mal. La responsabilidad de los fracasos es compartida, pero una de los principales objetivos

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

siempre es la analítica negativa; después de eso viene todo lo demás. Desde la abstinencia podemos construir el resto” (San. 55. C.A.D. Profesional. Coordinadora del recurso).

El proceso de rehabilitación promovido por el C.A.D. se divide en tres fases: la **desintoxicación** (articulada alrededor de conseguir la abstinencia), **restablecimiento** (destinado a recuperar lo que consideren que han perdido a través de la adicción) y el **seguimiento** (conocer si se mantiene en el tiempo los cambios conseguidos).

“¿Por qué sois tan duros con los chavales?” - pregunté a San de repente.

“Mira Diego,- comienza a responderme bastante seria- si no podemos unas normas tan duras, aquí todo el mundo haría lo que le daría la gana. Nadie vendría a sus horas, ni aseados, no sé respetarían los turnos, etc. Muchos de ellos llevan sin cumplir normas muchíisimo tiempo, con lo que nosotros debemos de ser una herramienta para que las recuperen”. (San. 55. C.A.D. Profesional. Coordinadora del recurso).

“Yo no estoy a favor de tantas normas...- comenta Doro negando con la cabeza. Pero desde arriba nos dicen que no podemos ser flexibles con nadie”. (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

Todas las fases del tratamiento son altamente disciplinarias. En ellas se mantiene la expectativa sobre el consumidor que, definido desde carencias, llega al C.A.D. con una temporalidad y complejo normativo construido sobre el consumo de drogas, contrario a lo pautado socialmente. A través del C.A.D., se recuperan normas, horarios, manera de estar, modos de sentarse, puntualidad... que desde su *“experiencia yonki”* han perdido, formado parte de una estrategia de gobierno, basada en un tipo concreto de salud y aplicada a través de estos recursos.

“Ya sabéis como tenemos que estar en la reunión. No se interrumpe al compañero, hay que sentarse bien, lo móviles han de estar apagados, no se dan voces...”. (Lelo.32. Voluntaria).

Muchos de nuestros informantes expresaron su descontento respecto a esta parte del programa, refiriéndose a ello en términos *“escolares”*.

“Estoy un poco cansado de tantas normas... ¡Ni que esto fuera un colegio!” - dice Rosendo riendo. (Rosendo. 47. C.A.D. P.M.M.)

Asumir estas normas implementadas por el centro, funciona como herramienta promotora de un cambio en el estilo de vida, el cual ha de producirse antes de abandonar el consumo.

Si en Esperanza veíamos como el usuario tenía un papel activo en su recuperación, en el grupo del C.A.D. sucede todo lo contrario. El papel central del experto hace que su postura sea pasiva, asumiendo pautas, disciplinas, técnicas para mitigar la adicción plasmada en lo corporal, sin mostrar la participación que hemos presentado en el dispositivo anterior. En N.A. era el adicto el que se auto disciplinaba en base al conocimiento experto de sus compañeros, mientras que el grupo del C.A.D. interpreta los consejos basados en el saber teórico del experto, con una disposición similar a la de un alumno dentro del **modelo de clase tradicional**, en donde el maestro es el emisor de conocimiento y el alumno el receptor pasivo.

Una vez diseñado el programa individual y firmado el contrato terapéutico, cada persona empieza a cumplir con las pautas consensuadas, las cuales se estructuran alrededor de reuniones con los profesionales pertinentes.

“Una vez que se ha pasado por todas las reuniones previas, se empieza con el tratamiento. Este consiste en asistir a diferentes reuniones con los profesionales, los cuales te van indicando como conseguir los objetivos planteados según la fase en las que te encuentres de la rehabilitación. Si estás en la primera, tiene más importancia dejar de consumir. ¿Qué estás en la segunda?, el psicólogo y el resto de profesionales se encargan de volver a preparar a la persona para vivir con normalidad”. (Otas. 34. C.A.D. Profesional).

Ninguno de los dos recursos analizados en esta tesis doctoral entiende la adicción como algo simple, sino como algo complejo y multidimensional. Ambos plantan un proceso terapéutico basado una reconstrucción de la salud, del estilo de vida y del modo de entender la adicción. La diferencia entre ambos no es sólo el producto obtenido, sino la manera de hacerlo. Estas dos tecnologías de gobierno, contextualizadas dentro de un marco concreto de gestión de las adicciones, incorporan a sus usuarios nuevas disposiciones sobre la adicción a través de mecanismos distintos.

Estos dispositivos, junto con el resto de los existentes en las redes asistenciales, responden a lógicas neoliberales vinculadas con el fin del Estado del Bienestar,

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

no sólo relacionadas con la gestión de la salud y un tipo concreto de corporalidad, sino con la inserción de una lógica de mercado en ámbitos en los que antes no existía como es el caso de la salud.

Si N.A. consigue este cambio a través del saber práctico puesto en juego desde sus propias narrativas, el grupo estudiado del C.A.D. presenta una manera mucho más estructurada, controlada por la medicina y psicología. En ella, el papel del experto es fundamental como canalizador y legitimador de las estrategias basadas en la práctica que se ponen en juego.

En este itinerario, el usuario puede usar otros recursos, permanecer en el C.A.D., trabajar con unos profesionales u otros, etc. pero al nacer todos de una protocolización, cada proceso de rehabilitación es a la vez distinto pero similar. Gracias a la homogeneización generada por la dialéctica existente entre estos “*recetarios*” y la subjetividad de cada persona, los usuarios encuentra similitudes sobre las que construir esa identificación que mejore el **capital intercambiable**, pero a la vez denota diferencias al ser plasmados en subjetividades dispares.

“Venir al C.A.D. siempre es lo mismo. Si tienes que venir a por la metadona, según el día que tengas que recoger, vienes. Lo normal es que te pongan las citas todas juntas el mismo día, si se puede. Controles con el médico, el enfermero, psicólogo, trabajador social... esa es la rutina; ellos son los que dicen que es lo que tienes que hacer. Según se avanza en el programa, se va concentrando en cosas más concretas. Mientras que no consumas todo está bien. Yo, llevo mucho sin consumir, así que sólo vengo de vez en cuando al psicólogo y al grupo” (Villarreal. 51. C.A.D. P.L.D.).

Villarreal a través de su frase “*ellos son los que dicen que es lo que tienes que hacer*”, muestra como los profesionales son los que tienen la potestad de generar y modificar los objetivos planteados dentro del PPI, limitando la participación del usuario. Pero además, cuando se refiere a él como “*siempre lo mismo*”, destaca lo inmovilidad imperante en estos tratamientos. Al basarse todos en un protocolo general, las similitudes entre los PPI son más que evidentes. Las principales dinámicas que realiza en el día a día de su recuperación, serán modificadas según se avanza por la rehabilitación según acuerden los profesionales.

“Todas las semanas...Te levantas, vienes a recoger. Miras si tienes citas en el centro y te vas. Siempre es así”. (Berrin (59). C.A.D. P.M.M.).

“La estructura siempre es la misma para todos. Si tiene que tomar metadona se organizan las citas alrededor de estas. En caso de ser un PLD, según haya huecos y según la necesidad de cada persona, viene con mayor o menor asiduidad. Según van mejorando, la pauta se modifica”. (Lelo.32. Voluntaria).

La **protocolización** del recurso hace que todos los usuarios **verbalicen** su proceso en **términos similares**, modificándose sólo según se avanza por él y las características individuales de cada uno. Estos cambios básicamente se centrarán en un mayor o menor número de citas y cambios en la cantidad de metadona suministrada si la consumen.

Cuando se cumplen los objetivos planteados, el usuario recibe el **alta terapéutica**. Al obtenerla, pasan por un **período de seguimiento**, tratando de ver como se adapta a la nueva situación. No todos los itinerarios de rehabilitación terminan en alta. Muchos de los usuarios, como ya hemos comentado en este apartado, abandonan antes de cumplir los objetivos, son derivados a otros recursos, se dan el *“alta voluntaria”*, etc. Es conveniente recordar las palabras de San respecto a las altas según el año, recordando al lector de nuevo la idea de variabilidad temporal respecto a los períodos de rehabilitación y alta. Según esta idea, un individuo puede llegar a pasar largas estancias en el C.A.D., sin que esto deba ser confundido con una permanencia *“ad eternum”*. Ni siquiera los usuarios en mantenimiento con metadona pueden ser definidos de esta manera, ya que su normalización les lleva a venir cada vez menos al centro (espaciando la recogidas), terminando por elegir otros lugares de obtención de metadona (farmacias), que les sirvan para alejarse del referente yonki.

A continuación vamos a analiza las etapas del P.P.I.

§ **Desintoxicación o estabilización.**

Dependiendo de la situación personal de quien solicite el tratamiento en el C.A.D., el equipo de profesionales se decantará por la **estabilización o desintoxicación**.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Estabilización: es la estrategia utilizada en un primer momento⁶³ con aquellas personas que llegan al centro solicitando ayuda, para que sus consumos no interfieran en su vida, salud, familia, etc. A estos individuos se les plantean terapias basadas en la reducción del consumo, consumos de menor riesgo o estabilización (estrategias para que la ingesta no aumente) con o sin uso de fármacos. Suelen ser sujetos que no quieren o no están en disposición de manejar una situación de abstinencia. Su relación de dependencia con las sustancias ha modificado ya su subjetividad, organizando todo su estilo de vida alrededor del consumo/obtención de droga, pero todavía no se ha negativizado totalmente su visión del consumo, acción que suele ser determinante para emprender un proceso de rehabilitación basado en la abstinencia.

Su principal interés es iniciar las dinámicas de recuperación de aquello que consideran que el consumo les ha quitado, no parar de consumir.

“Yo siempre he dicho que no quiero dejar de consumir coca. Sólo quiero hacerlo menos porque ya estoy perdiendo el control. ¡A veces no me acuerdo de lo que hago durante más de 6 horas! Me despierto y no sé dónde estoy... Pero aquí siempre están con el rollo de no consumir nada... Estoy en el grupo además con gente que no quiere lo mismo que yo. Cualquiera día dejo de venir” (Bairon. 52. C.A.D. P.L.D).

El C.A.D. evalúa a las personas con la intención de ver si su contexto pide una intervención como la que estamos analizando o una desintoxicación, siempre primando la segunda sobre la primera.

En los meses de observación, sólo vimos aplicar esta opción a usuarios dependientes a la heroína. A los usuarios se les plantearon situaciones salubres de consumo sustituyendo la droga por metadona, pasando del consumo de una droga no tolerada a una pautada por un médico.

Según los datos obtenidos sobre el C.A.D. analizado, diremos que esta estrategia sí era aplicada en personas dependientes de heroína pero no para otros tipos de sustancias. A Bairon nunca le permitieron tener consumos controlados/saludables y a Santos no le dejaron manejar su alcoholismo desde otra perspectiva que no fuese la abstinencia.

⁶³ Recordar que la finalidad del recurso siempre es el abandono del consumo, con lo que esta estrategia es planteada como algo excepcional.

Desintoxicación: cuando una persona busca parar de consumir y el equipo del C.A.D. considera que está en disposición de hacerlo, se le plantea un proceso de desintoxicación. En él se busca acabar con todos los efectos que la sustancia provoca en el cuerpo, no sólo mientras esta permanece en él sino también cuando es retirada, lo cual permite manejar los síntomas provocados por la abstinencia. Esta situación variará según la sustancia/persona y contexto, pudiendo ser ambulatoria u hospitalaria. Durante la misma se pueden utilizar algunas medidas (farmacológicas, psicológicas, de contención, etc.) que controlen las manifestaciones que se producen al abandonar el consumo, siendo todo esto pautado por el equipo del centro.

“Nunca quise dejar de consumir alcohol, pero si heroína. Me ingresé en el C.A.D. para poder dejar el caballo, el cual había conseguido dejarme en la calle, perder a mi familia, etc. Pero allí me hicieron ver que también tenía un problema con el alcohol, que yo nunca me había planteado. Cuando quise entrar en un piso para no quedarme en la puta calle, me pidieron análisis limpios de todo... Ahí me di cuenta de que no podía dejar de beber... no tenía fuerzas... Pedí ayuda en el C.A.D. y me llevaron a una unidad de desintoxicación de un hospital. Allí, con medicinas, controlaron la abstinencia y al poco tiempo salí. Seguía teniendo ganas de consumir, pero eso se quita viniendo al C.A.D. y a las reuniones” (Santos. 45. C.A.D. P.L.D.).

Ya nos hemos referido anteriormente a la experiencia de Santos sobre su paso por una U.D.A. Cabe recordar que necesitaba dar negativo por alcohol en unas analíticas, para poder ingresar en un recurso residencial. El equipo del C.A.D. le derivó a una unidad de desintoxicación, donde consiguió estar varios días sin consumir y eliminar todo el alcohol de su cuerpo.

“Yo lo de dejar de consumir lo hice a pelo. En mi casa, sólo como un indio cabreado. ¡Las pasé putiiiiisimas!, pero lo conseguí. Estuve encerrado unos diez días, vomitando, con frío, calor, me cagaba... ¡No puedo explicaros lo mal que lo pasé! Pero con el paso de los días todo se fue calmando. (Villarreal. 51. C.A.D. P.L.D.).

Villarreal contó su experiencia sobre la desintoxicación, conseguida desde la autoatención doméstica. Al igual que Santos, hace referencia a un gran sufrimiento a la hora de lograrlo. La principal diferencia entre los dos procesos, más allá de que fuesen sustancias diferentes, la encontramos en el soporte farmacológico usado en el hospital, el cual mitiga las reacciones corporales

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

adversas provocadas por la retirada de la droga. Villarreal lo hizo en casa. Tuvo que gestionar él su abstinencia, su dolor, sus alucinaciones... Esto es visto como una posibilidad más, poco recomendada por los profesionales, ya que los síndromes de abstinencia del alcohol y heroína pueden desembocar en la muerte del usuario por a las complicaciones físicas que conllevan.

Esta parte de la rehabilitación en el C.A.D. está centralizada por las intervenciones biomédicas. Un proceso tan vinculado a lo biológico como el que acabamos de analizar, es el contexto ideal para que la figura del médico reproduzca modos tradicionales de actuar asociados a su disciplina.

Para avanzar a la siguiente fase de rehabilitación, o bien se llega a través de la sustitución de la droga por algún medicamento⁶⁴ o sin consumos recurrentes, pero el uso de drogas debe estar bastante controlado por los usuarios, dado que no se suelen admitir personas con historiales repletos de recaídas. El proceso de recuperación es mucho más largo en individuos con constantes vueltas al consumo, que en aquellos con una abstinencia conseguida y mantenida.

§ Deshabitución y restablecimiento.

Esta fase busca adquirir aquellas herramientas que hagan posible mantener la abstinencia y centrarse en las demás variables que influyen en las adicciones.

Restablecimiento: será aquello que conforme el paradigma de la pérdida, centrándose en la devolución de los hábitos y características previas a la adicción.

Deshabitución: en esta parte del programa se trabaja más con herramientas psicológicas referidas a temas como: gestión de problemas, recaídas, qué hacer con la ansiedad, etc.

Estos dos procesos sí son llevados a cabo de manera paralela durante el tratamiento. La aparición del Modelo biopsicosocial cambió la manera de definir la adicción y la forma de intervenir en ella. Gordillo (1982), comentó como el gran número de profesionales de la psicología existentes, provocó que buscasen nichos profesionales

⁶⁴ Normalmente se suele usar metadona aunque se puede usar también la buprenorfina o naloxona. En la actualidad se están implementando los tratamientos para tratar la heroína con utilizando la propia sustancia, como podemos ver en Massó (2104).

donde poder desempeñar su labor, entrando en los tratamientos de las adicciones. Este autor sitúa el movimiento de esta disciplina, anterior y más estructurado que el de las demás que participan en los tratamientos, influyendo esto en el papel central que sus expertos ocupan dentro de estas terapias.

“Dejar la droga al final no es tan complicado. Solo con mucha fuerza puedes y, en el caso de no poder...te mandan a un centro y fuera. Lo complicado es después...Te dicen que dejes de ver a tus amigos, que dejes de salir por donde habitualmente lo hacías...Tienes que cambiar toda la puta vida” (Tomasa. 41. C.A.D. P.L.D.).

Tomasa muestra a través de su discurso, como la adicción es entendida como “algo más de dejar de consumir”. Conseguir la abstinencia es considerado por ella como “fácil”. El fracaso de los antiguos tipos de terapia se debía el determinismo biomédico, el cual hacía que una persona lograra la abstinencia pero olvidaba “tratar” el resto de variables que conforman la adicción, haciendo que la probabilidad de volver a consumir fuese muy grande.

A pesar de todo, la abstinencia sigue centralizando los objetivos a conseguir en el recurso. Ocupa el eje principal de toda intervención, facilitando su mantenimiento el acceso a ciertos privilegios terapéuticos como la exención de analíticas, optar a recursos complementarios (pisos, cursos), etc. El usuario, según se mantiene abstinentemente, gana prestigio a ojos del experto, el cual planteará el acceso a todas estas mejoras. Además, de manera similar a lo explicado en N.A., el tiempo abstinentemente concederá mayor legitimación en el intercambio de conocimiento práctico sobre la adicción, aunque esto tenga menor importancia en este contexto que en Esperanza.

Todos los integrantes de las reuniones del grupo analizado, estaban situados en este punto del proceso terapéutico. Alternaban grandes períodos de abstinencia, bien sea por el consumo de metadona o sin uso de fármacos, con algún consumo esporádico.

Las palabras de Tomasa muestran una de las estrategias de mayor utilización en este período: la **evitación**. Esta estrategia se basa en evitar situaciones que son entendidas como incitadoras de consumo, las cuales pueden activar una serie de procesos que evocan el consumo y terminar con la recaída por parte del usuario, ocupando gran parte del conocimiento práctico que se intercambia en el grupo analizado.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Será el conocimiento teórico que emana del experto junto a los consejos prácticos de sus compañeros, aquello que se asuma como estrategia para evitar recaídas, siempre desde una actitud pasiva. El tipo de legitimación obtenida por los diferentes saberes, variará según el agente social que lo ponga en juego. El usuario valida su saber experiencial, desde su posicionamiento en el proceso de rehabilitación, mientras que el profesional lo hace como integrante del saber experto.

La progresión por el proceso de rehabilitación mejora el tipo de conocimiento a poner en juego por parte de los usuarios, aunque este ha de pasar siempre por el filtro del profesional. El papel del experto será, además de poner en juego su saber teórico, restringir, limitar y legitimar aquellos discursos terapéuticos experienciales que se articulan. Esto no sólo lo hará desde su posición de experto, sino como agente social en el que confluyen no solo saber teórico, sino la experiencia de llevar de años de trabajo.

La rehabilitación es un proceso por el que el agente social se va resignificando cada vez más cerca del símbolo “*no consumidor*”. Según avanza por él, más lejos está del *yonki*, lo cual supone una atenuación del estigma asociado al consumo de drogas. Fernández (2012), dice que este procedimiento expresa una intencionalidad clara a la hora de inculcar unas ideas concretas sobre la salud, las cuales forman parte de una estrategia de gobierno clara. El proceso de adicción/recuperación, ha de ser entendido como un constante juego de posicionamientos, significaciones y resignificaciones respecto a dos conceptos definidos en oposición: **yonki/no consumidor**. Este tendrá la intencionalidad clara de devolver al agente social posiciones consideradas como ciertas socialmente, a través de estrategias y herramientas correspondientes a una política sobre la gestión de la salud concreta.

“Siempre me decía: ¡Deja la droga, ya verás cómo luego todo va a ir bien! Los cojones. Sigo con problemas con la familia, sin trabajo, muchas veces no llego a fin de mes. Consumir no consumo, pero sigo con problemas que no se quitan” (Tomasa. 41. C.A.D. P.L.D.).

Definir la adicción desde la pérdida dota al **recurso** del rol de **facilitador**, ya que el usuario espera de él que sea capaz de devolverle lo perdido con el consumo.

Universidad Complutense de Madrid.

Esta instrumentalización de la adicción y el papel activo atribuido al recurso, configura un rol de **receptor pasivo** durante la terapia por parte del usuario, solo teniendo algo de protagonismo al poder intercambiar experiencia en nuestro grupo de estudio.

La no consecución de algunos de estos logros terapéuticos (trabajo, dinero, pareja), hace que los usuarios se den cuenta de que muchas de las pérdidas que habían achacado a la drogodependencia, han sucedido influidas por más variables que su adicción y no van a ser recuperadas sólo con mantenerse abstinentes. Tomasa lo expresa a través a través de *“sigo con problemas que no se quitan”*, mostrando como este Modelo explicativo sobre la adicción, sólo es útil para las primeras fases de rehabilitación. Según se avanza por ella no se recupera lo que se esperaba, ocasionando desánimo en los usuarios, alargando su estancia en los recursos e incluso generando su abandono.

“Todo me va bien. No consumo, no bebo... Pero discuto mucho con mi mujer y no encuentro trabajo” (Santos. 45. C.A.D. P.L.D.).

Presentar al individuo como carente y al recurso como el facilitador, provoca una generalización sobre todas las problemáticas configuradoras de la adicción. Lo cual origina frustración al no poder solucionarlas, como expresa Santos en su discurso.

“La abstinencia por sí sola no les devuelve nada. Han de trabajar más cosas. Pero en un primer momento, sirve para que pongan más ganas en conseguirla”. (Lelo.32. Voluntaria).

Como ya hemos comentado, los profesionales son conscientes del error de este determinismo, aunque justifican su uso al funcionar como estrategia para que los usuarios tengan motivaciones para conseguir y mantener la abstinencia. Consideran que genera más beneficios que pérdidas dentro de la rehabilitación.

Santodomingo (2009), habla sobre como las intervenciones de tipo *“sistémico”* en las adicciones, se empezaron a utilizar con la llegada de nuevos tratamientos, superando los modelos explicativos tradicionales. Desde ese momento se entendió la adicción como un proceso complejo multifactorial, en el cual todos sus componentes están relacionados. Esta es una de las bases en las que se sustenta el Modelo Bio-psicosocial de Engel (1992), que es el más utilizado en la actualidad por la mayoría de los Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

recursos. Entender las adicciones como un sistema, denota pensar que una modificación en uno de los elementos que lo configura, provocará cambios en el resto. De aquí que en principio se creyese que a través de conseguir la abstinencia, se mejoraría el resto del sistema en el cual estaba el trabajo, dinero, etc. En la actualidad ya no se maneja una versión tan sistémica de las adicciones, quedando la explicación del paradigma de la pérdida como base motivacional y estrategia atenuadora del estigma asociado a la adicción en solitario.

Esta manera de entender las adicciones, generó barreras difusas en las responsabilidades que tienen cada uno de los profesionales que conforman en C.A.D. y sus campos de intervención.

“La mejor manera de presentarse en una entrevista de trabajo, es con un buen currículum”- explicó Doro. “Limpio, bien estructurado, que muestre con claridad aquello que queréis mostrar... ¡De esta manera es más fácil encontrar trabajo!”. (Doro.

32. C.A.D. Profesional

Cuando un psicólogo aconseja sobre una situación como la anterior, además de mostrar la difuminación de responsabilidades existente entre los profesionales, muestra como muchos de ellos hacen uso del “*conocimiento espontáneo*” basado en su experiencia acumulada como terapeutas, para aconsejar sobre temas ajenos a su disciplina. Poder opinar en todos los ámbitos, es un reflejo de la pluralidad de saberes que se encuentran en la figura del experto, dado que la conjunción de teoría y práctica, lo legitiman para aconsejar en todos los campos.

§ Evaluación de resultados.

En esta fase se realiza una **evaluación de los cambios** que se van produciendo en el usuario durante la intervención.

“La evaluación es continua. Segú la persona avanza en su tratamiento, vamos viendo si cumple con los objetivos y no... Siempre se le pueden modificar y hacer que estos sean luego más realistas” (San. 55. C.A.D. Profesional. Coordinadora del recurso).

La periodicidad de este análisis será decidido por el equipo responsable de cada caso, sirviendo de orientación acerca del trabajo a realizar y permitiendo conocer la calidad y magnitud de los cambios producidos respecto a los objetivos que iniciales.

δ Seguimiento post-alta.

Cuando un usuario **recibe el alta** del recurso, se le suele hacer un seguimiento para ver si las mejoras conseguidas a través del programa, se perpetúan en el tiempo.

“Tomasa, te voy a proponer el alta terapéutica. Llevamos muchísimo sin consumir. Tus analíticas están limpias. Tienes una habitación donde dormir. Tienes entradas de dinero. Estás haciendo entrevistas de trabajo... creo que ya no deberías de seguir viniendo. Además, faltas a las citas con los profesionales y no vienes al grupo, cuando hay personas que a lo mejor necesitan más que tú esta plaza” (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

El anterior verbatim versa sobre un episodio de alta terapéutica. Tomasa había cumplido con los criterios⁶⁵ planteados en su PPI, lo que la otorgaba la posibilidad de abandonar el recurso. Esta mujer era usuaria del centro desde hace muchos años. Durante nuestro período de observación faltaba constantemente tanto al grupo como a las citas con los demás profesionales, con lo que al cumplir con parte de los criterios, Doro decidió darla el alta.

Al final, el papel pasivo en la rehabilitación trasciende incluso a una decisión tan personal como es el alta, donde el papel del usuario (salvo en las voluntarias y en los abandonos) es testimonial.

Algunos usuarios son reacios a abandonar el recurso. Argumentan que no van a poder hacer frente a la nueva situación sin su apoyo, tiene miedo a enfrentarse a la realidad sin drogas ellos solos, etc. Estas expresiones verbalizan estrategias de resistencia hacia el abandono del dispositivo. La actitud **paternalista** del centro con sus pacientes, así como la pasividad asumida por los usuarios, hace que no quieran abandonarlo dilatando en algunos casos su permanencia, pero nunca perpetuándose en él.

“Yo hace mucho que no consumo. Sólo me fumo unos porrillos de vez en cuando. No vengo a citas con los profesionales, porque sé que no lo necesito, pero... Al grupo tengo que seguir viniendo. Es mi conexión con la realidad. Me ayuda a no olvidar lo que soy.

⁶⁵ Los criterios a cumplir para poder recibir el alta terapéutica son: petición del individuo, consecución de buena parte de los objetivos y estabilidad.
Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Un par de veces he dejado de venir y al final metí la pata...Así que aquí voy a venir hasta que me mandéis a la mierda (risa)". (Villarreal. 51. C.A.D. P.L.D.).

Durante nuestra observación, hemos encontrado más situaciones similares a que cuenta Villarreal. Personas que se encuentran en una posición "cómoda" dentro de los recursos, los cuales deben recibir un "empujón" por parte de este para abandonarlos.

"El C.A.D. me ayuda mucho. Me da algo de miedo dejarlo. Si tengo un problema, sea de lo que sea, sé que me van a ayudar". (Tomasa. 41. C.A.D. P.L.D.).

Esto sucede sobre todo con el perfil de consumidores de heroína de 1980, los cuales se mantienen dentro de los PMM o PLD, mostrando fuerte adhesión al recurso. Estas personas generan resistencia a abandonarlo, en parte por el **soporte emocional** que este les ofrece, así como la actitud de protección que tiene hacia ellos.

Los dos recursos estudiados en esta tesis doctoral, generan largos períodos de estancia en algunos de sus usuarios, lo cual es interpretado como un proceso de cronificación por parte de algunos profesionales. Hemos visto cómo la vinculación a largo plazo en los dos grupos analizados, tiene una explicación completamente distinta en cada uno de ellos. En el C.A.D. a pesar de abogar por las altas, genera "cronificación" como consecuencia del rol pasivo en el proceso terapéutico que se asigna a los usuarios, invisibilizado precisamente a través de esta categoría. Mientras que Esperanza, que sí quiere a sus integrantes "ad eternum", tiene un grupo central que marca dinámicas de abandono.

En todo caso, dado que durante nuestra observación y vueltas al campo de estudio, hemos visto como son muy pocos los usuarios referidos en este trabajo, que perduran en ellos. Desconocemos si esto se debe a abandonos, altas, fallecimientos, etc.

A día que hoy, tanto las adicciones como los factores y procesos que inciden en la recuperación son grandes desconocidos, con lo que **asociar una temporalidad concreta a la rehabilitación es un error**. Cada persona tendrá un tiempo, de ahí que algunas veces se confundan las estancias largas en los recursos, con una cronificación.

A esto hay que añadirle como hay veces que la masificación de los modos asistenciales, provoca una bajada en la calidad ofrecida, dilatando la permanencia en ellos.

4.4.3. Metodología y estrategias de intervención.

Desde el **Instituto de adicciones** se plantean dos tipos de intervención:

Individual: la cual consiste en poner en marcha una serie de estrategias para conseguir los objetivos acordados en el PPI, por cada usuario de manera particular. Los profesionales del centro realizan sesiones de trabajo individuales y privadas, utilizando metodología y herramientas propias de cada disciplina a través de una serie de citas periódicas. Estas tienen una duración y temporalidad variable según la persona, sustancia y contexto, así como el punto de la rehabilitación en la que se encuentre, centrándose toda ellas en el modo de atención tipo consulta. Según este tipo de intervención, el profesional es el que tiene toda la capacitación para intervenir desde su posición como parte del saber teórico y el usuario lo asume de una manera pasiva.

“Villarreal, ¿Quieres que nos veamos en cita?” - pregunta Doró.

“No, ya sabes que yo no lo necesito” - responde Villarreal.

“¿Rosendo?” - pregunta mirando a esta persona.

“Yo sí. Quiero hablar contigo y ver al médico. Tengo algunas cosillas que contarte” - responde rápidamente Rosendo.

(Doró. 32. C.A.D. Profesional. Villarreal. 51. C.A.D. P.L.D. Rosendo. 47. C.A.D. P.M.M.).

Debido a la ley de protección de datos, nunca pudimos asistir a ninguna de estas consultas. Solo conseguimos reconstrucciones a través de narrativas como la siguiente, obtenida a partir de conversaciones informales y entrevistas.

“En las citas individuales trabajo lo mismo que en el grupo, pero centrado en una persona. Allí todo gira en torno a su historia, como se siente sus miedos. Incluso cuenta algunas cosas privadas que no quiere compartir en el grupo”. (Doró. 32. C.A.D. Profesional).

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

“En mis citas hablamos de cómo está, si se encuentra bien de salud. Qué piensa que le puedo dar para mejorar. Todo mientras le hago el chequeo correspondiente”. (Otas. 34. C.A.D. Profesional).

“Ellos me cuentan que tal están. Cómo puedo ayudarles, si quieren algún curso, gestionar alguna ayuda, etc.”. (San. 55. C.A.D. Profesional. Coordinadora del recurso).

Las tres narrativas anteriores muestran como los informantes describen la reunión en el grupo, como un diálogo en el que el profesional ofrece soluciones y consejos para tratar de paliar el consumo de drogas, mientras que el usuario las acepta pasivamente.

La pregunta *¿qué tal estás?*, se refiere no sólo a una cuestión vinculada con la salud, sino más bien a *¿en qué parte del proceso te encuentras?*, la cual sirve al profesional para ubicar al usuario y ofrecer de esta manera estrategias acorde con sus demandas y su posición en la rehabilitación.

