

II REUNIÓN NACIONAL DE INVESTIGADORAS/ES EN JUVENTUDES DE ARGENTINA  
“LÍNEAS PRIORITARIAS DE INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA JÓVENES/JUVENTUD. LA  
IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO SITUADO”. Red de investigadores en  
Juventud, Salta, 2010.

# **La matriz religiosa en algunos dispositivos de atención por uso de drogas. El caso de los Programas de Doce Pasos - Artículo Matriz religiosa de los 12 Pasos.**

Pawlowicz, María Pía, Galante, Araceli, Rossi, Diana, Goltzman, Paula y Touze, Graciela.

Cita:

Pawlowicz, María Pía, Galante, Araceli, Rossi, Diana, Goltzman, Paula y Touze, Graciela (Octubre, 2010). *La matriz religiosa en algunos dispositivos de atención por uso de drogas. El caso de los Programas de Doce Pasos - Artículo Matriz religiosa de los 12 Pasos. II REUNIÓN NACIONAL DE INVESTIGADORAS/ES EN JUVENTUDES DE ARGENTINA “LÍNEAS PRIORITARIAS DE INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA JÓVENES/JUVENTUD. LA IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO SITUADO”.* Red de investigadores en Juventud, Salta.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/maria.pia.pawlowicz/110/2.pdf>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pgap/8pn/2.pdf>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.  
Para ver una copia de esta licencia, visite  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite:*  
<https://www.aacademica.org>.

**Citar como:** Pawlowicz MP, Galante A, Rossi D, Goltzman P, Touzé G. (2010) “La matriz religiosa en algunos dispositivos de atención por uso de drogas”. En CD de la II Reunión Nacional de Investigadoras/es en Juventudes de Argentina. “Líneas prioritarias de investigación en el área jóvenes/juventud. La importancia del conocimiento situado”. ISSN 1851-4871. Octubre 2010, Salta.

II REUNIÓN NACIONAL DE INVESTIGADORAS/ES EN JUVENTUDES DE ARGENTINA  
“LÍNEAS PRIORITARIAS DE INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA JÓVENES/JUVENTUD.  
LA IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO SITUADO”

Ciudad de Salta 13, 14 y 15 de octubre 2010

GT: 13. Religiones (Mariela Mosqueira [religionesrenija@gmail.com](mailto:religionesrenija@gmail.com))

**La matriz religiosa en algunos dispositivos de atención por uso de drogas.  
El caso de los programas de Doce Pasos**

Pawlowicz, María Pía<sup>1,3</sup>; Galante, Araceli<sup>1,2</sup>; Rossi, Diana<sup>1,2</sup>; Goltzman, Paula<sup>1,2</sup>; Touzé, Graciela<sup>1,2</sup>.

**Pertenencia institucional:**

- <sup>1</sup> Intercambios Asociación Civil. (Domicilio: Corrientes 2548. Piso 2. “D” (1046). CABA. Argentina. TE: 54 11 4954 7272, [intercambios@intercambios.org.ar](mailto:intercambios@intercambios.org.ar)); y Proyecto de cooperación universitario internacional: Universidad y uso/abuso de drogas. Estudios locales. “Uso de drogas en Argentina: políticas, servicios y prácticas”. Federación Internacional de Universidades Católicas.
- <sup>2</sup> Proyecto UBACyT SO44. “Políticas estatales de control de drogas e instituciones sanitarias de atención para usuarios de drogas” Programación 2008-2010. Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- <sup>3</sup> Fogarty International Training and Research project D43 TW001037-06 (Mount Sinai / New York State / Argentina HIV Prevention)

**Correo electrónico:** [mariapiapawlowicz@hotmail.com](mailto:mariapiapawlowicz@hotmail.com)

**Tres palabras claves:** uso de drogas – dispositivos – programas de doce pasos

**Introducción**

El uso de drogas es un tema recurrente en los medios de comunicación, una *cuestión* de agenda política, que aunque está presente también entre los adultos, a nivel de las *representaciones sociales*<sup>1</sup> se identifica como un fenómeno propio de la juventud. Se produce una ecuación simbólica

---

<sup>1</sup> Las representaciones sociales son definidas como “imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, categorías que sirven para clasificar las

por la cual frecuentemente se asocia usuario de drogas=joven-pobre-varón; que implica procesos de estigmatización y de invisibilización de la complejidad de la temática, al mismo tiempo que se asocia a los problemas de inseguridad ciudadana.

