

“NARCÓTICOS ANÓNIMOS Y CENTROS DE ATENCIÓN AL DROGODEPENDIENTE. ANÁLISIS DE DOS DISPOSITIVOS DE GOBIERNO.”

Diego Fernández Piedra. Investigador contratado por el Ayuntamiento del Real Sitio de San Ildefonso (Segovia). Calle Maqueda 43, 4º B. 28024. Madrid. dfpiedra6_7@hotmail.com

Resumen

El siguiente artículo analiza, desde una perspectiva antropológica, dos tratamientos para drogodependientes situados en Madrid. Ambos, mediante diferentes procedimientos, provocan modificaciones en la subjetividad con la que sus usuarios inician el proceso terapéutico. Estas actuaciones, apuntadas epistemológicamente en paradigmas tradicionales sobre las drogas y concretadas en ideologías actuales sobre este fenómeno, deben ser comprendidas como un proceso sociopolítico.

En ellas, los mecanismos e instituciones asistenciales existentes, intervienen a modo de tecnologías disciplinantes y estrategias de control de esta población. Funcionando los dos recursos estudiados como dispositivo biopolítico y tecnología de gobierno, imbricados desde una política neoliberal, clave dentro del proceso de gubernamentalidad.

Los dos dispositivos asistenciales son herramientas a través de las cuales se instaura una estrategia concreta de gobierno sobre las adicciones. Entendiéndolas como expresiones biopolíticas con capacidad disciplinaria sobre los individuos que deciden permanecer en ellas. Articulándose desde estos modos asistenciales un tipo de gobierno, sustentado en una ideología concreta sobre la salud.

Palabras clave: Antropología; Políticas; Heroína, España; Droga.

Abstract

The following article analyzes, from an anthropological perspective, two treatments for drug addicts located in Madrid. Both, through different procedures, provoke modifications in the subjectivity with which their users initiate the therapeutic process. These actions, supported epistemologically in traditional paradigms on drugs and concretized in current ideologies about this phenomenon, must be understood as a socio-political process.

In them, the existing intervention mechanisms and institutions intervene as disciplinary technologies and strategies to control this population. Working the two resources studied as a biopolitical device and government technology, imbricated from a neoliberal policy, key within the governmentality process.

The two assistance devices are tools through which a specific government strategy on addictions is established. Understanding them as biopolitical expressions with disciplinary capacity over the individuals that decide to remain in them. Articulating from these modes of assistance a type of government, based on a specific ideology on health.

Key words: Anthropology; Policies; Heroin; Spain; Drugs.

Agradecimientos.

Agradecemos a Cruz Roja, y la Asociación Proyecto Hogar la posibilidad de hacer trabajo de campo en sus instalaciones y dinámicas. Sin su apoyo no hubiera sido posible desarrollar ni este artículo, ni ninguno de nuestros trabajos.

Introducción

Siempre que las drogas aparezcan dentro de un objeto de estudio, debemos recordar que son una realidad consuetudinaria al ser humano. En varios trabajos como en Escohotado (1986), Romaní (1999) o Massó (2014), encontramos como el lugar ocupado por estas sustancias ha ido variando según la época. Los espacios de consumo, sustancias, usos y expectativas, etc. resultan de un proceso a través del cual la gestión del placer y el riesgo, son representados desde una ideología concreta. Según el período y la representación de la cultura analizada, las drogas tendrán un significado u otro.

Massó (2015) evidencia como dentro de la modernidad actual, los procesos de mercantilización y coloniales aplicados a sustancias como el tabaco y el opio, provocaron una modificación en el fenómeno. Aquello estructurado localmente, obtiene carácter global. Deslocalizando sustancias y usos. Modificando el modo en que eran controladas tradicionalmente, plasmándose en modelos fuertemente represivos como se explica en Pallarés (1996). Sirviendo como sustento esta recontextualización de los usos “sagrados” y prohibitivos, como base de nuevos paradigmas de evitación.

Siguiendo con las ideas expuestas en Romaní (2003), encontramos como el prohibicionismo asociado a aquello definido como droga surgido del nuevo orden económico vigente tras la 2ª Guerra Mundial y los intereses sobre el opio de U.S.A. traducidos en términos de emergencia, se globaliza internacionalmente. Orquestándose en torno a un complejo jurídico/simbólico, sustentado en el efecto negativo que estas sustancias tienen en el organismo. Siempre definido en términos morales y de peligrosidad social.

Salvo usos relegados a ciertas instituciones refrendadas para utilizar dichas sustancias con fines experimentales, todo aquello relacionado con la droga, se asoció a lo clandestino. Ocultándolo de espacio público, favoreció la consolidación de un imaginario negativo sobre ellas.

