

*Bianchi, Eugenia; Lorenzo, N. Gimena*

## “La recuperación es para obedientes”: Algunas articulaciones y ajustes metodológicos para el análisis de un tratamiento de adicción a las drogas

**Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales**

2013, vol. 3 no. 1

*CITA SUGERIDA:*

*Bianchi, E; Lorenzo, N. G. (2013). “La recuperación es para obedientes”: Algunas articulaciones y ajustes metodológicos para el análisis de un tratamiento de adicción a las drogas. Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales, 3 (1). En Memoria Académica. Disponible en: [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art\\_revistas/pr.5923/pr.5923.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.5923/pr.5923.pdf)*

Documento disponible para su consulta y descarga en **Memoria Académica**, repositorio institucional de la **Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (FaHCE)** de la **Universidad Nacional de La Plata**. Gestionado por **Bibhuma**, biblioteca de la FaHCE.

Para más información consulte los sitios:

<http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar>

<http://www.bibhuma.fahce.unlp.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia 2.5 de Creative Commons Argentina.  
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 2.5

**"La recuperación es para obedientes"**  
**Algunas articulaciones y ajustes metodológicos para el análisis de un tratamiento de adicción a las drogas**

**"Recovery is for those who obey"**  
**Some methodological articulations and adjustments, for analyzing a drug addiction treatment**

**Eugenia Bianchi**

Instituto de Investigaciones Gino Germani  
(Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales) - CONICET, Argentina  
[meugenia.bianchi@yahoo.com.ar](mailto:meugenia.bianchi@yahoo.com.ar)

**N. Gimena Lorenzo**

Instituto de Investigaciones Gino Germani  
(Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales) - AGENCIA, Argentina  
[gimenalorenzo@gmail.com](mailto:gimenalorenzo@gmail.com)

**Resumen**

El escrito reflexiona sobre la adecuación teórica y metodológica del recurso a las categorías institución total, dispositivo y disciplina, para investigar problemáticas recientes en el campo de la salud-enfermedad-atención, particularmente las denominadas adicciones a las drogas.

De la mano de numerosas investigaciones empíricas, ciertos conceptos se anudan en los análisis, asociándose disciplina-encierro, e institución total-espacio cerrado.

El escrito propone el desacople de estas nociones y la recuperación de su productividad analítica, desde la investigación en un dispositivo terapéutico ambulatorio para la adicción a drogas del Área Metropolitana de Buenos Aires.

Se aborda esta problemática desde una perspectiva etnográfica, con análisis documental, observación participante y entrevistas realizadas a profesionales de la salud de la institución, personal de apoyo y usuarios.

Se concluye que las formulaciones de Goffman y Foucault ayudan a comprender la existencia de modalidades de tratamiento para las adicciones a las drogas que, sin fundarse en el encierro como técnica primordial de control de los cuerpos, sostienen un proceso de clausura y despojo significativos; y que la renuncia a homologar la clausura, y el espacio cerrado a una materialidad, permitió dar realce a una vivencia de despojo subjetivo de parte de quienes se encuentran en tratamiento en la institución.

**Palabras clave:** Institución total; Disciplina; Adicciones; Drogas.

**Abstract**

The article reflects about the theoretical and methodological adjustment of using the 'total institution', 'dispositive' and 'discipline' categories, for investigating recent problems on health-sickness-attention field, especially those called 'drug addiction'.

By the hand of many empirical researches, some concepts were analytically tied, with the result of the association between discipline and confinement, and between total institution and enclosed space.

The article proposal is to uncouple these notions, to recover its analytical productivity, by investigating an outpatient treatment dispositive for drug addiction, located in the Metropolitan Area of Buenos Aires.



This problems are tackled from an ethnographic perspective, with documentary analysis, participant observation, and interviews to the institution' health professionals, supporting staff and drug users. The results include that Goffman's and Foucault's concepts help to understand the existence of drug addiction treatment' forms that are not isolation-centered (as a fundamental body control' technique), but sustain a significant closure and deprivation process. It also includes that renouncing to make equivalent the closure and enclosed space, to a materiality, highlight the subjective deprivation experience for those who were in treatment.

**Keywords:** Total institution; Discipline; Addictions; Drugs.

## 1. Introducción

“Operador terapéutico: Yo marco la diferencia entre abstenerse de consumo y vivir en recuperación. Abstenerse puede abstenerse cualquiera. Vivir en recuperación -que significa cambiar la forma de pensar, la toma de conciencia de la vida, de las dificultades cotidianas de la vida- es una elección que tiene que hacer la persona. Nosotros el trabajo que hacemos es abrir un poquito la puerta. Nosotros en el tiempo que la persona está en tratamiento, logramos que puedan hacer algunos cambios básicos, pero en realidad después la persona tendrá que trabajar día a día, durante toda su vida, para tener una mejor calidad de vida. Hay algunos que inician un real proceso de recuperación, y por ahí uno piensa, con este muchacho no vamos a llegar muy lejos, no hay un parámetro para decir este sí se recupera, este no. Más que nada esto está basado en el tema de la obediencia, siempre acá se remarca, y esto por ahí es un concepto salido de los Doce Pasos, *de que la recuperación no es para inteligentes sino para obedientes*. La recuperación tiene que ver con la obediencia porque muchas veces la persona tiene que ir en contra de su voluntad”.

Desde la publicación en 1961 de *Asylums*, de Goffman, y sumado a la divulgación de *Surveiller et punir* de Foucault en 1975, se han multiplicado diversas investigaciones empíricas en torno a la temática de las instituciones totales, la disciplina y el encierro. Estas investigaciones han puesto luz sobre una miríada de aspectos relativos a los profesionales y sus prácticas, como también a las experiencias de los pacientes y sus familiares (Visacovsky, 2001; Mantilla, 2010).

Se han realizado abordajes centrados en los derechos humanos (CELS, 2007), las políticas públicas (Domínguez Mon, 1997; Pecheny, 2001), la vulnerabilidad social (Epele, 2010; Bourgois, 1996, 2009), los procesos de desinstitucionalización (Faraone, 2003), los estudios sobre género, sexualidad y corporalidades (Pecheny, 2001; Pecheny *et al.*, 2007; Grimberg, 2009), y la estigmatización de los pacientes psiquiátricos (Katstchnig, 2000; Kleinman, 1988).

Estos estudios se articulan con aquellos dedicados a las terapéuticas -tanto formales como informales- de las denominadas adicciones (Menéndez, 1990; Peele, 1995; Epele, 2007; Brandes, 2002; Bourgois, 1996, 2009) atendiendo a los vínculos que pueden rastrearse entre enfermos y sanos, o entre los internos y quienes se encuentran por fuera de las instituciones de encierro (Good *et al.*, 1997).

La riqueza de estos trabajos ha cimentado múltiples tradiciones de investigación socio-antropológica que mantienen su vigencia en la actualidad. Es en el marco de esta amplitud que en ocasiones, ciertos conceptos, cuya ligazón empírica resulta inobjetable, han evidenciado una tendencia a ser entendidos como intrínsecamente anudados, resultando en un desfasaje entre los andamiajes teóricos que han ofrecido pensadores como Goffman y Foucault, -y las tradiciones que han inaugurado o en las que se han inscripto- y las problemáticas efectivas que se vislumbran en el campo hoy en día.

Esta fusión de conceptos como coordenadas para entender la empiria ha redundado en un cercenamiento de las posibilidades analíticas de investigaciones actuales y futuras, ya sea por un forzamiento a calzar los encastres teóricos en el panorama empírico, o por el abandono liso y llano de las nociones, por considerar que éstas han agotado su validez para reflexionar acerca de las nuevas problemáticas.

En tanto entendemos a la teoría como un marco que debe habilitar y enriquecer, en lugar de obturar o restringir la reflexión acerca de la empiria, es que nos propusimos -a la vez que señalar una serie de usos prácticos que la teoría ha tenido en nuestros propios análisis-, realizar un aporte acerca de reformulaciones posibles que, aunque decididamente acotado, resulte de utilidad para un debate en torno a las problemáticas actuales que suscitan estas temáticas.

Para ello, describimos algunos aspectos del funcionamiento de la institución dedicada al diagnóstico y tratamiento por uso de drogas, que caracterizamos como "Hospital de día" con traslado fuera de la institución a cargo de los familiares. Tomamos como coordenadas de análisis las definiciones ofrecidas por Goffman y Foucault sobre *institución total* y *dispositivo disciplinario*, respectivamente.

Los conceptos que frecuentemente han sido anudados en los análisis teóricos, son por un lado *disciplina* con *encierro*, y por otro *institución total* con *espacio cerrado*.

Como resultado de las lecturas críticas que realizamos de dichas nociones, organizamos el análisis de la siguiente manera: trabajaremos el anudamiento *disciplina-encierro*, incorporando el término *dispositivo*, y para la diada analítica *institución total-espacio cerrado*, añadimos la noción de *red institucional de secuestro*. De esta manera, creemos, es posible revitalizar la potencia analítica de los conceptos para dar cuenta de problemáticas actuales.

## **2. Algunas cuestiones metodológicas**

En relación al abordaje metodológico utilizado, se siguieron los lineamientos de una investigación cualitativa (Vasilachis, 2006; Kornblit, 2007; Forni, 1992; Valles, 2000), también denominada *no estándar* (Marradi, Archenti y Piovani, 2007) de carácter etnográfico (Guber, 2004; Kornblit, 2007), que combinó la realización de entrevistas en profundidad

semi-estructuradas, charlas informales -registradas en notas de campo- y observación participante, realizadas al interior de un Hospital de día durante el período que va desde diciembre de 2009 hasta abril de 2011.

Por medio de la participación y co-residencia en la institución, accedimos además a materiales documentales que la misma ofrece a residentes y sus familiares.

Nos contactamos con adultos varones y mujeres, ex usuarios/as de drogas, mayores de 18 años en proceso de rehabilitación, y con diferentes profesionales de la salud y personal de apoyo: psiquiatras, psicólogos/as y operadores terapéuticos.

En consonancia con estas perspectivas, la investigación se cimienta en un *diseño flexible* (Mendizábal, 2006), que permitió definir algunas cuestiones de antemano, mientras que otras fueron fruto del proceso de investigación, y se resolvieron en función de la aproximación al objeto de interés (Marradi, Archenti y Piovani, 2007).

Lo aquí vertido constituye un emergente parcial de una investigación más amplia, llevada a cabo en el marco del proyecto AGENCIA-PICT 2007-01675 (2009-2011), "Vulnerabilidad, acceso y cuidado de la salud entre usuarios/as de PBC (paco) en el AMBA", dirigido por la Dra. María E. Epele.

### **3. Acerca de la institución terapéutica que ocupa nuestra investigación**

A continuación presentamos una descripción de algunos aspectos de la institución analizada relevantes a los fines de la investigación. Para elaborarla, recurrimos a diferentes fuentes que nos proveyeron información. Nos basamos en notas de campo que confeccionamos como fruto de la co-residencia y las observaciones participantes, como también en entrevistas y charlas informales que mantuvimos con los miembros del *staff*, y con los residentes de la institución terapéutica. Por último, nos servimos de materiales documentales escritos, provistos por el equipo de profesionales en nuestras visitas a la institución.

