

## **La recuperación es para obedientes: reflexiones sobre la vigencia de algunos elementos de institución total y disciplina, presentes en un dispositivo de tratamiento de adicción a la pasta base”**

▪

Gimena Lorenzo y Eugenia Bianchi.

Cita:

Gimena Lorenzo y Eugenia Bianchi (2011). *La recuperación es para obedientes: reflexiones sobre la vigencia de algunos elementos de institución total y disciplina, presentes en un dispositivo de tratamiento de adicción a la pasta base”*. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-034/463>

IX Jornadas de Sociología de la UBA  
Capitalismo del Siglo XXI, Crisis y Reconfiguraciones  
*Luces y Sombras en América Latina*  
8-12 agosto 2011

**Mesa 39 Perspectivas socio-antropológicas sobre padecimientos mentales  
y consumo de drogas: malestares, vida cotidiana, instituciones y salud**

**Coordinación:** María Epele ([maepele@yahoo.com.ar](mailto:maepele@yahoo.com.ar)) María Cecilia Tamburrino ([cecilia.tamburrino@gmail.com](mailto:cecilia.tamburrino@gmail.com)) Silvana Garbi ([garbisilvana@hotmail.com](mailto:garbisilvana@hotmail.com))

**"La recuperación es para obedientes: reflexiones sobre la vigencia de algunos elementos de *institución total* y *disciplina*, presentes en un dispositivo de tratamiento de adicción a las drogas"**

**Nombre y apellido:** Gimena Lorenzo

**Referencia Institucional:** Instituto de Investigaciones Gino Germani (UBA - F. Soc.) – AGENCIA

**e-mail:** [gimenalorenzo@gmail.com](mailto:gimenalorenzo@gmail.com)

**Nombre y apellido:** Eugenia Bianchi

**Referencia Institucional:** Instituto de Investigaciones Gino Germani (UBA - F. Soc.) – CONICET.

**e-mail:** [eugenia.bianchi@yahoo.com.ar](mailto:eugenia.bianchi@yahoo.com.ar)

## **Resumen**

En la ponencia se reflexiona acerca de la adecuación teórica y metodológica del recurso a las categorías *institución total*, *dispositivo* y *disciplina*, en la investigación de las denominadas "adicciones" en el campo de la salud-enfermedad-atención.

De la mano de numerosas investigaciones empíricas, ciertos conceptos se han ido anudando en los análisis, asociándose disciplina-encierro, e institución total-espacio cerrado. Desde una perspectiva etnográfica, el trabajo se propone desanudar estas asociaciones para recuperar su productividad analítica, a partir del análisis documental, observación participante y entrevistas realizadas al interior de un dispositivo terapéutico ambulatorio -hospital de día- con red de apoyo familiar, dentro del amplio abanico de instituciones encargadas del tratamiento de adicción a las drogas.

Se trabajarán cuestiones relativas a las oposiciones dicotómicas normal/anormal, salud/enfermedad, adicto/"limpio", en tanto discursividades y técnicas que operan moralmente en la subjetividad de los usuarios de dicho dispositivo, denominados adictos "en recuperación".

**Palabras clave:** adicciones – drogas - disciplina – institución total – dispositivo.

## 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 si 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”.*

Al interior de las ciencias sociales, multiplicidad de trabajos sociológicos y antropológicos (tanto de corte teórico como empírico) ha cimentado toda una tradición de investigación vinculada a las temáticas de las instituciones totales, la disciplina y el encierro.

Dichos trabajos han puesto luz sobre una miríada de aspectos relativos a los profesionales y sus prácticas, como así también a las experiencias de los pacientes y sus familiares (Visacovsky, 2001; Mantilla, 2010). Se han publicado 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, 2004), los estudios sobre género, sexualidad y corporalidades (Pecheny, 2002, 2007; Grimberg, 1998, 1999, 2000, 2000, 2003, 2009), 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).

En el marco de esta amplitud, ciertos conceptos han tendido a anudarse entre sí, redundando en una cierta rigidificación de los mismos, y una restricción de su potencialidad analítica.