La construcción social del **problema de la droga** sucedió en España entre 1975 y 1995, como subrayo Romaní (1999). En este lapso de tiempo se formaron modelos explicativos, tipos de intervención, tratamientos, políticas, etc. sobre las adicciones. Consolidados en una demonización y marginación tanto del consumo, como de las propias sustancias. Cimentados sobre la maximización de efectos negativos en el ser humano, generalizando particularidades ocasionadas al uso de ciertas sustancias a la totalidad de las situaciones. Otros textos como Comas (1989), Escohotado (1996), Pallarés (1996), Gamella (1997), Romaní (2010), reflexionan y complementan el anterior concepto. Todos ellos señalan como este proceso estigmatizador de sustancias, consumos y consumidores, los convirtió en fenómenos susceptibles de intervención social. Asistencia que ha de ser ofrecida por el estado, tratando de recobrar aquello definido socialmente como “**perdido**”¹. Eximiendo al individuo de

¹ En la tesis doctoral referida en la siguiente página, definimos aquello que socialmente se vincula a las adicciones en términos apropiativos, con el nombre de paradigma de la pérdida. Constituyendo este una interpretación del fenómeno de la adicción y su abandono en términos de recuperación de aquello que esta le ha

responsabilidad de su dependencia al definirlo en términos de enfermedad, pero devolviéndosela en el proceso terapéutico.

Una vez presentados los elementos de partida, nuestro trabajo se centró en analizar las terapias ocurridas en dos recursos asistenciales ubicados en la ciudad de Madrid: las reuniones de un grupo concreto de **Narcóticos Anónimos**² y un **Centro de atención a las drogodependencias**³.

Mostrándonos como las prácticas implementadas por los propios agentes sociales y la interacción de ellos mismo, actúan de **tecnologías terapéuticas**. Variando los objetivos y expectativas planteadas tanto por los dispositivos terapéuticos como por sus usuarios. Idea sobre la que vamos a profundizar durante el resto del artículo

Metodología.

Los datos etnográficos utilizados para la elaboración de este texto proceden de dos procesos de investigación realizados por nosotros en diferentes épocas.

Para la consecución de los objetivos planteados, utilizamos un diseño cualitativo de investigación, centrado en el método etnográfico. En todos ellos utilizamos la observación participante, como principal técnica de producción de datos. La cual fue aplicada tanto en reuniones del grupo de Narcóticos Anónimos, como en el Centro de atención al Drogodependiente. No centrándonos sólo en sus instalaciones, sino ampliando nuestra mirada a dispositivos “hermanos” (otros grupos de Narcóticos, reuniones de Alcohólicos, otros dispositivos sanitarios del ayuntamiento) y cualquier otro contexto de interacción de sus usuarios (parques y plazas cercanas a los centros de tratamiento, salidas, etc.).

Cada sesión fue registrada con la mayor celeridad en un cuaderno de campo. Buscando de esta manera perder la menor cantidad de información.

Con similar importancia, también implementamos en el proceso de investigación la entrevista semiestructurada. Realizando 8 entrevista entre beneficiarios de los recursos y personal sanitario.

Este número tan bajo, lejos de sesgar nuestra investigación, puso en evidencia como la influencia del “problema de las drogas” complica la obtención de personas que participaran de esta dinámica.

Mostrando como la estigmatización social que sufren los consumidores de drogas en tratamiento, hace que no cuenten sus experiencias fácilmente.

También destacamos la realización de una historia de vida a un usuario del Centro de Drogas, cuyos datos también han sido utilizados para la redacción del texto que está leyendo.

Siempre, antes de comenzar cualquier tipo de interacción con nuestros informantes, se les recordó (al menos las primeras veces) el uso que íbamos a hacer de la información obtenida. Así como del

sustraído. La falta de salud, capacidad adquisitiva, trabajo, etc. se vincula directamente al consumo de drogas, relacionando el abandono de estas con su recuperación. Generando expectativas que muchas veces no son cumplidas.

² Asociación sin ánimo de lucro fundada en California durante la década de los ´40 del siglo pasado. Se centra en conseguir la abstinencia sin otra intervención que el acto de compartir experiencias en sus reuniones. Además, presenta una adaptación del programa de “12 pasos” implementado por Alcohólicos Anónimos.