En Argentina, el proceso actual de debate sobre la reforma en las políticas de drogas tiende a evitar la criminalización del consumo. Se plantea entonces un desafío para otras áreas sociales, educativas, y específicamente del campo de la salud y de la salud mental.

El panorama de la Salud mental se caracteriza por la coexistencia de diversas concepciones del daño mental y la multiplicidad de tratamientos heterogéneos y mixtos sin la necesaria fundamentación teórica. Sin embargo, como señala Galende “notablemente, cada una de las concepciones con sus tratamientos y modelos de asistencia, no se reconoce como enfoque o tratamiento parcial de los problemas de salud mental, tiende más bien a configurarse como totalizantes, abarcativas, por lo que la coexistencia con otras concepciones mantiene abiertas la polémicas y las luchas por cierta hegemonía” (Galende, 1989: 15-16). En ese marco es que la diversidad de *dispositivos*<sup>2</sup> para la atención de los usuarios de drogas reproduce la fragmentación del sistema de salud en el país y la heterogeneidad institucional propia del campo de la salud mental (Pawlowicz y otros, 2006).

### **Objetivos**

En este contexto adquieren especial relevancia los problemas de investigación como el de este estudio cuyo objetivo general fue la descripción de los dispositivos de asistencia por drogas en el Gran Buenos Aires. Particularmente, en este trabajo presentaremos algunas reflexiones acerca de la matriz religiosa del dispositivo de Doce Pasos cuya importancia está dada por su fácil acceso, su extensa cobertura y por sobre todo, porque es considerado el origen de la autoayuda como modelo terapéutico.

### **Metodología y referentes empíricos**

El estudio fue de tipo descriptivo y cualitativo. Los materiales explorados son de tipo textual y fueron recolectados a partir de la administración de entrevistas abiertas con guías de pautas, entrevistas a informantes clave y grupos de discusión.

Se involucró a 50 *especialistas*<sup>3</sup> (Menéndez, 1990) con y sin formación académica que se desempeñaban en distintas instituciones de atención sanitaria a usuarios de drogas. La muestra fue

---

circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos” (Jodelet, 1986: 472).

<sup>2</sup> Desde una perspectiva foucaultiana, los **dispositivos** están constituidos por una pluralidad de individuos, objetivo u objetivos comunes, y de despliega en un tiempo determinado, un espacio dado, y una inscripción institucional. Se implementan para una cierta población e implican la utilización de diferentes formas de encuadre de trabajo, requisitos y normas de funcionamiento, horarios, formas de contener, de escuchar y de orientar. Por lo tanto, en una misma institución pueden coexistir distintos dispositivos como, por ejemplo, grupos de reflexión, actividades de tipo ambulatorio y/o sistemas de internación. En algunos casos se secuencian los dispositivos como pasos progresivos de un mismo tratamiento, y en otros se deriva a algunos pacientes a uno u otro dispositivo de acuerdo a sus características (Pawlowicz y otros, 2008). Según Márquez (1995) los dispositivos son formaciones que en cierto momento histórico responden a una urgencia, ya que su función suele ser “estratégica dominante”.

<sup>3</sup> Para Menéndez (1990) los **especialistas** son sujetos particulares que de distinta forma implementan acciones de asistencia de la salud. Comprenden a aquellos que tienen formación académica de diversas disciplinas como las formaciones técnicas (como varios de los operadores socioterapéuticos) y los curanderos, o incluso los familiares u *otros significativos* que brindan cuidados sanitarios.

no probabilística e intencional. En este caso, triangulamos la perspectiva de 7 especialistas que trabajaban en 4 Programas de Doce Pasos de diverso tipo, con la de otros especialistas de dispositivos (hospitales psiquiátricos y comunidades terapéuticas, entre otros) y con datos secundarios producidos por las instituciones acerca de las características de los dispositivos (páginas Web institucionales, artículos y presentaciones en Jornadas).