Partiendo de concebir a la teoría como un marco que debe habilitar -y no cercenar- la reflexión acerca de la empiria, es que pensamos que el recurso a los términos *dispositivo de poder disciplinario* (Foucault, 2002) e *institución total* (Goffman, 1998) para conceptualizar a la modalidad de tratamiento de hospital de día con extensión del tratamiento intramuros acompañada por el apoyo familiar, -para el tratamiento de las adicciones a drogas que investigamos-, son susceptibles de una articulación válida y adecuada para reflexionar acerca de la problemática empírica que abordamos.

Para ello nos detendremos en algunas características señaladas por estos dos autores, cuya ocurrencia al interior de la institución reseñaremos.

Describiremos, en base al registro de datos obtenidos a través de la observación participante (Guber, 2004), las charlas informales, los documentos facilitados por el staff de la institución,

Creado con



descargue la prueba gratuita online en [nitropdf.com/professional](http://nitropdf.com/professional)

y la realización de entrevistas en profundidad, efectuados desde una perspectiva *etnográfica*, algunas características del hospital de día con traslado fuera de la institución a cargo de los familiares.

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

En la institución que analizamos en nuestro trabajo de campo, hallamos dos modalidades principales de tratamiento (aunque aquí sólo nos explayaremos en la primera de ellas): hospital de día, y vespertina.

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

Al momento de la admisión, el/la ingresante también se debe comprometer a cumplir con ciertas restricciones: no usar gorras, no ir al baño en forma grupal, no hacer “apologías” respecto al uso de drogas, ni relatar historias de consumo -o más ampliamente, hablar respecto del uso de drogas<sup>1</sup>-, no manejar dinero ni usar teléfonos celulares. Asimismo, es derivado/a a hospitales para efectuarse controles médicos, acompañado por un integrante de su grupo familiar.

Una vez admitido, el ingresante es denominado “residente”, y debe acordar en cumplir con determinadas normativas de la institución, consignadas en documentos escritos, que operan como requisitos para la inclusión y continuidad del tratamiento. Como normativa principal y condición de tratamiento, los/las residentes deben voluntariamente aceptar la abstinencia total de consumo de drogas; ello significa en términos nativos “*estar o mantenerse limpios*”. Al igual que para otros tratamientos de diversas patologías –por ejemplo, la bulimia y anorexia-, los residentes deben además, concurrir a la institución, y retirarse de la misma, acompañados por sus familiares.

La segunda modalidad de tratamiento reviste la forma “vespertina”, y está dirigida a pacientes que trabajan y que cuentan con una “adhesión al tratamiento” acorde desde la perspectiva de los profesionales.

En la modalidad de “hospital de día”, encontramos un registro de las presencias y ausencias de los pacientes, la separación de espacios diferenciados entre el personal y los “adictos en recuperación”, el control reglamentario de lo que puede ser visto, y 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

---

<sup>1</sup> Desde el modelo de tratamiento utilizado en el hospital de día en el que efectuamos nuestro trabajo de campo, se prohíbe hablar a los sujetos de situaciones específicas de consumo, o hablar con “vocabulario de la calle”- es decir, el vocabulario que era utilizado mientras se encontraban en situación de consumo o “giras”. En complementariedad, en el habla asimismo se prohíbe utilizar el nombre de la sustancia específica. Por el contrario, se postula desde los lineamientos de los Doce Pasos, hablar de la droga prevaleciente en la historia de consumo como “sustancia de preferencia”.

época en que estaban *en carrera*<sup>2</sup>, y películas con contenido violento explícito, o pornográfico. Existe al interior de la institución un *staff* compuesto de profesionales: psicólogos/as, psiquiatras y operadores terapéuticos, diferenciado de los pacientes de modo jerárquico.

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

El lugar cuenta también con un espacio escolar para aquellos residentes que no culminaron su formación escolar, mayormente el nivel secundario. Asimismo, existe un espacio de actividades recreativas, tanto deportivas, como artísticas: con periodicidad semanal, se juega al fútbol y/o voley, y se realizan talleres literarios, de cine, y teatro. Los operadores terapéuticos<sup>3</sup>- quienes a su vez desempeñan el rol de consejeros-dirigen diferentes terapias grupales, que apuntan a la construcción de una subjetividad intra e intergrupal, con miras a la modificación de las conductas y pensamientos de los residentes, y a su vez, la postulación de valores nuevos.