En la institución analizada en el trabajo de campo hallamos dos modalidades principales de tratamiento ambulatorio: una reviste la forma de residencia, bajo la responsabilidad de los familiares; y otra, destinada a aquellos que pueden trabajar, y adherir al tratamiento sin quedar bajo la responsabilidad de las familias. En este escrito nos explayaremos con mayor detenimiento sobre la primera de ellas.

Entre las terapéuticas y discursos circulantes en la institución, el modelo de tratamiento es el Minnesota, basado en los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos, articulado con diversas terapias grupales: entrevistas motivacionales, psicología cognitivo-conductual, gestáltica, terapia racional-emotiva y terapia humanista. En cuanto a las terapéuticas individuales, se realizan sesiones de terapia con enfoque freudiano-laciano, y en algunos casos, cognitivo-conductual.

Desde el punto de vista de los profesionales que trabajan en la institución, y según los lineamientos del Modelo Minnesota, se denomina *residentes* a los individuos que inician el tratamiento. A diferencia del término *paciente*, se espera que la persona encuentre en sí misma la respuesta a su consumo problemático de drogas, enfatizando un proceso activo y por ende, opuesto a la pasividad.

La modalidad de residencia se caracteriza por la extensión del tratamiento intramuros y el apoyo familiar. Posee una frecuencia semanal de seis días a la semana, dentro de una franja horaria que va de las nueve de la mañana hasta las cinco de la tarde. Los familiares del/la residente son quienes quedan a cargo del mismo cuando este/a no se encuentra en la institución.

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

Más específicamente, desde el modelo de tratamiento, se prohíbe hablar de situaciones específicas de consumo, o con “vocabulario de la calle” -el utilizado cuando se encontraban en situación de consumo o “giras”-. En complementariedad, se prohíbe utilizar el nombre de la sustancia específica. Por el contrario, desde los lineamientos de los Doce Pasos se insta a hablar de la droga prevaeciente en la historia de consumo como “sustancia de preferencia”.

Una vez admitido, el/la ingresante es denominado/a residente, debiendo acordar el cumplimiento de determinadas normativas de la institución, consignadas por escrito en diversos documentos internos, que operan como requisitos para la inclusión y continuidad del tratamiento. Como normativa principal y condición del tratamiento, los residentes deben abstenerse totalmente del consumo de drogas; ello significa en términos nativos “estar o mantenerse limpios”. Los/as residentes deben concurrir y retirarse de la institución acompañados por sus familiares.

La segunda modalidad de tratamiento se caracteriza porque el mismo es ambulatorio, sin internación domiciliaria, lo cual supone una mayor reinserción en la comunidad del denominado “adicto en recuperación”. De acuerdo a dicha modalidad, los residentes asisten tres veces por semana a la institución. Esto obedece a que de acuerdo a los parámetros y normativas que mensuran la adhesión al tratamiento de los residentes, la posibilidad de trabajar y cumplir una responsabilidad se volverían indicadores de un mayor grado de incorporación de la disciplina y reinserción social inculcadas desde el *staff*. En la modalidad de Hospital de día, encontramos un registro de presencias y ausencias de los pacientes, la separación espacial del personal y los adictos en recuperación, y el control reglamentario de

lo que puede ser visto, y lo que puede ser hablado. Además de las restricciones arriba señaladas, los/las residentes tienen como prohibiciones mantener cualquier tipo de contacto con personas o situaciones que puedan generarles potenciales deseos de consumo; como también ver personas que consumen, conocidas de la época en que estaban “en carrera”.

El “estar en carrera” es un término nativo utilizado por ex usuarios y profesionales, que remite a las situaciones, relaciones y uso intensivo de drogas en la época de consumo. Analíticamente, es vinculable al concepto de *carrera moral* acuñado por Goffman, que alude al estigma en común que poseen los sujetos estigmatizados, haciéndolos pasar por experiencias de aprendizaje relativas a su condición, y por las mismas modificaciones en la concepción del yo (Goffman, 2007) -en este caso, el ser “adictos”, y luego “adictos en recuperación”-.

Por último, tampoco se les permite ver películas con contenido violento explícito, pornográfico, o centradas –con imágenes muy gráficas- en el uso de drogas, asistir a partidos de fútbol a las canchas, ni ir a bailar (sólo puede asistirse a bailes de Narcóticos Anónimos, donde no se permite el consumo de alcohol ni drogas).

Cualquier infracción se penaliza con la suspensión del residente, el cese del tratamiento, o la quita de privilegios adquiridos.

En resumen, se busca evitar que se hable de drogas y evocar por cualquier medio los efectos placenteros que las mismas pueden ocasionar.

Asimismo, existe al interior de la institución un *staff* compuesto por profesionales y auxiliares: psicólogos/as, psiquiatras y operadores terapéuticos, diferenciado de los pacientes de modo jerárquico. Entre los operadores terapéuticos algunos tienen antecedentes de consumo de sustancias, pudiendo tratarse de ex usuarios de drogas que han pasado exitosamente por el proceso de rehabilitación, y que llevan varios años sin consumo. También hay operadores sin experiencias de consumo.

Desde el Programa de Doce Pasos, se considera importante llevar el mensaje del tratamiento a quienes continúan sufriendo la adicción, de manera que quienes mejor pueden ayudar a un adicto son los ex adictos:

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

En el dispositivo terapéutico se realizan diferentes actividades, como talleres psico-educativos, y lectura grupal en voz alta de escritos de los residentes, relatando acontecimientos diarios, sentimientos y dificultades en el tratamiento. Está articulado además con actividades de educación formal orientadas a la reinserción social.

Existe además un espacio de actividades recreativas, deportivas y artísticas: se juega al fútbol y/o vóley, y se realizan talleres literarios, de cine y teatro.

Los operadores terapéuticos -quienes a su vez desempeñan el rol de consejeros- dirigen diferentes terapias grupales que apuntan a la construcción de una subjetividad intra e intergrupala, con miras a la modificación de conductas y pensamientos de residentes, y a la postulación de valores nuevos. Los psiquiatras y psicólogos están encargados del tratamiento individual de los pacientes.

El criterio diagnóstico utilizado por los psiquiatras en la institución es el establecido por el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales, en su cuarta versión, revisada, o DSM-IV-TR (APA, 2000).

De acuerdo con el mismo, una serie de conductas son codificadas como trastornos o patologías, y en caso de ser necesario, se suministra a los residentes medicación psicotrópica. Entre las medicaciones prescritas, se administran estabilizadores del ánimo (valproato de magnesio, carbamazepina), y antiimpulsivos, antipsicóticos (risperidona) y, en menor medida, ansiolíticos (clonazepam, alprazolam).

El modelo de Doce Pasos surgió originalmente con la fundación de Alcohólicos Anónimos, en el año 1935, en Estados Unidos. Concibiendo a la enfermedad como incurable, y vinculándola a las emociones, el cuerpo y el espíritu, este modelo de autoatención (Menéndez, 1990) se centra en la ayuda mutua de los miembros de la confraternidad, quienes asisten a reuniones conjuntas. Con posterioridad, este modelo se trasladó a diferentes dominios sociales que adquieren entidad de enfermedad (Peele, 1995), como por ejemplo Jugadores Anónimos.

En 1985, se funda Narcóticos Anónimos en Argentina, extendiéndose a lo largo de todo el país. La concepción de adicción es la de una enfermedad primaria (es decir, que no es respuesta a otra enfermedad) “crónica y progresiva, que nos arrastra invariablemente a los mismos lugares: cárceles, hospitales y muerte” (NA, 1991). Trabaja desde la abstinencia completa, incluido el alcohol, y sobre el comportamiento, planteando un programa de mantenimiento diario.

Simultáneamente, surgen grupos de ayuda mutua para familiares: Nar-Anón (familiares de adictos) y Al-Anon (familiares de Alcohólicos). Los familiares son concebidos como “co-dependientes” del adicto, o “co-adictos”.

Los familiares asisten semanalmente a “reuniones multifamiliares”, de las que no participan residentes, y a “grupos de ayuda mutua” según el modelo de Doce Pasos.

#### **4. (Re)anudando la diada disciplina-encierro. La noción de *dispositivo***

Habitualmente se ha señalado que un *dispositivo* puede definirse como la red que une un conjunto heterogéneo de discursos y prácticas extradiscursivas, pudiendo comprender



entonces instituciones, instalaciones arquitectónicas, reglamentos, leyes u otras medidas administrativas, enunciados de carácter científico, filosófico, moral o filantrópico (Foucault: 1991).

Estas características han sido a menudo fusionadas con las que se expresan en particular en los dispositivos denominados disciplinarios, donde los discursos y prácticas extradiscursivas acontecen en un:

“espacio cerrado, recortado, vigilado, en todos sus puntos, en el que los individuos están insertos en un lugar fijo, en el que los menores movimientos se hallan controlados, en el que todos los acontecimientos están registrados, en el que un trabajo ininterrumpido de escritura une el centro con la periferia, en el que el poder se ejerce por entero, de acuerdo con una figura jerárquica continua, en el que cada individuo está constantemente localizado, examinado y distribuido entre los vivos, los enfermos y los muertos”. (Foucault 2002: 201)

Esto ha conducido a que la noción de dispositivo haya sufrido una equiparación y reducción a una de sus formas, la disciplinaria, cuando el análisis realizado por Foucault ha incluido también otros tipos de dispositivos, como los de soberanía y de seguridad (Foucault: 2005, 2006).

A pesar de estas dificultades teóricas del concepto de dispositivo, creemos que es válido recuperarlo para analizar la institución sobre la cual realizamos el trabajo de campo en nuestra investigación. De hecho, algunas de las características reseñadas en la definición del dispositivo de poder disciplinario se vislumbran en dicho hospital de día, verificándose el accionar conjunto y articulado de los siguientes elementos:

- la acción capilar del ejercicio del poder, que llega hasta lo más profundo del sujeto, a todas sus acciones y pensamientos,
- la meticulosidad del control, desplegado bajo diferentes formas,
- la rigidez e inflexibilidad de las normas expuestas en el formato de un *reglamento*, que actúa al interior del dispositivo de poder como micropenalidad,
- y los castigos y sanciones como respuestas normalizadoras para el encauzamiento de las conductas, entendidas en términos del par *limpio-adicto*, sobre el cual se sustenta este tipo de ejercicio de poder.

Remitimos por un lado a la noción de *reglamento* más allá de su materialidad en forma de documento escrito. Nos enfocamos en la existencia de códigos y prácticas divisorias (Rose, 1996) que prescriben aquello que resulta susceptible de sanción, y lo escinden de aquello que no lo es.

Por otro lado, la representación de lo *impuro* y, como tal, hacedor de *suciedad* que ofende al orden -desde el imaginario social de contaminación, terror y transmisor de contagio- se opone al ideal de *pureza* asociado a lo limpio (Douglas, 2008). Estas nociones son relativas (lo que es limpio para una cultura, puede ser sucio para otra). En este sentido, utilizamos las

categorías de Douglas para pensar el “ser adicto” como vinculado a lo sucio, que ofende el orden, estableciéndose una antinomia/polarización entre el “ser adicto” y el “estar limpio”.

Teniendo en cuenta estos elementos, puntualizamos algunos aspectos del tratamiento que ofrece esta institución, que permiten pensarla como un dispositivo de poder disciplinario, y que despliega una serie de técnicas de índole disciplinaria.