El trabajo de campo se realizó a partir de contactos de los investigadores del equipo, entre los meses de septiembre de 2006 y enero de 2007. Se aplicó un consentimiento informado, asegurando el anonimato y la confidencialidad. A partir de la identificación de códigos, con la asistencia del software Atlas.ti para el análisis cualitativo de datos, se diferenciaron ejes de análisis y se trabajó con la modalidad de análisis del discurso distinguiendo regularidades y clasificaciones en los materiales empíricos.

## **Resultados**

### **Origen, mito fundacional y expansión mundial**

Los programas de Doce Pasos tienen su origen en Alcohólicos Anónimos (A.A.), confraternidad creada en el año 1935<sup>4</sup>, en Ohio, Estados Unidos.

En la página oficial de AA se relata que el dispositivo es el resultado de la búsqueda de los alcohólicos por encontrar una respuesta a sus problemas. Uno de los fundadores de AA, llamado Bill, luego de iniciar un tratamiento médico, convencido de que el alcoholismo era una enfermedad incurable, buscó ayuda en el Grupo de de Oxford. Se trataba de una “sociedad compuesta en su mayor parte de gente no-alcohólica, que recalca la aplicación de valores espirituales universales a la vida diaria” (A.A., 2007) y basaba en la importancia de hablar de su enfermedad y de reparar sus errores.

*- Un hombre de negocios de Nueva York (Bill), que había conseguido permanecer sin beber por primera vez tras haberlo intentado en varias ocasiones durante varios años, buscó a otro alcohólico para compartir con él sus experiencias en un esfuerzo por superar un mal momento que estaba atravesando y que temía que lo llevase a una recaída (Dr. Bob). Durante los escasos meses de su recién adquirida sobriedad, este alcohólico de Nueva York había observado que sus deseos de beber disminuían cuando trataba de ayudar a otros «borrachos» a permanecer sobrios»<sup>5</sup>.*

Se describe que “juntos descubrieron su capacidad para permanecer sobrios basada en el hecho de compartir su experiencia con otros alcohólicos” (A.A., 2007). Bill convenció al Dr. Bob de una de las ideas fundantes del dispositivo: la concepción del alcoholismo como una enfermedad de la mente, de las emociones y del cuerpo. Esta idea fue instituyente en un contexto en que el alcoholismo se concebía como un defecto moral y una perversión que originaba un comportamiento pecaminoso (De Dominicis, 1997).

Es posible identificar una cierta continuidad entre A.A. y el movimiento religioso del Grupo de Oxford “Convivencia, cambio, testimonio, rehabilitación, aceptación de la guía divina o de un poder absoluto,

---

<sup>4</sup> <http://www.aa.org.ar/hist.htm>

<sup>5</sup> [http://www.alcoholicos-anonimos.org/aa/1/como\\_nacio\\_a.htm](http://www.alcoholicos-anonimos.org/aa/1/como_nacio_a.htm).

son los elementos del **grupo de Oxford** que han influenciado directamente a A.A.” (De Dominicis, 1997). Puede analizarse que en el marco del contexto de surgimiento sociocultural protestante y de clase media norteamericana el programa de A.A. tendió un puente entre ciencia y religión, insertando la causalidad medico-psiquiátrica del alcoholismo en un contexto filosófico y religioso.