El criterio diagnóstico utilizado por los psiquiatras en la institución es el establecido por el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales, en su cuarta versión, revisada, o DSM-IV, elaborado por la *American Psychiatric Association* (APA, 1994). De acuerdo con el mismo, determinadas/una serie de conductas son codificadas como trastornos o patologías, y en caso de ser necesario, se suministra a los residentes medicación psicotrópica<sup>4</sup>.

Anudado a ello, la trama de diferentes discursos psiquiátricos y biomédicos sirven de matriz para el reencauzamiento de la conducta, a través de diferentes técnicas. Entre las terapéuticas y discursos circulantes en la institución, el modelo de tratamiento es el Minnesota, basado en los *Doce Pasos*<sup>5</sup> de *Alcohólicos Anónimos*<sup>7</sup>, articulado con diversas terapias grupales:

---

<sup>2</sup> El “estar en carrera”, es un término nativo utilizado por ex usuarios y profesionales, que remite a las situaciones, relaciones y uso intensivo de drogas en la época de consumo, (tomado de notas de campo). Analíticamente, podríamos vincularlo con el concepto de *carrera moral* acuñado por Goffman, que alude al estigma en particular en común que poseen los sujetos estigmatizados, haciéndolos pasar por las experiencias de aprendizaje relativas a su condición, y por las mismas modificaciones en la concepción del yo (Goffman, 2007)-. en este caso, el ser “adictos”, y luego “adictos” en recuperación-. De acuerdo a Goffman, el estigma es un rasgo por el cual la identidad social principalmente se encuentra dada por un lenguaje de relaciones que establecen al sujeto como inhabilitado plenamente para la aceptación social (Goffman, 2007).

<sup>3</sup> Entre quienes se han capacitado como operadores terapéuticos, algunos tienen antecedentes de consumo de sustancias en su trayectoria vital, pudiendo tratarse de ex usuarios de drogas que han pasado exitosamente por el proceso de rehabilitación, que llevan varios años sin consumo, y que mantienen su recuperación diariamente, concurriendo a grupos de ayuda mutua, y contando con el refuerzo moral de la práctica diaria de los doce pasos. Sin embargo, también encontramos profesionales que se han capacitado como operadores, sin experiencias de consumo. Desde el programa de Doce Pasos, existe la consideración de que es importante llevar el mensaje del tratamiento a quienes continúan sufriendo la adicción, de manera que quienes mejor pueden ayudar a un adicto son los 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).

<sup>4</sup> Entre las medicaciones indicadas, se administran a los residentes estabilizadores del ánimo (valproato de magnesio, carbamazepina), y antiimpulsivos, antipsicóticos (risperidona), y en menor medida, ansiolíticos (clonazepam, alprazolam).

<sup>5</sup> El modelo de tratamiento de Doce pasos emerge en su principio como grupo de autoatención para resolver problemas vinculados al alcoholismo.(Menéndez, 1990) en el año 1935, momento en el cual, uno de sus fundadores, Bill, luego de haber transcurrido sin éxito en programas terapéuticos de atención al alcoholismo,

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-lacanian, y en determinados casos, cognitivo-conductual.

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

Es de destacar que el modelo Minnesota considera la adicción como una enfermedad primaria (es decir, que no es respuesta a otra enfermedad), crónica y progresiva. Trabaja desde la abstinencia completa -incluido el alcohol- y sobre el comportamiento, planteando un programa de mantenimiento diario.

## **El dispositivo disciplinario**

Un dispositivo de poder disciplinario 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), que 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 1975: 201).

En el hospital de día algunas características con traslado de los residentes, fuera de la institución a cargo de los familiares, que investigamos, se evidencian las características

---

comienza a concebir dicha “enfermedad” como incurable, que compete tanto a las emociones, el espíritu y el cuerpo, y encuentra que para permanecer sobrio era relevante compartir con otros la experiencia de enfermedad a través del habla, y la necesidad de reparar los errores cometidos durante la misma (Touzé, 2010). Describiendo de este modo, “que juntos descubrieron su capacidad para permanecer sobrios basada en el hecho de compartir sus experiencias con otros alcohólicos”, (A.A, 2007).