Fundamentamos esta caracterización de la institución como un dispositivo de poder disciplinario, en los resultados que obtuvimos del trabajo de campo, abriendo un panorama de análisis que hizo inteligible el ejercicio del poder de disciplina al interior del hospital de día.

Abordamos dichas técnicas disciplinarias a partir de cuatro grandes tópicos: la complejización del espacio, la complejización del tiempo, la vigilancia, y el castigo.

## **5. El espacio disciplinario**

El ejercicio de la disciplina requiere la distribución de los individuos en el espacio. Para ello recurre a una batería de técnicas diversas. Algunas de ellas son:

El principio de clausura: En ocasiones la disciplina exige la clausura. Foucault la define como “un lugar heterogéneo a todos los demás y cerrado sobre sí mismo” (Foucault, 2002: 145). Estos elementos -heterogeneidad, especificidad y mínimo de relaciones con respecto a los demás espacios- se relacionan con la idea de encierro, como técnica general de control sobre los cuerpos. Al interior del espacio clausurado reina la disciplina. Y la clausura es, aunque no la única, una de sus condiciones de posibilidad, ya que es en un espacio cerrado donde se hace posible el despliegue del conjunto de las técnicas que aquí tratamos.

El tratamiento que brinda este dispositivo tiene como modalidad terapéutica el Hospital de día, por lo que no cabría pensar, en principio, que aun considerada como dispositivo de poder disciplinario, recurra a esta técnica para el control sobre los cuerpos. Sin embargo, como resultado de nuestra investigación creemos que sí es válido pensar que recurre a ésta. Precisamente porque además del ámbito hospitalario, fuera de él operan una cantidad de otros dispositivos -o bien de tipo disciplinario, o que han sido disciplinarizados-: la familia, los amigos, las parejas, los compañeros, los maestros, los grupos de ayuda mutua basados en los Doce Pasos; todos ellos entrenados estratégicamente en el saber y las técnicas de la institución, con lo cual el tratamiento se continúa más allá de los límites del emplazamiento.

La disciplina, a diferencia de otras estrategias de poder, ejerce una fuerza centrípeta, y esta característica contribuye a que el encierro y la clausura se prolonguen en el tiempo además del espacio, circunscribiendo los márgenes de acción para los pacientes bajo tratamiento.

En este sentido, y como rige en el reglamento de la institución, los pacientes bajo tratamiento tienen restricciones para circular sin compañía fuera de la institución, no pueden manejar dinero ni utilizar celulares, deben dar cuenta de los actos imprevistos, las

inasistencias a reuniones de grupo, las llegadas tarde, las relaciones amorosas con compañeros de tratamiento, y para ver a personas vinculadas a la época de consumo.

Por otra parte, si bien en las charlas informales y entrevistas no hemos recabado de parte de los/las residentes expresiones explícitas acerca de sentimientos de pérdida de autonomía, sí fueron frecuentes las quejas por no disponer de dinero, por la restricción al uso de celular durante la estadía en el hospital, por la prohibición de tomar mate o fumar fuera de los horarios de recreo. Estas quejas, sumadas a los permisos que se solicitan por medio de asambleas (y deben ser evaluados por profesionales), y las molestias por no contar con los mismos derechos o privilegios que los profesionales, denotan lo que podría denominarse como una situación subjetiva de encierro.

Estas consideraciones nos permiten, a su vez, incorporar la noción de *institución total*, desarrollada más abajo, para reflexionar acerca de este hospital de día.

El principio de distribución jerárquica: La vigilancia y el control son dos objetivos de las disciplinas. Para cumplirlos, se hace necesario ubicar y asignar a los individuos en lugares precisos. Pero así como la docilidad, también debe hacerse efectiva la utilidad, de manera que el espacio disciplinario debe ser también un espacio de emplazamientos funcionales. La ubicación del individuo en un lugar específico, cuya asignación se guía por un principio de utilidad, no es inmutable.

La intercambiabilidad de los elementos es otra característica del espacio disciplinario. Cada elemento queda definido por el lugar que ocupa en una serie, y por la distancia que lo separa de los otros elementos de la serie. La disciplina opera a partir del establecimiento de rangos, y la unidad viene dada por el lugar que se ocupa en una clasificación. Dichos lugares son intercambiables, porque la jerarquía no es solo compartimentada, es también relacional.

El rango define la forma de distribución de los individuos en el orden disciplinario. La inserción en cierto rango es obligatoria y necesaria para que ese cuerpo sea inscripto en la disciplina, pero es también modificable en función del logro de metas, la adquisición de conocimientos y valores o méritos, del cumplimiento de tareas, de la resolución de dificultades, etc.

El individuo se desplaza por esas series que dan cuenta de su avance en el tratamiento y marcan una jerarquía de saber o de poder. En esta disposición por rangos, los individuos se sustituyen unos a otros, móviles pero fijos a la vez en una misma grilla disciplinaria.

De la entrevista a un operador terapéutico surgen elementos que nos permiten considerar que el principio de distribución jerárquica opera en el hospital de día, tanto en lo referido a la organización de las actividades, como al establecimiento de rangos y jerarquías:

“Operador terapéutico: A través del tratamiento, estos chicos empiezan a tener un orden. Desayunan, almuerzan, meriendan, cenan, duermen, se bañan, se

afeitan. A partir de empezar el tratamiento, estos chicos no son los mismos que llegaron. A través del tratamiento estos chicos aprenden, en este tratamiento los hacemos leer y escribir mucho, estos chicos aprenden vocabulario nuevo. Acá los chicos tienen que admitir que tienen un problema con el uso de sustancias, si no lo admiten, no cambian (...). Acá trabajamos en que la persona modifique la estructura de pensamiento, y que aprenda nuevas estrategias para enfrentar las situaciones cotidianas (...) el tercer paso implica el ser obedientes con todo lo que les vamos a decir. No hacer su voluntad sino hacer la voluntad del otro. Que es el caso del tratamiento”.

Del fragmento de entrevista emerge también que la inscripción del cuerpo en la disciplina es formativa de una nueva subjetividad.

Gracias a la co-residencia y la observación participante, obtuvimos otro tipo de información que da cuenta de la aplicación de la técnica de distribución jerárquica. Por ejemplo, que en la institución se fomenta la contabilización de los días “limpios” (sin consumo) como parámetro más general que da cuenta de un avance en el tratamiento. Cada sujeto, al leer para el grupo el registro escrito diario de sus pensamientos y acciones debe mencionar la cantidad de días sin consumir. La recaída -entendida como volver a hacer uso de sustancias- hace que esta contabilización retroceda a cero, lo que implica no solo un retroceso en el tratamiento, sino un rasgo central de la disciplina, que es la sanción.

Esta introducción de la dimensión temporal nos permite pasar a la otra gran esfera en la que la disciplina se complejiza en su accionar: el tiempo.

## **6. El tiempo disciplinario**

El tratamiento del tiempo adquiere en las disciplinas un carácter particularmente minucioso. Analizamos las connotaciones del ejercicio como técnica disciplinaria.

El ejercicio: Esta técnica de tratamiento del tiempo en las disciplinas se caracteriza por la asignación de tareas repetitivas pero diversas, y de complejidad creciente, cuya consecución se orienta hacia un estado terminal. Esta linealidad y progresividad es la que posibilita que el individuo sea constantemente clasificado, en tres sentidos: en relación con los demás individuos, en relación con el objetivo final del ejercicio y, por último, en relación a sí mismo en las diversas instancias de su propio desempeño. La resolución de tareas crecientes va marcando en el cuerpo la adquisición de un saber y de un comportamiento “adecuados”.

Tomando estas consideraciones reflexionamos acerca de cómo esta técnica es aplicada en el Hospital de día y concluimos que allí el ejercicio adopta varias formas, relacionadas con los avances en el tratamiento.

Por ejemplo, como resultado de la observación participante en la institución, documentamos que se realizan talleres para identificar, junto con los residentes, cuáles son los disparadores externos que pueden contribuir a una recaída, buscando prevenirlas. En dichos talleres los

residentes dan cuenta de situaciones, lugares o factores que deben evitarse para abstenerse del consumo, y que son disparadores de un potencial deseo de utilizar sustancias. Entre los mismos se mencionan: peleas, ir a bares, escuchar música, ver películas durante o después del trabajo, durante una fecha significativa, cuando llueve, cuando hay sol, los fines de semana, durante el acto sexual, estando solo, en fiestas, cuando hay dolor físico, en recitales, al subir de peso, en vacaciones, en feriados, en lugares de consumo, con gente de consumo, en un boliche, teniendo dinero, en el tren, en la esquina, en la plaza.

Existen también restricciones para el uso y manejo de dinero, que como señalamos, se encuentra vedado a comienzos del tratamiento. Asimismo, solo están permitidas ciertas acciones en determinados momentos, como fumar y tomar mate, que solo puede llevarse a cabo en los recreos.

Creemos que estos aspectos pueden entenderse como ejercicios, porque suponen una complejidad creciente en el autodomínio de las emociones y sentimientos. Y, en tanto subrayamos el doble carácter del castigo disciplinario -que recurre a esquemas judiciales y del tipo del ejercicio-, también pueden considerarse castigos.

La consecución exitosa de estas actividades significa el paso a una instancia superior del tratamiento. Implica una mayor responsabilidad y la recuperación -siempre parcial y relativa- de una cierta autonomía, y en ese sentido se trata de una complejidad creciente al estilo del ejercicio.

Es necesario tomar en cuenta también cómo es concebido el individuo que inicia el tratamiento, resultando nodal la concepción de enfermedad que se maneja: la adicción considerada como crónica y progresiva, abarcando dimensiones emocionales, espirituales y corporales. En dichas dimensiones, se alude a los defectos de carácter del sujeto fijado como adicto. La adicción es pensada en términos morales, que implicarían deshonestidad, mentira y manipulación. En una entrevista queda expuesta esta concepción del individuo al iniciar su tratamiento:

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

El correlato de un estado de salubridad-normalidad es que el individuo esté “limpio”. La díada antinómica queda conformada pues con las nociones adicto-limpio. También de la entrevista a un operador terapéutico:

“Estar limpio [es] lo más básico, es que no consuman sustancias, el químico. Estar limpio también significaría vivir en paz. Uno vive en paz cuando no tiene cosas que ocultar, cuando no tiene cosas que lo estén movilizándolo por dentro. Estar limpio es poder sentarse y hablar de todo lo que a uno le pasa, y caminar tranquilo”. (Operador terapéutico)

Relacionada con esta progresividad en el avance del tratamiento, que se liga al ejercicio (y que incluye la faceta del castigo), la toma de conciencia de la enfermedad alude al “mantenerse limpios” no solo de las sustancias químicas, sino de las cualidades morales negativas propias de la personalidad adictiva, a través de procesos de normalización que apelan a valores como la bondad y la honestidad.