³ Son centros sanitarios que forman parte de la red de dispositivos del Ayuntamiento de Madrid. Ofrecen distintos tipos de intervenciones y un tratamiento integral, tanto para dejar de consumir como para rebajar el daño que estas pueden causar en el organismo. En la actualidad se denominan Centro de atención a las adicciones.

anonimato utilizado a la hora de referirnos a sus discursos. Siendo aprobado por ellos en todos los casos presentados en las investigaciones antes citadas.

Junto a proceso anterior, realizamos un análisis estadístico relacionado con nuestro objeto de estudio, complementándolo con una revisión bibliográfica del fenómeno.

Análisis de dos recursos asistenciales.

Si bien mis primeras experiencias en el campo de las adicciones analizaron **consumidores en activo**. Posteriormente la profundización en el fenómeno de las drogas, orientó nuestros intereses hacia la temática aquí presentada: **centros de tratamiento de drogas y la población que los utiliza**.

En las anteriores investigaciones realizadas por nosotros y usadas para dar forma a este artículo, estudiamos dos tratamientos de drogas emplazados en la ciudad de Madrid. Tanto el Centro de drogas como el grupo de Narcóticos anónimos, funcionan como tecnologías de intervención expertas en el proceso terapéutico de abandono de una relación de dependencia con ciertas sustancias.

Analizando estos dispositivos pudimos entender de una manera más compleja las reglas, disposiciones y dinámicas sociales que influyen en ellos. Caracterizándose por la posibilidad de ser aplicados y utilizados en contextos diferentes, donde estos y los discursos de sus usuarios actúan en su propia subjetividad provocando una transformación. Promoviendo un uso apropiado del cuerpo y de las relaciones sociales, desde la recuperación de aquello definido en el **paradigma de la pérdida**, restableciendo una identidad socialmente concebida como útil.

A través de nuestra observación podemos argumentar que si bien los dos recursos presentan diferencias (anonimato, presencia de profesional, herramientas utilizadas, etc.), muestran a su vez similitudes más que evidentes (ambos son grupos de recuperación, basados en modelos similares, con usuarios estigmatizados, etc.).

En ambos contextos se hace referencia a la experiencia acumulada para mantener la abstinencia y a herramientas similares para conseguirlo (partiendo de 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, vertebran las actuaciones en los dos recursos estudiados.

Con lo que pudimos argumentar que, si bien las estrategias terapéuticas centradas en ella para conseguir un cambio de estatus eran diferentes, la finalidad era similar.

Estos dispositivos son los encargados de producir cambios en el posicionamiento social que tiene sus integrantes, como es el paso de un consumidor a un adicto en recuperación, o de este a uno rehabilitado. Las herramientas utilizadas en los diferentes procesos terapéuticos, dan lugar a nuevos vínculos sociales y prácticas de cuidado en relación a la droga. Apareciendo en estos contextos el concepto de recuperación como algo construido y diferentes según el recurso, pero con elementos y finalidades comunes vinculados con estrategias de gobierno superiores.

Narcóticos Anónimos. Dispositivo asistencial de distribución de Conocimiento Práctico.

Como vemos en Narcóticos Anónimos (2006).

“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 [...] nos reunimos con regularidad para ayudarnos a permanecer limpios [...] No nos interesa saber qué drogas consumías ni qué cantidad [...] sólo queremos saber qué quieres hacer con tu problema y cómo podemos ayudarte”. (p.6).

Narcóticos Anónimos (N.A. desde aquí), ofrece un tipo de terapia centrada en la abstinencia total tanto de drogas como de alcohol. Presenta un programa centrado en leer y cumplir aquello que dice su literatura y asistir de manera periódica a sus reuniones. Espacios en los que sus integrantes comparten experiencias sobre su proceso de recuperación, al igual que implementan ciertas dinámicas plasmadas en sus libros.

Autores como Brandes (2004), Fainzang (2009) y Esteve, (2014), analizan estos grupos como asambleas de personas con una problemática común. El objetivo primordial de estas reuniones, es superar la adicción a través de la espiritualidad generada en ellas. Cuando una de las conclusiones a las que llegamos en nuestra tesis, es que la practicidad prima en el grupo analizado.

Otros autores como Canals (2002), explicaron el proceso terapéutico ocurrido en los grupos de N.A. a través de la circulación de Ayuda Mutua, entre sus integrantes a través de unas características concretas: horizontalidad, reciprocidad y generalidad.

El concepto de Ayuda Mutua nace en Kropotkin (1902). Pero no será hasta Menéndez (1984), cuando encontremos una relación directa grupos similares a los analizados en este texto.