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

Creado con

 **nitro**PDF<sup>®</sup> professional

descargue la prueba gratuita online en [nitropdf.com/professional](http://nitropdf.com/professional)

enunciadas más arriba, 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*<sup>6</sup>, que actúa al interior del dispositivo de poder como micropenalidad,
- y los castigos y sanciones como respuestas normalizadoras para el buen encauzamiento de las conductas, entendidas en términos del par *limpio-adicto*<sup>7</sup>, sobre el cual se sustenta este tipo de ejercicio de poder.

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

Abordamos dichas técnicas a partir de cuatro grandes tópicos que hacen inteligible el ejercicio del poder de disciplina al interior del hospital de día, con traslado ambulatorio de los residentes acompañados de los familiares: la complejización del espacio, la complejización del tiempo, la vigilancia, y el castigo.

### **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, que adoptan diversas formas. 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 1975: 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 que 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, y por lo tanto 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

---

<sup>6</sup> Remitimos a la noción de reglamento más allá de su materialidad en forma de documento escrito. Es decir, 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.

<sup>7</sup> 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 procedente de esta representación-, se oponen al ideal de *pureza* asociado a lo limpio, que es relativo (lo que es limpio para una cultura, puede ser sucio para otra). De allí la preocupación por la pureza, de acuerdo a Douglas (2008). En este sentido, utilizamos las categorías de la autora 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”.

resultado de nuestra investigación y del análisis de documentos que hemos realizado, creemos que sí es válido pensar recurre a esta técnica. ¿Por qué? Pues precisamente porque además del ámbito hospitalario, fuera de él operan toda 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 en las técnicas de la institución, con lo cual el tratamiento se continúa más allá de los límites del emplazamiento<sup>8</sup>.

La disciplina, a diferencia de otras estrategias de poder, ejerce una fuerza centrípeta, y es esta característica la que contribuye a que el encierro y la clausura se prolonguen en el tiempo además del espacio. Estas consideraciones son las que nos permiten, a su vez, incorporar la noción de *institución total*, que también desarrollamos en el presente trabajo, 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. De todas maneras, 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 de las características que presenta el espacio disciplinario.

Cada elemento queda entonces definido por el lugar que ocupa en una serie, o en una serie de intervalos, 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. Y dichos lugares pueden ser 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:

*“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*

---

<sup>8</sup> Si bien no lo desarrollamos en esta ponencia, el dispositivo disciplinario se articula con la familia de los/las residentes, dando lugar a un proceso de disciplinarización interna de la misma, y posibilitando la construcción de una red de secuestro institucional que refuerza la consideración del accionar del principio de clausura como técnica disciplinaria.



*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”*

En la institución se fomenta además, la contabilización de los días “limpios” (sin consumo) como parámetro más general que da cuenta de un avance en el tratamiento. Cada sujeto, al contar grupalmente en forma oral la escritura diaria de sus pensamientos y acciones durante el tratamiento, debe leer la cantidad de días sin consumo. 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 que la disciplina complejiza en su accionar.

### **El tiempo disciplinario.**

La disciplina maneja los espacios, los complejiza, en un análisis metódico por el cual los mismos son desmenuzados, desagregados y vueltos a componer con criterios de vigilancia, control y utilidad. Pero esta es sólo una de las dos dimensiones que complejiza la disciplina; también el tratamiento del tiempo adquiere en las mismas un carácter particularmente minucioso. Aquí analizaremos qué connotaciones tiene el ejercicio como técnica disciplinaria.

El ejercicio: El ejercicio como 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 pueda ser constantemente clasificado, tanto en relación a los demás individuos, cuanto en relación al objetivo final del ejercicio, ya sea 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 es que intentamos reflexionar 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.

En el hospital de día donde efectuamos nuestro trabajo de campo, se efectúan talleres para identificar cuáles son los disparadores externos (lugares o situaciones que puedan contribuir a una recaída), junto con los residentes. En dicho taller (que se orienta a la prevención las recaídas) los residentes dan cuenta de situaciones, lugares o factores que deben ser evitables para abstenerse del consumo, y que se encuentran como 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. Generalmente, con un tiempo considerable de tratamiento -y la consecuente internalización del mismo-, y de acuerdo al buen desempeño de cada residente, el *staff*

Creado con

 **nitro**PDF<sup>®</sup> professional

descargue la prueba gratuita online en [nitropdf.com/professional](http://nitropdf.com/professional)

proporciona permisos para el manejo de dinero, o permite deambular libremente por la calle sin compañía familiar.