Si en Esperanza la estrategia terapéutica era la acumulación de experiencia, en el grupo del C.A.D. esta se centralizará en asumir de manera pasiva todo el conocimiento experto que ponga en juego el profesional, complementado por los consejos prácticos que escuchan de sus compañeros en un contexto diferente al usado para realizar intervenciones individuales. En el caso estudiado, el psicólogo personifica la ideología sobre la adicción mantenida por el dispositivo. El Experto, como principal herramienta de este recurso, es la fuente de conocimiento y estrategias sobre cómo conseguir los objetivos planteados, legitimado por su formación.

Como ya hemos comentado, estos lugares de intervención se caracterizan por ser contextos en los cuales se ponen en juego saberes expertos y prácticos con la intencionalidad de conseguir los objetivos planteados por el propio modo asistencial. El grupo terapéutico que estamos analizando, ofrece la posibilidad a sus integrantes de intercambiar estrategias de rehabilitación basadas en la experiencia, mediadas por la figura de profesional, el cual ha de legitimarlas para que tengan validez.

En el C.A.D. la figura del grupo no tiene tanta importancia como en N.A., al no ser el elemento necesario para que se produzca el intercambio de saberes entre los integrantes. La única situación imprescindible para que tenga lugar la reunión en él será la presencia de un representante del saber experto. Este ejerce el rol de

facilitador de saberes, generando disposiciones pasivas en los usuarios hacia el conocimiento práctico que ponen en juego. Esta figura también será capaz de argumentar soluciones prácticas, basadas en la experiencia acumulada por sus años trabajando con drogodependientes.

Grupal: El grupo analizado ofrece la posibilidad a sus integrantes de intercambiar estrategias de rehabilitación basadas en la experiencia, todas ellas mediadas por la figura de profesional, el cual ha de legitimarlas para que tengan validez. Es un contexto en el cual el profesional también ofrece soluciones legitimadas por su carácter de experto. El propio recurso se refiere a este tipo de intervención como:

“El grupo es una importante herramienta terapéutica, que permite rentabilizar el trabajo desde las distintas áreas, no sólo como forma de una mejor gestión de los tiempos de los que disponen los profesionales, sino también como forma de facilitar las sinergias positivas y las ventajas que el grupo proporciona para facilitar el proceso de cambio”. (Instituto de adicciones, 2011).

Sorprende que de todas bondades que podían haber destacado sobre esta herramienta terapéutica, sólo se centren en la gestión del tiempo de trabajo de los expertos. Ya hemos destacado como los profesionales de los C.A.D. atienden a un número ingente de personas, de ahí que únicamente se presente este tipo de intervención como una forma mejor de gestionar el tiempo por su parte, a pesar de poder tener otro tipo de funcionalidades.

“El grupo lo utilizamos como algo complementario. No todos los hacen, ni lo hacen de la misma manera. Aquí se priorizan las citas. Además, es muy complicado conseguir personas de un perfil para que puedan usar el grupo de terapia. Está contemplado que trates de trabajar con él, pero si no sale...la gente tampoco se vuelve loca” (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

A pesar de plantear el grupo como un elemento que facilita la gestión del tiempo por parte de los profesionales, durante el trabajo de campo pudimos comprobar como su uso no era ese. Doro nos relató un par de veces como el grupo es un complemento muy efectivo al trabajo individual realizado por los profesionales de todos los ámbitos, el suyo incluido. Nunca se refirió a él como una estrategia de gestión, sino como un complemento.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

“Yo no tengo problema en hacer el grupo, a pesar de que me suponga más trabajo que otras cosas. Pero entiendo que es beneficioso para los chicos. ¡Por eso lo hago!”. (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

Esta **complementariedad** hace que su uso no sea obligatorio. Es más, como el grupo ha de ser compatibilizado con la atención al resto de sus pacientes, muchas veces es entendido como una carga más que una ayuda.

Las **intervenciones grupales** en los C.A.D., como dice en Instituto de Adicciones (2011), fomentan *“las sinergias positivas y añade las ventajas que el grupo proporciona para facilitar el proceso de cambio”*. Es decir, la relación entre sus integrantes sirve para que desde una identificación tenue entre ellos, se ilustren como ejemplos vivos de lo que se consigue a través de la rehabilitación. Teóricamente sería un proceso similar al analizado en Esperanza, pero el papel del profesional dentro de este circuito de intercambio de saberes, marcará la principal diferencia.

El C.A.D. al ser creado desde el modelo de intervención médico, otorga mayor importancia a las **citas individuales**. Como hemos señalado, en ellas usuario recibe consejo sobre cómo avanzar por el proceso de rehabilitación de manera particular, reproduciendo el modo de intervención del sistema sanitario generalista. La llegada del Modelo **biopsicosocial** no consiguió acabar este tipo de intervención, pero sí hizo que otras disciplinas interviniesen en el proceso.

Como estamos tratando de mostrar, a día de hoy se sigue manteniendo como predominante el **modelo de la consulta** aunque, en mucha menor medida, empezamos a encontrar otros modos de intervención diferentes, como el grupo que estamos analizando.

A través de las palabras de Lelo vemos las características de nuestro grupo:

“Nuestro grupo está formado por persona bastante estabilizadas. Con consumos esporádicos de heroína, cocaína, alcohol y benzodiazepinas, sin mucho deterioro físico. El problema es que si alguno se va...es difícil encontrar más personas con este perfil tan marcado”. (Lelo.32. Voluntaria).

Esta informante, además de enumerar el perfil del grupo seleccionado para nuestro estudio, explica como antes de formar parte de él pasa por una “*selección previa*”, la cual determina si está cumple los requisitos de participación o no.

“Yo busco en mi grupo que entre todos se ayuden a mantenerse estables y que unos sirvan de modelo a los otros”. (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

Es obvio que cada profesional, desde su trayectoria individual, construye y proyecta en este tipo de terapia una intervención afín tanto a sus posicionamientos teóricos como a los del C.A.D. A pesar de lo explicado por Doro, el principal modelo a seguir en este grupo es el manejado por el C.A.D., al ser el referente sobre el que gira el proceso de rehabilitación.

La confidencialidad y el gran celo que se tiene a la hora de poder entrar tanto en estos espacios como en las consultas, determinaron nuestro contexto de observación, dado que sólo conseguimos acceder al grupo que estamos analizando.

“El otro grupo... pues es como este... más o menos. Cada profesional lo lleva a su manera, siempre respetando las normas del C.A.D. yo quizás dejo hablar más a la gente, mientras que en el otro es más directivo. Pero en el fondo los dos buscan los mismo”. (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

La protocolización con la que se trabaja en el C.A.D. hace que los objetivos de ambos grupos sean iguales, aunque la manera de llegar a ellos varíe. El analizado en este apartado muestra una postura menos rígida por parte del profesional. Doro dice que ella “*deja hablar a los integrantes*”, lo cual nos da a entender que los demás grupos representan más fielmente el **modelo de atención tipo terapia grupal**, mientras que en el nuestro los usuarios tienen un papel más activo.

Intervención con familias: Este recurso también ofrece la posibilidad de realizar terapia con la familia de aquellos que están en tratamiento. Al igual que la intervención grupal, es potestad del psicólogo y en menor parte, del trabajador social. Muchas veces es imposible llevarlo a cabo porque o el individuo o la familia no quieren debido a múltiples razones.

Profesional de referencia: no es un tipo de intervención, pero es un rol bastante influyente en el proceso que estamos analizando. El C.A.D. llaman de esta manera a

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

una figura utilizada con la finalidad de tutorizar la rehabilitación y ejercer de portavoz de los demás profesionales.

“El profesional de referencia es la cara visible del equipo. Es una manera de personalizar el trabajo que se hace en una persona concreta, lo cual hace que todo sea más fácil para los adictos” (San. 55. C.A.D. Profesional. Coordinadora del recurso).

Esta figura representa un nexo entre los profesionales y la persona que está recibiendo tratamiento. Puede ser cualquiera de las personas que conforman el C.A.D. menos los administrativos y guardias de seguridad.

De cara al paciente, el profesional de referencia es la figura a la que puede dirigirse para petición de informes, solicitar cambios, etc.

4.4.4. El grupo de estudio.

Como acabamos de señalar, para poder entrar a formar parte de nuestro grupo de análisis, su responsable realiza una **selección previa** sobre todos los candidatos posibles. Los criterios para poder formar parte de él son: haber consumido heroína, llevar un tiempo en tratamiento en el CAD y tener el consumo más o menos bajo control.

Un grupo conformado por personas con un perfil similar, hace que se maximice la potencialidad de este, ya que consigue que disminuyan los posibles conflictos generados en torno a la variabilidad uso/sustancia.

“Yo tengo muy claro que me va a entender mejor una persona que sabe lo que es la heroína que uno que no. Con eso no digo que no lo pasen mal ni nada de eso...pero me fio más de los que saben lo que es”. (Ketama. 39. C.A.D. P.M.M.).

“Recuerda Diego que para entrar en el grupo sólo se pretende que estén todos más o menos estabilizados. Me encantaría hacer un grupo con cada una de las drogas, pero no podemos”. (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

La imposibilidad física del centro para realizar grupos según el tipo de sustancia, conlleva un filtrado previo, tratando de seleccionar personas con un perfil similar al que acabamos de presentar.

El grupo seleccionado para esta investigación estuvo conformado por 9 personas en total. Veamos una pequeña descripción de cada uno de ellos, en base una serie de características consideradas como pertinentes, para una mejor comprensión del lector del posterior análisis.

Villarreal: hombre de 51 años. Consumidor de heroína y hachís. En tratamiento en un programa libre de drogas.

Rosendo: hombre de 47 años. Consumidor de heroína y cocaína. En tratamiento con Metadona.

Santos: Hombre de 45 años. Consumidor de heroína y alcohol. En tratamiento en un programa libre de drogas.

Berrin: Hombre de 59 años. Consumidor de heroína. En tratamiento con Metadona.

Tomasa: Mujer de 41 años. Consumidora de heroína y de alcohol. En tratamiento en un programa libre de drogas.

Bairon: Hombre de 52 años. Consumidor de cocaína y de alcohol. En tratamiento en un programa libre de drogas.

Ketama: Hombre de 39 años. Consumidor de heroína y alcohol. En tratamiento con Metadona.

Transfer: Hombre de 59 años. Consumidor de heroína y alcohol. En tratamiento en un programa libre de drogas.

Cruz: Mujer de 54 años. Consumidora de heroína y alcohol. En tratamiento con Metadona.

Durante nuestro período de observación asistieron al grupo una media de 4 personas, mostrando un alto grado de absentismo. Habitualmente aquellos que asistían fueron Berrin, Tomasa, Villarreal, Rosendo y Santos, aunque rara era la semana en que estaban todos. El resto participaban en las reuniones de forma esporádica. Después del alta de Tomasa y de la desaparición de Berrin, las reuniones se quedaron solo con 4 integrantes al incorporar únicamente a Transfer.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

De los 9 participantes del grupo sólo dos fueron mujeres, no llegando a representar ni un 20% del total, todo ello influenciado por las dinámicas ya comentadas respecto a la llegada del género femenino a los centros de drogas.

Cinco de ellos participaban de un PLD y los otros cuatro en un PMM. Estos porcentajes varían respecto a los generales del C.A.D., aunque toman sentido cuando pensamos en el **filtro** previo que hace el profesional para encontrar personas que cumplan un perfil concreto, buscando que la conflictividad sea menor.

“Creo Diego que ya he encontrado una persona nueva para nuestro grupo... Ya sabes que es difícil. Todos tienen que ser más o menos parecidos.” (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

Algunas de las usuarios que asisten al centro, no tienen las condiciones necesarias para formar parte del grupo. Si bien al C.A.D. llegan individuos que responden al estereotipo yonki, completar todos criterios de inclusión al grupo, es bastante complicado, de ahí que sea complicado meter más gente.

El promedio de edad fue entorno a los 50 años, lo cual corresponde con el perfil de usuarios del CAD.

“¿Por qué tenemos que haceros caso? Ninguno sabéis lo que es la calle, ni consumir drogas. Sólo por haber estudiado... la calle enseña muchas veces más de lo que vosotros vais a aprender en la vida. Encima... podría ser vuestro padre...” - dice Berrin.

“Berrin... nosotros hemos estudiado para esto” - dice Doro enfada. *“Recuerda que estamos aquí para ayudarte. Si es cierto que somos mucho más jóvenes, pero no hace falta ser mayor para poder hablar sobre las drogas”*.

Conversación entre Berrin (59). C.A.D. P.M.M. y Doro. 32. C.A.D. Profesional.

La situación que se presenta dentro de este tipo de grupos es complicada. Los usuarios, contruidos desde **la pérdida**, son presentados en situación de desventaja respecto a los profesionales. Asignar a los saberes teóricos la potestad de intervenir en el fenómeno de las drogas a modo de dogma, genera una descompensación enorme en la relación usuario/profesional.

Una de las estrategias más empleada para tratar de atenuar esta situación es la **edad**. En caso de conflicto, esta es usada como **herramienta niveladora** entre usuarios y expertos a la hora de legitimar el saber práctico que ponen en juego.

Universidad Complutense de Madrid.

Ninguno de los integrantes del grupo analizado tenía trabajo. Santos y Tomasa se encontraban realizando entrevistas pero el resto, al estar menos avanzados en la recuperación, no están en disposición de hacerlo.

“La gran mayoría están muy deteriorados para estar empleados. Además, ¿Quién les iba a contratar? Hay que ser realista, su físico hace que la gente no quiera contratar a personas como esta... Nada más verlos dicen... mira, un yonki. Nadie los quiere” (Lelo.32. Voluntaria).

Los **rasgos identitarios del yonki**, los cuales no están lo suficientemente atenuados en aquellas personas que lleva poco tiempo formando parte de este dispositivo, hacen que cuando se presente a una entrevista de trabajo se les signifique como tal e influya negativamente en su selección. Debido a esto, los profesionales consideran que aquellas personas poco avanzadas en el proceso de rehabilitación y por ende, con algunos de estos rasgos manifestados de manera evidente, no están en disposición de participar de estas entrevistas.

“Si no queremos que la gente nos identifique como yonkis, es fácil lo que tenemos que hacer. ¡Quitaos la ropa raída esa que lleváis siempre! No deis voces. Respetad los turnos. Sed limpios...”. (Lelo.32. Voluntaria).

“Alguno os quejáis de que al ir por la calle la gente se aparta de vuestro camino. Muchos de ellos sólo con ver las pintas ya identifican que sois drogodependientes por como habláis, por la manera de caminar... ¡por eso son tan importantes los dientes! ¡Sólo hay que parecer lo más normal posible! (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

De ahí que Doro y Lelo, en varias de las reuniones del grupo, aconsejaron a nuestros informantes sobre manera más óptima de ocultar estas señales. Según se avanza por la rehabilitación, algunas se van superando y otras ocultándose. Esto sucede con la lipodistrofia, la cual solo se puede superar a través de una operación de estética, obligando a usar estrategias aprendidas para ocultarla.

Este conjunto de señales conforman un **estigma corporal** vinculado a la adicción, el cual es rápidamente identificado por los agentes sociales en los usuarios de este tipo de recursos, significándoles desde el estereotipo yonki.

El C.A.D. pone énfasis no sólo en una **rehabilitación física** (abstinencia) y **funcional** (recuperando aquello que la adicción les arrebató), sino también a **nivel corporal** al

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

dotar de estrategias para superar/ocultar la manera en que la adicción se refleja en el cuerpo de los usuarios, al considerar que estos indicadores son los signos más evidentes de la condición de drogodependiente de estas personas.

Ya hemos comentado que la recuperación de la capacidad adquisitiva, es uno de los objetivos fundamentales de la rehabilitación. Existen diferentes estrategias para que estas personas reciban algún tipo de remuneración. Ya sea a través del trabajador social/ONG⁶⁶ externa al recurso y según las características del adicto, se les gestionará alguna ayuda para su manutención, formando parte de estas estrategias de recuperación del poder de compra.

Todos los usuarios que conformaban el grupo, tenían gestionada una pensión por invalidez o recibían la **Renta Mínima de Inserción (RMI)**, siendo estas dos de las ayudas más gestionadas para este tipo de perfiles. Su dotación es bastante pequeña, no pasando en ninguno de los casos de 400 euros.

“Yo no quiero buscar trabajo. Más o menos gano unos 400 euros sin hacer nada. Tengo amigos que trabajan más de 9 horas 6 días a la semana y ganan poco más del doble... Es que no me interesa...” (Rosendo. 47. C.A.D. P.M.M.).

El mercado laboral español, en la época de redacción de esta tesis doctoral, ha sufrido muchos cambios. En la actualidad la cuantía de los sueldos ha descendido bastante, equiparándolos al tipo de ayudas a las que nos estamos refiriendo. Muchos de los componentes del grupo expresaron ideas similares a las de Rosendo, al preferir cobrar esta asignación sin trabajar que pasar por el arduo proceso de encontrar trabajo y cobrar más o menos lo mismo.

Ayala (2013), se refiere a la RMI desde la **lógica de la activación**, es decir, como elemento fundamental capaz de generar un movimiento hacia la inserción de algunos colectivos en riesgo de exclusión social, como es el colectivo gitano. En nuestro caso ocurre todo lo contrario. Este tipo de ayudas generan **prácticas inmovilistas**, respecto a la inserción en el mundo laboral de los usuarios de nuestro grupo de estudio. Esta disposición es en parte generada ante la dificultad estructural a la hora de encontrar

⁶⁶ La ONG Realidades se encarga gestionar la gran mayoría de casos en los que los individuos no pueden. Los C.A.D. desde el trabajador social también lo hacen.

empleo, más la añadida en forma de estigma social y corporal por su condición de adicto.

“A mí no me dura nada el dinero. Cobro 342 euros. 150 van a pagar la habitación, 20 para el móvil, unos 60 que me gasto al mes en comer... Cuando me quiero dar cuenta... estoy a día 6 del mes y me quedan menos de 70 euros”. (Tomasa. 41. C.A.D. P.L.D.).

El final este tipo de ayudas, lejos de fomentar la reinserción, genera una posición social a caballo entre la indigencia y la clase baja, sin ser ni una ni la otra. No llegan a pasar las penurias de una persona sin ingresos, pero su economía es muy limitada. Ayala (2012), dice que este impulso debería de servir como un elemento de movilidad social, aunque en el caso de nuestros informantes más que como movilizador actúa de obstáculo.

Además de los usuarios del recurso, en las reuniones había 3 expertos: un **profesional** y **dos voluntarios**. El primero maneja las principales dinámicas terapéuticas utilizadas en el grupo, mientras que los otros dos desempeñan funciones de apoyo. Este fue el rol asumido por nosotros dentro del grupo, situándonos en una posición participativa pero con la posibilidad de realizar observación con facilidad.

“Diego y Lelo son voluntarios. Eso no significa que no sepan como yo. De hecho Lelo y yo hemos estudiado lo mismo y Diego es antropólogo social” (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

La figura del voluntario siempre está por debajo del profesional asalariado a nivel de prestigio. De hecho, siempre que este pueda asistir, será el elegido para dirigir el grupo. Esta diferencia de autoridad es conocida también por los usuarios del grupo, con lo que se necesita intervenciones como la anterior por parte de profesional contratado, para legitimar y empoderar la figura del voluntario. El experto no sólo actúa como legitimador de los saberes puestos en juego en el grupo, sino que también para otorgar valor a las intervenciones de los voluntarios.

La presencia de tres personas no consumidoras en el grupo, pensamos que influiría en sus dinámicas, pero con el tiempo nos dimos cuenta de que no era así. Los usuarios normalizaron esta situación y, con el transcurso de los días, se convirtió en algo normal.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

“Cuando hay 1, 2 o 3 personas en el grupo, es algo raro. ¡Somos más profesionales que adictos! Es algo muy forzado...” (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

“¿Es normal que venga seamos tantos profesionales y tan pocos usuarios?” - le pregunte extrañado a Lelo.

“Siempre será peor que no haya grupo” - me contestó. *“Con el tiempo, se terminan acostumbrando”*. (Lelo.32. Voluntaria).

“Joder...la verdad es que da poco miedo...Pero me hago con los tres- dice Villarreal al ver que sólo está él en la reunión con nosotros tres. (Villarreal. 51. C.A.D. P.L.D.).

La descompensación entre el número de usuarios y profesionales fue definida por los propios integrantes como *“una situación complicada”*. Villarreal lo explica en términos de *“miedo”*, ya que entrar a la sala y vernos a los tres esperando resultaba intimidante. Esta falta de iguales con los que identificarse genera que, la descompensación usuarios/expertos, sea magnificada en este contexto de inferioridad numérica. Pero al ser una dinámica instaurada en el grupo hace mucho tiempo, los integrantes terminan normalizando la presencia de varios profesionales, pasando de la desconfianza y el recelo de las reuniones iniciales, a la tranquilidad.

La reunión del grupo es una situación artificial creada por el recurso, con una finalidad concreta. Las pocas reuniones en las que participamos con un solo usuario, se acercó más a un interrogatorio que a una dinámica terapéutica, a pesar de que Doro rebajase su tono e hiciera la reunión más dinámica e incluso divertida.

Aunque el número de participantes fuera bajo, el absentismo nunca supuso motivo de suspensión de las juntas. Lo que sí sucedía en estos casos, era la reducción de su duración. Sin embargo, la falta de profesionales sí las canceló, denotando la importancia que estos tienen en este contexto terapéutico.

“¿Diego, vas a poder venir tú a la reunión de la próxima semana? Lelo y yo no podemos. Sí vienes tú la hacemos. Sí no puedes se tiene que suspender”. (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

En varias ocasiones, mis compañeras en el C.A.D. no pudieron asistir al grupo por diferentes motivos. En dos de ellas asumimos el rol de **moderador**, repitiendo la manera de llevar la reunión que tantas veces habíamos visto en Doro.

“Bueno chicos... ¿cómo estáis? ¿Qué tal la semana? ¿Algo sobre lo que queráis hablar? Ya sabéis que si no sale nada, podemos volver a tratar el tema de las recaídas que salió la semana pasada”. (Diego. Investigador. Moderando una reunión del grupo del C.A.D.).

La situación de conjuntar el rol de investigador y moderador en una reunión, fue excesivamente compleja. Nos dimos cuenta de que no podíamos realizar una buena observación a la vez que manejábamos las dinámicas, con lo que decidimos que siempre que pudiéramos no lo volveríamos a hacer. El resto de veces en las que se me ofreció el rol de moderador, decidimos suspender la reunión por el motivo que acabamos de apuntar.

Las reuniones se celebraban en el despacho de San, dado que era el más grande de todos los que conformaban las instalaciones del C.A.D.

“Según entras por la puerta, casi te chocas con un enorme escritorio con un ordenador algo viejo. La mesa está siempre repleta de papeles”.

“Las paredes están adornadas con diferentes posters relacionados con la rehabilitación. En el centro de la sala hay una mesa rodeada de sillas con ruedas. A la izquierda unas estanterías de metal repletas papeles. A la derecha una pizarra blanca.”

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.



“La mesa suele tener siempre un pequeño bote de metal con rotuladores para poder escribir en la pizarra, así como un pequeño borrador”.

“No tiene más que una pequeña ventana la cual siempre está abierta, tratando de paliar la sensación de claustrofobia que genera este cuarto”.

“El uso del blanco nos recuerda que estamos en un centro médico, así como algunos de los posters de las paredes”. (Entrada diario de campo).



4.4.5. Estructura de la reunión del C.A.D.

Las reuniones de nuestro grupo se caracterizaban por ser muy desestructuradas. A pesar de esta característica, no podemos obviar la existencia de una pequeña vertebración sobre la que se sustentan, la cual vamos a analizar a continuación.

“Yo no dejé de ver a mis amigos. Soy consciente de que algunos son peligrosos, pero también de que no quiero consumir”. (Berrin (59). C.A.D. P.M.M.)

“Lo que dice Berrin no es del todo cierto. Ya sabéis que en la rehabilitación no debemos de apoyarnos en sentido común, sino en aquello que está estudiado. Tu cabeza te puede decir que lo mejor que puedes hacer es seguir viéndote con tu amigo el camello porque vas a controlar la situación, pero los estudios dicen que no es así. Hay muchas teorías y ejemplos que nos dicen que siempre es mejor no ver a las antiguas amistades, dado que son un factor de riesgo para recaer”. (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

Esta narrativa muestra los principios organizativos sobre los que se sustentan las intervenciones en el grupo. Doro deslegitima la narrativa de Berrin, a través de la cual pone en juego un modo de actuar concreto basado en su experiencia. Esta profesional, basándose en la idea de la ineficacia del uso del sentido común en estas terapias, deslegitima este tipo de actuación basándose para ello en la científicidad que le otorga formar parte del saber experto. Pero, como ya hemos

Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

comentado, el poder de legitimar, restringir y canalizar el flujo de conocimiento práctico articulado por los integrantes del grupo, no sólo deviene de su condición de profesional, sino de la experiencia acumulada a través de sus años como terapeuta.

El grupo se rige sobre unas normas muy rígidas, las cuales tienen que ser cumplidas. Las principales serán: no interrumpir al compañero, no se puede entrar y salir de la reunión, hay que mantener el teléfono pagado durante las juntas, puntualidad, normas de higiene, no entrar y salir de la reunión, respetar los turnos de palabra, etc.

“No somos muy pesados con las normas: respeto, puntualidad, aseo, etc. Podemos decir tacos, hablar de lo que queramos... menos de futbol y política. No faltéis, apagar los teléfonos y ya... ¡Es muy fácil!” (Lelo.32. Voluntaria).

Tanto el grupo como el C.A.D. son estructuras que ejercen un **fuerte control** hacia sus integrantes. El Modelo de Explicación sobre las adicciones utilizado por ambos, define al adicto desde la carencia de normas, cuya organización temporal se orquesta alrededor del consumo de la drogas. Desde este punto de vista, el experto en las reuniones pone el énfasis en las normas que él ha implantado, con el objetivo de que los integrantes las asuman y empiecen a modificar su estilo de vida, integrándolo como parte del proceso de rehabilitación.

Estas normas, implantadas como elementos **disciplinadores** en el grupo, han de analizarse desde la óptica del control. Si el problema de la droga ha definido al adicto desde la negatividad, presentándolo como una persona sin control que necesita asumir estas normas, será una de las estrategias utilizadas para *“recuperar el control”*.

Papel similar es el otorgado a las analíticas tanto en el grupo como en el C.A.D. En ambos contextos, el uso de esta herramienta y la amenaza a través de ellas, se convierte en una estrategia fundamental de control por parte del profesional. Estas son rutinarias (se pautan con el adicto al inicio de su PPI) y a petición del profesional. La más utilizada en estos recursos es el análisis de orina, dado que la presencia de ciertos metabolitos en este fluido es indicativo del consumo de estas sustancias.

Tabla comparativa de test de saliva y test de orina				
Sustancia	Espécimen	Punto de corte	Tiempo de permanencia	
			Mínimo	Máximo
Anfetamina (AMP)	Saliva	50 ng/ml	10 min	24 horas
Cocaína (COC)	Saliva	20 ng/ml	1 hora	15 horas
Marihuana (THC)	Saliva	12 ng/ml	10 min	10 horas
Metanfetamina (MET)	Saliva	50 ng/ml	10 min	24 horas
Opiáceos (OPI)	Saliva	40 ng/ml	10 min	21 horas
Anfetamina (AMP)	Orina	1000 ng/ml	2-7 horas	2-4 días
Cocaína (COC)	Orina	300 ng/ml	1-4 horas	2-4 días
Marihuana (THC)	Orina	50 ng/ml	6-18 horas	15 días
Metanfetamina (MET)	Orina	1000 ng/ml	1-3 horas	2-4 días
Opiáceos (OPI)	Orina	2000 ng/ml	2,5 horas	2-3 días
Feniciclidina (PCP)	Orina	25 ng/ml	4-6 horas	14 días
Barbitúricos (BAR)	Orina	300 ng/ml	2- 4 horas	14 días
Benzodiazepinas (BZO)	Orina	300 ng/ml	2-7 horas	3 días
Metadona (MTD)	Orina	300 ng/ml	2 horas	2-6 días

Wolff et al (1991), presentó la anterior tabla en la cual mostró el tiempo que ha de transcurrir desde su ingesta hasta que las drogas dejan de ser detectables en la orina Si un profesional necesita cerciorarse al 100% de este tipo de consumos una vez pasado este período, se pueden realizar otros tipos como las de sangre y cabello.

Cuando una persona da positivo o cuenta en el grupo/consultas que ha tenido un consumo, automáticamente pierde todo el prestigio y la legitimación que tenía el capital que puede intercambiar. Tanto en Esperanza como en el grupo del C.A.D. la recaída es definida como una parte del proceso, consiguiendo así atenuar la decepción que esto supone. Según el programa en el que esté, la persona puede recibir sanciones o incluso la expulsión del recurso, cuando esto sucede.

“Rosendo, ¿has consumido estos días?” - pregunta Doro algo enfadada. Siempre es mejor que me los digas a que te mande analíticas... Ya sabes que podemos incluso llegar a expulsarte. Y al resto os digo lo mismo ¡cuidado con las recaídas!”. (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

La figura de la analítica es algo que redonda en las reuniones. El miedo a ellas, hayas consumido o no, hace que como expresaba Foucault (1999), se conviertan y utilicen como **elemento de poder y control** por parte de los profesionales.

“La recaída es una parte de la recuperación. Si nos caemos nos recuperamos. Siempre es mejor que nos lo contéis a tener que mandaros a hacer análisis”. (Lelo.32. Voluntaria).

Las amenazas a través de estas herramientas, chocan con parte de los discursos paternalista del recurso, ya que desde este se les protege pero a la vez son amenazados a través de esta herramienta.

Dependiendo de en qué parte del proceso de rehabilitación esté, las analíticas serán más o menos frecuentes. Para optar a algunos recursos y mejoras en el programa, hay que aportar analíticas *“limpias”*, activando todo tipo de estrategias y de creencias sobre cómo pasarlas habiendo consumido.

Realmente las **recaídas**, más allá de lo expresado en las ideologías de N.A. y del C.A.D., son situaciones complejas en ambos contextos. Estas muestran el fracaso de la estrategia terapéutica, resituando necesariamente al sujeto en relación al recurso cercana al inicio de la terapia. Retroceder en la rehabilitación supone, junto con la pérdida de prestigio, un suceso tan importante en la trayectoria de recuperación de un adicto que se dedican reuniones enteras a prevenirlas.

A continuación, vamos a analizar las diferentes fases en las que se estructuran las reuniones de nuestro grupo de estudio.

Inicio de la reunión y saludo.

Cerca de la hora concretada para el comienzo de la reunión, los integrantes del grupo comienzan a entrar en la sala destinada para realizar esta actividad, sentándose alrededor de la mesa. Habitualmente, esperan en una **sala común** habilitada para este menester, hasta que uno de los profesionales se acerca y les dice que ya pueden pasar.

“Nos disponemos a avisar a los chicos para que pasen a la reunión. Por el camino que lleva desde la sala de reuniones hasta la de espera, nos damos cuenta de que no hay mucho movimiento. La hora de la recogida de metadona ya ha terminado”.

“Desde la puerta puedo ver cómo están Rosendo, Villarreal y Santos. Ninguno está sentado al lado del otro. Ninguno habla entre ellos. Hay más gente en la sala, pero tampoco es que se hablen entre ellos”.

“Ya podéis pasar” - les aviso.

Villarreal se levanta y se dirige a mí. *“¿Qué tal vas Diego?”*

“El resto del camino lo pasamos intercambiando frases similares, mientras que veo como todavía no se han dirigido la palabra entre ellos.”. (Diario de Campo).