La literatura oficial que relata el origen de A.A.<sup>6</sup> muestra la importancia que tiene la **abstinencia** en estos programas. La historia contada por AA subraya que Bill y el Dr. Bob, Luego de su encuentro, se pusieron a trabajar inmediatamente con los alcohólicos confinados en el Hospital Municipal de Akron. Como consecuencia de sus esfuerzos, un paciente pronto logró su sobriedad. Aunque no se había inventado todavía el nombre Alcohólicos Anónimos, estos tres hombres constituyeron el núcleo del primer grupo de A.A. En el otoño de 1935, el segundo grupo fue tomando forma gradualmente en Nueva York. El tercer grupo se inició en Cleveland en 1939. Ese mismo año se publicó el libro «Alcohólicos Anónimos» que dio nombre a la Comunidad que se desarrolló como un movimiento y que se extendió rápidamente por el mundo.

Como en todo grupo de autoayuda, es difícil evaluar sus resultados. Para hacerlo, se pueden tomar distintos indicadores, como la difusión de los grupos, la frecuencia de los encuentros, etc. (De Dominicis, 1997). Se calcula que A.A. está presente en más de 180 países, con unos 150.000 grupos y más de dos millones de miembros por todo el mundo<sup>7</sup>.

En nuestro país en particular, AA comenzó a funcionar en el año 1953. El precursor fue el Dr. Pochat, que conoció el dispositivo gracias a su trabajo previo en una clínica de EEUU. Pochat facilitó el contacto entre Héctor G. (un alcohólico) con la Oficina de Servicios Generales de Nueva York. Junto a Arthur M. (de nacionalidad británica y miembro de un grupo de A.A. de Texas) Héctor G., organizó el primer pequeño grupo de Argentina<sup>8</sup>. Actualmente, A.A. tiene amplia cobertura en todas las provincias<sup>9</sup>.

Narcóticos Anónimos (N.A.) es otro programa que funciona con la misma matriz ideológica, el mismo encuadre y los mismos materiales bibliográficos y folletería pero está destinado a usuarios de drogas ilegales que deseen dejar de consumir. Este programa surgió en California en 1953 donde “ex-adictos” a la heroína se separaron de A.A. También este programa tuvo un rápido crecimiento: “desde el primer grupo de N.A., los miembros en USA aumentaron desde 1.600 grupos en 1982, hasta más de 20.000 en 1992”<sup>10</sup> (Fiorentine y Hillhouse 2002:30). En Argentina comenzó a funcionar en 1986, y actualmente se extiende por varias ciudades y pueblos de las 24 provincias.

Tanto en la presentación institucional de N.A. como en la de A.A. se apela al origen mítico de la fundación del programa y a la idea de internacionalidad, es decir la valoración de la amplia cobertura internacional.

---

<sup>6</sup> [http://www.alcoholics-anonymous.org/sp\\_information\\_aa.cfm?PageID=2&SubPage=60](http://www.alcoholics-anonymous.org/sp_information_aa.cfm?PageID=2&SubPage=60)

<sup>7</sup> <http://www.aa.org.ar/hist.htm>

<sup>8</sup> Esta información detallada puede encontrarse en <http://www.aa.org.ar/>

<sup>9</sup> <http://www.aa.org.ar/cont/mapa.html>

<sup>10</sup> Fiorentine y Hillhouse (2002) citan a: Troyer TN, Acampora AP, O'Connor LE y Berry JW. (1995) The changing relationship between therapeutic communities and 12-step programs: A survey, *Journal of Psychoactive Drugs*, 27,177-180.

- *Narcóticos Anónimos es una asociación sin fines de lucro que fue creada en el sur de California más o menos en 1973. Y, bueno, empezó a crecer, ahora está en 116 países está traducida la literatura en todos esos idiomas (servidora, programa Doce Pasos, 34 años).*

Actualmente distintas vertientes derivadas de estos programas desarrollan múltiples dispositivos generalmente ambulatorios y con modalidades grupales destinados a los problemas relacionados al uso de drogas.