El gran espectro de prohibiciones señaladas anteriormente, se completa con la restricción a ver películas pornográficas, o muy violentas, asistir a ver partidos de fútbol a las canchas, ir a bailar (sólo puede asistirse a bailes de NA, en los cuales no hay consumo de alcohol ni drogas, incluso con el alta, al tratarse de un programa de mantenimiento diario). Existen también restricciones para el uso y manejo de dinero, que como hemos señalado anteriormente, se encuentra vedado en su totalidad a comienzos del tratamiento, como así también sólo están permitidas ciertas acciones en determinados momentos, como fumar y tomar mate, que sólo puede llevarse a cabo en los recreos.

Creemos que todos estos aspectos pueden ser entendidos 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 podrán ser entendidos como castigos.

La consecución exitosa de estas actividades significa el paso a una instancia superior del tratamiento. Implican 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 en este dispositivo: la adicción considerada como crónica y progresiva, abarcando dimensiones emocionales, espirituales y corporales. En dichas dimensiones, se alude de manera fuertemente imbricada a los defectos de carácter del sujeto fijado como “adicto”: la adicción es pensada en términos morales, que implicarían la deshonestidad, la mentira y la manipulación, entre otros adjetivos.

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

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

*Operador terapéutico: “Estar limpio 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”.*

Relacionada con esta progresividad en el avance del tratamiento, que se liga al ejercicio (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

Creado con



descargue la prueba gratuita online en [nitropdf.com/professional](http://nitropdf.com/professional)

creencias en los peligros dan cuenta de las faltas en la rectitud que sus miembros temen incurrir. De este modo, las leyes de la naturaleza -en este caso las enfermedades- sancionan al código moral. De allí, ciertos valores morales se sostienen, por la creencia en el contagio peligroso (Douglas, 2008). Y en el caso analizado, modelan el par “adicto”-“limpio”, no sólo en el marco de la institución, sino también en la sociedad mayor.

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”.*

Esto es, creemos, central para pensar porqué la terapéutica del hospital de día bajo análisis se corresponde con un tratamiento marcadamente disciplinario; cómo el reverso de una enfermedad concebida como capturando por completo al individuo es también la captura total del mismo en un tratamiento disciplinario.

Desde el saber-poder que se ejerce, entonces, 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.

### **La vigilancia disciplinaria.**

La disciplina es un arte del reencauzamiento de las conductas. Fabrica cuerpos-sujetos, fabrica individuos, y lo hace 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 1975: 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 las técnicas que permiten ver inducen efectos de poder y donde (...) los medios de coerción hacen claramente visibles aquellos sobre quienes se aplican”* (Foucault 2002: 175). Hemos abordado ya algunos de sus

elementos. Pero además, 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 el hospital de día con modalidad de internación domiciliaria que analizamos, puede rastrearse un procedimiento de acuerdo con el cual los residentes más avanzadas 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.

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, que son seleccionados entre los propios residentes.

Por último, actúa como un pilar importantísimo de la vigilancia jerarquizada, continua y funcional la familia entrenada, posibilitando la prolongación de esta técnica fuera del dispositivo. Abordar este aspecto excede el alcance del presente trabajo, por lo que tan sólo lo enunciamos.

La progresividad del avance en el tratamiento viene dada, como ya enunciamos, por la consecución de tareas y actividades que están vedadas al inicio del tratamiento. Pero además, el avance en el mismo, el paso de una fase a otra también posibilita adquirir la categoría de encontrarse en etapa de *reinserción*, y en ese sentido permite, además de estar habilitados para buscar trabajo, o ir y volver solos de la institución, ejercer ellos mismos la vigilancia jerarquizada sobre el otro grupo, de quienes recién empiezan el tratamiento.

Sin embargo, las dos jerarquías (ingresante – en reinserción) están atravesadas por la consecución de múltiples actividades, ejercicios y prácticas, que señalamos más arriba y que dan cuenta de vigilancias cruzadas y en múltiples direcciones, no sólo de arriba hacia abajo.