Siguiendo a Douglas, las ideas de la contaminación en la vida social actúan en los niveles expresivos e instrumentales. En el marco de la sociedad, las creencias en los peligros dan cuenta de las faltas en la rectitud en las que sus miembros temen incurrir. De este modo, las leyes de la naturaleza -en este caso las enfermedades- sancionan al código moral. De allí, ciertos valores morales se sostienen por la creencia en el contagio peligroso (Douglas, 2008). Y en el caso analizado, modelan el par adicto-limpio, no solo en el marco de la institución, sino también en la sociedad mayor. Desde el testimonio de un operador terapéutico:

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

Lo expuesto en las entrevistas es, creemos, central para pensar porqué la terapéutica del hospital de día se corresponde con un tratamiento marcadamente disciplinario; y cómo el reverso de una enfermedad concebida como capturando por completo al individuo, sus valores y moral es la captura total del mismo en un tratamiento disciplinario.

Desde el saber-poder que se ejerce, lo que se dispone como más complejo en el tratamiento tiene que ver con dejar en manos del individuo ciertos actos y responsabilidades que -por su condición de enfermo- al principio le son vedados.

## **7. La vigilancia disciplinaria**

La disciplina es un arte del reencauzamiento de las conductas. Fabrica individuos, impregnando esos cuerpos y sus gestos, sus discursos y sus fuerzas, con toda la batería de técnicas que hemos mencionado. Por eso, como apunta Foucault:

“Hay que cesar de describir siempre los efectos de poder en términos negativos: ‘excluye’, ‘reprime’, ‘rechaza’, ‘censura’, ‘abstrae’, ‘disimula’, ‘oculta’. De hecho, el poder produce; produce realidad; produce ámbitos de objetos y rituales de verdad. El individuo y el conocimiento que de él se puede obtener corresponden a esta producción”. (Foucault, 2002: 198)

El carácter productivo del poder disciplinario se advierte en que, con su recurso al análisis minucioso de los cuerpos, con su clasificación incesante, con su descomposición del tiempo y del espacio, con su tratamiento de la multiplicidad y de la singularidad, etc. intenta encauzar a las multitudes móviles, confusas, inútiles (en el caso que nos ocupa puede agregarse además: adictas). Este encauzamiento se lleva a cabo a través de dos instrumentos: la vigilancia y el castigo.

La vigilancia jerarquizada: “El ejercicio de la disciplina supone un dispositivo que coacciona por el juego de la mirada; un aparato en el que (...) los medios de coerción hacen claramente visibles aquellos sobre quienes se aplican” (Foucault, 2002: 175). La vigilancia jerarquizada necesita de un sistema de relevos para que el soporte arquitectónico posibilite el ejercicio de un poder homogéneo y continuo.

La organización más adecuada para estos relevos resulta ser la piramidal -y no la circular-, puesto que responde a la vez a dos exigencias: por una parte habilita la formación de un sistema sin solución de continuidad, pudiendo de este modo multiplicar sus escalonamientos y distribuirlos en torno a toda la superficie que se desea controlar, y por otra, es lo suficientemente sutil como para no obstaculizar la realización de la actividad, integrándose al dispositivo como una función que potencia sus efectos en lugar de reprimirlos.

La vigilancia jerárquica también necesita de personal especializado y diferenciado de los cuerpos a encauzar, y constantemente presente. Pero al ser piramidal, incorpora toda una serie de niveles de vigilancia jerárquica, que no se limitan a la existencia de este personal especializado. Es por ello que recurre también a la selección de los más destacados entre los individuos a disciplinar.

En la institución que analizamos, pudimos rastrear un procedimiento de acuerdo con el cual los residentes más avanzados en el tratamiento, o ya recuperados (hayan sido o no tratados en esta institución), asisten a los médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y operadores terapéuticos. Verificamos además que existe una ceñida y escalonada jerarquía de vigilancia circundando continuamente a los pacientes, y una distribución jerárquica, conformada por un equipo multidisciplinario, pero también de residentes que “están limpios” desde hace un tiempo considerable, con alta adhesión al tratamiento, seleccionados entre

los propios residentes. Por último, identificamos que la familia entrenada actúa como pilar de la vigilancia jerarquizada, continua y funcional, posibilitando la prolongación de esta técnica fuera del dispositivo.

La progresividad del avance en el tratamiento viene dada, como enunciamos, por la consecución de tareas y actividades que están vedadas en sus inicios. Pero además, el avance, el paso de una fase a otra, también posibilita encontrarse en etapa de reinserción, y en ese sentido habilita a buscar trabajo, o ir y volver solos de la institución; y ejercer ellos mismos la vigilancia jerarquizada, dentro del grupo, de quienes recién inician el tratamiento. De modo que las jerarquías ingresante y en reinserción están atravesadas por la consecución de múltiples actividades, ejercicios y prácticas, señaladas más arriba, que dan cuenta de vigilancias cruzadas y en múltiples direcciones.

La vigilancia jerarquizada, continua y funcional convierte al poder disciplinario en un sistema integrado. Un poder que no se ejerce únicamente “de arriba hacia abajo”, que aunque se ejerza sobre individuos, es relacional; y que se organiza como un sistema de relaciones en las que es también posible la resistencia “desde abajo”.

El poder, entonces, no se detenta como una cosa, ni es transferible como una propiedad o bien. Y aunque por organizarse de manera piramidal, existe un jefe, es el aparato en su conjunto el que produce poder, con sus múltiples atravesamientos y resistencias, distribuyendo a los individuos en ese campo de lucha constante.

La multiplicidad de redes de poder que se tejen sobre el paciente bajo tratamiento se fortalece y reactualiza con el aporte de toda otra cantidad de relevos que representan diferentes peldaños de la estructuración jerárquica de vigilancia.

## **8. El castigo disciplinario**

El funcionamiento de un particular mecanismo de penalización es común en los sistemas disciplinarios. El mismo está compuesto por una serie de elementos: la micropenalidad, la sanción normalizadora y la norma como principio de coerción. Desarrollamos esta última.

La norma como principio de coerción: Al presentar una dimensión positiva, una función normalizadora y no meramente represora, los sistemas disciplinarios despliegan el castigo tomando elementos no solo de esquemas judiciales del tipo calabozo, de aislamiento del grupo, o de negación de permisos, sino también recurriendo a castigos del orden del ejercicio, que se basan en la repetición continuada de actividades para asegurar el efecto correctivo, el encauzamiento de conductas. Estas normativas se hacen patentes en la institución de diverso modo.

Uno de ellos es el cronograma, que formaliza las actividades a desarrollar durante el día, y establece tiempos y regularidades para llevarlas adelante. Sin embargo, como constatamos



a través de la co-residencia, las actividades se aprueban o rechazan en función de la condición de enfermo/a del/la residente, y de su estado de avance en el tratamiento.

Encontramos en dicho cronograma un uso del tiempo de los residentes minuciosamente detallado: al llegar a la institución se establece media hora para el desayuno. A continuación, por espacio de una hora y quince minutos se trabaja en los talleres grupales de lectura de los sentimientos, acciones y pensamientos diarios de cada uno de los residentes. Luego se suceden quince minutos de recreo, donde se permite tomar mate, fumar, y realizar alguna actividad recreativa. Por una hora más, hasta el almuerzo, se retoman las actividades de escritura individual en base a diferentes consignas. El almuerzo incluye el reparto de las actividades que llevarán adelante los residentes, como poner la mesa y lavar los platos, para las que se turnan; y se extiende durante una hora. Luego, hay un nuevo recreo de quince minutos, y se procede a una hora y media de actividades deportivas y/o plásticas y literarias. Luego de ello, se dedica una hora al colegio, con profesores que preparan en determinadas asignaturas pendientes de la escuela secundaria, que en la mayoría de los casos, se encuentra incompleta. Al finalizar el colegio, y también por espacio de una hora, se vuelve a los ejercicios de escritura, que pueden ser de temáticas libres, o propuestas por los coordinadores grupales. En la última media hora, se toma la merienda y los residentes que no están en etapa de reinserción aguardan la llegada de sus familiares para retirarse.

Luego de cada ingesta de comida, los residentes deben aguardar al enfermero, quien les proporciona individualmente la medicación suministrada por el psiquiatra, y controla que la misma sea ingerida.

Cualquier desviación de estas actividades habilita suspensiones y negación de permisos para los/las residentes, y establece retrocesos en el tratamiento.

En relación a lo expuesto, en la institución analizada los castigos y privilegios guardan estrecha relación con la consideración de la desviación de la norma como una enfermedad. La aplicación de unos u otros se lleva a cabo en función de la condición de adicto, siendo este el núcleo desde el cual las desviaciones son entendidas, de modo tal que todos los aspectos de sus vidas quedan enredados en la trama de poder disciplinario, y todo es concebido en relación con el cuerpo adicto.

Llegamos así a la idea de que el castigo debe considerarse en los dispositivos disciplinarios como uno de los polos de una relación doble, el sistema gratificación-sanción (Foucault, 2002: 185), que opera en el proceso de corrección y encauzamiento de las conductas. Se trata de la conversión del yo del adicto y su progresiva normalización. Lo expuesto es asimilable al análisis de Goffman, quien entiende el castigo en las instituciones totales como inscrito en un sistema de sanciones y privilegios. Como señala Goffman acerca de las *instituciones totales*, todo el accionar del sujeto es entendido

y releído a la luz de aquello (llámese patología, adicción, crimen) que hizo que fuera incorporado en la institución total. Todo el comportamiento es reinscrito dentro de los parámetros -en este caso de enfermedad y salud, de adicción y pureza- establecidos por la institución.

De esta manera, lo normal se establece como el principio de coerción, en una búsqueda por la estandarización que apunta a la homogeneidad a la vez que individualiza, al permitir las desviaciones, determinar los niveles, fijar las particularidades y volver útiles las diferencias, ajustándolas unas a otras.

### **9. Dispositivos en movimiento**

Hasta aquí desarrollamos cómo algunas de las características que definen teóricamente al dispositivo de poder disciplinario son pertinentes para reflexionar acerca de las particularidades que reviste la institución terapéutica que investigamos. En este apartado nos ocupamos de trabajar en primer lugar, cómo la noción de dispositivo, más allá de sus características, es conceptualizada en su dinámica, en su operatoria, y las posibilidades analíticas que abre en el caso bajo estudio.

En términos generales, la preocupación por el “qué” (por las características de un dispositivo) ha ido en desmedro de una comprensión acerca del “cómo” (se despliega y opera el mismo), resultando menos enfática la atención que se ha prestado al hecho de que las características y particularidades de los vínculos que se dan entre esos elementos heterogéneos que conforman la red, son las que dan el “tono” del dispositivo, y la relevancia estratégica a la que el dispositivo viene a responder.

De allí la importancia de las nociones de “sobredeterminación funcional” y “relleno estratégico” (Foucault, 1991: 129), también traducido como “ocupación estratégica” (Terán, 1985: 185), y literal del francés *remplissement*, como “rellenamiento estratégico” (Castro, 2006:99). Estas nociones dan cuenta de dos momentos diferenciados: el primero, en el cual surge el dispositivo respondiendo a una urgencia, y cumpliendo objetivos con relación a esa urgencia. Y el segundo, en el que los efectos de los objetivos (cumplidos o no, buscados o no) entran en un juego de articulaciones y contradicciones. Como resultado de este interjuego, se producen reajustes, resonancias y revisiones de los elementos heterogéneos que componen el dispositivo. A esto llama Foucault la sobredeterminación funcional. En este segundo momento, y en relación con el proceso de sobredeterminación funcional, se produce el relleno estratégico del dispositivo, que consiste en que, efectos no previstos de antemano, y funciones que rebasan las buscadas al formarse el dispositivo, ingresan en interjuego estratégico, reinscribiéndose y modificando los efectos producidos.