La **sala de espera** es un espacio de tránsito. En ella aguardan para ser atendidos tanto en las consultas de los profesionales, como para asistir a intervenciones grupales. Las personas que esperan en este lugar no suelen interaccionar mucho, repitiendo el tipo de relaciones vistas en las salas de espera del sistema sanitario generalista. En este contexto, el agente social se significa a modo de *“paciente”*, como carente de, relegando las posibilidades de relación e intercambio de información a algo circunstancial y construido en el momento. El modelo de intervención basado en la consulta, dota al sujeto de una actitud pasiva a la hora de recibir consejo terapéutico, lo cual es trasladado a las salas de espera.

Significarse desde la *“falta de”*, es a la vez definirse como receptor. Ser destinatario de conocimiento práctico, dentro de un recurso asistencial construido en base el Modelo de la Medicina tradicional, significa adoptar una posición sumisa y de descompensación respecto al emisor de saberes: **el profesional**. La sala de espera concreta y visibiliza a nivel espacial, el tipo de relación que el recurso establece con sus usuarios y la de estos entre ellos.

Una vez que todos los asistentes entran a la sala de reunión y, tras esperar unos pocos minutos por si hay algún rezagado, Doro toma la palabra y da por iniciada la junta.

“¡Buenos días chicos!” - dice con un tono muy risueño. *“¿Cómo hemos pasado la semana? ¿Bien?”* - dice mirando a cada uno de los integrantes. *“¿Tenéis ganas de trabajar hoy?”*

“Tras unos segundos, empieza a preguntar a cada uno por el transcurso de la semana”.

“¿Qué tal has llevado la semana?” - le pregunta Doro a Villarreal.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

“Bien, muy bien”- contesta con una gran sonrisa en la boca. “Mi madre sigue igual... bueno algo mejor de salud. Y yo... como siempre. Ya sabes que yo no consumo. Sigo algo jodido de un constipado, pero estoy bien”.

“¿Entonces está mejor tu madre?”- insiste Doro.

“¡Sí!”- y permanece callado

“¿Y tú?”- dice mirando a Rosendo. ¿Cómo estás?, ¿Has preparado lo que acordamos el otro día?...

Rosendo nervioso, carraspea y responde. *“Es que no he tenido tiempo”. “Es que...”*

“No me cuentes mentiras”- dice Doro cortándole. “Dime que no has querido y ya está”.

(En la reunión anterior le había pedido que buscara una alternativa de ocio, dado que Rosendo lo único que hacía era salir a dar vueltas con el perro. La finalidad era buscar hábitos saludables asociados al ocio para esta persona).

“Por lo menos...cuéntame que tal la semana”- le pregunta relajando un poco el tono.

“Bien”- responde con un tono de voz más sosegado. “El viernes casi meto la pata, pero al final no lo hice”

“Doro, habiendo ya preguntado a todos los asistentes, utiliza esta situación para trabajar esta situación de peligro en la reunión”.

“¿Qué pensáis que debería haber hecho Rosendo?”- pregunta a todos los demás...

(Extracto del inicio de reunión del C.A.D. Diario de Campo).

El moderador uno por uno, pregunta por el transcurso de la semana. Esto se realiza sin utilizar ningún criterio de selección respecto al orden de intervención. Cada uno de los integrantes narra aquello que considera destacable, según deseen intervenir.

“Es una manera de que ellos sepan que son los importantes. Qué nos interesa su palabra. Qué son ellos los que tienen que hablar y no nosotros. Además, también sirve para que ellos vayan dirigiendo la reunión hacia donde quieren. Si han tenido ganas de consumir, lo cuenta. Han tenido un problema personal, sale a flote”. (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

Doro, como profesional asalariada, es la que habitualmente dirige las reuniones. Hemos analizado ya como el grupo Esperanza presenta una gran carga ceremonial. De igual manera existen en él unos patrones lingüísticos propios, los cuales son asumidos a través de la permanencia. Estos son puestos en juego, funcionando como vehículos del conocimiento práctico que servirá para avanzar en la recuperación.

En las reuniones del C.A.D. este lenguaje no es tan diferente al usado comúnmente, a pesar de estar lleno de tecnicismo relacionados con la adicción. Además, antes de llegar al grupo ya forman parte del recurso, con lo que gran parte de este vocabulario utilizado ya viene incorporado.

Nuestro grupo de estudio estructura la reunión de manera difusa, pudiendo ser modificado según los sucesos ocurridos a los usuarios durante el transcurso semanal. De ahí que el profesional que modere la reunión, siempre las comienza con un *¿cómo ha ido la semana?* Si durante las narraciones emitidas en esta fase sale un tema que el moderador considere interesante, la junta girará en torno a él. En caso de que esto no ocurra, será él quien lleve la reunión hacia los criterios que considere.

Esta manera de proceder es una contradicción de lo expresado por Doro. Si bien ella verbaliza la importancia y el papel central de los integrantes del grupo, será su criterio el que otorgue validez a los temas referidos por los usuarios.

“Me parece muy interesante lo que dices Berrin, pero no creo que se deba tratar en esta reunión”. (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

El profesional no sólo restringe y legitima los conocimientos que se pone en juego en el grupo, sino que sirve de modelo sobre cómo hacer uso de este y decide finalmente los temas sobre los que giren las intervenciones.

La actitud de los usuarios en las reuniones, hace que el momento de intercambio de saberes que se generan en el grupo sea mucho menos dinámico que en Esperanza. El rol de receptor pasivo que asumen respecto a las intervenciones del profesional, minimiza los intercambios producidos entre ellos, los cuales han de ser canalizados y legitimados por el experto y su doble capacitación teórica/experiencial. Existe pues una paradoja entre el dinamismo que Doro otorga a los usuarios, al considerar que

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

deben ser ellos los que lleven la reunión hacia sus intereses y la posición de receptor inmóvil que asumen a la hora de recibir los consejos que pone en juego el experto.

Como ya hemos comentado, el papel de los otros profesionales que están en la reunión se reduce a lo meramente auxiliar.

¿Qué tengo que hacer cuando vaya a la reunión?- le pregunté a Doro.

“Haz un poco lo que veas...”- actos seguido añade. *“La reunión siempre la lleva el moderador. El resto debe de apoyar. Es decir: mirar lo gestual, intervenir si se te ocurre algo... pero la voz cantante es del moderador”*. (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

Será en esta parte de la reunión, donde se recuerden las normas de convivencia que rigen el grupo.

“Recordar que hay que respetar el turno de los compañeros. No deis voces. No se puede entrar ni salir de la reunión. Apagar los móviles. Si la reunión ha empezado, no se puede entrar. No se habla de fútbol ni de política. Y, por supuesto, no se puede venir en malas condiciones” (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

Al presuponer que el drogodependiente no tiene normas ni *“saber estar”*, se hace mucho énfasis en que asuma las del grupo: escuchar con atención la interlocución de la persona que en ese momento tiene la palabra, esperando a que termine para poder intervenir ellos, no hablar ni molestar a los demás, no quedarse dormido, no entrar ni salir de la reunión cuando esta ha empezado, no utilizar el teléfono móvil, etc.

“Podéis intervenir siempre por orden, sin levantar la voz y siempre que no haya ningún compañero que esté hablando”. (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

“Ojo con usar el teléfono, ¡que molestáis al compañero! Al final vamos a tener que apagarlos todos antes de entrar a la reunión”. (Lelo.32. Voluntaria).

El uso de la **reiteración** en las reuniones funciona como estrategia de **incorporación normativa**, quedando plasmada en la intervención de Lelo.

En Esperanza la persona que dirigía la reunión otorgaba los turnos de palabra previa petición de esta, cosa que no sucede en las reuniones del C.A.D.

“Berrin, ya has hablado mucho. Vamos a ver si tiene algo que decir Rosendo”. (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

“Santos, llevo todo el rato escuchándote... ¡Deja hablar a los demás!”. (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

La no organización de los turnos de palabras, hace que aparezca la figura del **gorrón**. Algunos de los integrantes de este grupo, acaparaban gran parte del tiempo de la reunión en detrimento de otros más tímidos, lo cual trataba de solucionarse con pequeñas sanciones verbales por parte del moderador.

Momentos destacables por parte de los usuarios.

En esta parte de la reunión, aquel usuario que lo considere puede tomar la palabra y contar algún suceso sobre el que recibir consejo. La disposición corporal de aquel que lo solicita sucede mirando al profesional, dado que la gran mayoría de las veces las transacciones de conocimiento han de pasar por él, pese a que posteriormente pueda referirse a sus compañeros y tenga que mirarlos

“¿Cómo habéis pasado la semana? Algo que nos queráis contar a todos. ¿Algo descabale? alguna movida que os haya sucedido...”. (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

El profesional **no obliga** a la participación en esta parte de la reunión preguntando directamente, sino que a través de su mirada las incita a ello.

Si alguien necesita consejo sobre algo que le ha sucedido, toma la palabra, lo narra y espera que el profesional ponga en marcha el circuito de intercambio de saberes, necesario para superar aquello por lo que ha preguntado.

“Me ha llegado una carta con una citación del juzgado y no sé qué hacer. ¡Ahora que las cosas estaban tan bien!” (Santos. 45. C.A.D. P.L.D.).

“A mí madre le ha dado un chungo esta semana y hemos estado en el hospital. He estado muy nervioso y se me ha pasado por la cabeza consumir, algo que hacía mucho tiempo que no sucedía”. (Villarreal. 51. C.A.D. P.L.D.).

“En el Centro de día hay un monitor que me tiene manía. Sólo hace que meterse conmigo y no sé si quiero continuar asistiendo a las actividades con él”. (Tomasa. 41. C.A.D. P.L.D.).

“Esta semana he metido la pata... Me junté con mi amigo el del perro y... al final consumimos”. (Rosendo. 47. C.A.D. P.M.M.).

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

“No estoy nada contento con lo que se dijo el otro día en la reunión. Yo nunca voy de víctima por ahí. No me gusta lo que se dijo”. (Berrin (59). C.A.D. P.M.M.).

Todos estos fragmentos recogidos en el Diario de Campo ejemplifican los principales temas sobre lo que se solicita consejo siendo, la mayor parte de las veces, demandas originadas por su condición de drogodependiente y la influencia de esto en el resto su modo de vida.

En este grupo, lejos de lo que sucedía en Esperanza, la primera persona en responder es siempre el experto. Posteriormente pasa la palabra al grupo de iguales, los cuales desde su experiencia, ponen en juego su capital en forma de conocimiento basado en la experiencia acumulada sobre la recuperación.

“Me ha llegado una carta con una citación del juzgado y no sé qué hacer. ¡Ahora que las cosas estaban tan bien! (Santos. 45. C.A.D. P.L.D.).

“Creo que deberías de consultar con el SAJIAD, que es el recurso que tenemos en el ayuntamiento para este tipo de situaciones. Por lo menos es lo que desde lo que aquí en el C.A.D. siempre hacemos.”.

“¿Alguien tiene algo que aportar? (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

“Yo tuve una vez problemas con la justicia y lo mejor que puedes hacer es buscar un abogado. Pero si no tienes dinero, déjalo estar igual se olvidan”. (Berrin (59). C.A.D. P.M.M.).

“No hombre no... Ya te digo yo que no se olvidan. Lo mejor es tratar de buscar un abogado”. (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

La anterior conversación muestra cómo se articula el **proceso de intercambio de conocimiento** en el grupo. Desde la iniciativa propia de cada usuario, se solicitan consejos sobre diversos temas. Aquel que expone el suceso espera recibir primero respuesta por parte del experto, según las normas que rigen estas transacciones en este contexto. El consejo del profesional es considerado de mejor calidad que el puesto en juego por el resto de integrantes de la reunión, debido a su **condición doble** de experto teórico y experiencial a la vez.

Una vez que el experto ha intervenido activa, a modo de **interruptor**, un circuito de intercambio de saberes entre los iguales, otorgándoles la palabra para hacerlo.

Pero el papel del profesional no queda ahí, al ser a la vez **canalizador/evaluador** de las respuestas argumentadas por los usuarios.

El profesional desde su dualidad expresada como elemento aglutinador de teoría y práctica, legítima o no los saberes utilizados. De ahí que el conocimiento puesto en juego por los integrantes de la reunión sea definido como **restringido**, ya que el profesional desde su posición de privilegio tiene potestad para matizarlo, cosa que no sucede con el que él puede utilizar.

Este **modo** de aprender como **solicitar, recibir y poner en juego** las estrategias de recuperación, es incorporado pedagógicamente a través de la permanencia en el grupo. Proceso similar a lo analizado en Esperanza, salvo que en este contexto será el experto el ejemplo modélico pleno y no los compañeros con más experiencia.

“Estoy un poco decepcionada” -comienza a decir Tomasa. “No sé qué voy a hacer ahora que me cambian de sitio...No sé qué voy a...”.

“Pues búscate otro” - dice Santos interrumpiendo. “No es tan complicado buscarse la vida”.

“Santos deja terminar a Susana” - le interrumpió Doro.

(Conversación de Tomasa, Santos y Doro. Reunión del grupo del C.A.D.).

Los párrafos anteriores muestran como Santos, en sus primeras reuniones, no conoce el modo de activar el circuito de saberes. Este interrumpe a Tomasa, cuando la tendría que haber dejado terminar y esperar a recibir su turno de palabra. Tampoco deja tiempo a que Doro legitime y autorice su participación, ni seleccione según sus criterios a la persona óptima para aconsejar.

Varios meses después, nos encontramos con la siguiente intervención.

“Quiero contar algo que me ha pasado esta semana, para que Doro me dé su opinión y luego el resto del grupo...”. (Santos. 45. C.A.D. P.L.D.).

En esa misma reunión, algo más tarde sucedió lo siguiente:

“He metido la pata” -contó Rosendo. “Otra vez que he metido la pata y no sé por qué”.

“Santos hace ademán de abrir la boca, pero espera a que Doro intervenga o de permiso a los demás para opinar”.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

“Pues es muy fácil de entender”- comienza a decir Doro. “¿Alguien le quiere decir a Rosendo que ha pasado?

Sin tiempo para que respondan los demás contesta Santos. “Pues que ya te decimos todos que tienes que dejar de salir con ese amigo tuyo que no hace nada más que llevarte a los bares, donde hay muchas posibilidades de consumir si no te andas con cuidado”.

“¡Exacto!”- aprueba Doro con la cabeza.

(Conversación de Rosendo, Santos y Doro. Reunión del grupo de C.A.D.).

Esta conversación ejemplifica cómo con el paso del tiempo, Santos no sólo aprende a activar/utilizar el circuito intercambio de conocimiento de manera efectiva, sino que al permanecer abstinentemente e interiorizar el discurso y modos de actuación provenientes del saber experto, las estrategias que pone en juego ganan legitimidad.

Si bien la permanencia N.A. hacía que el discurso utilizado en los compartires se fuese estructurando y asemejando al de sus compañeros, en el grupo del C.A.D. se asume una manera concreta de articular el conocimiento (plasmada en sus narrativas en menor manera), a través de un juego de la subordinación respecto al profesional, el cual es el principal proveedor de estrategias para mantener la categoría de abstinentemente. No encontramos en las alocuciones en este grupo una estructura tan marcada como en Esperanza, la cual determinaba la calidad de los saberes puestos en juego y recibidos. Pero sí la función de estos como herramientas pedagógicas para avanzar en el proceso de rehabilitación aunque, a diferencia del grupo Esperanza, siempre canalizados y legitimados por parte del profesional.

Existían 3 posibles escenarios de respuestas, según como reaccionase el grupo ante la intervención de sus integrantes.

- La temática expresada por uno de ellos ocupa toda la reunión, produciéndose un **diálogo** entre los que decidan participar. Intercambiándose conocimientos canalizados y restringidos a través de los profesionales, junto a las contribuciones de este.
- Puede suceder que la pregunta planteada reciba una solución que satisfaga a la persona que la emite o, por otro lado, que el profesional

Universidad Complutense de Madrid.

decida dar el tema por acabado, con lo que otro integrante tomará la palabra y reactivará el proceso.

- La última posibilidad es que nadie hable o bien las intervenciones versen sobre temas alejados de la rehabilitación (cumpleaños, particularidades), los cuales no necesiten del intercambio de saberes para su solución, con lo que el moderador será en encargado de plantear temas vinculados con los objetivos terapéuticos del grupo, según sus intereses.

Analizando las temáticas surgidas en las reuniones, pudimos ver como la gran mayoría giran sobre una serie de temas recurrentes: la enfermedad de un familiar, problemas con un profesional, problemas a la hora de encontrar trabajo, rechazo al estigma, recaídas, tirones de consumo, problemas con la justicia, etc.

“No encuentro trabajo. Haga lo que haga, no lo encuentro. Ya no sé qué más hacer... Esto es algo que me tiene loco. Entrego muchos curriculums. Voy a un cyber... Pero no hay nada que hacer” (Cruz 54. C.A.D. P.M.M.).

“Por la tardes voy a un centro a hacer actividades, pero hay un de los monitores que me hace la vida imposible. Yo no sé si es que me tiene manía, pero estoy a punto de dejar de ir”. (Tomasa. 41. C.A.D. P.L.D.).

“Me ha venido contando que no sabe qué hacer con la familia. Si la deja, si sigue con ellos. Le he dicho que lo mejor es que la deje” (San. 55. C.A.D. Profesional. Coordinadora del recurso).

“Mi vieja esta jodida. ¡La van a tener que operar del corazón!”. (Villarreal. 51. C.A.D. P.L.D.).

“Estaba el otro día con mi amigo el que tiene el perro y nos tomamos una birras... al final terminé consumiendo”. (Rosendo. 47. C.A.D. P.M.M.).

A diferencia de Esperanza, muchas de las participaciones en este grupo se basan en **recuperar funcionalidades** de distintos áreas de la vida del individuo, que consideran pérdidas por su pasado de adictos. N.A. a pesar de tener entre sus objetivos estas recuperaciones, organiza sus intervenciones alrededor de la abstinencia y su manteniendo. El C.A.D. puede llegar a tolerar consumo, siempre que se recuperen ciertas pérdidas, mientras que N.A. no se lo plantea.

Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Que las intervenciones en Esperanza se centren en la abstinencia y las del C.A.D. en la recuperación de las “*pérdidas*”, se debe principalmente a que el grupo de este segundo está conformado por personas que ya llevan tiempo dentro de él. Esto les posiciona en una fase de estabilización, con cierto control en los consumos. En Esperanza su núcleo está conformado por gente que lleva participando de él bastante tiempo. Aunque la mayoría de los actores que lo constituyen son inexpertos, necesitando incorporar estrategias para controlar el consumo y no para estabilizarlo.

El recurso de la “reunión anterior”.

Sí ninguna de las anteriores fases ocupa toda la reunión, el moderador recurre a esta estrategia. A través de un “*como vimos en la reunión anterior*”, recapitula la temática tratada en la pasada junta, incentivando la participación de aquellos usuarios que deseaban retomar algún tema o generar uno nuevo a partir de esta evocación.

“Ya que nadie tiene nada más que decir, vamos a recordar que la semana pasada estuvimos trabajando la zona de confort⁶⁷. ¿Alguien quiere continuar o quiere que repasemos algo de lo visto el otro día?”. (Lelo.32. Voluntaria).

Muy pocas veces esta **rememoración** consiguió retomar algún tema tratado en alguna reunión anterior. Contrario a lo que suponíamos en un primer momento, cuando el moderador realizaba este pequeño resumen sobre el día anterior, la gran mayoría de los usuarios hicieron referencia a la “*falta de recuerdos*” referidos a estas.

“¿Alguien se acuerda de los hicimos la semana pasada”- preguntó Lelo.

“Ya sabes- empieza a decir Villarreal entre risas- que los yonkis tenemos fatal la cabeza y no nos acordamos de las cosas. ¡Nos hemos quedado algo tocados!”.

(Conversación entre Lelo.32. Voluntaria y Villarreal. 51. C.A.D. P.L.D.)

Es extraño que articulen la idea del **deterioro cognitivo** motivado por el consumo (el cual no negamos que pudiera darse en alguno de nuestros informantes), como explicación sobre esta pérdida de memoria. Sobre todo cuando al inicio de la reunión sí son capaces de articular un discurso rememorando aquello que habían

⁶⁷ White (2009), define este concepto “*un estado de comportamiento en el cual la persona se encuentra segura. En ella controlamos, nada se nos escapa y que conocemos completamente*”. En algunas de las reuniones se trabajó sobre este concepto, ya que Doro consideraba que algunos de los asistentes no avanzaban en la recuperación al estar dentro de esta zona.

realizado durante el transcurso de la semana, pero no sobre los temas tratados en reunión anteriormente.

“La verdad es que no me acuerdo de lo que me mandaste la semana pasada”. (Transfer.59. C.A.D. P.M.M.).

“Sé que habíamos quedado para vernos esta semana, pero no recuerdo que día era... ¿Te importa recordármelo?”. (Santos. 45. C.A.D. P.L.D.).

Entrevistador- *“¿Por qué crees que os pasa eso de no acordaros de las cosas?”.*

Villarreal- *“Yo no sé porque será, pero estamos muy jodidos de la cabeza. No nos acordamos de nada. Yo trato de acordar lo que hacemos en el grupo de una semana para la otra y se me olvida. Será de toda la mierda que nos hemos metido”.* (Entrevista Villarreal. 51. C.A.D. P.L.D.).

Self y Nestler (1998), explican como *“un consumo prolongado de opiáceos produce un deterioro en nuestro sistema neuronal”*, pero contrario a sus ideas consideramos más plausible que esto suceda en nuestro grupo por otros motivos. Esta negación hacia la reunión anterior, es una **estrategia de resistencia** hacia el dominio estos dispositivos ejercen hacia sus integrantes.

Ya hemos comentado anteriormente la operativización que sufre la adicción con la intencionalidad de ser usada como *“chivo expiatorio”*, tratando de responsabilizarla de algunos imponderables que no tienen que ver con ella. Ejemplo de esto será el *“olvido de las reuniones anteriores”*, disposición utilizada para mitigar la *“autoinculpación”* que sufren los adictos a las drogas.

La expresión de Villarreal respecto a *“los yonkis tenemos fatal la cabeza y no nos acordamos de las cosas”*, es usada de manera similar a aquellas recogidas en Esperanza sobre el *“cerebro del adicto”*. En este grupo, argumentaciones basadas en la inefabilidad de ciertos hechos relacionados al consumo, sirven para legitimar un paradigma explicativo no escrito basado en la práctica. Respecto a la juntas del C.A.D., este *“olvido”* funciona como estrategia mitigadora de las responsabilidades asociadas a la adicción, de igual manera a lo utilizado en N.A. Esta falta de recuerdos sobre las dinámicas de intervención, son un reflejo de la pasividad que mantienen los usuarios en el recurso. Recordar implica asumir una actitud activa en las dinámicas de las

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

reuniones, las cuales no se centran en dotar al agente social de esta capacidad, sino más bien de socializarles como meros receptores.

“La verdad es que yo no sé concretamente que es lo que les pasa, pero de una semana a la otra se les olvida. Probablemente tenga que ver la falta de motivación por venir al grupo, pero que están tocados a nivel cognitivo también es cierto”. (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

Doro sí recuerda todo a la perfección, debido al carácter activo de su rol. Esto genera bastantes conflictos con la pasividad reflejada en el olvido de los usuarios de la reunión, pasividad que deviene del tipo de intervención que promulga el dispositivo.

Durante el trabajo de campo fueron muchos los episodios de olvidos, descuidos, citas olvidadas, cambios de horarios, etc. que observamos en las reuniones.

¿Qué haces Tomasa?- preguntó Doro a la vez que me miraba.

“Pues... tomo notas”- explica a la vez que se sonroja. *“De otro manera se me olvidan las cosas de las que hablamos”*.

Tras decir esto, vuelve a centrar la vista en un raído cuaderno en el que pudo atisbar algunas frases inconexas.

Al acabar la reunión, me acerco a Doro y le pregunto.

“¿Toma notas Tomasa?”- pregunté extrañado.

“Sí”- respondió extrañada Doro. *“La verdad es que no sé para qué, porque como el resto de los usuarios del grupo, cuando les pregunto de una semana a otra, siempre dice que no se acuerda, a pesar de buscar en el cuaderno”*.

(Conversación Doro. 32. C.A.D. Profesional, Tomasa. 41. C.A.D. P.L.D. y el etnógrafo).

Tomasa, a pesar de tomar notas en las reuniones, reproduce la lógica del olvido que estamos comentando. La resistencia por parte de los usuarios ante el disciplinamiento que sufren en el grupo, queda plasmada en episodios similares al anterior, donde esta mujer tomaba notas las cuales no la servían para recordar. Con todo, el hecho mismo de que realizar estas anotaciones, reproduce la actitud escolar impuesta en este tipo de intervención.

Aunque la máxima expresión de esta resistencia al cambio en la subjetividad que genera el dispositivo, la encontramos en las ausencias a las reuniones.

Universidad Complutense de Madrid.

La contradicción existente entre estos dos posicionamientos frente a los recuerdos sobre las reuniones, son un ejemplo más de papel asignado por el recurso a sus dos principales agentes sociales: el profesional es activo y el usuario pasivo.

El experto, piedra angular del proceso de rehabilitación.

Si los apartados anteriores no ocupaban la totalidad de la reunión, el moderador dedicaba esta parte a intervenir sobre temas surgidos de sus intereses. Este es el momento donde se les hace reflexionar, debatir y discutir sobre asuntos relacionados con la adicción, siempre y cuando sean considerados relevantes por el experto. Estas temáticas emanan de su modo de entender la drogodependencia, relacionado directamente con su formación teórica y el marco explicativo que tenga el dispositivo.

El tipo de intervención usado en este momento de la reunión es similar al expuesto anteriormente, con la salvedad que ahora será el propio experto el que decide cómo y cuándo poner en funcionamiento el circuito de intercambio de saberes. El también otorgará la palabra a los usuarios o, caso de no necesitar su participación, generará un **monólogo terapéutico** sustentado en su dualidad teórico/experiencial, el cual muestre a los demás como actuar en diferentes supuestos relacionados con la adicción que él mismo ha traído a colación según sus intereses.

El saber que el experto pone en juego, eminentemente psicológico, es articulado en torno a generalidades, buscando que pueda ser usado por la mayor cantidad de usuarios, respaldado por la homogeneidad conseguida a con las selecciones previas que el recurso ha realizado.

Durante nuestra estancia en las reuniones, estos fueron los principales temas sugeridos por el moderador:

⌘ Problemas asociados al consumo.

Hemos relatado como una de las principales finalidades, tanto de la reunión como de este tramo de la rehabilitación, es **recuperar** las **funcionalidades** perdidas por el consumo, siendo un tema recurrente en esta parte de la reunión.

“¿Qué tal vamos con la familia?”-pregunta Doro a todo el grupo.
Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Berrin carraspea nervioso y comienza a decir- *“Yo estoy algo preocupado por eso. Dentro de poco es la Navidad y suelen ser épocas para estar con la familia”*.

Todos giramos nuestra cabeza hacia él. *“La verdad es que nunca me ha importado pero”*- dice mientras que niega con la cabeza- *“creo que este año no me importaría verlos. Además, suelen ser épocas en las que suelo recaer...pero no sé qué hacer”*.

“¿Qué opináis los demás?”- pregunta a los demás Doro.

“Yo sólo te puedo dar mi opinión”- empieza a decir Santos. *“Este año es el primero que lo voy a pasar con mi hijo y creo que no voy a poder ser feliz...Si puedes, no lo dudes”* - termina de decir con una sonrisa en la boca.

“Ya lo sé”- dice Berrin- *“Pero, creo que me puede el orgullo”*.

Doro toma la palabra y empieza a explicar en la pizarra a través de una serie de dibujos, las posibilidades que tiene Berrin estas navidades y como muchas de ellas le podían llevar al consumo, sin otorgar ahora la posibilidad de que ninguno de los participantes de la reunión intervengan.

(Conversación entre Berrin (59). C.A.D. P.M.M., Santos. 45. C.A.D. P.L.D. y Doro. 32. C.A.D. Profesional. Diario de Campo).

Berrin dejó de tener contacto con su familia cuando empezó a consumir heroína, mientras que Santos perdió la custodia de su hijo al mantener una relación de dependencia con el alcohol. Ambos identifican la adicción como aquella realidad determinante que les lleva a una situación de pérdidas, olvidando otras dimensiones influyentes en este proceso. La anterior conversación es otro ejemplo más del uso que el grupo estudiado hace de la drogodependencia, el cual centraliza de toda narrativa, eximiendo de responsabilidad y atenuando el estigma asociado al consumo de drogas.

En el anterior ejemplo Doro instó a los integrantes del grupo a hablar de la familia. Durante un largo período de tiempo, en él se produjeron intercambio de saberes entre sus participantes, contando siempre las intervenciones con el beneplácito y legitimación anticipada por parte del moderador. Estos deben de ser expresados y puestos en juego en términos de **efectividad** para el grupo, para que sean aceptados por parte del profesional. El moderador, legitimado por su posición dual, activa el

circuito de intercambio de conocimientos según sus intereses, otorgando o no protagonismo a los usuarios en él, pudiendo articular un monólogo terapéutico (el cual convierte este circuito en unidireccional) según su propia consideración.

⌘ La salud:

La finalidad de trabajar este contenido en esta parte de la reunión, era la de generar conductas saludables, intervenir sobre enfermedades ya desarrolladas en los usuarios y ocultar/mitigar los indicadores físicos de la adicción, intentando paliar el impacto que estos tienen en sus vidas.

“Rosendo, ya sabes que tiene que venir a las citas. Tú tienes otras enfermedades además de la adicción. ¡No puedes faltar! Además, no debes de consumir, tú menos que ninguno, que ya sabemos lo que puede pasar. Al final vas a mezclar algunos de los medicamentos que tomas con alguna droga y te va a dar algo”. (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

Tanto en el C.A.D. como en el grupo, el profesional es el principal **elemento reproductor** del concepto de salud que maneja la institución. En Esperanza veíamos el papel activo que tiene el individuo en su proceso, mientras que aquí es mucho menor. La definición que N.A. maneja de la adicción y la relación del individuo con la sustancia, influirá en la subjetividad interiorizada por sus usuarios. El C.A.D. considera que sus usuarios han de pasar por un proceso en el cual se interioricen una serie de “*recetas*”, las cuales les capaciten para avanzar por la rehabilitación mientras que los disciplinan, promoviendo una subjetividad nueva respecto a la adicción más cercana a la difundida por los centros sanitarios generalistas.

Doro, aconseja no solo para recuperar la salud perdida por el consumo de sustancias, sino para mantenerla. A priori, un profesional de la psicología no debería estar legitimado para intervenir sobre cuestiones ajenas a su disciplina, aunque como hemos comentado, la difuminación existente en las barreras que separan las disciplinas hace que profesionales ajenos pauten sobre cuestiones distintas a su disciplina.

El profesional, siempre que pueda, legitima su actuación desde su condición de experto. Aunque si tiene que intervenir en situaciones distintas a su ámbito de conocimiento, evocará a su **saber experiencial** acumulado en sus años de trabajo, para

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

no perder esa posición de privilegio. En situaciones como la de Rosendo, el experto basa sus consejos en su experiencia laboral, así como en el conocimiento del bagaje de todos los asistentes al grupo. De ahí que en sucesos similares a los vividos por este informante, pueda utilizar su legitimación experiencial para aconsejarlo.

“¿Cómo sabes que hacer en cada momento de la reunión?” - le pregunté a Doro sorprendido.