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 se detenta una cosa, ni es transferible como si se tratara de una propiedad o un bien. Y aunque por estar organizado 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.

### **El castigo disciplinario.**

El funcionamiento de un particular mecanismo de penalización es común al interior de todos 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:* Los sistemas disciplinarios al presentar esta dimensión positiva, esa función normalizadora y no meramente represora, despliegan el castigo tomando elementos no sólo 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. Resaltaremos a continuación cómo este tipo de normativas se hacen patentes en el dispositivo bajo análisis.

Las actividades a desarrollar durante el día, que están formalizadas en un cronograma, se aprueban o rechazan en función de la condición de enfermo/a del/la residente, y de su estado de avance en el tratamiento, y están enmarcadas en un cronograma de actividad -que establece tiempos y regularidades para llevarlas adelante. 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, se trabaja en los talleres grupales de lectura de los sentimientos, acciones y pensamientos diarios de cada uno de los residentes, leídos en voz alta ante los pares y el operador terapéutico, cuya duración es de una hora y quince minutos. Luego se suceden quince minutos de recreo, donde se les es permitido tomar mate, fumar, y realizar alguna actividad recreativa. Se retoman las actividades de escritura individual en base a diferentes consignas por una hora más, hasta el almuerzo. El mismo incluye el reparto de actividades como poner la mesa, y lavar los platos, por parte de los residentes que se van turnando, y su duración es de una hora. Luego del almuerzo, 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 los preparan en determinadas asignaturas pendientes de la escuela secundaria, que en la mayoría de los casos, se encuentra incompleta. Al finalizar el colegio, se vuelve a los ejercicios de escritura, que pueden ser de temáticas libres, o propuestas por los coordinadores grupales, con una hora de duración. En la última media hora, se toma la merienda y los residentes aguardan la llegada de sus familiares para la vuelta a los hogares. Los residentes con más tiempo “limpios”, y en etapa de reinserción, tienen como privilegio el permiso de dirigirse hacia la institución, y salir de la misma, autónomamente, sin ninguna compañía familiar.

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, a la vez que establece retrocesos en el tratamiento.

En relación a lo expuesto, diremos que en el hospital de día analizado, los castigos y privilegios guardan estrecha relación con la consideración de la desviación de la norma como enfermedad. De este modo, la aplicación de unos u otros se llevará a cabo en función de la condición de adicto/a, 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 1975: 185). Dicho sistema es el 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 cual es asimilable al análisis de Goffman, quien entiende el castigo en las instituciones totales como inscrito en un sistema de sanciones y privilegios. Volveremos sobre este punto.

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 en 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.

## **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) (Goffman 1998: 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 éste se verifica un resquebrajamiento de las barreras que garantizan la

Creado con



descargue la prueba gratuita online en [nitropdf.com/professional](http://nitropdf.com/professional)

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 el más pequeño fragmento de las acciones 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<sup>9</sup>, - 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 también cuando los ingresantes encuentran menos arraigo en la aceptación de la misma. Cualquier infracción de alguna de las mismas, se penaliza con la suspensión del residente, el cese del tratamiento, o la quita de privilegios adquiridos (como el manejo de dinero, de celulares, o el transitar libremente del hospital de día hasta el hogar, y viceversa).

Exposición contaminadora: Otra de las formas de *mortificación del yo* propia de las *instituciones totales* es la que denomina *exposición contaminadora*. 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:

---

<sup>9</sup> Respecto a la existencia del reglamento, daremos cuenta del mismo en el apartado “Sistemas de sanciones y privilegios”.

35). Con la exposición contaminadora se viola, en primera instancia, la intimidad que el sujeto guarda consigo mismo.

La *exposición contaminadora*, como otra de las formas de *mortificación del yo* propia de las instituciones totales y que se manifiesta ya desde el ingreso, 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 extrañas.

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.

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

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

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

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

*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 de lo que denomina *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 proscipciones, 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.

El reglamento de la institución 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 de carácter mandatorio respecto de requerimientos propios del tratamiento, que deben cumplirse ineludiblemente para avanzar en el mismo.