De manera que el análisis de un dispositivo en particular, debe atender no solo a sus características, sino también al modo en que operan sus elementos con relación al campo

estratégico e histórico en el que se inserta. Esto permite ampliar las consideraciones respecto de los dispositivos disciplinarios, para contemplar también otros tipos de dispositivos analizados por Foucault, por ejemplo, la familia.

Foucault entiende que la familia no es un dispositivo disciplinario, sino que se trata de un dispositivo de poder de soberanía (Foucault, 2005), en su funcionamiento y en su microfísica, por varias razones. En primer lugar, porque el poder que ejerce la familia es verticalista y no capilar. Es un poder de relaciones asimétricas, de arriba hacia abajo, desde la figura del padre como polo más intenso de la individualización -ya que es quien porta el apellido y ejerce el poder en su nombre-, hacia el polo más indiferenciado que constituyen la madre y los hijos. Esta individualización por la cima se aleja completamente del ejercicio capilar del poder disciplinario. Luego, está presente en la familia una marcada referencia a un acto anterior -constituido ya sea por el matrimonio o por el nacimiento-; referencia constante a un tipo de lazos, compromisos y dependencia que quedan establecidos de una vez para siempre y que la dotan de una solidez tal que, aunque sobre este núcleo puedan adherirse mecanismos de vigilancia, cuando éstos dejan de operar, la pertenencia a la familia persiste. La vigilancia -constitutiva y permanente en cualquier sistema disciplinario- se presenta en la familia como un aspecto meramente complementario.

En tercer lugar, Foucault entiende a la familia como inserta en una densa imbricación de relaciones heterotópicas, donde se entrelazan vínculos locales, contractuales, de propiedad, con compromisos personales o colectivos, y que se oponen a las relaciones isotópicas de los sistemas disciplinarios.

Sin embargo, la familia persiste como dispositivo de soberanía, y se relaciona con otros dispositivos que son de tipo disciplinario. ¿Cómo explica esto Foucault? Desde sus análisis, la persistencia de la familia como dispositivo de soberanía en el marco de un diagrama general que no es el del poder soberano, se explica porque la familia, lejos de ser considerada como un residuo, una pervivencia o un resabio del poder de soberanía, está dotada de una marcada funcionalidad, con lo cual resulta más adecuado entenderla como una bisagra, un punto de enganche para la trama de dispositivos disciplinarios, e indispensable para el funcionamiento de los mismos.

En tanto el dispositivo viene a responder a una urgencia, su funcionalidad no es única ni fija, y puede adecuarse al campo estratégico en el que se inscribe, a la vez que transformar la correlación de fuerzas en el mismo. Por ello, y volviendo al ejemplo, así como el modelo familiar se transfiere al interior de los sistemas disciplinarios, un cierto conjunto de técnicas propiamente disciplinarias se incorporan a la familia. Se da un doble proceso: por un lado, de colonización de la disciplina por parte de la familia y, por otro, un proceso de disciplinarización interna de la familia (Foucault, 2005), de manera tal que se mezclan con

los mecanismos soberanos, una serie de formas, de esquemas y de técnicas de poder propias de la disciplina.

En virtud de este proceso, la familia se ve exigida a actuar como instancia disciplinarizada que detecta y decide entre lo normal y lo anormal, entre lo regular y lo irregular. Y una vez que esto ocurre, está obligada también a remitir a esos individuos díscolos a los dispositivos normalizadores, para su reencauzamiento y posterior devolución, ya como individuos dóciles y útiles, para ser sometidos al esquema de soberanía que es propio del funcionamiento familiar.

Todas estas consideraciones han sido contempladas para el análisis del hospital de día. En el esquema de tratamiento de dicha institución, por ejemplo, la familia ocupa un lugar central en la detección de comportamientos que conduzcan a que los sujetos en tratamiento ingresen en situaciones de riesgo, que los lleven nuevamente al consumo problemático de drogas. Así, por medio de un documento que se les entrega, se instruye a los familiares acerca de qué es la adicción desde la perspectiva biomédica:

“La Adicción es una enfermedad neurobiológica primaria, crónica, con factores genéticos, psicosociales y medioambientales que influyen su desarrollo y sus manifestaciones. La Adicción está caracterizada por conductas que incluyen una o más de las siguientes:

- Imposibilidad de controlar el uso de drogas
- Uso continuo a pesar de experimentar daño
- Uso compulsivo
- Anhelo/deseo”

Asimismo, se promueve desde la institución la instrucción en los saberes biomédicos acerca de las diferentes drogas y sus efectos, como modo de detección del comportamiento anormal. En este caso se describen tanto los efectos psicológicos del consumo como los físicos. En el mismo documento:

“Los efectos psicológicos inmediatos de la cocaína son similares a los de las drogas estimulantes e incluyen:

- Euforia
- Aumento de la energía
- Aumento de locuacidad
- Aumento de la agilidad mental
- Aumento de la sensibilidad a las sensaciones de la vista, el sonido y el tacto
- Aumento de la confianza
- Aumento de los sentimientos de deseo sexual

Los efectos físicos inmediatos de la cocaína incluyen:

- Contracción de los vasos sanguíneos
- Pupilas dilatadas
- Aumento de la temperatura
- Aumento de la frecuencia cardíaca
- Aumento de la presión arterial
- Disminución del apetito
- Disminución de dormir”

En este caso, la familia adiestrada y disciplinarizada estará atenta en el seno familiar a cualquier síntoma que pueda indicar el consumo de sustancias, tornándose agente medicalizador, y garante de la lógica disciplinaria institucional.

## **10. La institución total**

Goffman (1998) describe las instituciones totales y el efecto que el internamiento tiene sobre el sujeto en términos de agresiones contra el yo. La sociedad moderna puede caracterizarse, de acuerdo con su análisis, por la separación y complejización de las esferas en las que se desarrolla la vida cotidiana de los sujetos. A los efectos de describir la noción de institución total, se detiene en tres esferas de la vida cotidiana: la del descanso físico (dormir), la del esparcimiento (jugar), y la de la actividad (trabajo) (19).

Se espera que estos tres ámbitos de la vida acontezcan en lugares diferentes, que el individuo pueda por ello interactuar con diferentes personas, bajo autoridades diferentes, y que las distintas esferas presenten una dinámica relativamente autónoma, sin que las mismas formen parte o se articulen en pos de la consecución de un plan general y con pretensiones de racionalidad. Precisamente, el rasgo central para aproximarse al concepto de institución total reside en que en este se verifica un resquebrajamiento de las barreras que garantizan la escisión entre tales esferas de la vida cotidiana. Algunas categorías de análisis para dar cuenta de las características que reviste la vida del paciente en una institución total son:

Regimentación y tiranización: En el afuera, en la sociedad civil, un sujeto tiene ciertos márgenes de albedrío para el desempeño de la mayoría de sus actividades, y -salvo en situaciones específicas- no se problematiza o cuestiona la corrección de sus actos. A la vez, muchas de sus conductas son pasibles de ser vistas como cuestión de gusto personal, como elección de una opción entre muchas. Esto supone que fuera del ámbito de una institución total, el sujeto no tiene que estar constantemente a la defensiva, para advertir posibilidades de crítica o sanción con respecto a las actividades que desarrolla. Una gran cantidad de las mismas quedan sustraídas de la intervención de la autoridad, con lo cual el sujeto puede programar sus actividades de acuerdo con criterios propios de máximo provecho.

Por el contrario, en una institución total, el personal encargado del cuidado y manejo de los internos puede someter a juicio e invocar reglamentos respecto de hasta acciones nimias de las personas allí encerradas. Cada especificación despoja al sujeto de la posibilidad de balancear sus necesidades y objetivos de acuerdo con criterios personales de eficiencia, a la vez que se lo expone a que el optar por una línea de acción divergente lo haga depositario de sanciones.

¿Cómo se hace efectivo esto en el dispositivo que analizamos? En principio, la existencia de un reglamento -que en gran cantidad de puntos establece una serie de indicaciones y restricciones de diverso tipo para todos los pacientes por igual, y sin excepción, que se hallan bajo tratamiento, explicando qué, cómo, cuándo y dónde deben efectuarse toda una serie de actividades o fomentando pensamientos con un contenido específico-, pero también estipulando aquello que no se debe hacer, ya sea referido a acciones concretas o a pensamientos en los que de ningún modo deben incurrir quienes se encuentran bajo tratamiento. Está presente también el elemento que menciona Goffman acerca de que es al inicio del tratamiento cuando la normativa es más minuciosa -en lo referente por ejemplo a las salidas a bailar- y cuando los ingresantes encuentran menos arraigo en la aceptación de la misma.

Exposición contaminadora: es otra de las formas de mortificación del yo propia de las instituciones totales. Para analizar este concepto se hace necesario pensar comparativamente lo que ocurre dentro y fuera de una institución total:

“Afuera, el individuo puede mantener ciertos objetos ligados a la conciencia de su yo -por ejemplo su cuerpo, sus actos inmediatos, sus pensamientos y algunas de sus pertenencias- a salvo del contacto con cosas extrañas y contaminadoras. En las instituciones totales se violan estos límites personales: se traspasa el linde que el individuo ha trazado entre su ser y el medio ambiente, y se profanan las encarnaciones del yo”. (Goffman, 1998: 35)

Con la exposición contaminadora se viola la intimidad que el sujeto guarda consigo mismo. La misma debe entenderse a la luz de la diferencia radical entre *el adentro* y *el afuera* de la institución total, destacando especialmente que dentro de las mismas el sujeto pierde la capacidad de mantener ciertos elementos que se hallan ligados a la conciencia de su yo -sean pertenencias, acciones o pensamientos, o su propio cuerpo- separados del contacto con otros objetos o personas.

El ingreso a las instituciones totales supone entonces una violación de los límites entre el sujeto y su medio ambiente, con la consecuente profanación de las referencias con las que puede contribuirse a estructurar el yo. Una vez dentro de la institución total, se sucede otra serie de exposiciones contaminadoras.

A través de la observación participante, pudimos constatar una de las formas en que se manifiesta la exposición contaminadora, que se da a través de las confesiones grupales dispuestas institucionalmente, en las cuales se denuncia a los *otros* significativos, quienes muchas veces se encuentran presentes, contaminándose de este modo tanto la relación como el yo. En el dispositivo analizado, encontramos dos modalidades de confesión, que surgen del análisis de las notas de campo.

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

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

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

Sistema de sanciones y privilegios: Desde ambas conceptualizaciones (institución total-dispositivo de poder disciplinario) la existencia de sanciones es considerada parte integral de la estructura interna.

De acuerdo con los lineamientos planteados por Goffman, es posible entender esta dimensión de análisis a partir del sistema de privilegios, cuyo esquema identifica en su análisis de las instituciones totales. El mismo es entendido como contrapartida de los procesos de mortificación del yo antes mencionados. Así como los procesos de despojo que ejerce la institución liberan o sustraen al sujeto de su adhesión a su yo civil, el sistema de privilegios opera ofreciéndole un marco de referencia para la reorganización personal, cuestión esta que se halla en consonancia con la idea de poder formativo, productivo, y no meramente represivo que presenta Foucault.