Este autor la define como *“formas de reciprocidad necesariamente horizontal y simétrica, especialmente cuando se confronta con el papel que juega la redistribución en la constitución y legitimación de estructuras jerarquizadas que conllevan alguna forma de poder”.*

Canals (2002), define este tipo de ayuda 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. Este proceso basado en la reciprocidad, horizontalidad y simetría, conformará según Canals los grupos y su funcionamiento.

El grupo, usado como **modelo terapéutico**, muestra a sus integrantes que la fortaleza de su terapia, es la participación de todos en sus actividades. Sustentada este modo de actuar en las similitudes que los unen.

Sin embargo, según nuestra observación y análisis, estos encuentros generan una estructura **jerárquica informal** en sus integrantes, básica para su propio desarrollo. Este tipo de intervención, sustentado en la limpieza o tiempo sin consumir, otorga una diferencia en la idoneidad de los distintos saberes puestos por sus integrantes en la reunión acabando con la idea antes expresada de horizontalidad. Convirtiendo las reuniones en el principal contexto en el que interaccionan los integrantes del grupo y espacio legitimado para que intercambien saber centrado en la experiencia. Ocupando este fenómeno el centro en la estrategia terapéutica para recuperarse de la adicción a las drogas. Siendo complementada por la incorporación de ideas reseñadas en sus lecturas, las cuales se trabajan y recitan en las reuniones a modo de mantras.

El carácter performativo de los grupos y la influencia del núcleo central que participa en él en los mismos términos que plantea Wenger (2001), en el grupo seleccionado para nuestra investigación DEA, centraliza sus dinámicas en la parte de la reunión dedicada al intercambio de saberes: **los compartires**⁴. En esta parte, los usuarios ponen en juego su conocimiento experiencial sobre la recuperación. Siempre con la finalidad de mantenerse abstinentes.

Este acto se consigue con el intercambio de sus prácticas expresadas oralmente, caracterizándose por el uso de términos y explicaciones generales o inefables, evocando una relación artificial generada por su pertenencia al grupo y su condición de adictos.

Estas narrativas tienen una estructura y modo de expresarse concreta, sin las cuales el circuito de intercambio de saberes articulado entre los integrantes de la reunión o no se activa, o no alcanza su máxima efectividad. Incorporándose estos modos de actuación, a través de la permanencia en el grupo. Tomando como referencia a aquellos que más tiempo llevan en él, funcionando como **elementos prototípicos** en los que fijarse.

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*”. Con lo que, en nuestro análisis, la abstinencia es un capital que puede ser acumulado. Así que aquellos capaces de acaparar la mayor cantidad plasmaran en el resto sus intereses, controlarían la finalidad del grupo e impondrán sus cosmovisiones sobre las drogas. La manera de acumular dicho capital y su cantidad, genera diferentes “**habitus**” utilizando el concepto de Bourdieu, Chamboredon y Passeron (2004), relacionados con el consumo de drogas. Imbricados en diferentes subjetividades relacionadas con las adicciones, conformadas desde una explicación binaria como es consumidor/no consumidor

La recuperación, acumulada a modo de capital, es puesta en juego a través del intercambio de conocimiento experiencial en los compartires. De este modo estas narrativas pasan de ser un acto verbal a uno acto terapéutico. Proceso que no sólo sucede en este grupo, sino que también encontramos en el que posteriormente analizado.

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.

Rose, O`malley y Valverde (2006), destacan como la llegada del neoliberalismo y la gobernabilidad asociada a este posicionamiento político, modificó la forma de gobernar. Los recursos analizados, como biotecnologías de la gobernabilidad neoliberal como comenta (Fassin 1999), constituyen el centro de una atención sobre población drogodependiente con el propósito de intervenir y modificar fenómenos vitales con una intencional previa fijado por un conocimiento experto que emana de un tipo de gobierno concreto. Significando un viraje de anteriores formas de gobierno demasiado

⁴ Un compartir es un discurso sustentado en la experiencia de recuperación de quien lo argumenta, puesto en juego en la reunión para que pueda ser incorporado por sus compañeros. Existen unas reglas sobre cómo realizar este acto, en qué términos hay que expresarlos. Tanto compartir como escucharlos, son procesos activos y constructivos.

“encorsetantes”, hacia gobiernos más atenuados debido a la articulación de tecnologías como los dispositivos referidos.

Viendo como los grupos de N.A. dentro de estas “oficinas”, las cuales reproducen unas políticas concretas como biotecnologías que son, estableciendo unas relaciones de poder dentro en la asociación. A la vez que responsabiliza en parte al individuo y al experto de su propio “gobierno”. Variando las competencias de uno u otros según el dispositivo. 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. Legitimando el “truque” de saber experiencial al que ya nos hemos anteriormente en el texto, expresado desde la autonarración y el uso de una estructura y lenguaje propio del grupo. Funcionando no solo como estrategia terapéutica, sino como mecanismo de selección de usuarios.