“Diego, hay muchas cosas que las sé por la cantidad de años que llevo tratando gente, más que por aquello que he estudiado”. (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

El usuario conoce sólo su historia, junto a pequeños retazos obtenidos en las reuniones de las de sus compañeros. Pero el profesional maneja la de todos ellos, al tener acceso a sus historiales, acumulada a su vez por su condición de experto.

“Recordar: si no queremos que nos vean como yonkis. ¡No seáis como un yonki!” (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

Esta será la parte de las juntas donde mayor cantidad de veces hemos observado el uso pedagógico que el moderador hace de estas. Aquí será donde se **enseñe** a los usuarios cómo ocultar su estigma corporal, cómo avanzar por el proceso la rehabilitación, estrategias para evitar las recaídas, gestión de conflictos, etc.

¶ Previsión de recaídas:

Esta será la fase de la reunión en la cual los integrantes del grupo pueden comentar sucesos vinculados con posibles recaídas. Caso de que sucediese, también pueden sacar a colación la aparición de analíticas positivas. Y además, siempre que el moderador lo encuentre pertinente, en esta fase se pueden trabajar los *tirones de consumo* y cómo gestionarlos para no volver al consumo activo.

“Nunca debemos bajar los brazos. Siempre podemos volver a drogarnos. En mí caso, deje de venir una temporada al grupo y terminé metiendo la pata”. (Villarreal. 51. C.A.D. P.L.D.).

“El otro día pasé por la plaza en la que me juntaba con los chicos. Enseguida me di cuenta de que me estaban llegando algunos pensamientos raros a la cabeza. Supe que me tenía que ir de allí...”. (Tomasa. 41. C.A.D. P.L.D.).

“En situaciones en las que te das cuenta de que no tienes nada. Estás solo. La droga te lo ha quitado todo, es cuando más peligro tienes de ir a consumir de nuevo”. (Berrin (59). C.A.D. P.M.M.).

Existen ciertas situaciones que pueden llevar de vuelta al consumo, las cuales pueden manifestarse o no según cada individuo. Para Villarreal fue separarse del grupo. Tomasa asocia las ganas de consumir con visitar lugares que la evocan al consumo. Berrin a la soledad... Cada uno debe **identificar** qué situaciones y estímulos le pueden reconducir al consumo, gestionando en caso de aparición la ansiedad generada. La mayoría de las veces el argumento esgrimido para salvaguardarse de esta situación será el de la **evitación**. En este contexto de intervención suele considerarse en términos de mayor positividad no vivir estas situaciones que enfrentarse a ellas, siempre definidas ambas como prácticas de prevención de recaídas.

A pesar de que las situaciones que pueden generar una recaída están emanadas de circunstancias vinculadas a la trayectoria personal, los intercambios de saber práctico generado con la finalidad de evitar este suceso, serán realizados sobre discursos lo más genéricos posibles, tratando de maximizar la cantidad de usuarios que puedan utilizarlos. El propio recurso será el encargado de incorporar al imaginario de sus integrantes estas particularidades que les pueden llevar de nuevo al consumo activo a modo de generalidad, buscando optimizar al máximo el modo de intervención discursivo generado por él.

En esta parte del grupo el experto sí concede protagonismo a los usuarios al otorgarles la palabra, buscando que sean ellos los que argumenten desde su experiencia como afrontar estos tirones previamente generalizados, pero siempre con su legitimación.

En el grupo Esperanza las transacciones de saber ocurridas son más salvaje que las de este grupo, al emanar directamente de la experiencia personal de cada uno de los usuarios, basándose en el principio de practicidad que impera en los grupos de N.A. Los intercambios en el C.A.D., al estar mediatizados por el experto, resultan más atenuados y artificiales, aunque la finalidad sea la misma en ambos recursos.

Según lo expresado en el grupo del C.A.D., existen 3 situaciones consideradas como peligrosas para mantener la abstinencia: **estados emocionales negativos** (tristeza, ira, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

soledad, etc.), **conflictos interpersonales** (matrimonio, amistad, relaciones de trabajo, etc.) y **presión social**.

“¿Ya sabéis lo que tenéis que hacer si estáis en una situación que os puede llevar a consumir?”- pregunta Doro a todos.

“Sí, irnos del sitio en el que estemos”-responde Santos.

“Pensar en otra situación similar en la que nos hayamos encontrados”- dice Berrin.

“Contactar con alguna persona que pueda estar con nosotros y ayudarnos”- dice Rosendo.

“Todos bien”- dice Doro con una sonrisa. “Como se nota que es algo que hemos trabajado muchas veces”.

“Después de legitimar las respuestas de los integrantes de la reunión, Doro tomó la palabra durante un largo rato hablando de otras situaciones en las que podían producirse ganas de consumir”.

(Diario de Campo. Conversación entre Berrin (59). C.A.D. P.M.M., Santos. 45. C.A.D. P.L.D., Rosendo. 47. C.A.D. P.M.M. y Doro. 32. C.A.D. Profesional).

Esta conversación plasma de nuevo el **modo de intervención** utilizado en este recurso. Doro emite una pregunta, la cual es respondida por los demás participantes. Esta debe legitimar las respuestas obtenidas, para convertirlas en consejos efectivos, centralizar ella sí misma la potestad de intervenir. Doro está legitimada no sólo para aconsejar, sino para dictar aquello que es lo correcto o no en la recuperación, sirviendo como modelo de los usuarios.

Expresiones del tipo *“como se nota que es algo que hemos trabajado muchas veces”*, denota el carácter pedagógico de este tipo de intervención, ya que la permanencia en el grupo hace que se vaya incorporando una modo concreto tanto de interpretar la adicción, como la recuperación.

Otra de las estrategias sugeridas para gestionar los tirones de consumo, más allá de la evitación, es la confección de una lista con aquello que les puede incitar al consumo y la manera de superar esas situaciones.

“Ante situaciones de peligro, apuntar en una libreta los pros y contras y pensar la decisión a tomar en términos de coste beneficio”. (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

Esta estrategia, trata de impedir las *“decisiones en caliente”*. Al asociar la adicción con la impulsividad, vemos como una de las principales herramientas sugeridas en el grupo será la reflexión. Pensar sobre cómo actuar frente a situaciones que evoquen al consumo antes de sucedan, es visto como un modo de actuar efectivo en el grupo del C.A.D.

“Si un días os equivocáis, no pasa nada. Hay que volver a levantarse. Lo lógico es que la gente tenga estos tropiezos”. (Lelo.32. Voluntaria).

A pesar de definir las recaídas como una parte más del proceso de rehabilitación de manera similar a Prochaska y Diclemente (1992), la pérdida de prestigio, la devaluación de la calidad de los saberes puestos en juego y el retroceso en el itinerario de recuperación, es una situación tan compleja de manejar por nuestros informantes, que genera miedo en ellos y trata de ser evitada.

El intercambio de conocimientos referido a las recaídas, al provenir de experiencia individual de cada usuario, será el contexto en el cual se produzcan mayor cantidad de respuestas posibles acordes con la variabilidad del fenómeno de las adicciones. Estas, aunque sean expresadas a través de generalidades, nacen de la subjetividad de cada usuario, quedando registrado en sus intervenciones las diferencias existentes dentro del itinerario de la adicción.

⌘ Otros:

Algunas veces y de manera testimonial, esta parte de la reunión se dedicó a temas más generales como el deterioro cognitivo, prevención en general, conductas sexuales, etc. Durante nuestra estancia en el grupo su uso fue tan residual, que solo podemos enumerarlo. En las pocas reuniones en las que se trabajó delante de mí, se utilizó la herramienta del circuito de saberes, en condiciones similares a las ya comentadas.

Despedida.

Según se acerca la hora de finalización de la reunión, el moderador va preparando su finalización con frases como:

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

“Ya casi es la hora... Vamos a ir terminando. Recordar que la semana que viene venimos a la misma hora.”

“Espero que pasemos todos una buena semana y... nos vemos la semana que viene”.
(Doro. 32. C.A.D. Profesional).

“Bueno chicos, con esto terminamos. La semana que viene a la misma hora... ¡Pasarlo bien! ¡Gracias a todos por venir! (Lelo.32. Voluntaria).

La despedida comparada con la realizada en Esperanza, resulta breve. En ella solamente se recuerda la hora y el día de la próxima junta. Quedando en pocos segundos la sala queda vacía.

Situaciones especiales.

En este apartado analizaremos aquellos sucesos ocurridos de manera esporádica, que modificaban el transcurso habitual de la reunión.

Sanciones: Alguna vez fuimos testigos del uso del grupo como herramienta penalizadora. Al igual que el circuito de intercambio de saberes sólo puede ser activado por el experto, la capacidad de sanción es algo exclusivo también de este agente social. La utilización del grupo con este menester busca no sólo corrección de conductas consideradas como erróneas, sino el ejemplo para el resto de los integrantes.

“Tomasa, creo que llevas un tiempo que pasas del grupo, así que no sólo he decidido que dejes de venir al grupo, sino que te vamos a dar el alta. El grupo y el C.A.D. es para personas que lo necesiten y lo usen y tú ya no cumples ninguno de los requisitos”. (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

“Berrin, el otro día dijiste unas palabras que no me gustaron nada. No creo que lo que te pase sea culpa ni del C.A.D. ni de los profesionales. Creo que victimizarte no es una buena estrategia. Yo te recomiendo que asumas tus responsabilidades”. (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

Doro utilizó el grupo como herramienta correctora de una conducta desaprobada, ejerciendo un efecto ejemplificador en el resto de sus compañeros. Ya hemos comentado el caso de Tomasa, quien llevaba cierto tiempo usando de

manera incorrecta el recurso. A priori este no debería de ser el lugar para comunicarle la baja. Doro a través de su capacidad para instrumentalizar el grupo, sancionó y forzó la salida de esta mujer del recurso. Pero esta situación no sólo originó este efecto, sino que mostró al resto de sus compañeros la manera correcta de usar el grupo y las consecuencias de no hacerlo.

El caso de Berrin fue un poco más complicado.

“Yo pienso que la culpa de que constantemente recaiga, es porque los recursos no saben ver lo que me pasa” - dice Berrín bastante enfadado.

“¿Por qué piensas eso?” - le contesta Doro.

“Porque yo hago todo lo que me dicen y no termino de conseguir las cosas” - responde Berrín. *“Intento no ir a los sitios donde hay consumos, sigo las instrucciones cuando tengo ganas, me planteo la búsqueda de empleo, ante problemas, hago lo que me decís... Pero no sale nada”*.

“Es que las cosas no son todo lo rápidas que nos gustaría que fuesen, Berrín”-dice Doro balanceando la cabeza.

“No, no es así” - niega Berrin. *“Siempre nos culpáis a nosotros, pero lo más probable es que no sabéis hacer las cosas bien”* - empieza a decir a la vez que comienza a elevar el tono de voz. *“Me cuesta mucho creer que personas sin saber lo que es la droga, sin saber lo que es la calle, sin saber nada... me digan a mí lo que tengo que hacer y, me tenga que creer que de esa manera las cosas van a funcionar”*.

“Berrín, creo que te estás victimizando. Tú tienes responsabilidad sobre lo que te pasa” - comienza a responder Doro. *“No creo que sea una buena estrategia echar balones fuera, sobre el papel que tienes en tú situación”*. *“Nosotros- continua con un tono calmado- te proponemos soluciones que sabemos que os funcionan a la gran mayoría, luego cada uno hace con ellas lo que quiere...”*.

Como esto fue comentado en los últimos minutos de la reunión, Doro esperó a la semana siguiente para poder utilizar el grupo de la manera que estamos analizando.

“Berrín, nosotros somos profesionales. Sabemos lo que hacemos y son muchos los años que llevamos haciendo esto. Si consideras que no lo hacemos bien, puedes dejar de venir.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Pero te aseguro que sabemos lo que hacemos, a pesar de que no nos hayamos drogado” - le reprende Doro.

“Ok, como tú digas” - respondió Berrin, con cara de no creer lo que le decían.

(Discusión Doro. 32. C.A.D. Profesional y Berrin 59. C.A.D. P.M.M.).

Berrín, ante los muchos fracasos en su proceso de rehabilitación, comienza a dudar de la operatividad del recurso, achacándole sus fracasos. Este agente social puso en tela de juicio la legitimidad del experto para aconsejar sobre las adicciones, al no tener una **experiencia real** sobre ellas. Doro, desde su posición panóptica en el grupo, sanciona y rebate a Berrín recordando la dualidad de saberes que acumula. Esto provocó en el usuario la asunción del error, provocando el abandono de la terapia (que no del recurso) al no conseguir los objetivos que se había planteado.

Celebraciones y salidas: Cuando el grupo coincidía con algún cumpleaños o el último día antes del período vacacional, este interrumpía sus dinámicas habituales para festejarlo.

“Desde mucho antes de entrar por la puerta, ya se puede oler el café”.

“Nada más cruzar el umbral, veo la mesa repleta de galletas y otros dulces. Alrededor de ella se encuentran ya sentados Rosendo y Berrin, con los ojos como platos mirando la comida”.

“¿Qué sucede hoy? - pregunteo desorientado.

“¡Tenemos cumpleaños! - responden todos a coro.

(Diario de Campo).

Este tipo de conmemoraciones, así como la marcha de alguno de los profesionales que participaban en él (como por ejemplo cuando Lelo encontró trabajo y dejó de asistir), hacían que las dinámicas del grupo fueran modificadas.

En estos casos el tono era más jovial. La gente contaba anécdotas y chistes, a la vez que degustaban un café con algunos dulces. La reunión se reducía a contar lo realizado durante la semana, siempre que no existiese ninguna situación grave.

Para muchos de ellos esto resultaba una situación especial, dado que sus circunstancias económicas no les permitían consumir este tipo de alimentos de manera habitual. Casi siempre, lo que sobraba del desayuno era guardado por alguno de los asistentes a la reunión, para poder comerlo fuera de ella.

Salidas: pocas actividades fueron realizadas lejos del centro. Un par de veces nos fuimos a desayunar a un bar cercano, antes de los períodos vacacionales. La mala situación económica, tanto del centro como de nuestros informantes, privó de realizar visitas a teatros, exposiciones, etc. La única que se efectuó fue una visita al cine, realizándose en el mismo horario que las reuniones, cubriendo el C.A.D. todos los gastos. La película fue seleccionada por votación entre todos ellos. Al acabar esta, cada uno se volvió a casa por su lado.

“A lo lejos de la puerta del cine, ya puedo ver a los cuatro esperándome. No hay nadie más en la puerta”.

“¡Hola chicos!”- les saludo cordialmente. “¿Preparados para ver la película?”

“¡Sí profe!- responde Villarreal con sorna.

“Vamos para adentro”- Y me encamino hacia la entrada del cine.

“Sin esperar a nadie, me dirijo hacia una de las múltiples máquinas de auto venta de entradas. En menos de un par de minutos, ya tengo en posesión los tickets para ver la película. Al girarnos, vemos una imagen que nos dejó desconcertados. Varios guardas de seguridad estaban hablando con los chicos en bastante mal tono”.

“¿Qué pasa aquí?- pregunté mientras llega corriendo.

“¿Sabe usted quienes son estos?”- me preguntó un guarda en bastante mal tono.

“Sí claro, están conmigo y estas son sus entradas”- dije a la vez que les enseñaba lo que acababa de comprar.

“Ok, sin problemas”- me dijo. “Tenga cuidado con lo que hacen”. Tras esto, mandó a sus compañeros que se retirasen.

“No te preocupes Diego, siempre nos pasa lo mismo”- me dijo Rosendo a la vez que me daba unos golpes en el hombro.

(Diario de Campo).

Los **indicadores físicos** de la adicción hicieron que los guardias de seguridad, identificaran como peligrosos a nuestros informantes. Al reconocer el estigma corporal, los integrantes del grupo fueron significados como drogodependientes asumiendo en ese momento la negatividad asociada a esa figura y volviéndolo peligrosos. Sólo cuando me identifiqué como terapeuta, reconocieron a los usuarios como personas en rehabilitación, mitigando la sensación de amenaza. Esto junto con la asunción por mi parte de las responsabilidades caso de que sucediera algún problema, atenuó la peligrosidad dejándonos pasar una agradable velada de cine.

4.5. Las principales interacciones producidas en nuestro grupo de estudio.

En este apartado, al igual que en el apartado 2 de esta investigación, vamos a analizar las relaciones producidas tanto dentro como fuera de las reuniones, ya sean entre el grupo de iguales que las conforman como con el resto de los agentes sociales.

4.5.1. Relaciones entre los iguales.

Los integrantes de la reunión, a pesar de compartir recurso y programa, no mantienen mayor relación entre ellos que la acontecida dentro de las juntas. Formar parte del grupo supone sentirse parte de algo, poder ser escuchado, estar con los iguales... cosa que la exclusión social asociada a la adicción les podía haber arrebatado. Sentirse "*parte de*", hace generar sentimiento de cercanía sustentado en compartir problemáticas similares, pero a su vez en las diferencias que mantienen con aquellos que no participan de sus dinámicas. Compartir programa y padecimiento generar **complicidad terapéutica** entre los asistentes de la reunión, generando mayor afinidad hacia sus compañeros que con aquellos considerados como "*sus iguales*".

Como ya hemos visto en los apartados anteriores, esta complicidad queda plasmada en las narrativas usadas a la hora de intercambiar estrategias terapéuticas en las reuniones. Narrar problemáticas individuales y sociales que la adicción ha manifestado en sus contextos e interpretarlas desde la afinidad (a pesar de que sean diferentes),

Universidad Complutense de Madrid.

posibilita que la relación existente entre ellos sea distinta a la mantenida con los de fuera del grupo.

“Sé que este es el sitio donde tengo que estar. Aquí mis compañeros tienen problemas similares a los míos y se dan soluciones que podemos usar para tratar de mejorar. Fuera, en la calle, la gente no entiende que es lo que nos pasa. Aquí, a pesar de que a cada uno le pasan cosas distintas, al final todo es por lo mismo. Yo vengo aquí y al hablar con los míos, como que me encuentro mejor.”. (Villarreal. 51. C.A.D. P.L.D.).

“A pesar de que cada uno tenga una edad. Haya consumido una sustancia u otra, estáis aquí para lo mismo: dejar la droga.”. (Lelo.32. Voluntaria).

“Todos aquí buscamos lo mismo. Sé que aquí las personas que vienen sólo quieren ayudarme y conseguir lo mismo que yo. En la calle uno se siente muy solo. Aquí hay gente que está como yo y eso es importante”. (Berrin (59). C.A.D. P.M.M.)

Los propios participantes de la reunión, a través de sus palabras, nos explicaron los objetivos conseguidos a través de la permanencia en el grupo.

- | Favorece/entender su problemática particular, al verla reflejada en el contexto individual de los demás o a través de las palabras del experto.
- | Se sienten parte de algo, lo cual les da seguridad al sentirse apoyados/entendidos por sus iguales y los profesionales.
- | Facilita la rehabilitación al generar “*complicidad terapéutica*” entre ellos. Participan en la rehabilitación de los iguales, establece vínculos que favorecen el avance por el proceso terapéutico.
- | Generar la posibilidad de escuchar y ser oído, dotando al grupo de experiencia “*calmante*” que atenúa responsabilidad asociada al consumo. Como todos los usuarios tienen el mismo modo de activar el intercambio de saberes, siendo articulado a través de estructuras narrativas similares, el grupo genera vínculos fuertes.

Estar en el grupo genera **relaciones desde el padecimiento compartido**, las cuales no son perpetuadas más allá de él. Que nosotros sepamos, de todas las personas que asisten a las reuniones, ninguna mantenía ningún tipo de relación entre ellas fuera del contexto de rehabilitación, mostrando instrumentalización sufrida por ellas. El tipo de

Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

relaciones que estamos analizando, son creadas artificialmente con una intencionalidad común: la rehabilitación. Una vez abandonado el contexto terapéutico, estos vínculos dejan de ser funcionales y suelen abandonarse.

Las **principales zonas de interacción** eran la sala de reuniones, la sala de espera y la puerta del centro. En ellas el vínculo generado se limitaba a una relación cordial sin llegar a la amistad, sin que perdurase fuera de los límites del recurso.

“Aquí, todos estamos buscando lo mismo. Sé que mis compañeros tienen problemas como yo y me pueden ayudar... Pero eso no nos hace amigos. Es como en el trabajo, sin tus compañeros, pero nada más...”. (Santos. 45. C.A.D. P.L.D.).

Santos explica el carácter circunstancial de los lazos establecidos en el grupo. Él sabe que son generados sobre unos intereses comunes, entendiendo que pertenecer a un grupo común no es suficiente para que pervivan fuera del contexto de creación.

Participar en la misma terapia no conlleva el establecimiento de una relación de amistad.

Gran parte de los vínculos producidos en las reuniones, son influidos por el **rol pasivo** que el recurso asigna a sus integrantes. Los nexos que en él se establecen, encuentran sentido no sólo en el objetivo común de avanzar por el proceso de rehabilitación, sino dentro de un contexto disciplinario tan severo. Una herramienta disciplinadora tan potente como el grupo, genera vínculos entre aquellos que participan de sus dinámicas como estrategia de resistencia al cambio, sin que tengan que pervivir fuera de él.

“En el grupo hay muchas personas distintas. Con gustos distintos, tendencias políticas distintas, edades distintas...pero todos buscamos lo mismo. Aquí llegamos y sabemos a lo que venimos y qué es lo que tenemos que hacer. ¡Sé que fuera de aquí no me hablaría con ninguno! Es más, creo que en el fondo no nos conocemos, ¡pero aquí nos ayudamos todos!” (Ketama. 39. C.A.D. P.M.M.).

La cantidad de normas y la finalidad declaradamente **disciplinante** de la reunión, hace que las interacciones que en ella se producen se encorseten en sus directrices, dejando poca posibilidad a la aparición de conflictos y relaciones entre ellos. Ketama sabe que por mucho que permanezca en el grupo no se van a

terminar de conocer entre ellos, dado que la finalidad de este no es fomentar la amistad, sino mantener la abstinencia.

Los usuarios del grupo, son conscientes de esta artificialidad y la asumen como propia. Si la reunión no ofrece unos objetivos acordes con sus intereses, es abandonada sin que las relaciones establecidas en él pervivan más allá de este contexto.

“Yo aquí no vengo para dejar de tomar coca... ¡Qué ya os lo he dicho muchas veces! A mí me interesa no flipar tanto,... Sé que un día la voy a liar, pero no quiero dejarlo. A mí no me pasa como muchos de los que aquí. Yo si tengo trabajo y casa”. (Bairon. 52. C.A.D. P.L.D).

El caso de Bairon ya ha sido analizado anteriormente en este apartado. Sabemos que es una persona que llegó al grupo con unos intereses diferentes a los del resto de integrantes. La finalidad que él otorgaba a las reuniones, no eran lo que estas ofrecían. Asistió al grupo durante bastante tiempo, e incluso parecía que tenía buena relación con varios de sus compañeros. Pero al final, dejó de asistir al grupo debido a la contradicción existente entre sus intereses y los de él, complementando esta decisión con la ausencia de relaciones establecidas con los demás usuarios, a pesar de continuar con sus citas individuales en el C.A.D. Esta situación ilustra como la principal característica de las relaciones establecidas en este grupo es la **circunstancialidad**.

A pesar de llamarse compañeros entre ellos, la posición pasiva que el recurso les hace tomar a la hora de recibir/poner en juego saberes prácticos, junto con el carácter coyuntural de las interacciones generadas, hace que las definamos con el nombre de **camaradería**. Dos personas son camaradas cuando entre ellas comparten ideas, actividades y experiencias, relegado todo ello a la ocasionalidad del suceso generador.

“El grupo está muy bien. Aquí hay gente que entiendo lo que te pasa desde la misma manera. Cuentas una movida que te ha pasado y raro es que ninguno de los que estamos no haya pasado por algo así”. (Transfer.59. C.A.D. P.M.M.).

Tratando de explicar la diferencia entre las relaciones que establecidas dentro del grupo Esperanza y el del C.A.D., recurrimos al uso de los conceptos **camarada y compañero**. A pesar de que podamos pensar que son lo mismo, será el matiz cercanía el que los diferencie. Si bien en ambas dinámicas los usuarios comparten actividades,

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

modos de entender la adicción y experiencias similares, los vínculos establecidos en los grupos de N.A. (debido al tipo de intervenciones que realizan entre los iguales) harán que la relación entre ellos sea más profunda que la establecida en el C.A.D., en el cual la pasividad asignada hace que casi no interaccionen entre ellos.

En Esperanza la identificación favorecida por sus dinámicas hace que el sentimiento de igualdad genere relaciones más fuertes que las del C.A.D., naciendo de ahí el matiz lingüístico existente entre el camarada y el compañero. Sirviéndonos este para explicar las diferencias entre el tipo de relaciones que se da en los dos grupos.

El **otro agente social** que encontramos en las reuniones es **el profesional**, con el que también se establecen una serie de relaciones que vamos a analizar a continuación.

“Aquí todos somos iguales, menos vosotros. Vosotros habéis estudiado para esto. No estáis aquí para lo mismo”. (Santos. 45. C.A.D. P.L.D.).

El C.A.D. otorga mayor valor a lo vinculado con el saber teórico, legitimando la del figura experto por encima de los usuarios. Esta posición privilegiada le otorga no sólo la capacidad de legitimar los consejos expresados en el grupo, sino la potestad de servir como modelo y determinar cuándo y de qué manera activar el circuito de intercambio de conocimientos.

“Al final, digamos lo que digamos... siempre tenéis la razón. Eso no mola. Nosotros hemos vivido la droga y... ¿por qué tengo que hacer caso a una persona que no sabe lo que es? Entiendo que has tratado a mucha gente igual que yo y que conoces muchas cosas de las que has estudiado...pero no me termina de vale.”. (Berrin (59). C.A.D. P.M.M.)

La relación establecida entre usuario y profesional es de **subordinación**. Su definición como **experto** hace que estén en un plano superior. Esta descompensación no proviene solamente de su formación teórica, sino también de acumular experiencia sobre recuperación a través de los años de trabajo en adicciones, junto al conocimiento de la realidad subjetiva de cada uno de los itinerarios de los integrantes del grupo.

Berrin fue una de las personas que más resistencia opuso a este tipo de descompensación. De hecho fue a través de sus intervenciones donde pudimos

conocer el uso de la edad y el saber experiencial, como herramienta de igualadora del estatus.

“Te digo yo Doro que eso no es así. ¡Que no pasa nada por hacer lo que hago! Vosotros sabéis mucho de teoría, pero nosotros sabemos lo que hacemos. Además, ¡alguien tan joven como tú que le va a enseñar a alguien mayor! (Berrin. (59). C.A.D. P.M.M.).

Esta persona instrumentaliza la edad y la acumulación de experiencia, usándolas como niveladoras sociales. Con ellas buscan mitigar la descompensación existente en la relación usuario/profesional. Alude a la “poca” de edad de Doro, para asociar a ella falta de conocimiento sobre las adicciones. Donovan y Blake (1992), definían este tipo de sujetos con el concepto “paciente bien informado”. Estas personas, tras muchos años de consumo y una larga trayectoria en terapia, pueden llegar a acumular tanto conocimiento sobre las adicciones que, a través de un proceso de empoderamiento y expertización, alcanzan un nivel de importancia cercano al del experto.

El avance por la rehabilitación es un proceso expertizante. Según avances por él adquirirás mayor legitimación para articular conocimiento práctico de mejor calidad. La edad y la experiencia mitigan la diferencia posicional entre usuario y experto. En Esperanza esto se conseguía a través de la acumulación de abstinencia, ya a mayor cantidad de esta sus usuarios asumían una importancia mayor tanto en su recuperación como en la de sus compañeros. Si bien en el grupo del C.A.D. esta dinámica también aparece, será el experto aquel que centralice la mayoría del proceso. Los usuarios, según acumulen abstinencia, obtendrán mayor legitimidad para intervenir en el intercambio de saberes, aunque nunca podrán llegar al papel otorgado al experto.

No queremos dar a entender que nunca se produzcan otros tipos de relaciones, pero sí podemos afirmar que la propia lógica del recurso y las estrategias terapéuticas que despliega, no fomentan otras más allá de las que acabamos de analizar.

4.5.2. Con los otros usuarios del C.A.D.

Los integrantes de nuestro grupo de estudio no mantenían ningún vínculo relevante con otros integrantes del recurso. Estos se limitaban a asistir a reuniones, citas

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

individuales y recogida de la metadona (si estaban en un PMM). Estas conductas, influidas por el rol de receptor de saber pasivo que asigna el dispositivo, limitan la posibilidad de establecer ningún vínculo destacable con otros compañeros de recurso.

“Yo al centro no vengo a hacer amigos. Hay gente que está pasando lo mismo que yo, otros que peor, otros de otras drogas... No conozco a ninguno y a muchos no me gustaría conocerlos. Si con muchos de ellos no me hablaría fuera del C.A.D... ¡No sé qué te hace pensar que tienen que ser mis amigos !”. (Villarreal. 51. C.A.D. P.L.D.).

La respuesta de Villarreal respecto a la falta de relaciones de amistad en el grupo, muestra como la finalidad del recurso y la manera de articular la rehabilitación, influyen en los vínculos que en él se generan.

Si dentro de las reuniones es complicado que se activen relaciones que vayan más allá de la camaradería, fuera de ellas es todavía más complejo. No compartir contextos de interacción en los que se estas se puedan generar, favorece su ausencia.

“Ni aquí ni en el piso tengo amigos. Igual conocidos. No quiero que nadie lo tome mal... Es lo que hay. Aquí paso poco tiempo y es difícil que se dé la amistad. En el piso... llevo poco tiempo”. (Santos. 45. C.A.D. P.L.D.).

Santos es el único informante que utilizó otro recurso durante nuestro período de observación. Como recordará el lector, pasó por una desintoxicación hospitalaria para poder ingresar en un piso de apoyo al tratamiento. Él mismo reconoce que el contexto del piso (rehabilitar/compartir) es distinto al del grupo (rehabilitar). En el primero será fácil establecer relaciones de amistad al compartir más tiempo y tener finalidades diferentes, mientras que la falta de esto influye en la ausencia de estas en el grupo de Doro.

En definitiva, el tipo de atención ofrecida en el C.A.D., salvo en grupos como el que estamos analizando y de forma limitada, no fomenta las relaciones. La propia lógica que articula la intervención, prioriza el trabajo individual sobre el grupal. De igual manera las disposiciones sumisas y poco comunicativas con las que hay que permanecer en espacios comunes como la sala de espera (silencio, sentados, etc.), hace que las vínculos sean bastante moderadas. Estos, plasmados en el **saludo** y la **ignorancia** del otro, son modificados en situaciones excepcionales de afinidad máxima

o por el conocimiento previo de sus usuarios. Caso de que haya una relación anterior a la llegada del grupo por parte de algunos de sus usuarios, esta se perdurará en él.

4.5.3. Personas que están en otros recursos.

La principal relación establecida con el resto de personas que estén en tratamiento de su adicción en un dispositivo distinto al C.A.D., será de **afinidad**. Utilizamos este término para ejemplificar un vínculo sustentado solamente en el padecimiento común y en el tratamiento para mitigarlo.

“Mi amigo el del perro, que va a un C.A.I.D, hace casi las mismas cosas que yo aquí. Lo único que su psicólogo es menos severo.” (Rosendo. 47. C.A.D. P.M.M.).