Algunas de las normativas propuestas en el reglamento, establecen respetar reglas básicas, que de no ser cumplidas, pueden resultar en el cese del tratamiento del residente. Algunas de las principales normas consisten 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; se prohíbe el involucramiento sexual y/o amoroso con otro residente; no se permite hablar respecto a historias gráficas de consumo de drogas; el tratamiento requiere de la cooperación familiar, y de la realización de tareas en el hogar.

Como contrapartida de la poca elasticidad que permiten las *normas de la casa*, la institución total ofrece 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 éste, y desposeído de su propio yo. En el marco del tratamiento, el “éxito” en la internalización del programa por parte de los residentes, devienen en pequeñas recompensas: 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 de los 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 *privilegio* 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 más ampliamente como parte de una estrategia de *normalización y reencauzamiento de conductas desviadas*.

En los documentos analizados es posible advertir que el sentido del castigo es múltiple: por un lado, se trata de un *castigo correctivo*, es decir que se orienta en el sentido que mencionábamos antes, 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 que 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 total*, con una gradación de castigo de acuerdo a la severidad de la falta.

Como ejemplos de lo expuesto, el residente que no escribió en 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, (como ser: establecer 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 algunos de los residentes 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.

Podríamos decir, desde el análisis de las disciplinas, que en ellas opera *la norma como principio de coerción*.

### **Para finalizar. Algunas conclusiones.**

Reconsiderando lo expuesto, podemos señalar una serie de cuestiones sobre las que hemos podido reflexionar a partir de la utilización de las nociones de institución total y dispositivo de poder disciplinario.

En primer lugar, uno de los méritos analíticos de Goffman consiste en que identifica acertadamente las características de las instituciones totales de tipo psiquiátrico (que son el tipo particular que mayormente analiza en *Internados*) insertándolas dentro de todo un abanico más amplio de estructuras -internados escolares, prisiones, asilos de ancianos u orfanatos, campos de concentración, conventos, monasterios y demás claustros religiosos, cuarteles militares, etc.-, a las que caracteriza como establecimientos encargados de la

Creado con



descargue la prueba gratuita online en [nitropdf.com/professional](http://nitropdf.com/professional)

custodia de los individuos y el control de sus modos de vida (Goffman, 1998). Goffman logra avanzar sobre la especificidad de la institución psiquiátrica, y exponer, más allá de su contenido particular, las características generales de lo que denomina *instituciones totales*. Hay también un entendimiento de la capilaridad del ejercicio del poder de parte del personal hacia el internado, de cómo todos sus actos son entendidos a la luz de las circunstancias que determinaron su internamiento.

Asimismo, identifica en modo análogo al de Foucault, las diversas técnicas que despliega la *institución total*, otorgándole un papel central a la clausura, la vigilancia jerarquizada, el control de actividad y el castigo. Y por último, es destacable que en su análisis Goffman atribuye al individuo la capacidad de recomposición de su *yo* frente a los múltiples procesos de mortificación y despojo (a través de los llamados ajustes secundarios), con lo cual da cuenta de una concepción relacional y no meramente represiva del poder, de la que también participa Foucault.

Como contrapartida a estas consideraciones, su enfoque no contempla el eje diacrónico de análisis -cuestión central desde Foucault-, y esta limitación no le permite incorporar al mismo la argumentación –sí presente en Foucault- de que el asilo psiquiátrico como dispositivo constituye una respuesta a una *problemática histórica*, y que su emergencia es fruto de condiciones de posibilidad también históricas.

Precisamente, situar históricamente la existencia de la modalidad de tratamiento de los dispositivos ambulatorios intramuros con deambulación familiar como el que trabajamos, implica ubicar cuál es el recorte de los individuos que se produce desde el discurso médico-psiquiátrico, y cómo desde la rejilla de dicho saber son codificados como “adictos”, y en tanto tales, pasibles de ser constituidos como “individuos a corregir. También permite situar la institución de un campo como dispositivo de poder disciplinario en el contexto más amplio de un diagrama de poder *posdisciplinario o de control* (Deleuze 1990: 278) .Ello conduce a extender el análisis más allá del funcionamiento intra-dispositivo, pudiendo incluir (aunque no las exponamos aquí) la multiplicidad de determinaciones y relaciones de fuerzas hoy en pugna por el control de los cuerpos de los “adictos” para su docilización y sumisión.

De allí la relevancia de retener el componente estratégico de los dispositivos. 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.