Centro de Atención al drogodependiente:

Los Centros de Atención al drogodependiente (desde ahora CAD), son recursos ambulatorios del sistema sanitario dependientes del Ayuntamiento de Madrid. En los que se ofrecen diferentes tratamientos de diversas adicciones. Partiendo de una evaluación multidisciplinar de la persona que desea participar del tratamiento, ofrecen un método terapéutico integral adaptado a cada individuo. Engel (1992), hablo sobre la necesidad de un modelo explicativo, como respuesta al **biomédico** dominante en ese momento de la historia. La biomedicina defendía un modelo “causa-efecto”, mientras que este autor apoyaba una realidad más compleja, en la que se relacionan muchos elementos conformando sistemas complejos. Modo de pensar que terminó instaurándose en los tratamientos de drogas, provocando la generalización de un Modelo en que todas las variables tuvieran cabida: el **Biopsicosocial**.

Así pues, el recurso analizado no sólo se centrará su intervención en la parte física, sino en otros aspectos como el psicológico, ocupacional y social. Junto a esto, encontramos no sólo programas dedicados al mantenimiento de la abstinencia, sino otras intervenciones centradas en mejorar la salud de aquellos que consumen. De ahí que el CAD este formado por médicos, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeros, técnicos de laboratorio, auxiliares sanitarios y administrativos. Este dispositivo, además de trabajar con población consumidora de drogas, ofrece apoyo a familiares.

La intervención aunque centrada en este espacio, puede sustentarse en otros recursos de la red asistencial. Como pisos de apoyo al tratamiento, comunidades terapéuticas y otros centros que podemos consultar en Instituto de adicciones (2017).

Existen tres maneras de iniciar el tratamiento en este recurso asistencial: la llegada directa de una persona, derivaciones de otros dispositivos afines y la captación de usuarios en zonas de consumo por parte de recursos con intervención en calle.

Debido a que los CAD tienen plazas limitadas, se suelen generar listas de espera para poder iniciar el tratamiento. Haciendo que muchos de los agentes sociales que quieren iniciar su recuperación, no lo hagan por falta de capacidad.

Una vez que la persona llega al CAD, se le realiza aquello que ellos llaman **acogida** administrativa. Definiendo con este nombre al primer trámite/contacto que una persona demandante de tratamiento,

mantiene con la institución para comenzar el proceso terapéutico. Este recibimiento, suele realizarlo el personal administrativo del centro. Donde se solicitan una serie de datos personales, asignándole una primera cita, la cual debe realizarse en un plazo máximo de 15.

Tras esta espera, el usuario mantiene su **primera cita** con el profesional (normalmente realizada por un médico). Esta suele constar de un chequeo, con la intención de conocer el estado de salud de la persona. Parte fundamental, es la realización de un análisis clínico. El cual enseñará el tipo y cuantía de los consumos mantenidos. Mostrando si la realidad concuerda con lo verbalizado por el interesado. Estas primeras entrevistas suelen ser definidas por los demandantes como “*agresivas, largas y tediosas*”. Muchas de nuestros informantes nos contaron que, después de ir “*no te quedan ganas de volver*.” *Es como un interrogatorio*”.

Posteriormente a esto, el equipo de profesionales se reúne y **valora** la situación, herramientas y tipo de trabajo que ha de realizarse con cada uno.

Diseñado aquello que en Instituto de adicciones (2017), denominan **Programa personalizado de intervención** (PPI). La acogida, primera cita y la valoración, sirven para desarrollar un tipo de tratamiento personalizado para cada individuo. Intervención que, lejos de adaptar el proceso terapéutico ofrecido en el centro a cada la realidad del demandante, diluye las especificidades individuales en unos protocolos y estándares interventivos. Tratando con ello de dar respuesta a la mayor cantidad de población drogodependiente. Sin olvidar la influencia que tiene en nuestros tratamientos la intervención tipo **consulta**⁵, la medicina **alopática**⁶ y el ya comentado paradigma **biomédico**.

Posteriormente a esta valoración, se establece una nueva reunión con el usuario. Informando de su **profesional de referencia**⁷ y firmando el llamado **contrato terapéutico**. El cual, según Cerda et al (2006), es un acuerdo firmado entre el individuo y los profesionales del CAD, donde aparece todo lo que van a realizar durante el proceso terapéutico. Dejando constancia jurídica de la aceptación personal del proceso, evitando futuros litigios.