“Cuando iba al C.A.I.D. los profesionales se preocupaban un poco más, aunque eran casi o mismo...”. (Berrin (59). C.A.D. P.M.M.).

Compartir objetivos comunes y modos similares de tratar la adicción, hace que entre ellos surja una identificación construida sobre el padecimiento común. Esto une y genera empatía, pero no tiene por qué acabar en otro tipo de vínculos.

“Conozco a uno de un piso que está en una Comunidad y hacen casi lo mismo que nosotros en el C.A.D.”. (Tomasa. 41. C.A.D. P.L.D.)

“Estuve en otro recurso y...al final son todos iguales. De una manera o de otra en ellos se trata de que dejes la droga”. (Cruz 54. C.A.D. P.M.M.)

El abanico terapéutico relacionado con las adicciones es muy amplio en Madrid. Según lo argumentado por nuestros informantes, la gran mayoría de tratamientos generan resultados similares. Con lo que podríamos argumentar que esta semejanza de resultados generaría empatía y vínculos entre sus integrantes. Nada más lejos de la realidad.

Será la creencia referida a una mayor **eficacia terapéutica** por parte de aquellos recursos con mayor carga de *“cientificidad”*, aquello que influya en la decisión de un recurso sobre otro. Este proceso de legitimación terapéutica construido en base a la cercanía o no de los biomédico, funciona como estrategia de captación de usuarios. Esta, mezclado con la cercanía física, las referencias del dispositivo, conocimiento del centro, etc. influye directamente en la selección de un recurso respecto a otro.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Los usuarios de recursos cuyos tratamientos se alejan de los biomédicos, despiertan cierto **recelo** en los integrantes de nuestro grupo, influyendo en la relación que se establece con ellos.

“Las clínicas privadas, asociaciones, N.A.,... como que no me terminan de convencer. Aquí no dejamos de estar en un hospital”. (Rosendo. 47. C.A.D. P.M.M.)

“Llámame cazurro, pero yo me quedo con lo de siempre, no con estos intentos modernos que nadie sabe cómo van a salir”. (Santos. 45. C.A.D. P.L.D.).

“Tengo un conocido que se está rehabilitando en Remar... ¡Dime tú que tendrá que ver hacer mudanzas con la droga! No creo que de esa manera se rehabiliten bien”. (Ketama. 39. C.A.D. P.M.M.)

La **susplicia** con la que se miran otras terapias distintas al C.A.D., hace que sus integrantes sean definidos en términos de peligrosidad, manteniendo distancia y desconfianza hacia ellos.

La condición de *“mejor o peor terapia”*, a través de la cientificidad asociada a tratamientos de corte biomédico. Pero al formar parte ya del recurso, esta efectividad será definida en términos de efectividad, ya que si no se consigue en él los objetivos de llegada al dispositivo, este se abandona.

4.5.4. Relaciones con los consumidores.

La finalidad del C.A.D. es la sobriedad, su mantenimiento y la recuperación de las funcionalidades que ellos consideran pérdidas durante el consumo. La condición de **abstinente** los significa lejos del referente yonki, posicionándoles cerca del otro polo de definición: el no consumidor. Tomar distancia estructural respecto al adicto y significarse cerca del no consumidor, ejemplifica el proceso de recuperación.

“Yo ya no soy un yonki. Ya no consumo, ya no robo, ya no vivo solo para conseguir droga... Ni hago todas esas cosas que se supone que hacemos los yonkis, pero que yo no he hecho nunca”. (Villarreal. 51. C.A.D. P.L.D.).

Este alejamiento respecto al yonki no sólo denota progreso en el proceso de rehabilitación, sino atenuación en el estigma asociado al consumo. Villarreal se

significa como “**no yonki**”, negando algunas de las variables que conforman el estereotipo se haya trasladado este avance terapéutico a nivel corporal o no.

Avanzar por la rehabilitación es recuperar disposiciones sociales vinculadas con la clase trabajadora, ocultando indicadores de la adicción, lo cual aleja poco a la persona del imaginario yonki. Estos cambios irán reconstruyendo el estigma asociado al consumo, atenuándolo según el avance por la terapia y fortaleciéndolo en caso de recaída. Provocando estas transformaciones no sólo modificaciones en el estilo de vida, sino en la subjetividad con la que se vive la adicción, incorporando una nueva.

Desde esta lógica de pensamiento, el **consumidor en activo** será identificado como un factor de riesgo. Algo peligroso que evoca el consumo, instaurando estrategias de evitación como las explicadas durante en análisis de las fases de la reunión.

4.5.5. No consumidores.

El no consumidor será el otro polo significador apuesto al yonki, dentro del proceso de rehabilitación. Los usuarios del grupo, según avanzan por este procedimiento, asumen una serie de comportamientos y modos de entender su relación con la adicción, los cuales reconfiguran su subjetividad. Cuanto más parecido sea el estilo de vida del adicto rehabilitado al del no consumidor, menores serán los restos del estigma yonki. Dentro de la dualidad consumidor/no consumidor, la rehabilitación generará nuevas posiciones a modo de ordalía, las cuales tienen que ser superadas por el adicto a la vez que este trasiego terapéutico configura un nuevo vivir la adicción.

El no consumidor ejerce de modelo, al representar aquello que se busca. Pero también genera frustración al conocer con el tiempo, que nunca se va a poder volver asumir esta posición social, a pesar de lo recuperado desde el paradigma de la pérdida.

Las relaciones establecidas con ellos serán de admiración/odio, al representar a la vez aquello que anhelan pero a su vez no van a poder volver a ser.

4.6. Variables que influyen en estas relaciones.

Los vínculos anteriores, están influidos por una multiplicada de variables. De todas las posibilidades existentes vamos a analizar las más importantes. Aquellas por las que según su presencia o no, influirán no sólo en los tipos de interacciones existentes ente Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

los agentes sociales, sino en la distribución desigual aquellos capitales importantes para cada una de las anteriores figuras.

4.6.1. La abstinencia:

La **abstinencia** es entendida dentro del C.A.D. como el requisito imprescindible para avanzar por el proceso de rehabilitación. Una vez estabilizada este proceso se centrará en otros ámbitos sobre los que ya hemos hablado anteriormente.

Entre los iguales del grupo acumular más o menos de este capital, no supone una diferencia tan grande como la observada en Esperanza. Si en este generaba diferencias jerárquicas, en el C.A.D. este papel es asumido por el posicionamiento en el proceso de rehabilitación. El filtrado anterior a su inserción en él por parte de los profesionales, la necesidad de no tener consumos recurrentes para acceder a esta parte de la terapia y, sobre todo, el papel directivo de la terapeuta al que hemos hecho referencia, hace que acumular este tipo de capital no genere tantas diferencias entre los usuarios como en los grupos de N.A.

“Mi experiencia en no meter la pata está muy clara. Si algo te puede hacer caer de nuevo... ¡Quítatelo! Si llevo tanto tiempo sin consumir será porque tan mal no lo hago, ¿no?”- dice preguntando a Doro. (Villarreal. 51. C.A.D. P.L.D.).

“No”- afirma Doro. *“De hecho lo haces bastante bien. Todos los del grupo lleváis mucho sin consumir, o lo hacéis con mucho tiempo entre cada consumo. Sólo que unos estáis un poco más adelantados que los demás, nada más. ¡Por eso estáis aquí!”*. (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

Si bien el tiempo de abstinencia no es similar en todos los integrantes del grupo, tampoco es importante. Doro explica a sus pacientes como su presencia en el grupo se debe a su posición avanzada en la recuperación. Caracteriza esta por un buen control del consumo, variable determinante para su **participación** en él. Todos deben estar en la fase de **mantenimiento**⁶⁸ para estar en disposición de asumir las “enseñanzas” del profesional y, en los momentos reservados para ello, poder intercambiar conocimiento práctico de la manera más eficiente.

⁶⁸ Necesitan tener la abstinencia más o menos controlada y algunos indicadores físicos de la adicción atenuados, para poder estar en la fase de mantenimiento.

Aquellos con mayor abstinencia contrastada, no son identificados como un referente fuerte por sus iguales como sucedía en el N.A. Este papel lo desarrolla el profesional y, de manera muy atenuada, aquellos que estén avanzados en la recuperación.

La abstinencia proporciona **privilegios terapéuticos** en este contexto, como pueden ser el acceso a otros recursos (pisos, cursos,). Generando también credibilidad por parte de los profesionales, consiguiendo que no tengan necesidad de pasar analíticas.

Con los otros usuarios del C.A.D., de otros recursos, consumidores y no consumidores, la abstinencia es definida como un capital acumulado que prestigia al que lo tiene, sucediendo lo contrario en caso de pérdida.

“Ayer me encontré en el médico a una personas que llevaba 6 años sin consumir. Está en un C.A.I.D. Me preguntó cómo lo llevaba y le dije que muy bien. El me respondió que tuviera cuidado, que siempre puede ser complicado. Me pareció muy interesante poder tener conocidos así. Me ayudaría mucho a poder progresar”. (Santos. 45. C.A.D. P.L.D.).

Tener más o menos abstinencia por parte de alguien ajeno al grupo le hace no sólo ser visto como ejemplo de aquello que quiere conseguir, sino que le dota de notoriedad, facilitando una posible relación con ellos.

“Ahí en la sala de espera siempre hay un tío que me intenta hablar a pesar de saber que no se puede. Huele a alcohol que tira para atrás y sus ojos son dos puntitos. La verdad es que voy a dejar de sentarme a su lado. ¡No hace falta ser muy listo para saber cómo viene!”. (Berrin (59). C.A.D. P.M.M.).

Esta afinidad a la hora de poder relacionarse con aquellos que no pertenecen al grupo y están abstinentes, se desvanece y se torna en peligro al identificarles cerca de algo que les evoque el consumo. Al igual que con aquellos que recaen en las drogas, esta situación supone una pérdida de la posición privilegiada dentro del proceso de recuperación.

4.6.2. Uso/tipo de sustancia.

La variabilidad de elementos consumidos así como los distintos usos, influyen en los tipos de relaciones establecidas entre los integrantes del grupo y aquellos que no forman parte de él.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

La significación de algunas sustancias como drogas o no, la decisión cultural de definir las como duras o blandas, así como los múltiples usos y expectativas asociadas al consumo, son elementos generadores de diferencias en las relaciones existentes entre los agentes sociales que conforman nuestro grupo y el resto.

La selección anterior a su llegada al grupo por parte de C.A.D. así como el cierre que ejerce su núcleo central en N.A., hacen esta variabilidad no sea tan evidente en los vínculos conformados entre los integrantes de nuestros grupos de estudio.

Con respecto al resto de agentes sociales que no participan de estos dos tipos de reuniones, las variables analizadas en este apartado funcionan como principio **igualador**. Los integrantes de ambos empatizarán más con aquellos que consuman la misma sustancia y de la misma manera, que con aquellos que no lo hagan.

“Siempre me decían que lo del alcohol era un problema, pero no supe cómo eran las cosas hasta que no hablé con una persona que había sufrido lo mismo que yo. Él me supo explicar en unos términos que yo conocía que era lo que me pasaba”. (Santos. 45. C.A.D. P.L.D.).

Tomar una sustancia similar, de la misma manera y manejar unas expectativas semejantes respecto a la adicción, **igual**a a los individuos. Estas experiencias comunes generan vínculos desde el manejo por parte de estos agentes sociales, de un imaginario explicativo común sobre la sustancia. Esta situación les hace sentirse, pensarse y narrarse de manera similar, provocando mejoría en el proceso terapéutico.

Por otro lado, el estigma asociado a ciertas sustancias y algunas maneras de consumirlas, hace que los agentes sociales que conformen el grupo articulen estrategias de evitación basadas en la peligrosidad que denota el estigma asociado a esta droga y su uso.

4.6.3. El género.

El papel del género en las adicciones es algo tan importante, que influye tanto en las relaciones que se establecen dentro del grupo, como con aquellos agentes sociales que no pertenecen a él.

Nuestras informantes del género femenino, debido a esta condición, sufrieron un proceso de devaluación en todas las dinámicas en las que participan.

“El mundo de las drogas es muy machista. Todo está mal pero si encima eres mujer... mucho peor. Ya sabes...que las mujeres lo tenemos todo mucho más difícil”. (Tomasa. 41. C.A.D. P.L.D.).

Romero (2011), defiende que en la actualidad la mujer tiene una mayor participación en la problemática de las adicciones, respecto a épocas anteriores. Destacando también como *“estas son más vulnerables a los efectos de las sustancias primero por su condición física de base y por ser un objeto de mayor rechazo social”*.

Esta situación biológica provoca que el efecto de las drogas sea mayor en las mujeres, pero el **androcentrismo** imperante en nuestra sociedad hace que todo aquello vinculado entre la adicción y lo femenino, sea considerado en términos de mayor negatividad que hechos similares relacionados con lo masculino.

“Llegas al C.A.D. y no hay nada pensado para las mujeres. Todo está organizado para hombres. Los papeles son dibujos de hombres, no se tiene en cuenta que algunas pueden estar embarazadas... Yo muchas veces lo he dicho, pero nadie me hace caso”. (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

Los datos obtenidos por encuestas como el EDADES, muestran una menor prevalencia del género femenino no sólo en los recursos asistenciales sino en el número de consumidoras femeninas, respecto al total. Es cierto que el predominio de un modelo de intervención orientado hacia lo masculino, así como la preponderancia de este en los dispositivos (generado por los mecanismos de cierre y apertura del grupo), provoca que el número de mujeres que llegan al C.A.D. sea menor. Pero no podemos olvidar como la dificultad que supone a la mujer definirse como adicta, acrecienta la evitación que estas tienen de las sustancias, generando menos casos de relación de dependencia e influyendo esto en el número de mujeres visibilizadas como adictas.

De igual manera, el proceso de definición como adicta de una mujer siempre es más complejo que el de un hombre. Según Romero (2001), es más grave su *“degradación moral”* y la alteración de su papel dentro de la familia, que en el caso del género masculino.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Establecer una relación de dependencia con una sustancia, trastorna completamente sus funciones de ama de casa, madre y esposa. Sucesos no aceptados socialmente.

“En el poblado había una chica que estaba embarazada. Todavía recuerdo la cara que ponía la gente cuando íbamos por la calle y veían la tripa de la pobre”. (Cruz 54. C.A.D. P.M.M.).

Existen normas socioculturales que establecen marcadas diferencias en las conductas esperadas entre hombres y mujeres, con una tendencia hacia mayores sanciones hacia las segundas. Cruz se refiere a ello a través de narrarnos *“la cara que ponía la gente”* al ver a su compañera drogodependiente embarazada. Ser adicta es complicado, pero si a eso le añadimos el género femenino y la incompatibilidad con el rol de madre, hace que muchas de ellas ni si quiera se **visibilicen** como tal por el miedo a un estigma tan fuerte.

Gimeno (2011), explica esta situación con el concepto **plusvalía de género**, refiriéndose con el *“proceso a través del cual todo aquello que haga la mujer tendrá una penalización por su condición de género en comparación con situaciones similares realizadas por hombres”*. Así que el conocimiento basado en la experiencia que pueden poner en juego, se desvaloriza por la condición de ser mujer.

Burin et al (1990), analizaba esto diciendo: *“los hombres que mantienen una relación de dependencia con sustancias son vistos, como carentes y fuera de control, pero siempre con mayor permisividad por su condición de género que las mujeres”*.

Durante nuestro período de observación en el C.A.D., se organizaba un pequeño grupo formado sólo por mujeres. No pudimos tener acceso a él, dado que el mecanismo de cierre/acceso se basaba en el género. San era la moderadora y comentaba que era *“un lugar donde las mujeres podían hablar de sus cosas, sin que hubiera ningún hombre en él”*.

“Aquí hacemos un grupo específico de mujeres adictas, con algunas actividades específicas para ellas”. (San. 55. C.A.D. Profesional. Coordinadora del recurso).

No consideramos pertinente realizar un juicio de valor sobre los grupos contruidos alrededor de la variable género, aunque sí diremos que este tipo de actividades más que ayudar a mitigar la doble exclusión social que sufren estas

mujeres, son un elemento reproductor de la división cultural de roles existente en nuestra cultura.

Durante nuestro período de observación pudimos saber que, a través de este grupo se organizaron actividades como: salidas a la peluquería, hacerse la manicura, etc. Esto probablemente se debiera a que la persona que gestionaba el grupo manejaba una ideología de corte tradicional, reproduciendo en sus actividades roles asociados al género acorde con su manera de pensar, los cuales eran asumidos como válidos por aquellas mujeres que participaban en esta dinámica

Centrándonos en el **proceso de rehabilitación** Galván y Marín (2011), destacan no solo las dificultades que el género femenino encuentra para acceder a tratamiento, sino la dificultad de progresar en el tratamiento, ya que para una mujer es siempre más costoso este tipo de recuperaciones que para un hombre. Romero et al (1997) explica esta situación a través de lo que definieron como “*fenómenos subjetivos*”. Bajo este concepto se aglutinan todas aquellas barreras conformadas por creencias o percepciones de la persona y/o fenómenos externos, que junto a las características de los programas, factores socioculturales y ambientales, obstruyen o restringen la vía para entrar en la red asistencial y avanzar por ella al género femenino. Todo este imaginario construido bajo el estigma de género asociado a la mujer consumidora aglutinado bajo la definición anterior, hace que el proceso de estas sea mucho más complejo y difícil que el del masculino.

4.6.4. Enfermedades/aspecto físico.

Las relaciones analizadas no pueden ser comprendidas sin ver la influencia que las enfermedades asociadas al consumo y el aspecto físico tienen en ellas.

“Cuando entro a supermercado, el de seguridad está todo el rato detrás de mí. Al principio me molestaba. Ahora me la pela. ¡Incluso le hago correr detrás de mí para que se joda”. (Villarreal. 51. C.A.D. P.L.D.)-

“Vas por la calle y la gente se aparta de tu lado. Y... ¡Cómo se te ocurra toser! No saben dónde meterse. Lo mismo pasa en el metro. Según entras, la gente se cambia hasta de vagón”. (Tomas. 41. C.A.D. P.L.D.).

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

La gente asocia a las drogas y su consumo enfermedades e indicadores físicos sobre ellas, lo cuales son utilizados para identificar la condición de adicto desde su **estigma corporal**. Según se reconocen estos signos, aparecen dinámicas significativas las cuales acercaran más o menos al símbolo yonki, variando la cercanía y la influencia del estigma según el tipo. Las marcas de pinchazos en los brazos provocaran que el estigma yonki sea mayor en aquellos que los enseñan que en los que evidencien sólo pérdida de piezas dentales, a pesar de formar parte ambos rasgos del conjunto de identificadores del yonki.

La relación heroína/VIH, generada en los términos referidos en el primer capítulo de esta tesis doctoral, provocó que el estereotipo negativo asociado a las drogas se acrecentara.

“Todo el mundo cree que por consumir drogas tienes el SIDA. No es así. La gente se aparta, no quiere estar a tú lado. Una de las veces fui a un dentista y me dijeron que no trataban a gente como yo. ¿Qué tipo de gente soy yo? (Transfer.59. C.A.D. P.M.M.).

Podemos encontrar drogodependientes bastante deteriorados físicamente, que no tienen S.I.D.A. ni consumen heroína. Cuando alguno de los indicadores relacionados con el yonki son detectados, automáticamente se produce un proceso de asimilación del estereotipo negativo asociado a esta conducta, estableciendo estrategias de evitación por parte de aquellos que las han identificado, influyendo en las relaciones establecidas entre ellos. De ahí que muchas veces esta dinámica significadora, defina a los consumidores de drogas en base a generalidades basadas en este estigma corporal, sin ser fiel a la realidad.

Algunas variables, al aparecer de manera conjunta, agrandan tanto la negativización como la percepción de “*peligrosidad*” asociada al consumidor de drogas, generando estrategias que evitan la interacción hacia estos individuos.

De las muchas enfermedades asociadas al consumo que al ser identificadas influyen en la relación que se mantienen con los adictos, serán el S.I.D.A. y la hepatitis C⁶⁹ aquellas

⁶⁹ La hepatitis C es una enfermedad del hígado causada por el virus del mismo nombre. Puede causar una infección, tanto aguda como crónica, cuya gravedad varía entre una dolencia leve que dura algunas semanas a una enfermedad grave considerada como crónica, pero con cura en la actualidad gracias al Sovaldi.

que rápidamente evoquen la imagen del yonki, generando mecanismos de defensa basados en la evitación frente al peligro que representa.

Otros padecimientos que pueden desarrollarse vinculadas con la adicción que son: bronquitis, cirrosis, cánceres, enfermedades cardiovasculares, abscesos en la piel y enfermedades mentales, etc.

La prevalencia tanto de las anteriores enfermedades como del V.I.H. y la Hepatitis, es mucho menor de la evocada por el estereotipo. Será la negativización del consumo de drogas el proceso que engendró la creencia de que a través de cualquier consumo, se terminan desarrollando estas enfermedades, sustentándolo en concepto de escalada de la adicción.

Cuanto mayor es el número de indicadores físicos y dependiendo de las enfermedades reconocidas, estas dinámicas serán más fuertes, no articulando las mismas herramientas de intervención respecto a la salud bucodental que a la vestimenta.

El tema de las relaciones en las adicciones y las variables que influyen en ellas, es tan complejo y rico que necesita de un análisis más profundo de nuestros datos. Esto se aleja de nuestro objeto de estudio, con lo que emplazamos al lector a trabajos posteriores para profundizar en él.

4.7. El proceso de rehabilitación.

El Instituto de adicciones del Ayuntamiento de Madrid, define el abandono de la relación de dependencia con una sustancia como "*rehabilitación*". Para conseguir modificar esta situación se establecen un conjunto de actividades y herramientas, que al interactuar con la situación inicial, genere los resultados esperados.

Ya hemos comentado como el C.A.D. define bajo este concepto, no solo el modo de conseguir y mantener la abstinencia física, sino de poder recuperar aquellas pérdidas que consideran que esta situación ha causado en todos los ámbitos de la vida de la persona. El principal objetivo será devolver al drogodependiente a la "*normalidad y funcionalidad social*", construida esta sobre lógicas capitalistas. Con este proceso se

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

busca restituir a posiciones productivas para la sociedad a los adictos, a través de herramientas y tecnologías generadas para ello.

“Conseguir lo que nos ha quitado la droga es lo que quiero. Volver a estar en mi casa, con mi familia, con mi coche, con mis vacaciones... quiero recuperar el tiempo perdido”.
(Rosendo. 47. C.A.D. P.M.M.).

Posicionarse cerca del no consumidor es recuperar aquello que conforma el paradigma de la pérdida. Este proceso emana de una forma de gobierno concreta ejercida con la intencionalidad de devolver una funcionalidad social establecida, superando determinismo físico y plasmándose en el cuerpo de los usuarios de este tipo de recursos.

En este aparatado hemos mostrado como definir la adicción desde la pérdida y la rehabilitación desde la recuperación, funcionan como estrategias mitigadoras de la responsabilidad/autoinculpación del adicto respecto a todo aquello realizado durante el consumo activo (esté relacionado con la adicción o no). De igual manera funcionan como maniobras para motivar el cambio provocado durante el proceso de recuperación. Todas estas operaciones forman parte de un discurso hegemónico sobre la salud como nos dice Foucault (2000), vinculadas con *“técnicas y procedimientos para dirigir el comportamiento humano. Gobierno de los niños, gobierno de las almas y de las conciencias, gobierno del hogar, del estado o de sí mismo”*, a través de las cuales se busca devolver una disposición concreta sobre la salud, definida en términos de necesidad para ser operativo y aceptado en el orden capitalista actual.

Este dispositivo, como herramienta que forma parte de una tecnología de gobierno neoliberal, a priori basaría sus intervenciones individuales en la incorporación activa a la sociedad del sujeto a través del proceso de rehabilitación. Aunque realmente no llega a plasmarse en la realidad, al convertirse en una recopilación de estrategias protocolizadas con las que se intervienen en el grueso de las personas que participan en las dinámicas del C.A.D.

El ex consumidor generado por el C.A.D., es distinto al adicto en recuperación de Esperanza. Este primero será una persona que ya no se droga y maneja sus estigmas desde una **subjectividad nueva**, dictada por el profesional que maneja el grupo.

Universidad Complutense de Madrid.

Mientras que el integrante de N.A. también se mantiene abstinentes, pero reniega de estos indicadores físicos de la adicción a la vez que asume su condición de consumidor desde el grupo, en donde recibe saber práctico con el que gestionar una situación de consumo latente perpetuo.

Rehabilitarse es un proceso terapéutico que genera situaciones definidas como problemáticas, con la intención de restituir la **funcionalidad social perdida** a través de la incorporación de ciertas disposiciones de clase, suponiendo esto un cambio en la subjetividad. Este proceso dota al adicto de una serie de herramientas y lugares en los cuales recuperar esa utilidad social perdida, centrado en conservar la abstinencia y ocultar todos los indicadores de la adicción, en aras de posicionarse lo más cerca posible del no consumidor. Todo este trabajo es realizado a través de una figura que sirve de modelo y articulador de los saberes que se pueden poner en juego: **el experto**.

“Cuando estaba en consumo activo, solo hacía que conseguir dinero y ponerme. Dinero y ponerme. El resto me daba igual. Desde que estoy en el C.A.D. he aprendido que hay que aportar algo a la sociedad, no se puede estar sin hacer nada”. (Transfer.59. C.A.D. P.M.M.).

El C.A.D. provee de un espacio en el que, tanto a nivel individual o grupal, se genera un contexto de aprendizaje cuyo objetivo no se centra solo en dejar la sustancia, sino en dotar al usuario de las estrategias necesarias para articular un nuevo modo de vivir su adicción. Este estilo de vida, será similar al que tenían antes de comenzar la relación de dependencia aunque a la vez diferente, dado que algunos de estos indicadores yonkis siempre actuarán como señales identificables sobre su pasado de consumo, generando un proceso de posicionamiento cercano al yonki, al cual variará en importancia y fuerza según la persona y la señal identificada.

Como ya hemos comentado, tanto en N.A. como en el grupo del C.A.D. definir la adicción como una enfermedad (crónica en el primer caso) y **culpabilizarla** de todas las pérdidas acontecidas por el consumo, funciona como estrategia atenuadora respecto a la responsabilidad de sus hechos, huyendo de explicaciones basadas en nociones moralistas. Referirse a los demás, a las sustancias, a la adicción, etc. en términos de responsabilidad asociada al consumo, articula *“un enemigo al que*

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

combatir”, facilitando el tránsito por la rehabilitación. Pasar de una situación de consumo y responsabilidad aminorada por esta estrategia a una representada por la abstinencia, requiere una reelaboración de la subjetividad. Aunque será la prolongación sin fecha a término de la condición de adicto en rehabilitación de NA a través de dispositivos cognitivos y prácticos similares a la estrategia del cerebro yonki o la exaltación del grupo, aquello que implique a los usuarios de un modo mucho más total en NA que en el CAD. En este segundo contexto, se genera un proceso de aprendizaje mucho más vertical, a través de las herramientas y estrategias consideradas adecuadas por los expertos que lo conforman, dejando paradójicamente un margen mucho más amplio a estrategias de resistencia, de disimulo y de selección de aquello que se asume y de lo que se pretende asumir con fines tácticos.

La figura del profesional, como elemento fundamental del grupo al centralizar el proceso de intercambio de conocimiento práctico y ser el agente social con capacidad para emitir un discurso terapéutico legitimado por el conocimiento teórico, funciona no solo como el legitimador de los saberes que se ponen en juego sino como piedra angular del proceso. El grupo forma parte de las herramientas del C.A.D. el, cual como tecnología a través de la que se expresa el biopoder estatal, genera una tecnología estandarizada, de talla única y protocolizada, a la cual el individuo debe adaptarse. El papel del usuario será pasivo respecto a ella, reflejado en la obtención de una rehabilitación basada en la verticalidad y procesos de aprendizaje de lo correcto, emitidos la mayoría de las veces por el profesional legitimado por su condición de experto, estandarizado para todos los usuarios.

Este posicionamiento pasivo y la gran diferencia existente entre el experto y el usuario, hacen que el proceso sea mucho más intrusivo que en Esperanza, generando mayor cantidad de respuestas de resistencia plasmadas en *“la mala memoria”* y el papel otorgado a las analíticas y pruebas realizadas en él.

La descompensación tan evidente entre los dos tipos de actores existentes en el grupo del C.A.D., implica por parte de sus usuarios una menor identificación con el grupo, los iguales y el recurso.

Esperanza genera una nueva subjetividad, un nuevo modo de entender la adicción, a caballo entre el yonki y el no consumidor, pero nueva al fin y al cabo. Definirse como adicto en recuperación “ad aeternum”, sustentado en la necesidad de asistir al grupo de por vida, junto a la autovigilancia como método para mantener la abstinencia, ampara esta nueva forma de relacionarse con las drogas.

El C.A.D. ocasiona un proceso de cambio en la subjetividad similar, al tratar de devolver la operatividad social a personas que la han perdido a través del consumo de drogas, desde la asunción de una manera nueva de vivir la relación con las drogas. Este dispositivo fija sus intereses terapéuticos en la recuperación de la productividad social, para poder volver a insertarlos en la sociedad como individuos “operativos”. Esto, junto con el aprendizaje de estrategias para mitigar/ocultar el estigma corporal (al ser considerados como marcas identificativas perpetuas sobre su paso por la adicción), centraran las prácticas del C.A.D.

4.8. ¿Qué hay después de los Grupos de C.A.D.?

Tras realizar la evaluación de los resultados conseguidos y, después del alta del C.A.D., comienza una de las fases más difusas de todo el proceso de rehabilitación: **El seguimiento**. Este trata de conocer un poco la trayectoria de aquellas personas que han pasado por el centro, tanto si han sido dados de alta como si han abandonado.

“Ahora tenemos que hacer el seguimiento a Tomasa. Es un poco tostón. De vez en cuando, tratamos de hablar con ella o con algún profesional con el que siga en contacto”. (Doro. 32. C.A.D. Profesional).

El seguimiento de esta parte del programa es bastante complicado de realizar. Son muchos usuarios que no dejan ningún método de contacto, o sólo un número de teléfono. También existe la posibilidad de que no quieran ser encontrados.

“si no nos quiere coger el teléfono, si no es su número...Esto de los seguimientos es un tostón”. (Lelo.32. Voluntaria).

A la imposibilidad muchas veces de ubicar al usuario, se junta la saturación de pacientes que tiene el recurso, con lo que el profesional no dedica mucho esfuerzo a esta parte de la rehabilitación al considerar más importante ofrecer tratamiento a

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

aquellos que están menos avanzados en ella. Algunas veces este trabajo era mandado a los voluntarios, los cuales expresan su queja constantemente.

“Yo no me he apuntado de voluntario para estar de tele operador. Sino porque quiero ayudar a las personas que más lo necesitan”. (Juan. 34. Voluntario).

En aquellos casos en los que sí se pudo mantener contacto con este tipo de usuarios, la información que se consigue no es ni de lejos tan completa como la que puede obtenerse cuando están aún en tratamiento. Pero sí permite conocer algunos aspectos de su situación actual y, sobre todo, saber si mantienen la abstinencia.

“¿Cómo estás? ¿Dónde vives ahora? ¿Cómo te encuentras? ¿Sigues el tratamiento? Pásate un día a vernos. ¡Cuídate! (Lelo.32. Voluntaria).

Estas son un ejemplo de las preguntas que se realizan es este tipo de llamadas, viendo como la información recogida es meramente testimonial.