Hemos renunciado a la homologación de la clausura, el encierro y espacio cerrado a una *materialidad*, y enfocarnos en una serie de cuestiones relativas a la microfísica de la institución:

- la posibilidad de 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 y su encauzamiento,

- la valoración de la abstinencia total de consumo -en términos nativos, *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, los 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.

### Referencias Bibliográficas.

- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Manual DSM IV-TR de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales*. Ed. Electrónica.
- CELS/MDRI (2007) *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Deleuze, G. (1990). “Post scriptum sobre las sociedades de control”. En *Conversaciones 1972-1990*. Valencia. Pre-Textos, 1995.
- Dominguez 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.[1967] (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”. En *Antípoda: Revista de Antropología y Arqueología*, ISSN 1900-1407, N°. 6, Universidad de los Andes, Bogotá.
- Epele, M. (2010). *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Faraone, S. (2004). *Políticas en Salud Mental*. Buenos Aires: Mimeo.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. Argentina: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2005). *El Poder Psiquiátrico*. Argentina: FCE.
- Goffman, E. (1998). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Goffman, E.(2007). *Estigma, la identidad deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu editores.
- Good, B. (1994). *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. New York: Cambridge University Press.
- Good, B.; Desjarlais, R.; Eisenberg, X y Kleinman, A. (1997) *Salud mental en el mundo*. Washington: OPS.
- Grimberg M. (1998) "VIH/SIDA y proceso salud-enfermedad-atención: construcción social y relaciones de hegemonía". Seminario-Taller de Capacitación de formadores. LUSIDA, Buenos Aires.
- Grimberg M. (1999) "Sexualidad y relaciones de género: una aproximación a la prevención del VIH-Sida en sectores populares de la ciudad de Buenos Aires", en *Cuadernos Médico Sociales* n° 68, Rosario.
- Grimberg M. (2000). “Género y VIH-Sida. Un análisis de los diferenciales de género en la experiencia de vivir con VIH”. *Cuadernos Médicos-Sociales*. No 78. CESS. Asociación Médica de Rosario.
- Grimberg M. (2003) “Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con HIV”. *Cuadernos de antropología social*, Facultad de Filosofía y Letras, UBA
- 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*: vol.25 Nro.1 Rio de Janeiro.
- 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., Lehtinen V.(Eds) *Public Health Approach on Mental Health in Europe*: Helsinki, STAKES.

- Kleinman, A. (1988) *The Illness Narratives*, USA: Basic Books.
- Kornblit, A. L. (2007). *Metodologías cualitativas en Ciencias Sociales. Modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Ed. 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 para optar al título de Doctora en Ciencias Sociales, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Mimeo.
- Menéndez, E. (1990) *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Conaculta.
- Narcóticos Anónimos (1991), Libro Azul. China: Narcotics Anonymous World Services.
- NA (2002) “Los Doce Conceptos de Servicio en NA”. Traducción de literatura aprobada por la Confraternidad de NA. 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, 2 vol.
- Pecheny, M.; Jones, D.; 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; 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”, *Interam. j. psychol*;41(1):17-30. Aprtica Pública.
- Peele, S. (1995) *Diseasing of America. How we allowed recovery zealots and the treatment industry to convince us we are out of control*. Jossey-Bass Publishers. San Francisco.
- Rose, N. (1996). “Psychiatry as a political science: advanced liberalism and the administration of risk”. *History of the Human Sciences*, v, 2, n.9, p. 1-23.
- Touzé, G.; Pawlowicz, M; Galante, A.;Rossi, D.; Goltzman, P. (2010) *La matriz religiosa en algunos dispositivos de atención de drogas. El caso de los programas de Doce Pasos*.Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil,mimeo.
- Visacovsky, S. (2001) *El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*. Buenos Aires: Alianza.

**- Sitios de internet consultados**

Sitio Web de Alcohólicos Anónimos: <http://www.alcoholics-anonymous.org> y [http://www.alcoholics-anonimos.org/aa/1/como\\_nacio\\_a.htm](http://www.alcoholics-anonimos.org/aa/1/como_nacio_a.htm)

Sitio Web de Alcohólicos Anónimos Argentina: <http://www.aa.org.ar/hist.htm>