Una vez finalizado esto, el usuario comienza la etapa de **desarrollo del programa**. Llevando a cabo durante este período las estrategias pactadas por los profesionales, para poder conseguir los objetivos pautados. Bien sea a través del propio CAD o con la ayuda de otros dispositivos.

Según el individuo, se realiza una **evaluación** de las modificaciones provocadas por el proyecto terapéutico. Variando la periodicidad, según los avances por el proceso terapéutico. Sirviendo la información obtenida, para orientar modificaciones o cambios en los objetivos iniciales.

Cuando los objetivos se cumplen, se da el **alta terapéutica**, pautando alguna que otra reunión dentro del seguimiento post alta. Siempre buscando el abandono definitivo del recurso por parte del usuario.

⁵ En ella se diagnostican padecimientos sobre la objetivación de unos indicadores físicos, llamados síntomas. En las primeras reuniones se recoge información suficiente para realizar un diagnóstico en base a esa sintomatología, para emprender una respuesta terapéutica. Articulando protocolos concretos según lo identificado.

⁶ Expresión utilizada para referirse al tipo de intervención tradicional de la medicina, centrada en el uso de medicamentos e intervenciones físicas, reduciendo procesos multivariados a lo biomédico.

⁷ Aquel profesional del centro que servirá de nexo entre la institución y el usuario. Puede ser cualquiera de los profesionales que trabajan en él.

El centro, para que la población que lo conforma complete el anterior itinerario, ofrece principalmente **dos estrategias de intervención**. Siempre recordando que en él conviven personas con objetivos distintos (reducción de daños, abstinencia, control de consumo), tratamientos dispares (programas libres de drogas, mantenimiento con sustancias) y múltiples sustancias de preferencia (alcohol, heroína, cocaína, etc.).

Individual: consiste en poner en marcha lo acordado en el PPI de manera individual, siempre con la supervisión de un profesional. Los expertos del centro mantienen reuniones privadas con los usuarios, interviniendo cada uno en sus áreas de referencia. Todas estas citas periódicas, tiene duración y temporalidad variable. Asemejándose todas ellas en el tipo de intervención realizado. En este contexto, el profesional como parte del saber teórico, tiene toda la legitimidad para dictaminar como intervenir en el proceso terapéutico. Injerencias que el usuario asume desde una posición pasiva.

Grupal: Según las palabras de la Institución dependiente del Ayuntamiento:

“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).

Idea que encontramos a día de hoy en el nuevo plan de intervención actualizado en Instituto de adicciones (2017).

De ahí que, tratando de mantener coherencia epistemológica, seleccionamos un grupo como el referido en el párrafo anterior, para poder analizarlo en los mismos términos que el de N.A. y cumplir con los objetivos planteados en nuestra tesis doctoral.

Esta herramienta ofrece a los usuarios del CAD, la posibilidad de tener un espacio donde intercambiar estrategias de rehabilitación basadas en su experiencia, todo ello supervisado, legitimado y complementado por un profesional. Presentando una realidad distinta a lo analizado en el otro grupo que conforma nuestro trabajo. En este contexto, el profesional no solo ofrece soluciones desde su posición como parte del saber teórico, sino que es el que termina de dar validez a todo el proceso. Ocupando una centralidad no vista en N.A.

El grupo analizado en este apartado facilita un contexto de interacción entre usuarios, donde puedan intercambiar conocimiento práctico. Si bien este, por el papel del dispositivo y el experto, es limitado y sesgado. El profesional, como parte del saber teórico, legitima o no todos los discursos de los asistentes a estas reuniones, sustentado en su formación académica. Situación que menoscaba el papel del saber teórico que el usuario puede poner en juego, por mucho que sus años de abstinencia lo experticen. Pero este no será sólo el rol que el profesional tenga en el grupo del CAD, dado que él pautará aquello que ha de ser restaurado durante la rehabilitación y la manera de hacerlo. Tomando siempre como referencia los protocolos y paradigmas sobre las adicciones, desde los que se construye el centro.

Autores como Márquez y Meneu (2003), ya comentan como el modelo de intervención biomédico tiene un papel muy importante dentro de estos recursos. Desde la irrupción de Modelo biopsicosocial, este va perdiendo centralidad, ganando importancia dentro de la rehabilitación el papel de otras

disciplinas como la psicología. Si bien esto es cierto, el determinismo médico es algo que todavía encontramos en este tipo de tratamientos, plasmándose en el recurso analizado y en el papel que en él tienen los médicos. Mostrándonos esto como, dentro de la realidad del centro, siempre se dará mayor importancia al tratamiento típico realizado por el médico: la consulta. Subordinando otras alternativas como el grupo que estamos analizando.