El C.A.D., al ser un recurso construido sobre los saberes expertos de sus profesionales, genera dinámicas de salida hacia sus integrantes, buscando un constante flujo de altas y bajas de usuarios, defendiendo con esta dinámica sus puestos de trabajo. Aunque será la lógica vertical y paternalista de este tipo de terapia, guardando coherencia con el cumplimiento de una serie de objetivos, aquello que determine la salida u entrada en este recurso.

En cuanto a los seguimientos, más allá de lo que acabamos de analizar, nos ha sido imposible posible realizar un trabajo de campo más exhaustivo que lo reflejado anteriormente, ya a la gran dificultad de poder contactar con usuarios que abandonaron el grupo por diferentes motivos, determinó la escasez de datos.

5. Conclusiones.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

A lo largo de esta investigación hemos analizado, desde una perspectiva antropológica, dos **Programas de Tratamiento de Drogodependencias** contextualizados en la doble red asistencial de drogas existente en la Región de Madrid. El análisis de estos dispositivos como parte de una estrategia general de gobierno respecto a la salud, sirve para comprender las reglas, disposiciones y dinámicas sociales que influyen en ellos, promoviendo un uso apropiado del cuerpo y en el cuerpo, a través de la mitigación de los indicadores yonkis que significan lo contrario.

En los anteriores capítulos, hemos presentado la importancia que los dos modos asistenciales tienen como tecnologías a través de las cuales se ponen de manifiesto una estrategia concreta de gobierno de las adicciones, entendiéndolas como expresiones tanto de la anatomopolítica como de la biopolítica en cuanto a capacidad disciplinaria sobre los individuos y gestión de los procesos biológicos de la población.

A partir de la delimitación de estos dos modos de ejercicio de poder, hemos tratado de problematizar los discursos y políticas públicas en torno a las drogas en las últimas décadas, con atención especial a la aparición de la figura del yonki y de los dispositivos puestos en marcha para gestionar los cuerpos indóciles de los adictos, y los modelos de intervención en los que se fundamentan. En este marco se hacen comprensibles los dos recursos analizados, en los que hemos tratado de identificar las estrategias de subjetivación y los dispositivos disciplinarios en un despliegue concreto, según lógicas que les son propias.

En ambos recursos, a través del uso de la abstinencia como herramienta pedagógica y la asunción dogmática de un modo de crear/reconstruir un estilo de vida perdido, se articulan estrategias de poder sobre las que generar y valorar los conocimientos de los usuarios (tanto práctico como experiencial), producidos en los propios dispositivos e intercambiados en ellos. Foucault en (1976), se refirió al paso entre **matar** y **mantener la vida** como una característica clave durante el paso hacia la modernidad, generadora de una **dialéctica** entre los **saberes expertos** y los **prácticos**, la cual se plasma en los dispositivos estudiados como parte de los elementos que conforman sus tecnologías, desde una manera concreta de ejercer el poder. Tanto Esperanza como el C.A.D., reproducen un tipo concreto de salud, generando un determinado conocimiento a

Universidad Complutense de Madrid.

través del cual estos recursos normalizan y disciplinan a sus usuarios, en base a una ideología concreta.

Siguiendo con la propuesta de este autor, **“el problema de las drogas”** ejemplificará un control social sobre consumos *“desordenados”*, generando una **imagen negativa** del uso de drogas, sustentada en discursos y modelos hegemónicos vinculados a **“defensa” de la salud y los peligros inherentes a la utilización de determinadas sustancias**. Estos discursos y modelos, contruidos culturalmente con una intencionalidad más compleja que la de preservar aquello que culturalmente es definido como **saludable**, serán reflejados en los dispositivos que actúan sobre el cuerpo y las subjetividades de los sujetos conforman con ellos.

Esta concepción foucaultiana del poder y su ejercicio, permite comprender la aparición de complejos normativos (modelo biopsicosocial), imaginarios sociales (el problema de la droga con todas sus transformaciones) y prácticas basadas en lo teórico/experiencial (tecnologías de intervención), con la intención de **controlar** ciertas conductas de la población y mantener el modo un modo producción capitalista en el cual el papel del Estado se redefine desde **un modelo del bienestar hacia uno neoliberal** de gestión de lo social como vemos referido en Rose (1996). Este último proceso, obviamente, quedó plasmado en un fenómeno como las adicciones. Bajo la premisa de **salvaguardar la salud**, se parapeta la ideología de un discurso hegemónico negativo sobre las drogas, cuya última racionalidad radica más en el despliegue de las prácticas articuladas en tecnologías neoliberales, acercándose más al control y a la adquisición de formas concretas de subjetividad relacionadas con este modelo.

Presentando un análisis de estos dos recurso asistenciales como el anterior, hemos querido dar cuenta de las diversas dinámicas en las que participan sus usuarios, tan distintas y semejantes entre ellas. Estas buscan generar en ambos cambios similares en la subjetividad de adicto con la que se llega al grupo, aunque presentado un resultado final y un proceso terapéutico diferente.

En última instancia, estos dispositivos asistenciales entendidos como tecnologías de gobierno dentro de un marco concreto de gestión de los drogodependientes, incorporan en sus integrantes disposiciones nuevas sobre la adicción a través de

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

dispositivos asistenciales distintos relacionados con lógicas neoliberales, no sólo vinculadas con la salud y el cuerpo sino con la inserción de un modo concreto de tratar la adicción dentro de una lógica de mercado que antes no les influía.

Esperanza y el C.A.D.: La intervención terapéutica como normalización.

Un análisis como el realizado en esta tesis doctoral, además de mostrar la diversidad social de las adicciones encarnada en un concepto como el de **itinerario**, señala los contextos en los que cobran sentido las prácticas respecto a la drogodependencia, mostrando como estas particularidades están relacionadas todas ellas como parte de una estrategia concreta de gobierno, la cual homogeniza los resultados obtenidos en términos de normalización.

Estudiando las relaciones que se establecen entre todos aquellos agentes sociales que conforman este proceso terapéutico, hemos concluido que los vínculos establecidos en estos dispositivos, son **construcciones generadas** en contextos creados con una intencionalidad concreta, fuera de los cuales esos vínculos no tienen operatividad. Además, la negativización y evitación hacia ciertas dimensiones de la experiencia, aumentan según la mayor cercanía al polo significador yonki en el proceso de resignificación constante que sufren los usuarios que conforman estos dispositivos, influyendo en esta movilidad significadora la abstinencia, el género, la sustancia/uso y el estigma corporal.

Previo a la **recepción de la asistencia** ofrecida por los dispositivos analizados, el agente social ha de asumir su trayectoria previa en términos de **padecimiento** y percibirse a sí mismo desde una condición de **necesitado** (tocar fondo), definiendo esto el proceso terapéutico en términos de “**reparación/recuperación**” de aquello que la “**dolencia**” les ha arrebatado, plasmándose en una transición del “**padecer**” al “**tener**” la salud reivindicada culturalmente, defendida y devuelta a través de los Modos Asistenciales, tecnologías y herramientas generadas para ello.

La recuperación/rehabilitación producida en estos recursos, es un proceso claramente **performativo**. El intercambio de saberes que se produce en ellos, genera nuevas subjetividades basadas en herramientas cognitivas con la capacidad de argumentar un

Universidad Complutense de Madrid.

nuevo relato de sí, así como nuevas disposiciones respecto a la salud entendida de modo amplio, en términos tanto orgánicos como morales.

En el transcurso de nuestro análisis encontramos una primera diferencia entre los dispositivos analizados, según en el protagonismo que el saber práctico y el teórico tienen en ellos. Además, dependiendo del tipo de recuperación planteada, se articularán herramientas para trabajar desde **el yo o hacia el yo**. Podemos concluir que las fronteras existentes entre estos dos tipos de saberes son tan laxas, que es imposible encontrar uno sin el otro, aunque el grado de protagonismo de algunos elementos variará según el dispositivo analizado.

Esta transición del **carecer** al **tener**, concretada en el llamado “**proceso terapéutico**”, no solo busca esa **salud perdida**, sino que además reproduce en él las diferencias existentes a nivel social, haciendo que algunos **bienes** secundarios (trabajo, pareja, casa, coche, etc.) pasen a ser interpretados de primera necesidad, siendo asumidos como parte de la recuperación conformando el llamado “**paradigma de la pérdida**”.

El papel de la abstinencia como generador de diferencias y el juego de intercambio de saberes.

Los procesos que se dan en estos grupos, subjetivadores y constituyentes de un nuevo estilo de vida y una corporalidad diferente, son incorporados a modo de capital simbólico a través de aquello valorado en términos saludables, **generador de jerarquías** en Esperanza y posibilitador de **privilegios terapéuticos** en el C.A.D. En el anterior análisis, hemos hecho referencia a un elemento estructurador de la terapia como es **el tiempo de abstinencia**, encontrando en él otra diferencia clave para comprender los dos dispositivos analizados.

La operativización de la renuncia al consumo de drogas como estrategia terapéutica, tiene un carácter fundamental **en Esperanza** al ser **el capital a acumular**, el cual permite a sus usuarios avanzar en el proceso de recuperación. Sobre él, se sustentan el resto de las dinámicas del recurso, funcionando su mantenimiento como variable determinante para conseguir aquellos otros logros vinculados con la adicción, representados por el paradigma de la pérdida.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

En el C.A.D., su importancia es menor ya que no genera jerarquías, ni sirve para acceder a posiciones de privilegio. Éstas son concedidas por el experto, siendo un reflejo del carácter pasivo de los usuarios en este recurso respecto a su proceso de rehabilitación. Esta, aunque no sea determinante para medir el avance en el proceso terapéutico, es operacionalizada a través de analíticas impuestas a los usuarios, formando parte de los indicadores utilizados por el personal técnico para la toma de decisiones respecto a sus progresos. El profesional, considerará si es apto para avanzar o no en la rehabilitación, interviniendo en este proceso más variables que la abstinencia, como pueden ser las afinidades personales.

El cambio que supuso la entrada del Modelo Biopsicosocial en la realidad de las adicciones, posibilitó la llegada a las terapias de explicaciones sociales y psicológicas olvidadas como parte del tratamiento, así como la posibilidad de intervenir en diferentes campos de la experiencia de los usuarios. Esta nueva mirada multifactorial no sólo acabó con los tratamientos centrados en lo orgánico, sino que se presentó como una herramienta atenuadora de la responsabilidad estigmatizadora generada por los discursos dominantes y el modelo jurídico, el cual presentaba a los consumidores de drogas como responsables de todo lo sucedido, no solo físicamente.

Como ya hemos comentado, Esteve (2014) explicó esta instrumentalización como **una estrategia atenuadora del estigma**. Este proceso resultó una herramienta lo suficientemente potente para modificar la subjetividad de un adicto. Presentar el proceso terapéutico de abandono del consumo en términos de recuperación y, al fin y al cabo, posicionándolo como elemento atenuador de la responsabilidad asumida por los adictos ante su pérdida de estatus, resultó clave para legitimar este proceso.

En **Esperanza**, previo a estas recuperaciones, el usuario debe ser capaz de controlar la abstinencia. Ello se consigue incorporando una serie de herramientas discursivas y experienciales, generadas desde la heterogeneidad de conocimientos basados en la práctica que ponen en juego sus integrantes, lo que hará que poco a poco se vayan recobrando estas pérdidas.

En el **C.A.D.**, al recibir usuarios con la abstinencia controlada de forma protocolizada, agrupa la intervención ofrecida en dinámicas centradas en la rehabilitación. Bien sea a

través del experto o de los compañeros, se ponen en juego estrategias sobre cómo ocultar el estigma corporal **como puerta de acceso a la normalización económica y laboral**, las cuales les llevarán a recuperar las demás dinámicas sobre las que hayan construido el paradigma de la pérdida. A partir de estos objetivos, el usuario deberá incorporar herramientas cognitivas que le serán proporcionadas, directamente o por mediación del profesional, en forma de discursos de autoridad.

En ambos recursos, estas recuperaciones no se dan en los términos de inmediatez que presentan sus programas. De hecho, algunas de ellas no se recuperarán nunca, generando sentimientos de frustración en sus integrantes, pudiendo llevar al abandono del grupo.

En este sentido hemos querido definir estos dos **recursos asistenciales** como **contexto** a su vez **generador y facilitador de intercambio de saberes**, cuya finalidad es la recuperación/rehabilitación. Ambas disposiciones, articuladas entorno a **consejos terapéuticos** sobre la adicción basados en lo teórico, práctico o teórico/práctico, con una intencionalidad mediada por la ideología del recurso y el núcleo central en Esperanza o el experto en el C.A.D., buscan que los actores puedan avanzar a través del proceso terapéutico en sus propios términos.

Esperanza presenta sus dinámicas como un **intercambio sin restricciones**, priorizando el carácter práctico de estas, debido al valor que otorga al individuo como agente de su propia recuperación. El grupo del **C.A.D.** muestra un contexto donde **también hay intercambio** práctico, **limitado y mediado** por el experto, siendo este el encargado de autorizar o desautorizar todas las intervenciones. El cual además puede poner en juego saber teórico, debido a su trayectoria académica.

En ambos dispositivos se producen intercambios de saberes, con distinto papel asociado a cada uno de ellos, plasmándose esto en sus dinámicas, disposiciones de sus usuarios y resultado de sus programas. A pesar de su presentación (contrato, programa individualizado), y de algunos mecanismos de rendimiento de cuentas como la memoria anual que parecerían indicar un cierto fomento de la autonomía de los usuarios en sus procesos de rehabilitación, encontramos mecanismos de un marcado carácter disciplinario incluso en un contexto en el que se supone que no debería ser

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

así, con las consecuencias señaladas: pasividad de los usuarios, resistencia, así como la falta de identificación con el grupo y el dispositivo en general.

N.A. presenta un programa de **recuperación**, centrado en leer literatura y asistir a las reuniones. Debido a la practicidad otorgada a los grupos y la influencia del núcleo central que participa de él, Esperanza fija sus dinámicas en una parte concreta de las reuniones: **los compartires**. Aquí, los usuarios pueden poner en juego conocimiento práctico, en forma de consejos sobre cómo mantenerse abstinentes. Esto se consigue a través de sus narrativas, presentándose de una manera caracterizada por el uso de sus conceptos y explicaciones generalizadas, evocando vínculos compartidos creados artificial y circunstancialmente por el grupo en su mayoría. N.A. propone el aprendizaje de una serie de valores y disposiciones a través de un lenguaje concreto, su incorporación y su manejo.

Los discursos emitidos han de ser articulados de una manera concreta para que el circuito de intercambio de conocimientos sea lo más efectivo posible, aprendiéndose a través de la permanencia en el grupo y tomando como referente a aquellos que más tiempo llevan en tratamiento. Al mismo tiempo, la jerarquía implícita generada por los diferentes tiempos de abstinencia acumulada y la identificación con el grupo, asegura que determinadas narrativas y experiencias adquieran un sentido de ejemplaridad, al mostrar en ellas como la permanencia en Esperanza asegura a sus usuarios como a través de su terapia aprenderán a apreciar, naturalizar e incorporar un nuevo modo de vida sin drogas.

En Esperanza la abstinencia, como símbolo de permanencia en el grupo y de progreso por la recuperación, genera diferencias entre sus usuarios al otorgar mayor legitimidad a las intervenciones emitidas por aquellos que mayor cantidad acumulan. Estos suelen conformar el grupo que más vinculado está con la asociación, influyendo en todas las decisiones. Aquellos que más tiempo lleven, podrán poner en juego saberes de mejor calidad. Los integrantes de estos conjuntos adoptan una actitud de comprobación ante aquellos que conforman el grupo central, los cuales son agentes del cambio al ver en ellos refutado/confirmado el tipo de recuperación que todos buscan. El cambio en la subjetividad del adicto, se basa en la asunción de un nuevo tipo de disposiciones hacia

la salud, la cual es responsabilidad del adicto. Esta será vigilada de manera permanente, al considerar la adicción como una categoría la cual no se puede abandonar, de ahí la perennidad asociada a la estancia en el dispositivo.

Esperanza presenta un recurso que ya funciona, que va más allá de su ideología, de los intereses del núcleo central y de su concepción del “*cerebro de adicto*” como condensación de elementos orgánicos y morales, orquestando alrededor del pragmatismo argumentado con la finalidad de conseguir los objetivos planteados por la asociación, basándose en la experiencia. De ahí, que la valía del grupo resida en su carácter práctico, dado que es él y sus integrantes los que posibilitan los intercambios de conocimiento práctico, posicionado a sus integrantes como parte activa de su recuperación.

Sin embargo el grupo del C.A.D. define el proceso terapéutico desde la rehabilitación, dotando al dispositivo y los profesionales que lo conforman de la capacidad de **habilitar o restituir** a sus integrantes a una posición relevante socialmente hablando, a través de la implantación de una nueva subjetividad. Esto es realizado a través del conocimiento de una serie de indicadores asociados al consumidor (más presentes en este que en N.A. al recibir mayor cantidad de usuarios con perfil yonki), que han de ser mitigados bajo la intencionalidad de eludir una significación cercana al yonki, de ahí que las dinámicas de esta herramienta terapéutica se centren en ocultar este estigma corporal. Esto supone que facilitará el acceso al trabajo/capacidad adquisitiva, condición desencadenante de una **normalización cultural** y un restablecimiento de la “*posibilidad laboral*”, ya que la vuelta al mundo laboral vuelve a dotar a los adictos de capacidad adquisitiva, característica necesaria dentro del modo capitalista actual.

La intervención en drogodependencias como campo.

A modo de conclusión, el C.A.D. forma parte de ciertas dinámicas neoliberales de gobierno, las cuales están contenidas dentro marco de gestión de las adicciones. Este, en la medida en que la política de mantenimiento y financiación de un alto número de recursos con similares objetivos tiene como contraparte la libre elección de recursos por parte de los usuarios, los somete en su conjunto a una lógica de mercado en la que deben competir entre ellos al tener que rendir cuentas de su actuación, respecto al Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

número de usuarios atendidos. El CAD, que es sometido a un régimen de gobierno basado en la incorporación de lógicas de mercado, mantiene unas prácticas y estrategias terapéuticas francamente disciplinarias. Así, lo que a priori debería ser una experiencia terapéutica individualizada no lo es, mediado por la saturación del recurso y la influencia de los resultados obtenidos en las partidas económicas que el estado dedica y que ellos gestionan, reproduciendo más si cabe discursos y valores hegemónicos sociales, a través de la aplicación de protocolos de intervención verticales y rígidos. Todo ello matizado por las posibilidades de cambio de recurso que, hasta cierto punto, permanecen abiertas para el usuario.

Esperanza utiliza otras lógicas de funcionamiento, aunque el resultado sea similar. Formar parte de las posibilidades terapéuticas de la región de Madrid, hace que podamos entender el incumplimiento de la ideología de N.A. respecto al trabajo de los 12 pasos y la elección de los compartires como principal herramienta terapéutica (reproductora también de valores sociales), siendo la adaptación de un recurso tan longevo a las nuevas lógicas individualizantes del neoliberalismo.

La diferenciación propuesta por Rose (1996), entre estrategias disciplinarias y estrategias de control que se ha mostrado como una fecunda herramienta heurística, no parece reflejar necesariamente dos fases o momentos históricos consecutivos y excluyentes de la configuración del biopoder, posibilidad que es admitida por el propio Rose. En cualquier caso, hemos subrayado la ausencia de una pluralidad de opciones en la relación de los sujetos con las sustancias, posibilidad que, tanto por los protocolos del C.A.D. como en la interiorización de una manera concreta de intervenir en las reuniones de Esperanza, no es plasmada en la realidad, dominada más bien por la hegemonía del modelo biopsicosocial sobre el eje del heorinocentrismo.

Resubjetivizar dentro de nuestros dos recursos, es un proceso a través del cual se incorpora una “subjetividad responsable” (ex-adicto en el caso del C.A.D, adicto en rehabilitación en N.A.), partiendo de una valorización de saberes respecto a las adicciones y una manera nueva de relacionarse con ellas.

El dispositivo terapéutico.

Las **reuniones** del grupo de C.A.D., con un carácter **menos ritualizado** que las de Esperanza, se articulan entorno al **experto**. En este contexto, el conocimiento práctico que pueden poner los usuarios no es tan importante, dado que la centralidad asistencial es copada por el profesional. El grupo pierde su operatividad, al no ser tan necesario a modo de vehículo terapéutico como en Esperanza (reuniones de una persona). No funciona como tal al ser visto como complemento a las terapias individuales, reflejo del modelo de consulta el cual pondera el papel del profesional. Esto no quiere decir que los usuarios no articulen conocimiento práctico, pero sí que cuando esto suceda está restringido por el experto. El profesional es el único con potestad para articular un **monologo terapéutico** basado en sus conocimientos teóricos. Su legitimidad reside en la **dualidad de saberes**, al confluir en él lo práctico y lo teórico. Aquello argumentado por el experto, es asumido dogmáticamente. Esta agente social, es el referente dentro de esta reconstrucción de la subjetividad perdida por el consumo, el cual sirve como modelo para volver a recuperar el rol asignado socialmente para el perfil de personas que llegan a este recurso. Los usuarios del C.A.D. mantienen una actitud pasiva en el recurso, como reflejo de los modos de intervención sanitarios tradicionales, influyendo en todo el proceso.

Analizando los datos presentados, encontramos una contradicción entre el dinamismo que Doro otorga a los usuarios del grupo al dejar que conduzcan la reunión hacia sus intereses, chocando con el **inmovilismo terapéutico** generado por un proceso centrado en el experto. **Esperanza** desarrolla un proceso inverso, dado que la variabilidad de respuestas otorgadas por todos sus integrantes (valoradas según el tiempo de limpieza), tamizadas por el proceso de **identificación con el grupo**, **homogeniza** las respuestas. Si N.A. consigue este cambio desde el saber práctico puesto en juego a través de sus propias narrativas, el grupo estudiado del C.A.D. presenta una manera mucho más estructurada, controlado por la medicina y psicología, centralizada en el experto. Este asume un rol como canalizador/legitimador de las estrategias de recuperación puestas en juego, a la vez que insta los objetivos terapéuticos buscados por el grupo.

A pesar del mayor uso de un tipo de saber concreto en los dos dispositivos, ambos desarrollan un proceso de **expertización** al cual otorga valor al saber minoritario. En Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Esperanza, la acumulación de abstinencia legitima los discursos de los usuarios, llegando a equiparse a los producidos en otros recursos por los profesionales. En el C.A.D. llevar mucho tiempo en la red asistencial, consigue equiparar discursos prácticos, con el saber experto.

El heroinocentrismo imperante en el C.A.D. hace que atraiga hacia él un perfil mucho más cercano al estereotipo yonki, influyendo en la implementación de estrategias para atenuar sus indicadores. Esperanza, donde los criterios son mucho más laxos, incorpora al grupo usuarios no identificados con el perfil yonki, dado que el núcleo central que lo conforma no se identifica con este perfil, influyendo en que aquellos que permanecen en él sean similares en cuanto a su procedencia social y visibilización del estigma.

El perfil mayoritario funciona, tanto en Esperanza como en el C.A.D. como mecanismo de cierre/apertura para los nuevos usuarios, estando directamente relacionado con las **altas y abandonos**, aunque sin ser determinante en el grupo de Doro.

Respecto a las dinámicas de **abandono** de los dispositivos, podemos concluir que en Esperanza marcharse es muy sencillo. Con dejar de asistir a las reuniones es suficiente. En el C.A.D., a pesar de que la acción puede parecer similar, los profesionales del recurso influyen en esta decisión.

En referencia a las **altas** de los dos recursos, hemos llegado a la conclusión de que ambos generan procesos terapéuticos de larga duración, los cuales a veces con confundidos con **cronicidad**. Según Fernández Miranda (2006) *“la masificación de algunos de los recursos pueden generar permanencias más largas en ellos, sin que signifiquen cronicidad”*. Si a esto le añadimos la sensación de protección que el integrante del grupo tiene permaneciendo en él, vemos como algunos de los usuarios de los dos recursos dilatan su estancia en ellos.

En inmersiones etnográficas posteriores a las fechas indicadas en la introducción, constatamos la existencia de **movimiento de usuarios** en los dispositivos. En Esperanza, durante esta vuelta al campo, no identificamos a ninguna de las personas que formaban el grupo. En el C.A.D. sabemos a través de San, que dependiendo del

año, se producen más o menos altas (cumplir con los objetivos planteados en el proceso terapéutico), pero que estas junto a las derivaciones, bajas voluntarias, abandonos y muerte, generan un número de plazas suficiente para atender casi el total de las peticiones que tiene.

Muchas veces se confunde cronicidad con tratamientos de larga duración, sobre todo en el C.A.D. Este, como parte de su programa protocolizado, presenta unos estándares entre los cuales está la duración aproximada del tratamiento. Cuando esta se rebasa, aparece el error al que nos estamos refiriendo, utilizando el concepto ya visto de itinerario para explicar esta diferencia en las temporalidades de la recuperación, el cual choca a veces con lo planteado por el recurso.

La ideología de N.A. presenta el uso del grupo y sus reuniones como una **estrategia vitalicia** para que se mantenga la abstinencia. Esperanza genera un individuo abstinentes, que evita las drogas y los lugares de consumo, pero que sigue vinculado con el grupo, de ahí que se articule una ideología asociada con la perpetuidad de su condición de adicto. Sin embargo el usuario, como hemos visto en los períodos de observación más cercanos a la redacción de esta tesis doctoral, llega un momento en que por diversas razones, deja de asistir a las reuniones, de ahí que en la actualidad no conozcamos a ninguno de los integrantes del grupo.

En el C.A.D. ni aquellos que articulan estrategias de resistencia para no abandonar al grupo, ni los que están en un PMM, participan del recurso de forma ilimitada. Como vimos en el caso de Tomasa, cuando el profesional considera que una persona no necesita el recurso, le puede dar el alta. El Experto no solo es la llave para abrir y cerrar el circuito de intercambio de saberes, sino las entradas y salidas en el recurso en general. El caso de los PMM, ya comentado en el apartado tres, es paradigmático. Son personas que no consiguen dejar el consumo de heroína, pero sí controlarlo consumiendo un sustitutivo. Estos, a pesar de tener los consumos controlados, siguen asistiendo al centro a recoger esta sustancia y a realizarse controles, según el criterio de los profesionales. El fin de los PMM es llegar a no tomar metadona a través de un decalaje temporal, pero este es un proceso tan largo, que se confunde con un uso crónico del recurso. Muchos de los usuarios que están largos períodos consumiendo esta sustancia, al final deciden no ir a este tipo de centros y conseguirla en farmacias.

Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

De todas formas, al no ser uno de los objetivos sobre los que giró este trabajo, no podemos profundizar en este análisis, esperando más adelante poder participar en algún proyecto de investigación sobre este apasionante tema.

Esperanza y el C.A.D. como dispositivos de gobierno.

Rose, O`malley y Valverde (2006), comentan como el paso al liberalismo se caracterizó por un **cambio en la manera de gobernar**. Este se centró en una crítica hacia el gobierno excesivo de épocas anteriores, articulando tecnologías para generar un tipo de control más atenuado. Diferentes estilos de pensamiento, generan desiguales estrategias de gobierno en base a unas lógicas específicas. De ahí que la ideología diferente sobre la que se basan los dos recursos analizados, genere variaciones y a la vez tiene similitudes, al nacer de modelos interpretativos de la adicción semejantes.

Si el C.A.D. es creado sobre una concepción del adicto como alguien a ser **reinsertado**, devuelto a la condición pérdida. N.A. lo hace desde él mismo, otorgándole protagonismo en la **recuperación**.

Esperanza, como ya hemos comentado, responde a lo que Rose, O`malley y Valverde (2006), llamaron "**gobierno en la distancia**", operándose en él unas racionalizaciones específicas, dirigidas hacia ciertos fines que se presentan como sus propios fines. Sus integrantes son los responsables de su gobierno. Esperanza opera como un "*centro del cálculo*", en el cual se implementan tecnologías de dominio y disciplina operativizadas por los propios usuarios, las cuales no son significadas como tal al no identificarse con lo estatal.

Mientras que el C.A.D. está mucho más cerca de una manera de gobernar según la cual para establecer el poder, es necesario conocer aquello que es gobernado, de ahí que sea el experto la máxima figura en este recurso, siendo quien mediatice las interacciones que en él se producen. El C.A.D a priori realizaría intervenciones individuales centradas en una lógica de responsabilización del sujeto en su proceso de rehabilitación, aunque realmente no llega a plasmarse en la realidad al convertirse en una recopilación de estrategias protocolizadas y aplicadas de forma estandarizada con las que se interviene en los diferentes usuarios.

Universidad Complutense de Madrid.

En Esperanza, los mecanismos de control son más democráticos, al incorporar a los integrantes como mecanismos de cierre/apertura y funcionar como principales herramientas disciplinarias. En el C.A.D. la acción de gobierno está ligada a personas cualificadas que pueden hablar “*en nombre de*”, legitimando todas sus acciones a través de su condición de experto.

El lenguaje usado en ambos tipos de reuniones, funciona como tecnología de poder y mecanismo para dotar a la realidad susceptibilidad respecto al cambio y la intervención. A través de él y aprendiendo como se articulan las narrativas, se pueden establecer cambios y modificar la realidad.

Aunque el uso del lenguaje como *herramienta posibilitadora del cambio* sea similar en los dos recursos, tanto su estructura como los conceptos utilizados difieren. Los usuarios de Esperanza construyen un discurso sobre la generalización de la experiencia narrada. Se obvian referencias particulares, consiguiendo de esta manera no sólo no contradecir el principio de anonimato como nivelador estructural, sino que el conocimiento práctico puesto en juego sea aplicable a la mayor cantidad de contextos individuales de aquellos que lo están escuchando.

El lenguaje del C.A.D, trata de copiar el tipo de narrativa con la que el experto posibilita el intercambio de saberes, dado que consideran que es la manera más óptima de encuadrar su experiencia.

Ambos lenguajes manejan conceptos, los cuales se comprenden e interiorizan a través de la permanencia y participación en sus dinámicas. Los dos tienen una estructura sobre la que organizar el discurso, siendo mucho más rígida la de N.A.

A pesar de estas diferencias, estos discursos forman parte de unas tecnologías articuladas, las cuales buscan una normalización a través de la disciplina como método correctivo de aquello que se aleja de su concepto de salud. Estas serán utilizadas para articular estrategias de gobierno tanto en los cuerpos, como en las subjetividades. Los dos en menor a mayor medida, estructuran tecnologías del yo a modo de obligaciones autoimpuestas (sobre todo en Esperanza), con otras tecnologías de poder basadas en aquello que impuesto desde fuera (sobre todo en el C.A.D.), aunque como ya hemos comentado, estas técnicas disciplinantes aparecen relacionadas unas con otras en

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

mayor o menor manera, **generando un gobierno de los otros basado en un gobierno del sí mismo.**

Los dos grupos estudiado, con mayor o menos grado de **ritualización**, plantean un proceso de recuperación en el cual se aplican una serie de procedimientos altamente disciplinarios, los cuales activarán procesos de cambio mayores. Esta sucesión de etapas, como explica Massó (2104), provoca una *“transfiguración en las economías somáticas”* de algunos usuarios, así la devolución del estatus político y social perdido, representado en el paradigma de la pérdida.

La manera de intervenir, de pedir a palabra, de permanecer en el grupo, de tratar los indicadores físicos de la adicción, las cuestiones sobre las que se sanciona y las que se legitiman, adquieren efectividad terapéutica, a la vez que son mecanismo para recodificar la subjetividad de la persona, su estilo de vida, su visión yonki de las cosas, sus *“habitus”*.