Dicho sistema de privilegios consta de tres elementos. En primer término, las normas de la institución: conjunto explícito y formal de prescripciones y proscripciones, que detalla las condiciones principales a las que el interno debe ajustar su conducta, que generalmente suponen una austera rutina cotidiana. Desde el ingreso, todos los pacientes quedan sometidos a un mismo corpus de normas que deben regir su vida dentro y fuera del hospital de día, tal como mencionamos más arriba.

El reglamento de la institución, al que accedimos, también establece toda una serie de parámetros que abarcan desde conductas o pensamientos, hasta actitudes

-frente a la vida, a uno mismo y a los demás-, pero también comprende una variedad de recomendaciones con carácter de mandato respecto de requerimientos propios del tratamiento, que deben cumplirse ineludiblemente para avanzar en el mismo.

Algunas de las normativas propuestas en el reglamento establecen reglas básicas, que de no ser cumplidas pueden resultar en el cese del tratamiento del residente. Las normas consisten principalmente en “estar limpio de drogas” durante el tratamiento; la puntualidad; la honestidad; el sometimiento a controles de orina por medio de los test de uso de drogas; el tratamiento finaliza si se convence a otro residente respecto a la utilización y/o venta de drogas; la prohibición del involucramiento sexual y/o amoroso con otro residente; no aludir a historias gráficas de consumo de drogas, y la realización de tareas en el hogar.

Como contrapartida de la poca elasticidad que permiten las normas de la casa, la institución total ofrece como segundo elemento un pequeño número de recompensas y privilegios, claramente definidos, a cambio de obediencia al personal. Muchas de las gratificaciones que se obtienen como parte de una dedicación o esfuerzo específicos, son parte de lo que el interno podía considerar en *el afuera* como cosas que se dan por sentado, y por lo tanto no significan para él un logro o una victoria especiales, ni ameritan un regocijo particular. Pero en una institución total, estas pocas reconquistas tienen un poderoso efecto reintegrador, reanudando las relaciones que mantenía con el mundo perdido, y atenuando los síntomas que lo hacen sentirse excluido de este, y desposeído de su propio yo.

En el marco del tratamiento que analizamos, el “éxito” en la internalización del programa por parte de los residentes, deviene en pequeñas recompensas, entre ellas podemos listar: la obtención de permisos al interior del hospital, y en el exterior junto con su red disciplinarizada: permiso para ir al cine acompañado por sus parejas, amigos, familiares; permiso para ir a cenar con amigos, permiso para tener celulares, permiso para entrar y salir sin compañía en el trayecto de la institución al hogar, y viceversa; permiso para concurrir solos a las reuniones de los grupos de ayuda mutua; permiso para visitar amigos; permiso -en la etapa de reinserción- para asistir a talleres de capacitación laboral y buscar trabajo; permiso para tomar mate y/o fumar, fuera de los horarios estipulados dentro de la institución. El tercer elemento lo constituyen los castigos, definidos como la consecuencia del quebrantamiento de las reglas. Algunos castigos pueden implicar la suspensión de privilegios (temporaria o permanente) o la privación del derecho a su conquista.

Además, es necesario tener en cuenta que los conceptos mismos de castigo y privilegios se moldean en patrones diferentes en la institución total, de manera tal que un privilegio no es necesariamente equivalente de una prerrogativa, franquicia o valor adicional, sino simplemente la posibilidad de ausencia de una privación.

Los motivos por los cuales un/a residente es castigado/a, pueden entenderse como parte de una estrategia de normalización de conductas desviadas.



El uso de distintas técnicas de obtención de información nos lleva a sostener que el sentido del castigo en el hospital de día es múltiple: por un lado, se trata de un castigo correctivo, que se orienta en el sentido antes mencionado, acerca de que la disciplina conlleva un modo específico de castigar, que comprende cualquier desviación de la norma, cualquier no conformidad con su observancia.

La función del castigo es que quienes se han desviado de los lineamientos terapéuticos propuestos, y que han renegado del valor del grupo de ayuda mutua, reflexionen acerca de su importancia y puedan darle una adecuada trascendencia a su "ser parte del todo". Especialmente porque el castigo supone un cercenamiento profundo de algunas de las actividades permitidas dentro de la institución, con una gradación del castigo de acuerdo a la severidad de la falta.

Como ejemplos de lo expuesto, el residente que no trajo escrita de su hogar la hoja de pensamientos y acciones para leer en voz alta grupalmente, no tiene derecho a intervenir en el grupo, debiendo permanecer callado. Ante faltas consideradas graves y establecidas por el reglamento (una relación amorosa con un compañero/a de tratamiento, asistir en grupo al baño, recaer en el consumo, etc.) pueden sancionarse suspensiones, o derivaciones a otro tipo de tratamiento. Si un residente anima a otros a usar drogas, o provee las mismas por medio de la venta, es expulsado de acuerdo a lo estipulado en las normativas del tratamiento.

Desde el análisis de las disciplinas, entonces, podríamos decir que en ellas opera la norma como principio de coerción.

## **11. La institución total y el espacio cerrado. El papel de la red institucional de secuestro**

Mencionábamos que a los efectos de describir la noción de institución total, Goffman se detiene en tres esferas de la vida cotidiana: la del descanso físico (dormir), la del esparcimiento (jugar), y la de la actividad (trabajo). Hemos analizado una serie de características de la institución total, que verificamos en el hospital de día. Sin embargo, al igual que en el caso del dispositivo de poder disciplinario, al tratarse de una modalidad de tratamiento ambulatoria, el resquebrajamiento de las esferas que Goffman resalta como propio de la institución total, no acontece a través del confinamiento institucional. De la entrevista a un psicólogo:

"Psicólogo: Claro. Pero igual (rige) dentro de las condiciones, un sistema de internación domiciliaria.

Entrevistadora: Ajá... ¿Pero vienen a buscarlo?

Psicólogo: Claro, también este trabajo es con la familia. Entonces referentes familiares con los cuales uno... nosotros como extensión podemos contar... Hay apoyo familiar, de trabajo con la familia y se trabaja el tema de residencia en la casa. O sea, qué puede hacer y no hacer en la casa... en función de la

internación psiquiátrica. Es como si estuviese internado, pero de una modalidad diferente. El trabajo de los Doce Pasos se hace acá, o sea, es también condición... por eso te dije que es el esqueleto del trabajo”.

Lo expuesto por el psicólogo en la entrevista pone en tensión a los conceptos, porque interroga acerca de si es posible hablar de institución total en un dispositivo que no es de internación, sino de tratamiento ambulatorio o internación domiciliaria. Como respuesta posible a esta tensión es que incorporamos al análisis la noción de *red institucional de secuestro*, ya que es la configuración de una red institucional de secuestro la que funcionará como garante de la borradura de las barreras entre las esferas identificadas por Goffman. Foucault trabajó la noción de red de secuestro institucional (Foucault, 1978: 128) aludiendo a la confluencia de diferentes instituciones -de tipo estatal y extra-estatal-, que concurren en torno del sujeto. Cualquiera sea la combinatoria particular de instituciones pedagógicas, médicas, penales o industriales que se imbriquen para formar la red, lo que permite entender el concepto es la puesta en acción de mecanismos a través de los cuales el tiempo y los cuerpos, la vida misma de los sujetos busca ser transformada en fuerza productiva, mediante el ejercicio de un *poder* político microscópico, capilar, que los fija al aparato de producción, a la vez que obtiene un *saber* acerca de esos cuerpos que transforma.

En este caso, tanto la familia como los grupos de Doce Pasos por fuera de los confines institucionales, garantizan, en los discursos y en las prácticas extradiscursivas, el control de los cuerpos, y la normalización por medio del tratamiento. Los grupos de Doce Pasos asegurarían el refuerzo moral y espiritual, compartido entre pares, para los residentes y las familias de los mismos.

Ahora bien, ¿qué modelo de familia suponen, construyen o instituyen discursivamente los profesionales de la salud que circulan en la institución? En otro documento destinado a familiares de los residentes bajo tratamiento, se bosqueja la idea de la familia previa al tratamiento del adicto, la cual atravesaría varias etapas:

“Respuesta de familiares al uso de drogas:

- a) Fase de introducción: ignorar el problema, confusión respecto a ocasionales comportamientos raros, preocupación por ocasionales faltas de responsabilidad.
- b) Fase de mantenimiento: están conscientes del problema, intentan resolver el problema solos, toman toda la responsabilidad.
- c) Fase de desencanto: evitan el problema, culpan a la persona que se droga, se culpan a sí mismos, culpa y vergüenza.
- d) Fase de desastre: separación, internalización de sentimientos negativos, resignación y desesperanza, establecimiento de reglas internas familiares”.

Y también:

“Beneficios de involucrar a la familia: la participación de los familiares está relacionada con mejores resultados en el tratamiento, los miembros de la familia logran un entendimiento claro respecto a la recuperación, los familiares y la

persona en recuperación entienden mejor sus roles y objetivos: los familiares y la persona en recuperación tienen ayuda para su recuperación”.

Y conceptualmente ¿cuáles son las características de esta familia? Se trata de una familia que, aunque como dispositivo es del tipo de soberanía, está disciplinarizada. También, es una familia que está articulada en red con otra serie de dispositivos que sí son disciplinarios, operando de modo tal que actúan en red “secuestrando institucionalmente” al sujeto, capturando su tiempo, su cuerpo y su vida misma. Y finalmente, que esta familia disciplinarizada -al igual que el resto de los dispositivos de la red de secuestro con los que se articula- ha sufrido el atravesamiento del dispositivo médico. Y por estar disciplinarizada y medicalizada, puede adquirir funciones de normalización. De la entrevista a un psiquiatra:

“Psiquiatra: Y lo que sí es importantísimo es cómo uno opera con la familia, y cómo la familia entiende la enfermedad y cómo la familia se compromete con esto. Si logramos esto... a lo mejor el chico que consume... sí puede tener posibilidades.”

“Bueno, nosotros intentamos trabajar desde la familia, porque hay veces que no podés trabajar con el paciente, tenés que trabajar... tercerizar, o sea, trabajar con la familia, para que trabaje sobre el paciente”.

Como señalamos más arriba, la familia medicalizada aparece como garante del tratamiento, pero este es solo un aspecto de un movimiento que es doble. El otro aspecto, que se extrae de la lectura del fragmento de uno de los documentos orientados a las familias, es el que apunta a des-responsabilizar o a des-culpabilizar a los familiares por la conducta del adicto.

Otro documento (NA, 2002) instruye en el papel de la familia en el tratamiento:

“Estás participando en el tratamiento por vos mismo, no en el nombre de las personas que usan sustancias.

La recuperación, la sobriedad o la abstinencia de la persona que querés no depende de vos.

La recuperación de tu familia no depende de la recuperación de la persona que consume sustancias o alcohol.

Vos no le causaste el problema de abuso de sustancias o alcohol a tu familiar. No es tu culpa.

Las recaídas suceden, pero las personas vuelven nuevamente a su recuperación.

Vos podés ayudar a tu familiar en su recuperación, pero vos no sos responsable del mantenimiento de su recuperación. La persona en recuperación es responsable de reconocer los signos inminentes de recaída y de hacer los ajustes necesarios.