Definir la terapia como “rehabilitación”, confiere al recurso de la capacidad de habilitar/restituir a sus integrantes a una posición aceptada en la sociedad, a través de la implantación de una nueva relación con las drogas. Centrándose en el caso del grupo analizado en la abstinencia, la mitigación de ciertos indicadores físicos de la adicción (suciedad, falta de dientes, ropa vieja) y el acceso al trabajo. Facilitando la incorporación de esto a su vida cotidiana, las normalización cultural perdida por su condición de adicto.

De una forma similar a la ya presentada en el análisis del grupo de N.A., el CAD compone ciertas tecnologías imbricadas en formas de gobierno neoliberales. Las cuales se han posicionado dentro de la gestión de las adicciones.

Este recurso, al formar parte de un amplio repertorio de dispositivos similares y primar la libre elección entre sus integrantes, se ve sometido a una lógica de mercado en la que compiten entre ellos. Teniendo que rendir cuentas de su actuación, según el número de personas atendidas. Esto provoca la implementación por su parte de prácticas y estrategias terapéuticas altamente disciplinarias. Ya que aquello que debería de ser una experiencia individualizada, no lo es.

Determinado por la saturación de integrantes en el recurso y la influencia que sus éxitos tienen en las partidas económicas que el estado les dedica y ellos gestionan.

Los usuarios del C.A.D. mantienen una actitud pasiva en la terapia, como reflejo de los modos de intervención sanitarios tradicionales, influyendo en todo el proceso. Reproduciendo a través de esta intervención protocolizada sustentada en generalidades, discursos y valores hegemónicos sobre las adicciones.

Conclusiones.

A modo de conclusiones diremos que hemos presentado no sólo el análisis de dos de los recursos asistenciales más utilizados en la ciudad de Madrid. Sino un esfuerzo epistemológico que mostrase también las relaciones de poder ejercidas por ellos, como parte de un tipo de gobierno concreto. Ofreciendo un análisis de un fenómeno tratado tradicionalmente como un elemento biomédico, como un objeto de estudio vinculado a lo sociopolítico. Ofreciendo un nuevo enfoque que ayude a entender un fenómeno universal, universalizado y poco reflexionado.

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*”, entendiéndolo 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*”.

El mismo autor en su obra escrita en el (2003), complementó la anterior idea diciendo que esta docilización se conseguía a través de la **disciplina**. La cual se obtenía a través de unas herramientas definidas como **tecnologías**. El individuo, con una funcionalidad social asignada, incorpora unas relaciones de fuerzas existentes como forma de poder y gobierno, a través de una serie de

dispositivos. Los cuales disciplinan a los agentes sociales, quedando plasmado a nivel corporal. Aquello fuera de lugar, no tiene cabida. Existiendo herramientas que reconduzcan a posiciones aceptadas socialmente.

Las adicciones, son susceptibles de analizarse desde esta óptica. Así como aquellos dispositivos creados con la finalidad de abandonar una relación con ciertas sustancias, definida en negativo socialmente. Actualmente encontramos instituciones, dispositivos y definiciones de salud, adicción e individuo saludable, que marcan el cuerpo de los adictos/no adictos. Pautando no solo el tipo de cuerpo y de estilo de vida saludable que debes llevar, sino aquel que no puedes tener. El análisis de los dos recursos ha mostrado como tecnologías diferentes, ofrecen dinámicas que favorecen la modificación del “**estilo de vida**” asociado al consumo de drogas. A través de la incorporación de una serie de disposiciones, valores y nuevos “*habitus*”, directamente relacionados con la ideología del recurso y un tipo de gobierno concreto, que influirán al resto de ámbitos de sus vidas. Cumpliendo ambos recursos una función tanto de dispositivo biopolítico, como de tecnología sustentada en una política neoliberal de gobierno.

Centrándonos en cada uno de los recursos, el grupo de N.A. se caracteriza por un intercambio de saber práctico en sus reuniones, caracterizado por su gran variabilidad de respuestas. Las cuales son tamizadas por la identificación y permanencia en él, homogeneizando las narrativas.

Sin embargo, el grupo de CAD presenta un tipo de intervención mucho más estructurado, controlado por la medicina y psicología, centralizado en el experto. Este es el canalizador/legitimador de las estrategias de recuperación puestas en juego, pautando a su vez los objetivos de la terapia.