Consideraciones finales. Recuperación y rehabilitación.

La gran oferta de programas asistenciales existentes en la región de Madrid, responden a una forma de **pluralismo asistencial** como refirió Menéndez (2005). En ellos el agente social utiliza diferentes formas de atención en función de sus propios intereses y marcos de relevancia. Este autor mostró como los diferentes modelos de atención no tienen por qué ser vistos como excluyentes por parte de sus usuarios, siendo su incompatibilidad una premisa propia de la biomedicina

Aunque nosotros hemos visto a través de nuestro análisis como sí existe la posibilidad de elección asistencial, sin que nos hayamos encontrado la simultaneidad de estos. Con lo que tanto los expertos, como usuarios y recursos definen sus terapias en términos de exclusividad asistencial, contrario a los preceptos marcados por Menéndez.

La posibilidad a la hora de seleccionar un dispositivo existe, interpretada más desde una lógica neoliberal que de complementariedad. El grado de identificación necesario para generar adhesión a un recurso, imposibilita la asistencia a los tipos de reunión

que hemos analizado. Estos dos recursos funcionan a través de una lógica de mercado, compitiendo entre ellos por los usuarios.

El estado al definir los dispositivos como agentes en competencia por los usuarios, habilita a estos últimos como consumidores de recursos, ofreciendo distintas posibilidades a la hora de recuperar esa posición social perdida por su condición de drogodependiente. Rose (1996), se refirió a la competencia existente entre este tipo de recursos, dispositivos y tecnologías como una estrategia neoliberal de gobierno particularmente poderosa, en la que los usuarios tiene la “*sensación*” de elegir según sus intereses, sin darse cuenta de la influenciada que en tienen diversas estrategias de mercado implementadas por los dispositivos. La generada por es C.A.D. es la legitimación científica de su tratamiento, mientras que Esperanza evoca a la valía del saber que emana de la experiencia de aquellos que los han vivido. La cercanía del dispositivo, el conocimiento previo, las referencias que se tengan de él, la influencia de conocidos lo utilicen y las estrategias de captación que estos utilicen, serán otras variables que influyan en la selección de recurso. Siendo la confluencia de intereses entre el grupo central del recurso y los particulares del nuevo usuario, lo que determine su permanencia.

La relación dialéctica existente entre estos dos recursos asistenciales, sólo puede ser explicada desde la **paronimia asistencial**. Estos dispositivos establecen una **relación de semejanza** (nace de mismo modelo explicativo, concertado en contextos comunes) al entender y tratar de adicción desde procesos similares (intercambio de saberes), lo cual no sirve para establecer una relación de igualdad al uso.

Ambos recursos no pueden definirse como homónimo ya que aunque ambos generen modificaciones a través de la subjetivación del adicto, ni el resultado es el mismo, ni el tipo de intervención en el que se basan es similar. Los dos se parecen, pero a la vez, intervienen en la adicción y generan realidades de diferentes maneras, haciendo que no podamos comprenderlos a la perfección, sin destacar sus diferencias asistenciales basadas en las similitudes de resultados.

Menéndez (2005), destaca cómo la **globalización** no sólo ha difundido sustancias, usos y expectativas sobre las drogodependencias, también lo ha hecho con los modos

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

asistenciales. Este proceso apoyado en la complementariedad asistencial y la gran **movilidad** entre recursos, genera una retroalimentación entre ellos, sus modos de interpretar la adicción y su manera de tratarla. En la actualidad, los discursos hegemónicos basados en las premisas biopsicosociales, tiene mayor o menor influencia en los dispositivos asistenciales, aunque no son encontrados en ambos. Entender la adicción como algo más que una enfermedad, el paradigma de la pérdida, el papel del saber práctico y teórico, genera dinámicas de tratamiento similares.

En nuestros casos estudiados, uno sustentado por la praxis y otro en el logos, ambos generan un proceso que va más allá del mero abandono del consumo. Los dos articulan un nuevo posicionamiento social respecto a las adicciones, uno basado en el mantenimiento indefinido de la condición de individuo “*en recuperación*” vinculado a la práctica y otro como elemento rehabilitado y puesto socialmente “*en su sitio*” a través de la incorporación pasiva de saberes expertos.

Finalizando el arduo trabajo que supone concluir esta tesis doctoral, consideramos interesante plantear algunas ideas sobre los Modelos Explicativos de la Adicción, las cuales esperamos que sirvan para generar discusión sobre el tema. Menéndez (2005), propone en su texto la **articulación de los saberes médicos** la imposibilidad de encontrar en nuestra realidad, ninguno de ellos de manera independiente. Esta idea encaja perfectamente para **explicar** no solo las diferencias aparentes entre los recursos asistenciales (los cuales no pueden ser entendidos desde lo individual, sino desde la dialéctica existente entre ellos), sino la variabilidad de **Modelos explicativos sobre las adicciones** existentes. Ya comentamos como, tanto dispositivos y modos de entender/actuar respecto a las drogas, **emanan** directamente de estos **paradigmas**, los cuales son **contextualizados** en una realidad unívoca. Si a esto le sumamos que están conformados por individuos de un contexto social similar (Región de Madrid en nuestro caso), encontramos más similitudes que diferencias.

La división en ambos del proceso de rehabilitación/recuperación en intervenciones grupales e individuales y la generación de unas relaciones artificiales/funcionales únicamente en el contexto terapéutico, solo hacen que corroborar que ambos tratan no sólo de acabar con la parte física de la adicción, sino con aquellas variables que la

conforman diferentes a las biomédicas, interpretadas desde el paradigma de la pérdida.

Los dos dispositivos a través de sus terapias, buscan reconstruir/generar una subjetividad en base a la interiorización de una nueva disposición respecto a la adicción, asumiéndose a través de un proceso pedagógico. Ambos recursos articulan la recuperación/rehabilitación desde la **lógica de la devolución**, lo cual les hace bastante similares. Serán los términos en los que se dé, la manera de hacerlo, aquello devuelto y las marcas de las **posiciones de clase** en las disposiciones finalmente conseguidas con ello, los elementos productores de diferencias entre ellos, plasmado simbólicamente en la diferencia semántica a la hora de referirse a sus procesos, siendo N.A. una **recuperación** y el grupo del C.A.D. **rehabilitación**. Recuperación se basa en volver a tener, desde una posición activa del usuario, mientras que rehabilitación conlleva un proceso similar, pero de una forma subordinada y pasiva.

A pesar de lo anteriormente explicado, los recursos están en **competencia directa** debido a la necesidad de tener un número concreto de integrantes para asegurar su futuro, articulándose esta en discursos explícitos sobre la inoperancia del resto de posibilidades asistenciales.

Al formar parte todos ellos de un mismo **marco general de interpretación** de las adicciones, **terminan compartiendo más características que diferencias**. Menéndez (2005), mostró como el modelo de explicación médico realiza intercambios con otros tipos de saberes, intentando optimizarse. Pudiendo encontrar procesos similares entre los distintos recursos de nuestro contexto de estudio. Este pluralismo existencial cobrando sentido a través de la competencia de facto existente entre ellos, derivando a un encuadre de los padecimientos desde concepciones multivariables y no desde un determinismo biomédico, pasando de un determinismo asistencial, a una permuta de herramientas y modos de actuar, según la eficacia asociada a ellos.

Esta dialéctica opera en los grupos analizados en esta tesis doctoral, donde más allá de competir por el número de usuarios, se producen intercambios terapéuticos entre ellos, tratando de mejorar el proceso con las que afrontar un padecimiento como la adicción. Si el C.A.D. encuentra legitimación social suficiente por su cientificidad

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

inherente otorgada socialmente, la aparición entre sus programas de un grupo parecido a los articulados en N.A., confirma la existencia de estas dinámicas de apropiación/intercambio de estrategias/herramientas por parte de los dos modelos, las cuales son manifestadas en Esperanza dentro a través del proceso de expertización que sufren aquellos con mayor cantidad abstinencia acumulada.

En cualquier caso, los dos recursos no pueden ni deben ser analizados únicamente desde su articulación ya que, como hemos comentado anteriormente, al mismo tiempo son contrapuestos por sus usuarios en sus prácticas desde una lógica de consumo, y no sólo por los profesionales. Bajo este razonamiento, se impone una actitud pragmática según la cual si el recurso es interpretado como efectivo el usuario continúa en él, sin excluir dinámicas de identificación dentro de este proceso. Esta articulación, toma sentido al interpretar los dispositivos como instrumentos que conforman un campo, en el cual compiten por los clientes. Estrategias, herramientas y modos de tratamiento considerados efectivos en uno, serán contextualizados en el otro reproduciendo esa lógica de competencia por los usuarios, que se constituye en un contexto marcado por el dominio de lógicas neoliberales de control en el canal perfecto para esta copia/difusión de tecnologías efectivas entre dispositivos de gobierno.

6. Bibliografía.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

- ✓ Apocada, I. (1996). *“¿Qué es el paradigma de asignación de pacientes a tratamiento?”*. En *Revista Española de Drogodependencias*, 21(2), pp (85-95).
- ✓ Apud, I y Romani, O. (2016). *“La encrucijada de la adicción. distintos modelos en el estudio de la drogodependencia”*. En *Health and Addictions*, 16(2), pp (115-125).
- ✓ Adorno, T. W. (2008). *“Crítica de la cultura y sociedad I”*. Ediciones Akal.
- ✓ Adrados, J.L. (1997). *“El fenómeno de la droga como capital simbólico y hecho social total”*. En *Estudios de Juventud*, 40, pp (9-15).
- ✓ Agencia Antidroga, (2015). *“Memoria 2014 Agencia Antidroga Comunidad de Madrid”*. Madrid. Comunidad de Madrid.
- ✓ Aguilera, R. (2010). *“Biopolítica, poder y sujeto en Michel Foucault”*. En *Revista de Filosofía, Derecho y Política*, 11, pp (27-42).
- ✓ Ayala, A. (2012). *“Las políticas sociales en perspectiva socio-antropológica: estudio de la gestión y aplicación de la renta mínima de inserción de la Comunidad de Madrid con el colectivo gitano”*. Tesis de doctorado. Madrid. Universidad Complutense.
 - ✓ (2013). *“De la “paga” a un derecho social: experiencias y puntos de vista de los beneficiarios gitanos sobre la Renta Mínima de Inserción”*. *Revista de Antropología Social* 103(22), pp (103-136).
- ✓ Asociación Lakoma, (2008). *“Guía de Recursos Sociales y Laborales para personas drogodependientes en situación de exclusión social”*. Madrid. Instituto de Adicciones.
- ✓ Austin, J. (1955). *“Como hacer cosas con las palabras”*. Santiago. Escuela de Filosofía Universidad ARCIS.

- ✓ Bandura, A. y Walters, H. (1983). *“Aprendizaje Social y desarrollo de la personalidad”*. Madrid. Alianza.
- ✓ Baquero, J. (2004). *“Privatización y negocio sanitario: la salud del capital”*. Madrid. Tierra de Nadie.
- ✓ Beauchamp, T. (2001). *“Philosophical Ethics: An Introduction to Moral Philosophy”*. Londres. McGraw-Hill Book Company.
- ✓ Becker, H. (1971). *“Los extraños: sociología de la desviación”*. Buenos Aires. Tiempo Contemporáneo.
- ✓ Becoña, E. (2002). *“Bases científicas de la prevención de las drogodependencias”*. Madrid. Plan Nacional Sobre Drogas.
- ✓ Berger, P y Kellner, H. (1985). *“La reinterpretación de la sociología”*. Madrid. Espasa Calpe.
- ✓ Berjano, E. y Musitu, G. (1987). *“Las drogas: Análisis teórico y métodos de intervención”*. Valencia. Nau Llibres.
- ✓ Brandes, S. (2004). *“Estar sobrio en la ciudad de México”*. México. Plaza Janes.
- ✓ Beck, U. (1998). *“La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad”*. Barcelona, Paidós Ibérica.
- ✓ Bertalanffy, L. (1989). *“Teoría general de los sistemas: Fundamentos, desarrollo, aplicaciones”*. México. Fondo de Cultura Económico.
- ✓ Bisquerra, R. (2008). *“Modelos de Intervención psicopedagógica”*. Madrid. Wolters Kluwer.
- ✓ Borrell i Carrió, F. (2002). *“El modelo biopsicosocial en evolución”*. Barcelona. Medicina Clínica.
- ✓ Borsò, V. (2003). *“Introducción: El arte de gobernar”*. En México Interdisciplinario, 2(4), pp (4-11).

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

- ✓ Bourdieu, P. (2005). *“La dominación masculina”*. Buenos Aires. Siglo XXI.
 - ✓ (2007). *“El sentido práctico”*. Buenos Aires. Siglo XXI.
- ✓ Bourdieu, P. Chamboredon, J.C. y Passeron, J.C. (2004). *“El oficio del sociólogo. Presupuestos epistemológicos”*. Buenos Aires. Siglo XXI.
- ✓ Burin M, Moncarz E, Velázquez S. (1990). *“El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada”*. Argentina. Paidós
- ✓ Canals Sala, J. (2002). *“El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado del Bienestar”*. Tesis de doctorado. Tarragona. Universitat Rovira i Virgili.
- ✓ Casas, M, Duro, P, y Pinet, C. (2006). *“Otras Drogodependencias”*. En J. Vallejo Ruiloba (Ed.). *“Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría”*. Barcelona. Elsevier-Masson.
- ✓ Castells, M. (2005). *“La era de la información: economía, sociedad y cultura, vol. 1, La sociedad red”*. Madrid, Alianza.
- ✓ Castel, R., Castel, F., Lowell, A. (1980). *“La sociedad psiquiátrica avanzada: el modelo norteamericano”*. Barcelona. Anagrama.
- ✓ Cerdá, J, Martín-Ruiz, E, Oviedo-Joekes, E, Sicilia, R, y Reinado, C. (2006). *“Percepción de usuarios de los Programas de Tratamiento con Metadona sobre la accesibilidad y atención recibida de los equipos terapéuticos”*. En *Adicciones*, 18(4), pp (359-370).
- ✓ Comas Arnau, D. (1985). *“El uso de drogas en la juventud”*. Madrid. Edita: Instituto de la Juventud.
 - ✓ (1989). *“La construcción social de la imagen del drogodependiente: consecuencias de la prevención y la atención”*. Madrid. Inerser.

- ✓ (1992). *“La política social en drogodependencias”*. En: Moreno L, Pérez-Yruela M. *“Política social y Estado del bienestar”*. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales.
- ✓ (1998). *“Uso de drogas: del paradigma lewiniano al nuevo rol de las expectativas simbólicas”*. En *trabajo social y salud*, 31, pp (21-38).
- ✓ (2010). *“Modelos de Intervención en Adicciones: La Lógica de las Políticas sobre Drogas”*. En *Revista Proyecto Hombre*, 72, pp (15-21).
- ✓ (2010) b. *“La comunidad terapéutica: una perspectiva metodológica”*. En Comas, D. (2010). *“La metodología de la Comunidad Terapéutica”* pp (13-42). Madrid. Fundación Atenea Grupo Gid.
- ✓ Comas, D, Elzo, J, Navarro, J. y Romaní, O. (2005). *“La percepción social de los problemas de drogas en España”*. Madrid, FAD.
- ✓ Comelles, J.M. (1993). *“La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria”*. En: *Revisiones en Salud Pública*, 3, pp (169-192).
- ✓ Constitución Española. (BOE núm. 311, 29 de diciembre de 1978).
- ✓ Courtwright, D. (1997). *“The prepared mind: Marie Nyswander, methadone maintenance, and the metabolic theory of addiction”*. En *Addiction*, 92(3), pp (257–265).
- ✓ Damatta, R. (2000), *“Individualidade e liminaridade: considerações sobre os ritos de passagem e a modernidade”*. En *Estudos do Antropologia Social*, 6(1), pp (7-29).
- ✓ Decreto 195/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad (BOCM de 6 de agosto de 2015).

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

- ✓ De La Peña, F. (2000). *“Más allá de la eficacia simbólica del chamanismo al psicoanálisis”*. En Cuicuilco, 7(18), pp (1-18).
- ✓ De Barbieri, T. (1992). *“Sobre la categoría género. Una introducción teórico-metodológica”*. En Revista interamericana de Sociología 6(2-3), pp (147-178).
- ✓ Díaz Portillo, I. (2000). *“Bases de la Terapia de Grupo”*. México. Pax México.
- ✓ Di Pardo, R. (2009). *“La sobriedad como bien”*. En Destacados, 29, pp (173-178).
- ✓ Douglas, M. (1991). *“Pureza y peligro: un análisis de los conceptos de contaminación y tabú”*. Madrid. Alianza.
- ✓ Donovan, J. L. y Blake, D. R. (1992). *“Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making?”*. En Social science and medicine, 34(5), pp (507-513).
- ✓ Duarte, C. (2012). *“Políticas públicas, un movimiento discursivo: “régimen de verdad” por demostrar”*. En Tendencias y Retos, 17(1), pp (81-92).
- ✓ Escohotado, A. (1986). *“La creación del problema (1900-1929)”*. En Revista española de investigaciones sociológicas, 34, pp (3-56).
 - ✓ (1989). *“Historia general de las drogas”*. Madrid. Alianza
 - ✓ (1995). *“Aprendiendo de las drogas. Usos y abusos, prejuicios y desafíos”*. Barcelona. Anagrama.
- ✓ Engel, George L. (1992). *“The need for a new medical model: A challenge for biomedicine”*. Family Systems Medicine, 10(3), pp (317-331).
- ✓ Esteve, J. (2014). *“La dependencia del alcohol: una comparación crítica sobre los tratamientos de dicha dependencia desde modelos biomédicos y espiritualistas”*. Tesis de doctorado. Tarragona. Universitat Rovira i Virgili.

- ✓ Estudes 2014-2015. (2015). Plan Nacional sobre las drogas. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid.
- ✓ Fainzang, S. (2009). *“Lo innato y lo adquirido. Doctrinas y valores en dos grupos de ayuda mutua frente al alcoholismo”*. Desacatos, 29, pp (89-106).
- ✓ Fairburn, C. (1998). *“La superación de los atracones de comida”*. Barcelona. Paidós.
- ✓ Faupel, C. (1988). *“Heroin use, crime and employment status”*. En Journal of Drug Issues, 18, pp (467-479).
- ✓ Fernández Miranda, J.J. (2004). *“Calidad asistencial y cronicidad en los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos”*. En Adicciones, 16(2), pp (1-8).
- ✓ Fernández de Rota, A. (2012). *“Biopolítica y humanitarismo: debates conceptuales e investigaciones etnográficas”*. En Ankulegi 16, pp (127-141).
- ✓ Fernández, R y Sierra, M. (2008). *“Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y de protección”*. En Acciones e Investigaciones Sociales, 26, pp (161-187).
- ✓ Flecha García, J.R. (2015). *“Comunidades de aprendizaje: sueños posibles para todas las niñas y los niños”*. En Aula de innovación educativa 241, pp (12-16).
- ✓ Foucault, M. (1990). *“Tecnologías del yo”*. Barcelona. Paidós.
 - ✓ (1992): *“Microfísica del poder”*. Madrid. La piqueta.
 - ✓ (1999). *“Estrategias de poder. Obras esenciales, volumen II”*. Barcelona. Paidós.
 - ✓ (2000). *“Vigilar y castigar. Nacimiento de la Prisión”*. México. Siglo XXI.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

- ✓ (2003). *“La historia de la Sexualidad: 1. La voluntad del saber”*. Buenos Aires. Siglo XXI.
- ✓ (2007.) *“El nacimiento de la biopolítica”*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica
- ✓ (2008). *“Tecnologías del yo y otros textos afines”*. Buenos Aires. Paidós.

- ✓ García de la Hoz, A. (1994). *“Psicoterapia de grupo: una revisión histórica”* en *“Psicoterapia: Modelos Contemporáneos y Aplicaciones”*. Valencia. Promolibro.
- ✓ Galván, J. y Marín, R. (2011). *“Sobre la atención a mujeres usuarias de drogas: cifras, barreras y modelos de tratamiento”*. En Romero, M. et al. *“Mujeres y Adicciones”*. Mexico. Cenadic. Pp (160-174).
- ✓ Gamella, J. (1990). *“La historia de Julián. Memorias de heroína y delincuencia”*. Madrid. Popular.
 - ✓ (1997). *“Heroína en España, 1977–1996. Balance de una crisis de drogas”*. En *Claves de Razón Práctica*, 72, pp (20–30).
- ✓ Gamella, J. y Jiménez, M.L. (2003). *“El consumo prolongado de cánnabis. Pautas, tendencias y consecuencias”*. Madrid. FAD/ Junta de Andalucía.
- ✓ García, S. G. (2007). *“Los estudios de seguimiento en drogodependencias: una aproximación al estado de la cuestión”*. En *trastornos adictivos*, 9(2), pp (75-96).
- ✓ Giddens, A. (1984). *“The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration”*. Berkeley. University of California Press.
- ✓ Gimeno, B. (2011). *“La prostitución, un análisis anticapitalista”*. Barcelona. Bellaterra.
- ✓ Gracia, E. (1997). *“El apoyo social en la intervención comunitaria”*. Barcelona. Paidós.

Universidad Complutense de Madrid.

- ✓ Goffman, E. y Guinsberg, L. (1970). *“Estigma: la identidad deteriorada”*. Buenos Aires. Amorrortu.
- ✓ Gordillo, F. (1982). *“La situación laboral del psicólogo”*. En Papeles del psicólogo, 6, pp (1-9).
- ✓ Hamuy, L. (2011). *“Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social”*. En Cuicuilco, 18(52), pp (51-70).
- ✓ Haraway, D.J. (1995). *“Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza”*. Madrid. Cátedra.
- ✓ Heather, N., Wodak, A., Nadelmann, E. y O'Hare, P. (1993). *“Psychoactive drugs and harm reduction: From faith to science”*. Londres. Whurr.
- ✓ Heinich, R. (1975). *“Tecnología y administración de la enseñanza”*. México. Trillas.
- ✓ Henao, J y Segura, J. (2013). *“La experiencia de "tocar fondo" en alcohólicos recuperados: Una aproximación fenomenológica”*. En Diversitas: Perspectivas en Psicología, 9(2), pp (319-333).
- ✓ Hernández, A. (1982). *“La situación laboral de los psicólogos”*. En Papeles del Psicólogo, 8. pp (1-9).
- ✓ Illich, I. (1978). *“Némesis Médica, la expropiación de la salud”*. México DF. Joaquín Mortiz.
- ✓ Instituto de adicciones. (2011). *“Plan de adicciones de la ciudad de Madrid 2011-2016”*. Madrid. Ayuntamiento de Madrid.
- ✓ Kramer, J. y Cameron, D.C. (1975). *“Manual on drug dependence”*. Ginebra. World Health Organization.
- ✓ Khantzian, E. J. (1985). *“The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence”*. En. J. Psychiatry, 142, pp (1259-64).

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

- ✓ Kropotkin, P. (1902). *“Mutual aid: A factor in evolution”*. Londres. Heinemann.
- ✓ Kuhn, T.S. (1962). *“La estructura de las revoluciones científicas”*. México D.F. F.C.E.
- ✓ Lahire, B. (2004). *“El hombre plural”*. Barcelona. Bellaterra.
- ✓ Levi-Strauss, C. (1971). *“Introducción a la obra de M. Mauss”*. En: Mauss, M. (1971). *“Sociología y Antropología”*. Madrid. Tecnos.
 - ✓ (1968). *“La eficacia simbólica”*. En Antropología estructural. Buenos Aires. Eudeba. (168-185).
- ✓ Lewin, L. (1970): *“Phantastica. Drogues Psychédéliques. Stuefiants, Narcotiques. Excitants et Hallucinogines”*. Paris. Payot.
- ✓ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986).
- ✓ Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (BOE núm. 298, de 14 de diciembre de 1999).
- ✓ Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos. (BOCM núm. 160 de 08 de Julio de 2002 y BOE núm. 176 de 24 de Julio de 2002).
- ✓ Ley 11/1996, de 19 de diciembre, de creación de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. (BOCM núm. 307 de 27 de Diciembre de 1996 y BOE núm. 76 de 29 de Marzo de 1997).
- ✓ Levinas, E. (2014). *“Alteridad y trascendencia”*. Madrid. Arena libros.
- ✓ Luengo, M.A., Romero, E., Gómez, J.A., García, A., Lence, M. (1999). *“La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela. Análisis y evaluación de un programa”*. Santiago. Universidad de Santiago de Compostela

Universidad Complutense de Madrid.

- ✓ Madrid Salud. (2011). *“Plan de adicciones de la ciudad de Madrid 2011-2016”*. Madrid. Madrid Salud.
- ✓ Márquez, S y Meneu, R. (2003). *“La medicalización de la vida y sus protagonistas”*. Gestión Clínica y Sanitaria.
- ✓ Marlatt, G. A. (1990). *“Cue exposure and relapse prevention in the treatment of addictive behaviors”*. En *Addictive behaviors*. 15, pp (395-399).
- ✓ Martínez Hernández, A. (1996). *“Síntomas y pequeños mundos. Una etnografía de los nervios”*. En *Revista de pensamiento antropológico y estudios etnográficos* 12, pp (53-74).
- ✓ Martínez González, F. (1997). *“Redes y programas para el tratamiento de las adicciones”*. En *Revista de Estudios de Juventud*. 40, pp (79-93).
- ✓ Mattingly, C. y Garro L. C. (1994). *“Introduction: Narrative representations of illness and healing”*. En *Social Science and Medicine*, 38, pp (74 -77).
- ✓ Mauss, M. (1971). *“Sociología y Antropología”*. Madrid. Tecnos.
- ✓ Martínón, R. (2011). *“El marco de las coaliciones promotoras en el análisis de políticas públicas: El caso de las políticas de drogas en España (1982-1996)”*. Madrid. CIS.
- ✓ Massó, P. (2104). *“Un aleph en el callejón del gato. Espacio, cuerpo y ritual: una antropología de los tratamientos de heroína para la adicción a opiáceos en la biopolítica de la reducción de daños”*. (Tesis doctoral). Tarragona. Universidad Rovira i Virgili.
 - ✓ Massó, P. (2105). *““Cartografía de heterotopías psicoactivas: una mirada a los discursos médicos, jurídicos y sociales sobre los usos de droga”*. En *Salud Colectiva*, 11(3), pp (381-399).

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

- ✓ Menéndez, E. L. (1984). "*El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en la salud*". Arxiu d'Etnografia de Catalunya, 3, pp (83-119).
 - ✓ (2005). "*Intencionalidad, experiencia y función: articulación de los saberes médicos*". En Revista de Antropología Social, 14, pp (33-69).
 - ✓ (2009). "*De rituales y subjetividades. Reflexiones sobre algunas características de los grupos de Alcohólicos Anónimos*". En Descatos, 29, pp (107-120).
- ✓ Menéndez, E.L. y Di Pardo, R.B. (2004). "*Dependencias y políticas: los usos técnico/ideológicos del sector salud*". México. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- ✓ Meneses, C. y Charro, B. (2000). "*Los programas de Mantenimiento con Metadona en Madrid: Evolución y perfil de los usuarios*". Madrid. Universidad Pontificia de Comillas.
- ✓ Módena, M. E. (2009). "*Diferencias, desigualdades y conflicto en un grupo de Alcohólicos Anónimos*". Descatos, 29, pp (31-46).
- ✓ Molina Molina, M^a L. y Romero Saint Bonnet, M^a C. (2001). "*Modelos de intervención asistencial, socioeducativa y terapéutica en Trabajo Social*". Costa Rica. Universidad de Costa Rica.
- ✓ Narcóticos Anónimos, (1991). "*Narcóticos Anónimos*". California. Servicios Mundiales de N.A.
 - ✓ (1995). "*Sólo por Hoy*". California. Chatsworth, California. Servicios Mundiales de N.A.
 - ✓ (1998). "*Guía del Grupo*". California. Servicios Mundiales de N.A.

- ✓ (2002). *“Manual de Servicios Locales de N.A.”*. California. Servicios Mundiales de N.A.
- ✓ (2002)^b. *“Los Doce Conceptos de Servicio en NA”*. California. Servicios Mundiales de N.A.
- ✓ (2006). *“Información sobre NA”*. California. Servicios Mundiales de N.A.
- ✓ (2010). *“Manual de Servicios Mundiales de N.A.”*. California. Servicios Mundiales de N.A.

- ✓ Nowlis, H. (1975). *“La verdad sobre la droga: la droga y la educación”*. París: Unesco.
- ✓ Ouimette, P. C. Finney, J. W. y Moos, R. H. (1997). *“Twelve-step and cognitive-behavioral treatment for substance abuse: A comparison of treatment effectiveness”*. En *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(2), pp (230-240).
- ✓ Pantoja, L. y Abeijón J.A. (2004). *“Los medios de comunicación y el consumo de drogas”*. Bilbao. Universidad de Deusto.
- ✓ Pallarés, J. (1996). *“El placer del escorpión. Antropología de las heroína y los yonquis”*. Lérida. Milenio.
- ✓ Parker, D. y Harman, M.S. (1980). *“A critique of the distribution of consumption model of prevention”*. En T. Harford, D.A. Parker y L. Light (Eds.). *“Normative approaches to the prevention of alcohol abuse and alcoholism”*. Washington. U.S. Superintendent of Documents.
- ✓ Pérez, F. (2011). *“Las adicciones sin sustancia en estos últimos 40 años”*. En *revista Norte de Salud Mental*, 9(4), pp (47-56).

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

- ✓ Peña, C. Carter, D. Ayala-Fierro, F. (2001). *"Toxicología Ambiental. Evaluación de Riesgos y Restauración Ambiental"*. Arizona. The Southwest Hazardous Waste Program.
- ✓ Pinell, P. (2004). *"Diccionario de la pensée médicale"*. Paris. Presses Universitaires de France.
- ✓ Plan Regional sobre Drogas. (1995). *"Reducción de daños y riesgos asociados al consumo de drogas"*. Madrid. Consejería de Integración Social de la Comunidad de Madrid.
 - ✓ (2000). *"Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008"*. Madrid. Ministerio del Interior.
- ✓ Prochaska, J. y Diclemente, J. (1992). *"Stages of change in the modification of problema behaviors"*. En Hersen, M, Eisler, R, y Miller, P. *"Progress in behavior modification"*. Newbury Park. Sage.
- ✓ Pons, X. (2008). *"Modelos interpretativos del consumo de drogas"*. En Polis - Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial. 4(2), pp (157-186).
- ✓ Riera, L. (2014). *"Modernidad líquida y modernidad barroca. Pedagogía líquida y pedagogía neobarroca"*. En Revista de Claseshistoria, (6), pp (52-62).
- ✓ Rodríguez, J.M. (2007). *"Comparación de un programa libre de drogas y uno de mantenimiento con metadona en adictos a opiáceos"*. En Psychosocial Intervention. 16 (3), pp (361-374).
- ✓ Rodríguez Arce, M.A. (2008). *"Relación Médico-Paciente"*. La Habana. Ciencias Médicas.
- ✓ Romaní, O. (1999). *"Las Drogas. Sueños y razones"*. Barcelona. Ariel.