A pesar de que es importante que vos apoyes a tu familiar en su recuperación es igualmente importante que te cuides también a vos mismo emocionalmente y físicamente.

Si tu familiar recae, es especialmente importante que vos continúes cuidándote a vos mismo. La lista que sigue tiene algunas maneras de hacerlo:

Continúa yendo a las reuniones de 12 pasos o a los grupos de apoyo mutuo.

Hablá con tu familiar en recuperación acerca de tus sentimientos y preocupaciones.

Hacé ejercicio regularmente.

Comé bien.  
Dormí bien.  
Hablá con amigos y parientes que te brinden apoyo.  
Visitá tu iglesia, sinagoga, templo u otra organización espiritual que te brinde apoyo.  
Buscá consejo para vos mismo si vos sentís que te puede ayudar en tu crecimiento personal”.

Este des-culpabilizar la conducta del familiar del adicto se encuentra fuertemente condicionado a que la familia sea pasible de constituirse como correa de transmisión del saber-poder médico institucional, y de que actúe como agente de detección temprana de cualquier comportamiento irregular del adicto, ayudando a la prevención de recaídas. Es la familia quien, a través de este saber biomédico adquirido a través de la disciplinarización, debe detectar los comportamientos vinculados al riesgo de la recaída. Otro fragmento:

“La justificación de la recaída es un proceso que se desarrolla en la mente de las personas. Una persona puede haberse decidido a dejar de tomar drogas o alcohol, pero el cerebro de esa persona todavía se encuentra sanando y todavía existe la necesidad de las sustancias. El ‘cerebro adicto’ todavía inventa excusas que permiten que la persona en recuperación se ponga ‘en el límite’ de situaciones de recaída en donde los accidentes, en cuanto a la posibilidad de recaer, pueden y de hecho suceden.

Es importante que las personas en recuperación y sus familiares aprendan a identificar las justificaciones de la recaída rápidamente. La recaída no ocurre sin advertencia, y no se produce rápidamente. El movimiento gradual de la abstinencia a la recaída puede ser sutil y tener razones convincentes o ser negado. La gente en recuperación y sus familias y seres queridos necesitan comprender qué tipo de actividades ayudan a la abstinencia. Los miembros de la familia deben comprender que evitar una recaída puede tener prioridad sobre las relaciones familiares y los planes de ésta y que evitar una recaída es en el mejor interés de todos”.

De acuerdo a ello, la familia sería el primer sensor de lo que luego se codifica como adicción. Pero esta función no se agota allí. Una vez disciplinarizada por el discurso de los profesionales de la salud y las normas de la institución, se convierte en agente detectora de una potencial recaída.

## **12. El rol de los profesionales de la salud y la familia medicalizada**

En esta red estratégica de secuestro, los discursos de los miembros del *staff* definen qué se va a convertir en blanco de su intervención, qué elementos son los que van a ser considerados contra este fondo de medicalización; recortan y delimitan, entonces, un campo de acción centrado en las conductas, potencialidades, valores morales, y en la aceptación de la adicción como una enfermedad (principalmente por parte del residente y, como hemos visto anteriormente, de sus familiares), sosteniendo como trasfondo una concepción voluntarista para la recuperación:

“Operador terapéutico. El tema de la adicción es toda voluntad ¿Vos te querés recuperar? Vos tenés que poner voluntad. Desgraciadamente es así. Sí, es como el diabético, sí. Como el tipo que tiene la presión alta. Tenés que dejar de comer sal. Bueno, él tiene que dejar de consumir droga”.

El dispositivo ambulatorio ofrece la modalidad de tratamiento de hospital de día, pero en función de lo expuesto en la entrevista al operador terapéutico, y a las fuentes anteriores, podría pensarse que el resquebrajamiento de las barreras entre las esferas de dormir, comer y trabajar -y sus efectos en términos del yo- se continúan fuera del establecimiento. Esta continuidad reposa en la custodia del dispositivo familiar, adiestrado en un determinado saber para ser facultado en el control de los pacientes fuera del hospital. Y esta articulación entre familia e institución de tratamiento nos ha habilitado a asimilarla a una institución total, dado que los lineamientos terapéuticos se ejercen también fuera de la misma, gracias al entrenamiento de la familia en un saber y unas técnicas que conducen a que el individuo bajo tratamiento se relacione con los otros constante y exclusivamente en términos de adicto:

Operador terapéutico: “Es decir, el chico o la persona que consumió drogas durante muchos años. Acordémonos que él tuvo una debilidad, que era la de consumir drogas. Y al menor problema, o angustia que tenga ¿a qué va a recurrir ese muchacho? A las drogas. Entonces es conveniente que tenga un mantenimiento, ya sea con psiquiatra, un psicólogo, un consejero, un grupo de autoayuda ¿Entendés? Es decir, solo de esto no se sale, siempre va a ser con gente”.

La familia debe comprender que el residente es “enfermo”, que dicha patología connota una moralidad negativa -egocentrismo, deshonestidad, manipulación, autodestrucción- que es parte de la enfermedad, que debe tratarse en la institución, y que es a través de la misma, que se impulsa la incorporación de nuevos valores y la conversión del yo de sus residentes. Parte de este argumento se desprende del Libro Azul de Narcóticos Anónimos, utilizado por los residentes. Asimismo también se revén estas concepciones en los talleres psico-educativos que pudimos relevar por nuestra permanencia en el campo. En el Libro Azul se habla de un plan de recuperación diaria. Uno de los lemas es reconocerse impotente ante la adicción, trabajar los Doce Pasos, y mantener una abstinencia continua. A la luz de hechos del pasado que generaron desconfianza, se propicia desde la institución a recuperar los lazos rotos por el consumo. En uno de los documentos:

“Dos cosas son las que pueden ayudar a los miembros de la familia a reconstruir la confianza. Primero, los puede ayudar saber qué es lo que la persona en recuperación está experimentando. En segundo lugar, les puede ayudar aprender que la adicción es una condición médica crónica, como la diabetes”.

Esta fijación del individuo en una “condición de enfermo” particular (la de adicto) es la que conduce a que este experimente la clausura en sentido pleno, si bien no en términos

meramente físicos, de reclusión o internamiento, sí en términos de vinculación con los otros que han sido entrenados en la mirada y en las técnicas de tratamiento. De la entrevista a un operador terapéutico:

“Operador terapéutico: Los residentes deben estar acompañados las 24 horas. Acompañados en sus salidas, respetando sus horarios. Es un trabajo cotidiano en el que tienen que estar acompañados. No deben reunirse con gente relacionado con el consumo. No deben manejar dinero. Se tienen que ocupar en actividades domésticas. Mente y manos ocupadas. No consumir drogas o alcohol en el hogar, ni los residentes, ni los miembros de su red. Acá... no dejar alcohol o medicamentos... No utilizar violencia con los residentes, ni permitir que ellos lo utilicen. La medicación se la tiene que dar alguien”.

Un elemento que permite dar cuenta del enganche, del acoplamiento del poder familiar en el poder médico es el que refiere a los instrumentos, a las técnicas. La familia, que debe evitar las conductas patológicas de su integrante adicto, tiene que convertirse para ello en un agente de salud, en un representante del saber médico en el ámbito que le es propio. Pero su actuación es la de un mero transmisor, un simple relevo de ese saber en el ámbito hogareño. Y lo hace a partir de garantizar la aplicación de las técnicas de la medicina en su seno: el conocimiento biomédico de las diferentes sustancias (drogas) y sus efectos, la detección de comportamientos adictivos, y el cumplimiento de las normas institucionales en el ámbito familiar. Este aspecto se verifica en una de las entrevistas:

“Entrevistadora: ¿El tratamiento sería ambulatorio, pero también hay una internación domiciliaria?

Operador terapéutico: Sí, hay una internación domiciliaria, donde él no tiene que ver alcohol en la casa, eh... Los medicamentos tienen que... si se les da medicamentos acá, se los tienen que dar los padres. No tiene que manejar dinero. O sea, son todas pautas hechas como para que él no tenga acceso a... por intermedio del dinero... de irse a comprar droga. O... por intermedio del alcohol... que no haya... porque al tomar alcohol puede ser un disparador para que él vaya a buscarse la droga que él en ese momento necesita”.

De manera que la información recabada a través de las diferentes fuentes nos permitió delinear un campo disciplinario constituido por la familia disciplinarizada, el ámbito del trabajo o de la escuela, el ámbito religioso, los grupos de Doce Pasos. Se trata de una serie de dispositivos que concurren en red para el secuestro del individuo adicto, que están permeados por una impronta médica, y funcionan como correas de transmisión, como agentes favoritos del poder-saber médico que los atraviesa. Es por ello que consideramos que la red de secuestro en el caso analizado es también una red medicalizada.

### **13. A modo de cierre. La adecuación y vigencia de las nociones de institución total y disciplina en diagramas post disciplinarios**

La emergencia de un nuevo diagrama de poder ha sido datada en la década del 70. Deleuze (1995) acuñó el nombre de sociedades de control para dar cuenta de una serie de mutaciones, y se detuvo en lo que denominó la crisis generalizada de los lugares de encierro: prisión, hospital, fábrica, escuela, familia, como un indicador central de los cambios en el diagrama de poder, en virtud de los cuales la disciplina deja de ser gravitante en la gestión de individuos y poblaciones.

Crecientemente, se manifiestan formas de control que no están fundadas primariamente en la represión, ni en el intervencionismo asistencial, aunque estos cumplan aun un papel relevante en el diagrama general.

Foucault (1991) se refirió a estas transformaciones como a la formación de un nuevo orden interior, y describió las características de técnicas (que datan del siglo XVII) que no son de soberanía, ni disciplinarias, denominándolas como de gobierno o biopolíticas, centradas en la población (Foucault, 2006).

Sin embargo, aunque Foucault explica cómo se vuelven tan importantes las técnicas de gobierno, aclara que de ello no se desprende que las técnicas disciplinarias o de soberanía desaparecen. Invita a eludir una explicación centrada en una sucesión de técnicas, en un reemplazo de unas por otras, para considerar la coexistencia entre ellas.

Por ejemplo, la soberanía no queda erradicada con el surgimiento de este nuevo arte de gobernar. Muy por el contrario, el problema de la soberanía se plantea con gran agudeza. Lo que hemos señalado respecto de la familia, vale como ilustración.

A la vez, la disciplina también resulta importante y valiosa, puesto que el manejo de la población no implica únicamente el manejo de la masa colectiva de fenómenos, a nivel de los meros resultados globales; el manejo de la población implica asimismo profundidad, minucia y detalle (características que hacen al núcleo más caro de la disciplina). Esto permite comprender el florecimiento -en los siglos XVII y comienzos del XVIII- de organizaciones e instituciones como las escuelas, los talleres, los ejércitos, etc. a través del desarrollo de las grandes monarquías administrativas.

De modo que, desde una perspectiva analítica foucaultiana, no solo la soberanía y la disciplina no se han extinguido en el marco de la implementación de las técnicas de gobierno, sino que ellas mismas, y con el costo de sufrir profundas transformaciones en sus mecanismos internos de funcionamiento, han cumplido un papel fundamental como palanca y como instrumento para el funcionamiento de este arte de gobernar.