### **Representaciones sobre el uso y los usuarios de drogas: ontologización del “ser adicto” y matriz cultural religiosa**

En el campo de la salud mental, los modos de construcción socio-simbólica de los padecimientos son marcos de referencia de la constitución subjetiva. Se producen en un tiempo histórico y en una cultura que moldea y normativiza las formas de padecimiento y las respuestas sociales. Por este motivo, para comprender el *proceso salud/enfermedad/atención*, es importante analizar el nivel de los saberes y prácticas construidos y recreados por los colectivos sociales sobre los padecimientos. Al respecto, cabe tener en cuenta que las *representaciones sociales*<sup>11</sup>, en tanto construcciones colectivas, tienen efectos en las formas de organizar los dispositivos, así como en las relaciones cotidianas de los especialistas con los usuarios de drogas, más allá de la formación de cada cual. Es más, son saberes y prácticas que se imbrican con la formación académica, no sin contradicciones. Las representaciones sociales sobre el uso y los usuarios de drogas se articulan con las experiencias institucionales y se traducen en criterios para la implementación de los dispositivos. A su vez, se vinculan dialécticamente con el saber científico y con las prácticas sociales, en una activa relación de apropiación, transformación y reinterpretación tanto de las teorías científicas como de las formas de atender el problema de las drogas (Galante y otros, 2007)

Las narrativas de los especialistas de los programas de Doce Pasos se encuentran principalmente dos conjuntos de representaciones sociales recurrentes. Por un lado la concepción de la adicción como enfermedad; y por otro, algunos elementos que responden a una matriz cultural de tipo religiosa. Desarrollaremos a continuación ambas líneas de sentido analizando sus implicancias.

### ***Representación social de la adicción como enfermedad crónica. “Soy adicto recuperado”...***

Se concibe al consumo problemático de sustancias como una enfermedad crónica que se pueden “controlar” pero no curar. De este modo se imbrica la matriz religiosa con el modelo biomédico porque la “conciencia de enfermedad” es la que posibilita la “aceptación de nuestra impotencia” y la apelación a la ayuda divina. Se puede leer en la literatura de N.A.:

- *Las circunstancias en realidad no importan. La adicción es una enfermedad progresiva como la diabetes. Somos alérgicos a las drogas. El final es siempre el mismo: cárceles, hospitales o la muerte. Si la vida se ha vuelto ingobernable y quieres vivir sin la necesidad de consumir drogas, nosotros sabemos cómo hacerlo (“Para el recién llegado”, literatura oficial de N.A.,*

---

<sup>11</sup> Las representaciones sociales son definidas como “imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos” (Jodelet, 1986: 472).

1993a).

En consonancia con este postulado, se identifica a los integrantes de los grupos como **“adictos recuperados”**, o **“ex adictos”** independientemente de los años de abandono de la práctica.

- (E - ¿Cómo fue que aprendiste a trabajar con usuarios de drogas?) *“Porque soy uno. Soy un adicto en recuperación, así le decimos nosotros, aunque yo hace mucho que dejé el alcohol, no decimos “adicto recuperado” sino en recuperación, porque no es algo que se termine” (servidor programa Doce Pasos, 43 años).*

La identificación con la figura del “adicto en recuperación” es un punto de partida para el tratamiento. No se trata de un estado temporario, sino de una atribución del orden del ser: “soy adicto”. Las ideas de cronicidad de la adicción y de identificación irreversible con el ser “adicto” son puestas en cuestión por especialistas de otros dispositivos como las comunidades terapéuticas que advierten que los sujetos pueden cambiar en tanto la identidad no es un estado permanente sino se transforma.

Al considerarlo como una enfermedad, el problema tiende a despojarse en parte de la carga estigmatizante y culpabilizadora: el adicto no sería responsable por su adicción. Este reconocimiento, es el primer paso del programa de tratamiento: *“admitir que somos impotentes ante nuestra adicción”*<sup>12</sup>.