- ✓ (2003) *"Prohibicionismo y drogas, ¿un modelo de gestión social agotado?"*, En: Bergalli, R. (coord.) *"Sistema penal y problemas sociales"*. Valencia, Tirant lo Blanch.
- ✓ (2010). *"Adicciones, drogodependencias y "problema de la droga en España: la construcción de un problema social"*. En Cuicuilco, 17(49), pp (83-101).
- ✓ Romero, M. (2011). *"Mujeres y adicciones Reflexiones desde una perspectiva de género"*. En Romero, M. et al. *"Mujeres y Adicciones"*. Mexico. Cenadic. pp (19-36).
- ✓ Romero, M. Gómez, C. Ramiro, M. Díaz, A. (1997). *"Necesidades de atención a la salud mental de la mujer adicta"*. En Salud Mental, 20(2), pp (38-47).
- ✓ Romo, N. y Póo, M. (2007). *"De droga a medicamento. Vida cotidiana de pacientes y familiares en un ensayo clínico con heroína"*. Granada. UdGr.
- ✓ Rose, N. (1996). *"Governing Advanced Liberal Democracies"*. En Sharma, A. y Gupta, A. (2009). *"The anthropology of the state: a reader"*. Blackwell Publishing, pp (144-162).
- ✓ Rose, N., O`malley, P. y Valverde, M. (2006). *"Governmentality"*. Annual Review of Law & Society. 2, pp (83-104).
- ✓ Sahlins, M. (1983). *"Economía de la Edad de Piedra"*. Madrid. Akal.
- ✓ Sánchez Bandala, M. A. (2007). *"Procesos de re-socialización en un grupo de Alcohólicos Anónimos y su papel en el control del alcoholismo, tesis de maestría en antropología social"*. México. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Distrito Federal.
- ✓ Sánchez Solis, A. (2008). *"Alcohólicos Anónimos, qué es y cómo funcionan: análisis y fundamentos"*. En Anuario de investigación en adicciones, 1(9), pp (97-104).

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

- ✓ Santodomingo, J. (2002). *“Introducción. Evolución del alcoholismo y su asistencia en España”*. En *Adicciones* 14(1), pp (7-21).
 - ✓ (2008). *“Historia de las adicciones y su abordaje en España”*. En Torres, M, Santodomingo, J, Pascual, F et al, (2008), *“Historia de las adicciones en la España contemporánea”*. Madrid. Socidrogalcohol.
 - ✓ (2009). *“Historia de las adicciones y su abordaje en España”*. En M.A. Torres (Coord.). En *“Historia de las adicciones en la España contemporánea”*. pp (13-36). Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- ✓ Self, D. W. y Nestler, E. J. (1998). *“Relapse to drug-seeking. Neural and molecular mechanisms”*. En *Drug and alcohol depend*, 51. (1-2), pp (49-60).
- ✓ Solís, R.L, Medina-Mora M. (1995). *“La utilización de los servicios de atención para la salud mental por mujeres mexicanas. Resultados de dos encuestas nacionales”*. En *Salud Mental*, 17(1), pp (7-10).
- ✓ Strang, J. Babor, T. Caulkins, J. Fischer, B. Foxcroft, D. Humphreys, K. (2012). *“Drug policy and the public good: evidence for effective interventions”*. En *Lancet*, 379, pp (71–83).
- ✓ Thombs, D.L. (1994). *“Introduction to Addictive Behaviors”*. New York. Guilford Press.
- ✓ Vega, A. (1992). *“Modelos interpretativos de la problemática de las drogas”*. En *Revista Española de Drogodependencias*, 17, pp (221-232).
- ✓ Wolff, K, Farrell. M, Marsden, J, Monteiro, M. G, Ali, R, Welch, S y Strang, J. (1999). *“Revisión de los indicadores biológicos de uso ilegal de drogas, consideraciones prácticas y utilidad clínica”*. En *Addiction*, 94(9), pp (1279-1298).

- ✓ White, A. (2009). "*From Comfort Zone to Performance Management*". Baisy. Whiteandmaclean.
- ✓ Wenger, E. (2001). "Comunidades de práctica". Barcelona. Paidós.
- ✓ Wenger, E. McDermott, R. y Snyder, W.M. (2002). "*Cultivating communities of practice*". Boston. Harvard Business School Press.
- ✓ Zinberg, E. (1984). "*Drug, Set and Setting: The Basics for Controlled Intoxicant Use*". Londres. Yale University Press.

7. Anexos.

Los Doce Conceptos de Servicio de Narcóticos

Anónimos.

1. Para cumplir con el propósito primordial de nuestra confraternidad, los grupos de NA se han unido para crear una estructura de servicio que desarrolle, coordine y mantenga servicios en nombre de NA en su conjunto.
2. Los grupos de NA poseen la responsabilidad y autoridad finales de los servicios de NA.
3. Los grupos de NA delegan en la estructura de servicio la autoridad necesaria para asumir las responsabilidades asignadas.
4. El liderazgo eficiente tiene gran valor en Narcóticos Anónimos. Las cualidades de liderazgo deben tomarse en cuenta cuidadosamente al elegir servidores de confianza.
5. Se debe definir claramente un punto único de decisión y rendición de cuentas para cada responsabilidad asignada a la estructura de servicio.
6. La conciencia de grupo es el medio espiritual mediante el cual invitamos a que un Dios bondadoso influya en nuestras decisiones.
7. Todos los miembros de un organismo de servicio asumen una responsabilidad importante por las decisiones del mismo y se les debe permitir participar plenamente en el proceso de toma de decisiones.
8. Nuestra estructura de servicio depende de la integridad y eficacia de nuestras comunicaciones.
9. Todos los elementos de nuestra estructura de servicio tienen la responsabilidad de considerar detenidamente todos los puntos de vista en el proceso de toma de decisiones.
10. Cualquier miembro de un organismo de servicio puede pedirle a éste la reparación de un agravio sin temor a represalias.
11. Los fondos de NA deben usarse para fomentar nuestro propósito primordial y administrarse responsablemente.
12. De acuerdo con la naturaleza espiritual de Narcóticos Anónimos, nuestra estructura debe ser siempre de servicio, nunca de gobierno.

Los Doce Pasos de Narcóticos Anónimos.

1. Admitimos que éramos impotentes ante nuestra adicción, que nuestra vida se había vuelto ingobernable.
2. Llegamos al convencimiento de que un Poder Superior podría devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, tal 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 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 reparar el daño que les causamos.
9. Reparamos directamente el daño causado, siempre que nos fue posible, excepto cuando el hacerlo perjudicaría a ellos o a 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 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 este mensaje a los adictos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

Las Doce Tradiciones de Narcóticos Anónimos.

1. Nuestro bienestar común debe tener prioridad; la recuperación personal depende de la unidad de NA.
2. Para el propósito de nuestro grupo sólo hay una autoridad fundamental: un Dios bondadoso tal como pueda manifestarse en nuestra conciencia de grupo. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza; no gobiernan.
3. El único requisito para ser miembro es el deseo de dejar de consumir.
4. Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a NA en su totalidad.
5. Cada grupo tiene un solo propósito primordial: llevar el mensaje al adicto que todavía sufre.
6. Un grupo de NA nunca debe respaldar, financiar ni prestar el nombre de NA a ninguna entidad allegada o empresa ajena, para evitar que problemas de dinero, propiedad o prestigio nos desvíen de nuestro propósito primordial.
7. Todo grupo de NA debe mantenerse a sí mismo completamente, negándose a recibir contribuciones externas.
8. Narcóticos Anónimos nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden emplear trabajadores especializados.
9. NA, como tal, nunca debe ser organizada, pero podemos crear juntas o comités de servicio que sean directamente responsables ante aquéllos a quienes sirven.
10. NA no tiene opinión sobre cuestiones ajenas a sus actividades; por lo tanto 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.

Oración de la Serenidad.

Dios, concédeme la serenidad
para aceptar las cosas que no puedo cambiar,
valor para cambiar las que puedo
y sabiduría para reconocer la diferencia.

¿Quién es un adicto?

La mayoría no tenemos que pensar dos veces esta pregunta.

¡Conocemos la respuesta! Toda nuestra vida y nuestros pensamientos giraban, de una u otra forma, en torno a las drogas, cómo obtenerlas, cómo consumirlas y el modo de conseguir más. Vivíamos para consumirlas y las consumíamos para vivir. En síntesis, una persona adicta es aquella cuya vida está controlada por las drogas. Estamos en las garras de una enfermedad crónica y progresiva que nos arrastra invariablemente a los mismos lugares: cárceles, hospitales y la muerte.

¿Qué es el programa de Narcóticos Anónimos?

NA es una confraternidad o asociación sin ánimo de lucro compuesta por hombres y mujeres para quienes las drogas se habían convertido en un problema muy grave. Somos adictos en recuperación y nos reunimos con regularidad para ayudarnos a permanecer “limpios”. Este es un programa de abstinencia completa de todo tipo de drogas. Sólo hay un requisito para ser miembro: el deseo de dejar de consumir. Sugerimos que mantengas una mente abierta para poder aprovechar esta oportunidad. Nuestro programa consiste en una serie de principios escritos de forma sencilla a fin de poder seguirlos diariamente. Lo más importante es que *ifuncionan!*

En NA no te verás obligado a nada. No estamos afiliados a ninguna otra organización, no tenemos cuotas de inscripción ni se pagan honorarios, no obligamos a nadie a que firme ningún documento ni a que haga promesa alguna. No estamos asociados a ningún grupo político, religioso ni policial, y no estamos sometidos a la vigilancia de nadie. Cualquier persona puede unirse a nosotros sin que importe su edad, raza, identidad sexual, credo, religión ni la falta de esta última.

No nos interesa saber qué droga consumías ni qué cantidad, con quién te relacionabas, qué has hecho en el pasado, lo mucho o lo poco que tienes, sólo queremos saber qué quieres hacer con tu problema y cómo podemos ayudarte. El recién llegado es la persona más importante en nuestras reuniones, porque sólo podemos conservar lo que tenemos en la medida en que lo compartimos con otras personas. Nuestra experiencia colectiva nos ha enseñado que las personas que asisten a nuestras reuniones con regularidad se mantienen limpias.

¿Por qué estamos aquí?

Antes de llegar a NA no podíamos con nuestra vida. No podíamos vivir ni gozar de la vida como lo hacen otros. Teníamos que tener algo diferente y pensábamos haberlo encontrado en las drogas. Anteponíamos su consumo al bienestar de nuestras familias, parejas e hijos. Teníamos que tener drogas a toda costa. Hicimos daño a muchas personas, pero sobre todo nos lo hicimos a nosotros mismos. Debido a nuestra incapacidad para aceptar las responsabilidades personales, nos creábamos nuestros propios problemas. Parecíamos incapaces de afrontar la vida tal como es.

La mayoría nos dimos cuenta de que con nuestra adicción nos estábamos suicidando lentamente; pero la adicción es un enemigo de la vida tan astuto, que habíamos perdido la fuerza para poder detenernos. Muchos terminamos en la cárcel o buscamos ayuda en la medicina, la religión o la psiquiatría. Ninguno de estos métodos nos bastó. Nuestra enfermedad siempre reaparecía o seguía avanzando hasta que, desesperados, buscamos ayudarnos los unos a los otros en Narcóticos Anónimos.

Después de llegar a NA nos dimos cuenta de que estábamos enfermos. Padecemos una enfermedad que no tiene cura conocida. Sin embargo, puede detenerse en un momento dado y la recuperación es entonces posible.

¿Cómo funciona?

Si quieres lo que te ofrecemos y estás dispuesto a hacer el esfuerzo para obtenerlo, entonces estás preparado para practicar ciertos pasos.

Estos son los principios que han hecho posible nuestra 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 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 el hacerlo perjudicaría a ellas o a otras.
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 este mensaje a los adictos y de practicar estos principios en todos los aspectos de nuestra vida y no podemos hacerla toda a la vez. Recuerda que nuestra adicción no se

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

produjo de la noche a la mañana. *Tómalo con calma.*

Lo que más nos derrotará en nuestra recuperación es una actitud de indiferencia o intolerancia hacia principios espirituales.

Tres de éstos son indispensables: honestidad, receptividad y buena voluntad. Con ellos vamos por buen camino.

Creemos que nuestra forma de abordar la enfermedad de la adicción es totalmente realista, ya que el valor terapéutico de un adicto que ayuda a otro no tiene igual. Creemos que nuestro método es práctico, ya que el adicto es la persona que mejor puede comprender y ayudar a otro adicto. Creemos que cuanto antes encaremos nuestros problemas dentro de la sociedad, en nuestra vida diaria, tanto más rápidamente nos convertiremos en miembros aceptables, responsables y productivos de esta sociedad.

La única forma de no volver a la adicción activa es no tomar esa primera droga. Si eres como nosotros, sabrás que una es demasiado y mil no son suficientes. Ponemos mucho énfasis en esto, ya que sabemos que cuando consumimos drogas de cualquier tipo o sustituimos unas por otras, volvemos a caer en la adicción.

Pensar que el alcohol es diferente a otras drogas ha causado la recaída de muchos adictos. Antes de llegar a NA, muchos de nosotros considerábamos el alcohol como algo aparte. Sin embargo, no podemos darnos el lujo de estar confundidos: el alcohol es una droga. Padecemos la enfermedad de la adicción y si queremos recuperarnos debemos abstenernos de todo tipo de drogas.

Sólo por hoy.

Puedes decirte:

SÓLO POR HOY pensaré en mi recuperación viviendo y disfrutando la vida sin consumir drogas.

SÓLO POR HOY confiaré en alguien de NA que crea en mí y quiera ayudarme en mi recuperación.

SÓLO POR HOY tendré un programa y trataré de seguirlo lo mejor que pueda.

SÓLO POR HOY a través de NA intentaré tener una mejor perspectiva de mi vida.

SÓLO POR HOY no tendré miedo, pensaré en mis nuevas amistades, gente que no consume y que ha encontrado un nuevo modo de vivir. Mientras siga este camino no tengo nada que temer.

Sí, nos recuperamos.

Cuando al final del camino nos damos cuenta de que no podemos seguir funcionando como seres humanos, ni con drogas ni sin ellas, todos nos enfrentamos al mismo dilema: ¿Qué queda por hacer? Parece que hay dos alternativas: o continuamos lo mejor que podamos hasta el amargo final (cárceles, hospitales o la muerte) o encontramos una nueva manera de vivir. Años atrás, muy pocos adictos pudieron escoger esta segunda posibilidad. Hoy en día tenemos más suerte. Por primera vez en la historia de la humanidad, existe a disposición de todos nosotros un sencillo programa espiritual —no religioso— llamado Narcóticos Anónimos, que ha entrado en la vida de muchos adictos.

Todos los documentos anteriores, están copiados tal y como pueden ser encontrados en la literatura de N.A.

8. Resumen.

8.1. Castellano:

Como indicó Romaní (1999), la construcción social del **problema de la droga** sucedió en España entre 1975 y 1995. En ese período de tiempo se generaron no sólo unos modelos explicativos sobre esta problemática, sino un conjunto de políticas, modos de atención, recursos asistenciales, patologías y modelos de intervención, contruidos sobre dos pilares concretos: la **demonización y marginación**. Durante este proceso, se generalizaron particularidades ocasionadas al uso de ciertas sustancias (heroína) a la totalidad de las situaciones.

Si bien es cierto que este período se caracterizó por un consumo centrado en esta sustancia, en la actualidad ha perdido protagonismo por otras (cocaína y drogas de síntesis). A pesar de esto, seguimos encontrando la definición tanto de estas drogas distintas a la heroína como de sus consumidores, en los mismos términos.

Será el análisis de este proceso, encontrado no sólo en los modelos explicativos actuales, sino también a nivel discursivo y de intervención en los recursos asistenciales, aquello que centre el análisis de esta tesis doctoral.

Un solo vistazo a los datos facilitados tanto por la **Fundación de Ayuda contra la Drogadicción** como por el **Plan Nacional Sobre Drogas** (principales instituciones dedicadas a las adicciones) enseñan cómo, año tras año, el número de personas que consumen drogas no deja de crecer. Mostrando la inoperatividad no sólo de las políticas y tipos de tratamientos que derivan de un modo concreto de entender las adicciones, sino los errores conceptuales de base sobre los que estos son contruidos, siendo este uno de los principales ejes de reflexión de este trabajo.

Partiremos de una revisión y reflexión bibliográfica de estudios de corte antropológico, psicológico, biológico, sociológico y demás enfoques necesarios para comprender la complejidad de las adicciones, teniendo en cuenta además datos estadísticos, económicos y sociales necesarios, para comprender el modelo con el que se aborda la adicción a las drogas. Además realizaremos un análisis antropológico de los enfoques interpretativos existentes en el campo de las drogas usando el método etnográfico y de las lógicas de intervención existentes en el campo actual de las adicciones.

Esta tesis doctoral parte de un marco teórico conformado por elementos tradicionales de las explicaciones que la Antropología ha generado sobre las adicciones,
Universidad Complutense de Madrid.

concretándolas en la actualidad. Así encontraremos una explicación de estas como proceso sociopolítico, dentro de los cuales los procesos e instituciones de intervención existentes en este campo, funcionan como tecnologías de disciplinamiento y control de los consumidores.

La creación del **problema de la droga** junto a la definición de las drogas y sus consumidores en términos de negatividad, generaron una interpretación de los procesos de abandono de consumo de drogas y de aquellas instituciones puestas en marcha con esta intención, centrada en la recuperación de aquello que los modelos explicativos definieron desde la falta de salud, capacidad adquisitiva, trabajo, etc. siendo esto lo que nosotros hemos denominado como **el paradigma de la pérdida**.

Una vez identificados los elementos centrales de esta estructura explicativa, nuestro trabajo analiza las prácticas terapéuticas llevadas a cabo en los recursos asistenciales seleccionados para tal efecto: las reuniones de un grupo de **Narcóticos Anónimos** y lo acontecido en un grupo de un **Centro de atención a las Drogodependencias**⁷⁰.

Partimos de la historia, vivencias y situación actual de los actores que desearon participar de este trabajo y la posterior producción de datos basados en la observación que permitan conocer/entender no solo la realidad de los agentes inmersos en el proceso de recuperación, sino de la manera y el por qué es realizado así.

Las prácticas terapéuticas analizadas señaladas por los propios agentes sociales y la interacción existente entre ellos, funcionan como **tecnologías terapéuticas** más allá del modo en que sean concebidas tanto por ellos como por los recursos.

De ahí que hayamos realizado un meticuloso estudio sobre el **día a día** de los dos **dispositivos** los cuales, a pesar de presentar evidentes diferencias entre ellos, ambos son grupos de recuperación de la adicción basados en modelos explicativos similares. Aunque no debemos olvidar como la articulación de saberes, el papel y la circulación de estos, la concepción manejada respecto al concepto de recuperación y las estrategias terapéuticas puestas en práctica en ellos, difieren bastante.

A lo largo de esta investigación estudiamos dos tratamientos para las adicciones, contextualizados en la doble red asistencial de drogas existentes en Madrid. El análisis de estos dispositivos sirve para entender de una manera más completa las reglas,

⁷⁰ Los motivos de la selección de estos recursos, son explicados en el apartado "Presentación".
Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

disposiciones y dinámicas sociales que influyen en ellos. Promoviendo a su vez un uso apropiado del cuerpo y una adecuada gestión de las relaciones sociales, a través de la recuperación de aquello definido en el **paradigma de la pérdida**, restableciendo una identidad socialmente concebida como útil.

El primero de los grupos estudiados, ubicado dentro de un **Centro de Atención a las Drogodependencias**, concentra su manera de **tratar la adicción** en la presencia de un experto. Este no sólo legitima las estrategias puestas en juego en este contexto, sino que dicta **aquello que han perdido debido a la adicción** y como recuperarlo, entendiendo esto como un proceso de reparación de una identidad socialmente funcional.

Este profesional influye no sólo en la entrada y salida de integrantes en el grupo analizado, sino del recurso, asumiendo parte del rol de mecanismo de cierre y apertura a la terapia.

A pesar de la funcionalidad que acabamos de destacar, el análisis de los datos recabados nos mostró cómo el uso de estas reuniones se encuentra altamente subordinado al resto de estrategias utilizadas en el Centro.

El segundo contexto estudiado fue un grupo de ayuda mutua similar a aquellos que se conforman según el modelo de Alcohólicos Anónimos, tanto en la composición como en el modelo de tratamiento: **Narcóticos Anónimos** y el grupo **Esperanza**.

Las reuniones de este generan una estructura **jerárquica informal**, la cual resulta primordial para su propio funcionamiento. Esta organización, fundamentada en el tiempo que los integrantes del grupo llevan sin consumir⁷¹, establece una diferencia en la **calidad** de los saberes que pueden poner en juego sus integrantes en el contexto de interacción e intercambio de estos, como estrategia terapéutica principal.

Esto a su vez legitima un modo concreto de **trueque** de saberes basados en su propia experiencia, el cual se produce a través de la **autonarración** y un uso del lenguaje **propio del grupo**, articulándose no sólo como estrategia terapéutica sino como mecanismo propio de selección de usuarios.

Aquellas personas que deciden permanecer en el grupo, reciben de él herramientas con las que incorporar nuevos modos de entender y vivir la adicción. Esto posibilitará

⁷¹ "Tiempo de abstinencia".

que un usuario, a través de la permanencia en el dispositivo, se convierta en experto de la gestión de su recuperación, sirviendo como ejemplo práctico al resto de sus compañeros con menor tiempo de abstinencia.

El grupo analizado de Narcóticos Anónimos aboga por un intercambio y proceso de selección de saberes basados en la práctica, mucho más abierto que el identificado en el grupo del Centro de Atención a las Drogodependencias. Aunque a su vez bastante alejado de la idea defendida por Narcóticos Anónimos como organización, relacionada con la circulación gratuita de saberes definido bajo el concepto de **ayuda mutua**.

Esta tesis doctoral presenta un análisis de estos dos recursos asistenciales, no sólo tratando de comprender los dos tipos de tratamientos, sino buscando analizar las relaciones de poder ejercidas en ellos y por ellos, entendidas como estrategia de gobierno.

La estructura que conforman estos dos dispositivos nos sirve para analizar procesos de incorporación de diferentes subjetividades, así como las resistencias vividas por los sujetos hacia su nueva situación y la modificación sufrida a la hora de entender la adicción y su relación con las drogas.

Como conclusión alcanzada en esta tesis, a pesar de la dificultad asociada a la recuperación de la funcionalidad socialmente perdida a través de la adicción, ambas estrategias terapéuticas analizadas en este trabajo sirven como mecanismo de cambio de gran parte de los usuarios que comienzan su tratamiento. Cumpliendo ambos una función en tanto dispositivo biopolítico, en tanto tecnología de gobierno que responde a una racionalidad política neoliberal clave dentro del proceso de gubernamentalidad.

Ambos modos asistenciales son tecnologías a través de las cuales se ponen de manifiesto una estrategia concreta de gobierno sobre las adicciones, entendiéndolas como expresiones biopolíticas con capacidad disciplinaria sobre los individuos.

Ambos recursos, con la abstinencia como herramienta pedagógica y la asunción dogmática de un modo de crear/reconstruir un estilo de vida perdido, articulan estrategias de poder sobre las que generar y valorar los conocimientos de los usuarios (tanto práctico como experiencial), producidos en los propios dispositivos e intercambiados según el contexto.

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

Desde este punto de vista, **el problema de las drogas** es un proceso de control social sobre los consumos de drogas **fuera de lugar**. Estos, desde la creación de esta imagen negativa sobre las drogas, sustentados en discursos y modelos hegemónicos sobre la **defensa de lo saludable** y los peligros inherentes a la utilización de **determinadas sustancias**, responden a un **modo de gobierno** concreto que se articula y pone en juego en los grupos estudiados.

Presentando un análisis como el anterior, mostramos las diversas dinámicas en las que participan los usuarios de ambos recursos. Presentando en él como ambos recursos promueven cambios semejantes en la subjetividad de adicto con la que el individuo llega a ellos, aunque presentado estrategias y resultados final diferentes.

En última instancia estos dispositivos entendidos como tecnologías de gobierno, incorporan en sus integrantes disposiciones nuevas sobre la adicción a través de recursos institucionales distintos. Partiendo en ambos casos de lógicas neoliberales no sólo vinculadas con la salud y el cuerpo, sino con la inserción de los dispositivos en una lógica de mercado en ámbitos en los que antes no existía.

8.2. Inglés:

As stated by Romani (1999), the social construction of the **drug problem** took place in Spain between 1975 and 1995. This period involved the generation of explanatory models regarding this issue in addition to a range of policies, care models, care facilities, pathologies and forms of intervention, all constructed on the basis of two specific pillars: **demonization** and **marginalization**. This was not merely restricted to the substances but also affected those who consumed them, generalizing particularities caused by the use of certain substances (heroin) across all situations.

Though it is true that consumption during this period was characterized by a focus on heroin, this substance has now lost its dominant position and been replaced by others (cocaine and synthetic drugs). Despite this change, we continue to find these non-heroin drugs and their consumers being defined in the same terms.

The analysis contained in this doctoral thesis will be focused on this process, which is found both in the explanatory models and also at the level of discourse and intervention within the care facilities.

A glance at the information provided by both the **Anti-Drug Addiction Aid Foundation** (*Fundación de Ayuda contra la Drogadicción*) and the **National Drug Plan** (*Plan Nacional Sobre Drogas*) (the main institutions dedicated to addiction) shows the continuing year-on-year growth in the number of people consuming drugs. This demonstrates the invalidity of the policies and treatment methods deriving from a particular way of understanding addictions, in addition to the conceptual errors on the basis of which these policies and treatments are constructed. This is one of the key focuses for discussion in this work.

The basis for the thesis is a review of and reflection upon the literature produced by studies in the fields of anthropology, psychology, sociology and other areas necessary to comprehend the complexity of addictions, also taking into account the statistical, economic and social data required to understand how drug addiction is addressed. The thesis engages in an anthropological analysis of current approaches in the drug field based on the ethnographic method, and of current theory in terms of forms of intervention in situations involving addiction.

This study adopts a theoretical framework made up of traditional elements of the explanations of addiction that anthropology has offered, anchoring them in the present. This enables us to find an explanation of addictions as a socio-political process, within which the current processes and institutions of intervention in this field operate as technologies to discipline and control consumers.

The creation of a **drug problem** and the definition of drugs and their consumers in negative terms gave rise to an interpretation of the processes of ceasing drug use and of those institutions established with this intention that was based on the idea of recovery from what explanatory models defined as lack of health, purchasing power, work, and so on; this has been described as **the paradigm of loss**.

Having identified the central elements of this paradigm, this work analyses the therapeutic practices conducted in the care facilities selected for such purpose: **Narcotics Anonymous** group meetings and events within a group at a **Drug Dependency Care Centre** (*Centro de atención a las Drogodependencias*)⁷².

⁷² The reasons for selection of these resources are explained in the “Presentation” section. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

We focus on the background, experiences and current situations of the actors wishing to participate in this work and on subsequently producing observation-based data that permits knowledge and understanding of the realities of the agents immersed in the recovery process, as well as of how and why the process is as it is.

The therapeutic practices subject to analysis, identified by the social agents themselves and the interactions between them, act as **therapeutic technologies** beyond the manner in which they are conceived both by the social agents and by the resources.

We have hence conducted a detailed study of the **day-to-day** use of the two **tools**, which, despite presenting clear differences from one another, remain groups promoting recovery from addiction that are based on the same explanatory models. We must not, however, forget that they present significant differences in terms of the articulation, role and circulation of knowledge, the therapeutic strategies implemented therein and the designs used with respect to the concept of recovery.

The two addiction treatments, contextualized in the existing double drug welfare network in Madrid, were analysed over the course of this research. The analysis of these tools is of use in achieving a more complete understanding of the rules, provisions and social dynamics that have an influence on them, encouraging appropriate use of the body and suitable management of social relationships through recovery from what is defined in the **paradigm of loss**, re-establishing an identity that is socially conceived of as useful.

The first of the groups studied, located within a **Drug Dependency Care Centre**, bases its approach to **treating the addiction** around the presence of an expert. This both legitimizes the strategies to be implemented in this context and dictates **what has been lost due to the addiction** and how to recover it, the latter being characterized as a process of repairing a socially functional identity.

This expert also has an influence on entry to and departure from the group under analysis, in addition to the resource itself, assuming part of the responsibility for the mechanism of commencing and ending the therapy.

Despite the functionality of the group in question, analysis of the data gathered showed that these meetings are used in a manner that is highly subordinate to the other strategies used in the Centre.

Universidad Complutense de Madrid.

The second context studied was a support group similar to those that form according to the Alcoholics Anonymous model, in terms of both composition and treatment model: **Narcotics Anonymous** and the **Hope** group.

The meetings of this group give rise to a structure of **informal hierarchy**, which is fundamental to the group's functioning. This structure, based on the time that group members have spent without consuming drugs⁷³, differentiates the **quality** of the knowledge that its members are able to introduce in the context of interaction and exchange of that knowledge, which acts as a key therapeutic strategy.

This in turn legitimizes a specific form of information **exchange** based on one's own experience, which comes about through **self-narration** and the use of the group's **own language**, taking effect not merely as a therapeutic strategy but also as a user selection mechanism.

The group provides tools to users who decide to remain within it, which they use to incorporate means of understanding and experiencing addiction. This means that users can over time become experts in their own management of the recovery process, acting as a practical example to the rest of their peers with shorter periods of abstinence.

The Narcotics Anonymous group subject to analysis advocates a practice-based knowledge exchange and selection process, which is far more open than that identified in the group from the Drug Dependency Care Centre. However, such an approach is somewhat removed from the idea advanced by Narcotics Anonymous as an organization, which is related with the free circulation of knowledge defined under the concept of **mutual support**.

This doctoral thesis presents an analysis of these two care facilities, seeking to both understand the two kinds of treatment and to analyse the power relationships exercised within and by the groups, which are understood as strategies for governance.

The structure of these two tools allows us to analyse processes of incorporation of different subjectivities, in addition to the resistance of subjects to their new situation

⁷³ "Period of abstinence".

Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales.

and the change they undergo in understanding addiction and their relationship with drugs.

As a conclusion, despite the difficulty associated with the recovery of social functionality lost to addiction, both therapeutic strategies analysed in this thesis act as a change mechanism for a large proportion of the users that commence treatment. Both strategies perform a function as a bio-political tool, as a technological governance tool that responds to a key neoliberal political rationality within the process of government.

Both forms of care are technologies via which a specific government strategy with regard to addictions is manifested. As such, they may be understood as bio-political expressions incorporating the capacity to discipline individuals.

Taking abstinence as a pedagogical tool and adopting the dogmatic assumption of a means of creating/reconstructing a lost lifestyle, both facilities articulate strategies of power on the basis of which user knowledge (both practical and experiential) is generated and evaluated, produced by the tools themselves and exchanged according to context.

From this perspective, the **drug problem** is a process entailing social control of the consumption of **out-of-place** drugs. Through the creation of this negative image of drugs, sustained through hegemonic discourses and models relating to **defence of the healthy** and the dangers inherent to the use of **certain substances**, these drugs are subject to a specific **form of governance** that is introduced and implemented in the groups studied.

The presentation of the foregoing analysis reveals the various dynamics in which the users of both facilities participate. It is shown that the different facilities seek similar changes in the subjectivity of addict with which individuals arrive at them, although the facilities present different strategies and outcomes.

Ultimately, these tools of care, understood as technologies of governance, provide their members with new rules on addiction via different institutional resources. In both cases, the basis is neoliberal reasoning relating to health and body as well as to the inclusion of the tools within market ideology, in areas in which such reasoning did not previously exist.