Todo esto lleva a Foucault a una estructura de teorización, no centrada en el reemplazo de una sociedad de soberanía por una de disciplina, y luego por una sociedad de gobierno. Se trata, antes bien, de un triángulo que contempla soberanía, disciplina y gestión gubernamental (Foucault, 2006).

Y precisamente, la posibilidad de situar históricamente la existencia de este hospital de día con internación domiciliaria, como dispositivo de poder disciplinario en el contexto más amplio de un diagrama de poder pos-disciplinario o de control, permite extender el análisis más allá del funcionamiento intra-dispositivo, pudiendo incluir la multiplicidad de determinaciones y relaciones de fuerza hoy en pugna por el control y la normalización de los cuerpos de los adictos.

De allí la relevancia de retener el componente estratégico de los dispositivos, y atender a que su surgimiento responde a una urgencia, pero que en el devenir de su accionar se puede producir una sobredeterminación funcional, y que ello conduzca a un relleno estratégico del mismo, que lo lleve a sufrir drásticas transformaciones, acoplamientos y subordinaciones, como es el caso del dispositivo familiar.

Esta relevancia dada a la dimensión estratégica es la que nos ha permitido desanudar la idea de encierro de la de disciplina, y recuperar los análisis de Goffman, permitiéndonos poner entre paréntesis la relación biunívoca entre modalidades de internación e institución total.

En este sentido, la noción de red de secuestro institucional nos ha resultado de gran ayuda, porque permite pensar articulaciones concretas de dispositivos en torno a una problemática particular, como la que hemos presentado aquí.

De hecho, y como mencionábamos al inicio, la estrategia metodológica que desplegamos para el análisis del funcionamiento y relaciones en el hospital de día resultó fructífera para la revisión crítica de los conceptos teóricos, por varios motivos:

- 1- El recurso a diferentes técnicas de aproximación a los diversos actores (entrevistas semi-estructuradas, charlas informales y observación participante, co-residencia) nos permitió contrastar los discursos, prácticas, miradas, valoraciones y relaciones, con las normativas formales señaladas en los materiales documentales, provistos por la institución a los residentes y sus familiares. Un estudio exclusivamente centrado en el análisis documental de la normativa institucional, o solamente enfocado en los pacientes, no hubiera podido dar cuenta precisamente de las tensiones y articulaciones derivadas de la interacción de ambas dimensiones. Tensiones y articulaciones que constituyeron el sustrato empírico para reconsiderar las nociones teóricas antedichas, y recuperar su utilidad analítica.
- 2- Al enfocarse en diferentes aspectos del funcionamiento institucional (la organización del tiempo y del espacio, el cumplimiento de cronogramas de actividades, las diversas maneras de procesar las conductas disruptivas) la estrategia metodológica visibilizó toda una serie de lógicas de vínculos y actividades que excedían largamente los lineamientos formales de la institución. Las múltiples situaciones en



las que los pacientes experimentan una vivencia subjetiva de encierro, resultó un emergente de la investigación que colisionó en principio, con la modalidad de tratamiento ambulatoria. De modo que también desde esta línea, los datos recabados gracias a la metodología utilizada llevaron a repensar críticamente los conceptos teóricos.

- 3- La estrategia metodológica también permitió documentar cómo se concibe, desde la institución, desde los diferentes integrantes del *staff*, desde los familiares y desde los propios residentes, a la adicción a las drogas como enfermedad, y a quien atraviesa el tratamiento, como un “adicto”. Pero además, con las técnicas metodológicas pudimos dar cuenta de los efectos de fijación a la categoría “adicto” y los componentes morales de dicha configuración. Dado que estas consideraciones son las que justifican la terapéutica de corte marcadamente disciplinario, la relevancia de la metodología quedó expuesta en este punto, procurándonos información con la cual sopesar analíticamente los vínculos entre la concepción de la enfermedad, la categorización del enfermo, y el tratamiento propuesto.

Renunciamos a la homologación de la clausura, el encierro y espacio cerrado a una materialidad, enfocándonos en cuestiones relativas a la microfísica de la institución, que emergieron como resultado de la información obtenida en el trabajo de campo:

- el ejercicio de una misma lógica de relaciones del adicto consigo mismo y con los otros,
- la existencia de una misma mirada del entorno en términos de adicción,
- la recurrencia en la aplicación de normas que fijan un estado de despojo subjetivo,
- la inscripción del individuo en una trama de relaciones en las que su posición está siempre guiada por el consumo problemático de drogas,
- la valoración de la abstinencia total de consumo -estar limpio-,
- el establecimiento de cronogramas de actividades y horarios que pautan una rutina impuesta minuciosamente,
- el control de las entradas y salidas,
- la solicitud de permisos,
- las prohibiciones de hablar de situaciones “apológicas” vinculadas al consumo,
- la prohibición de frecuentar amistades o personas que se relacionen con el momento en que los sujetos se encontraban *en carrera*.

Son estos discursos, estas prácticas, estas miradas, estas relaciones y normativas, las que inscriben al individuo en una trama de relaciones en las que su posición está siempre guiada por el consumo y la recaída, por la desconfianza y la laxitud moral, por la cronicidad y la voluntad débil.

Estas cuestiones son, además, las que en definitiva terminan dando peso a la idea de un encierro que no está anudado a la fijación a un espacio cerrado, o a una modalidad de

tratamiento asociada a la internación, aunque esta haya sido la modalidad predominante en otros diagramas, y hoy mismo siga existiendo como forma en la que se modula el control de los cuerpos en otros dispositivos de corte médico-psiquiátrico.

Desde el ejemplo acotado que trabajamos, el análisis efectuado busca ser un aporte para realizar reflexiones críticas que no resulten meras aplicaciones en bloque de conceptos y esquemas interpretativos, pero que tampoco los desechen sin más porque alguno de sus elementos no se verifican en el caso de estudio.

La apuesta metodológica consistió en ponderar muy cuidadosamente los aspectos que sí podían articularse en nuestro objeto de estudio, sin ceñirnos a los límites de las herramientas teóricas ofrecidas por los autores, y en realizar una labor de enlace con otras nociones que fructificaran en posibilidades explicativas más específicas.

En resumen, si pensamos en términos de campos estratégicos, en multiplicidad de dispositivos en pugna, y eludimos la consideración de funcionalidades o rupturas completas, de explicaciones de conjunto y linealidades históricas ineludibles, podremos rescatar el valor teórico de las formulaciones de Goffman y Foucault, que fueron ellas mismas resultado de indagaciones empíricas, y que nos ayudan a comprender la existencia, en la actualidad, de modalidades de tratamiento para las adicciones a las drogas que, sin fundarse en el encierro como técnica primordial de control de los cuerpos, sostienen un proceso de clausura y despojo significativos.

#### **14. Bibliografía**

- APA (American Psychiatric Association). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Text Revision*. Washington: American Psychiatric Association.
- Bourgois, P. (1996). *In search of respect. Selling Crack in el Barrio*. USA: Cambridge University Press.
- Bourgois, P. y Schonberg, J. (2009). *Righteous Dopefiend*. California: University of California Press.
- Brandes, S. (2002). *Staying sober in Mexico City*. USA: The University of Texas Press.
- Castro, E. (2006). *El vocabulario de Michel Foucault*. Bernal: UNQ.
- CELS/MDRI (Centro de Estudios Legales y Sociales/Mental Disability Rights International) (2007). *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Deleuze, G. (1995). Post scriptum sobre las sociedades de control. En *Conversaciones 1972-1990* (pp. 277-286). Valencia. Pre-Textos.
- Domínguez Mon, A. (1997). De las enfermedades de transmisión sexual al Sida: la construcción de la práctica médica pública hospitalaria. En *Sida y Sociedad*. Buenos Aires: Espacio.

- Douglas, M. (2008). *Purity and Danger. An analysis of concept of pollution and taboo*. London and New York: Routledge.
- Epele, M. (2007). Privatizando el Cuidado: Desigualdad, Intimidad y Uso de Drogas en el Gran Buenos Aires, Argentina. [\*Antípoda: Revista de Antropología y Arqueología\*](#), 6, 293-312.
- Epele, M. (2010). *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Faraone, S. (2003). La desinstitucionalización: un modelo alternativo para los abordajes en salud mental o una política de reducción económico-administrativa. Tesis de Maestría inédita. Maestría en Salud Pública. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Forni, F. (1992). *Métodos cualitativos II. La práctica de la investigación*. Buenos Aires: CEAL.
- Foucault, M. (1978). *La verdad y las formas jurídicas*. Argentina: Gedisa.
- Foucault, M. (1991). *Saber y Verdad*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. Argentina: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2005). *El Poder Psiquiátrico*. Argentina: FCE.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población*. Argentina: FCE.
- Goffman, E. (1998). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Good, B., Desjarlais, R., Eisenberg, X. y Kleinman, A. (1997). *Salud mental en el mundo*. Washington: OPS.
- Grimberg, M. (2009). Sexualidad, experiencias corporales y género: un estudio etnográfico entre personas viviendo con VIH en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Cad. Saúde Pública*, 25 (1), 133-141.
- Guber, R. (2004). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Paidós.
- Kastchnig, H. (2000). Examples of effective practices: Mental Health Care. En Lavikainen J., Lahtinen E. y Lahtinen V. (Eds). *Public Health Approach on Mental Health in Europe*. Helsinki: STAKES.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives*. USA: Basic Books.
- Kornblit, A. (Coord.). (2007). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Biblos.
- Mantilla, M. (2010). *De persona a paciente: Las prácticas y los saberes psiquiátricos y psicoanalíticos en un hospital de la ciudad de Buenos Aires*. Tesis de Doctorado inédita. Doctorado en Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Marradi, A., Archenti, N. y Piovani, J. I. (2007). *Metodología de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Emecé.

Mendizábal, N. (2006). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En Vasilachis de Gialdino, I (Coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 65-105). España: Gedisa Editorial.

Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Conaculta.

NA (Narcóticos Anónimos). (1991). *Libro Azul*. China: Narcotics Anonymous World Services.

NA (Narcóticos Anónimos). (2002). *Los Doce Conceptos de Servicio en NA*. China: Narcotics Anonymous World Services, Inc.

Pecheny, M. (2001). [La construction de l'avortement et du sida en tant que questions politiques: le cas de l'Argentine](#). Lille: Presses Universitaires du Septentrion.

Pecheny, M., Jones, D. y Manzelli, H. (2002). *Vida cotidiana con VIH/sida y/o con hepatitis C: diagnóstico, tratamiento y proceso de expertización*. Buenos Aires: CEDES/Serie Seminario de Salud.

Pecheny, M., Manzelli, M. y Jones, D. (2007). The experience of stigma: people living with HIV/AIDS and Hepatitis C in Argentina / La experiencia del estigma: las personas que viven con VIH/SIDA y Hepatitis C en Argentina. *Interamerican Journal of Psychology*, 41 (1), 17-30.

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

Rose, N. (1996). Psychiatry as a political science: advanced liberalism and the administration of risk. *History of the Human Sciences*, 2 (9), 1-23.

Terán, O. (1985). *Michel Foucault. El discurso del poder*. México: Folios.

Valles, M. S. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.

Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.) (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. España: Gedisa Editorial.

Visacovsky, S. (2001). *El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*. Buenos Aires: Alianza.

**Fecha de recibido:** 20 de noviembre de 2012.

**Fecha de aceptado:** 6 de mayo de 2013.