- *Es posible que no te resulte fácil. Mientras consumíamos, siempre dijimos que podíamos controlarnos. Aunque al principio fuera cierto, ahora ya no lo es. Las drogas terminaron controlándonos a nosotros. Vivíamos para consumirlas y las consumíamos para vivir. Un adicto es simplemente una persona cuya vida está controlada por las drogas (Guía de Introducción a Narcóticos Anónimos, Revisado, 1995).*

En ese sentido, se propone pasar de ser **“controlados por la droga”** a controlarla ellos mismos. La **sobriedad** se constituye en el objetivo central del tratamiento: *“Este es un programa de abstinencia completa de todo tipo de drogas”*<sup>13</sup>. A diferencia de otros dispositivos la abstinencia no necesariamente se realiza de un día para el otro, sino que se respeta un proceso progresivo de disminución del consumo, aunque con una fuerte norma grupal que propone la abstinencia por el plazo de un día: *“limpios por 24 horas”*. Todos los días. Bajo el lema *“sólo por hoy”*.

- *El que llega a una reunión por ejemplo de A.A. llega totalmente borracho. Y luego se va trabajando con las recaídas en cada grupo. Es como ir bajando la dosis de una medicación, no puede ser brusco el corte (servidor programa Doce Pasos, 43 años).*

### **Matriz cultural-religiosa**

Como ya se dijo, algunos de estos elementos que se han descrito hacen que se pueda entender a los programas de Doce Pasos como un fenómeno que responde a una matriz cultural de tipo religiosa, tal como también se señala en el estudio de Ibarra Sagarduy (Ibarra Sagarduy y otros, 2005). Algunos de las características que validan tal afirmación son: la transmisión de una “verdad” estipulada como principios, tradiciones y pasos, la “vocación de servicio” a la comunidad, el “culto” a

---

<sup>12</sup> En el caso de los dispositivos de Doce Pasos la responsabilidad del usuario de drogas está vinculada al pedido de ayuda a un Ser Superior, al reconocimiento de los errores en un inventario y a la aceptación del acompañamiento del grupo en el cumplimiento estricto de cada uno de los Doce Pasos (Galante y otros )

<sup>13</sup> Página oficial N.A. de Argentina: <http://www.na.org/ips/cs/what.htm>

los iniciados en el movimiento, la confesión de los pecados, y los contenidos psicológico-espirituales que conlleva todo el proceso terapéutico-ritual.

*- Y... lo más importante es la parte espiritual. Y es la parte que, científicamente, no vas a explicar nunca. No pueden creer cómo, cómo tiene tanto poder eso (servidor, programa Doce Pasos, 36 años).*

Un punto de partida de estos dispositivos de intervención es la consideración de la **experiencia espiritual**. Los primeros tres pasos del recorrido de esa secuencia de doce, estipulan:

*- Paso 1. Admitimos que éramos impotentes ante nuestra adicción, que nuestra vida se había vuelto ingobernable. Paso 2. Llegamos a creer que un Poder superior a nosotros mismos podía devolvernos el sano juicio. Paso 3. Decidimos poner nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, tal como lo concebimos.*

Se considera que esa entidad sobre-humana como una guía que acompaña y es fuente de fortaleza. La **ayuda divina** representa una asociación entre medicina y religión y la regla central respeta el concepto de espiritualidad (De Dominicis, 1997). El imperativo es subordinarse a esa fuerza superior.

*- Dice la segunda Tradición de los programas de Doce Pasos: Para el propósito de nuestro grupo sólo hay una autoridad fundamental: un Dios bondadoso tal como pueda manifestarse en nuestra conciencia de grupo. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza; no gobiernan ("Para el recién llegado", literatura oficial de N.A., 1993a).*

*- La única manera que tiene de dejar de consumir por 24 horas es encomendándose, o confiando o creyendo en un poder superior. No importa... no es religioso. Esto es muy claro. O sea que no es el dios de los católicos. Es un poder superior que... el cual los va ayudar... (psicoanalista, ambulatorio individual y grupal de hospital psiquiátrico, 36 años).*

Los discursos acentúan cómo la voluntad divina ilumina el cambio, que sólo puede devenir del arrepentimiento y el sentimiento de impotencia. Es la aceptación de la imposibilidad y del propio límite la que permitiría la transformación. Se proponen una recomposición espiritual a través de la reparación moral de los daños causados a otros.