Cierto es que los dos dispositivos centralizan la abstinencia como parte fundamental de sus procesos. Pero si bien el de N.A. fomenta la participación de sus integrantes, el grupo de CAD genera pasividad en sus integrantes. Los cuales asumen sin dilación aquello que el experto pauta al formar parte del conocimiento teórico. Complementado

Esto no significa que exista determinismo a la hora de implementar un tipo de saber en la recuperación de estos dos recursos. Pero si una preponderancia de ellos. En nuestro análisis vimos como la acumulación de abstinencia genera expertos en N.A. legitima los discursos de los usuarios, llegando a equiparse a los producidos en otros recursos por los profesionales. Mientras que en el CAD, llevar mucho tiempo en la red asistencial, consigue equiparar discursos prácticos, con el saber experto.

En ambos recursos, los usuarios son partícipes de su proceso, en mayor a menor medida. Si bien es cierto que el CAD necesita del profesional, finalmente es la propia persona quien implementará cualquiera estrategia de cuidado y responsabilización, Las cuales quedarán plasmadas metafóricamente en sus cuerpos, ocultando rasgos físicos identificativos de la adicción.

Finalizando y mencionando las ideas ya reseñadas de Rose, O`malley y Valverde (2006), los dos dispositivos funcionan como un “*centro de cálculo*” en los cuales se implementan tecnologías disciplinarias implementadas por los propios usuarios, las cuales no son identificadas con una forma de gobierno imperante. Ofreciendo un tipo de gobierno más atenuado generando instituciones que facilitasen cierto autogobierno, mitigando la excesiva intervención política del estado que caracterizó períodos anteriores.

Bibliografía

- Brandes, S. (2004). *“Estar sobrio en la Ciudad de México”*. México. Plaza y Janés, México.
- Bourdieu, P. (2005). *“La dominación masculina”*. Buenos Aires. Siglo XXI.
- Bourdieu, P. Chamboredon, J.C. y Passeron, J.C. (2004). *“El oficio del sociólogo. Presupuestos epistemológicos”*. Buenos Aires. Siglo XXI.
- 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.
- 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. (1989). *“La construcción social de la imagen del drogodependiente: consecuencias de la prevención y la atención”*. Madrid. Inerser.
- Engel, George L. (1992). *“The need for a new medical model: A challenge for biomedicine”*. *Family Systems Medicine*, 10(3), pp (317-331).
- Escohotado, A. (1986). *“La creación del problema (1900-1929)”*. En *Revista española de investigaciones sociológicas*, 34, pp (3-56).
- 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.
- 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).
- Fassin, D. (1999). *“Patetización del mundo. Ensayo de antropología política del sufrimiento”*. En: Viveros, M y Garay, G (ed). *“Cuerpos, diferencias y desigualdades”*. pp (31-41). Bogotá. Universidad Nacional de Colombia
- Foucault, M, (2000). *“Vigilar y castigar. Nacimiento de la Prisión”*. México. Siglo XXI.
- (2003). *“La historia de la Sexualidad: 1. La voluntad del saber”*. Buenos Aires. Siglo XXI.
- Gamella, J. (1997). *“Heroína en España, 1977–1996. Balance de una crisis de drogas”*. En *Claves de Razón Práctica*, 72, pp (20–30).
- Instituto de adicciones. (2011). *“Plan de adicciones de la ciudad de Madrid 2011-2016”*. Madrid. Ayuntamiento.
- https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Adicciones/Plan%20de%20Adicciones/ficheros/PlanAdicciones_2011_2016.pdf
- (2017). *“Plan de adicciones de la ciudad de Madrid 2017-2021”*. Madrid. Ayuntamiento de Madrid. <http://madridsalud.es/wpcontent/uploads/2017/10/PlanAdicciones2017-2021.pdf>
- Kropotkin, P. (1902). *“Mutual aid: A factor in evolution”*. Londres. Heinemann.
- Márquez, S y Meneu, R. (2003). *“La medicalización de la vida y sus protagonistas”*. *Gestión Clínica y Sanitaria*.

- Massó, P. (2014). "*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.
- (2015). "*Cartografía de heterotopías psicoactivas: una mirada a los discursos médicos, jurídicos y sociales sobre los usos de drogas*". *Salud colectiva*, 11(3), 381-399.
<https://dx.doi.org/10.18294/sc.2015.723>
- 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).
- Narcóticos Anónimos. (2006). "*Información sobre NA*". California. Servicios Mundiales de N.A.
- Pallarés, J. (1996). "*El placer del escorpión. Antropología de las heroína y los yonquis*". Lérida. Milenio.
- 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).
- 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*. pp (83-104).
- Wenger, E. (2001). "*Comunidades de práctica*". Barcelona. Paidós.