El **arrepentimiento** se considera un camino para la cura sin tomar un carácter dramático, sino cumpliendo los Doce Pasos cotidianamente. La práctica de la reparación también deriva del grupo de Oxford y su **concepción del pecado** porque "utilizan una terminología científica: cirugía del alma, diagnóstico espiritual, método de cura. Era un modelo médico del pecado. La admisión del pecado significó la identificación de la causa de la enfermedad y de su remoción. Es evidente que A.A. se distancia del concepto de pecado, concibiendo la cura atravesada por un instrumento espiritual" (De Dominicis, 1997<sup>14</sup>). En la práctica, la reparación implicaba la insuficiencia del simple arrepentimiento y la necesidad de una acción concreta que fuese reparadora.

Este aspecto del arrepentimiento de los pecados es criticado por algunos profesionales con formación académica que se desempeñan en otros dispositivos que sostienen que estas prácticas hacen

---

<sup>14</sup> La traducción es nuestra.



demasiado hincapié en la culpa del sujeto reproduciendo procesos de culpabilización<sup>15</sup>.

*- Los Doce Pasos tienen que ver con esto con... reconocer su culpa, pedir perdón, hacer mea culpa, restaurar los daños que hiciste... Es como que... eso... me produce cierto... ruido, no me termina de gustar la idea. También reconozco que hay gente a la que le sirve (...) A mi lo que no me termina de convencer es el punto de culpabilización personal que se pone como en... como en juego en las reuniones, digamos. Como que hay demasiado hincapié en esta cuestión de culpa personalizada (trabajador social, comunidad terapéutica, 42 años).*

La idea fuerte de la transformación subjetiva como **renacimiento** también donde el cambio es entendido como algo repentino, luminoso, dramático, emocional y público. Implica un volver a nacer modificando la propia existencia, de tal forma que el sujeto se libera del pecado. Del mismo modo, en la literatura oficial de estos programas se puede observar cómo se apela a una figura retórico-argumentativa: una metáfora temporal en la que se contraponen lo viejo y lo nuevo. Estos adjetivos recorren los materiales asociando lo viejo a: lo pasado, lo que corrompe, la monotonía, el aburrimiento, el descontrol, lo cerrado y la apatía (*"viejos fantasmas", "viejos hábitos"*). En cambio, lo nuevo se asocia al futuro, la oportunidad, lo abierto y la fuerza (*"camino hacia una vida nueva", "el valor de cada nuevo día"*).

Se focaliza la reflexión sobre el hoy, sobre el presente y en tal caso el futuro, pero se invita a los participantes a no estar *"mirando para atrás"* repensando lo que sucedió en el pasado<sup>16</sup> (*SÓLO POR HOY no tendré miedo, pensaré en mis nuevas amistades, gente que no consume y que ha encontrado un nuevo modo de vivir*).

Sin embargo, a pesar de estas características, los integrantes de estos programas y su literatura, insisten en aclarar que no son grupos **religiosos** sino: **espirituales**. Vinculan lo espiritual con lo emocional y lo humano, y al mismo tiempo apelan a la idea de trascendencia en relación a la creencia en un ser superior (*"si acepta un poder superior a sí mismo, va a encontrar un orden en su vida mucho más sano que si el adicto se cree que es el dueño de la creación"*). Pero también al *"sentido de la vida"* que trasciende la propia existencia o la necesidad de *"recuperar valores espirituales perdidos"* aludiendo a un cambio de tipo moral.

### **La común-uniión de una confraternidad de pares basada en el anonimato.**

En estos dispositivos el grupo es un continuo sistema de apoyo basado en una fuerte identificación con los pares y la pertenencia a una "comunidad fraterna".

*- En realidad necesitábamos encontrar personas como nosotros, que hubieran pasado por lo mismo y que fueran capaces de entender nuestros sentimientos y nuestras experiencias. (...) El*

---

<sup>15</sup> En una entrevista, una médica que dirige un servicio público especializado dice que en los dispositivos de Doce Pasos lo religioso puede enmascarar alguna patología grave: *"se esconden patologías dudosas... una cosa religiosa. Se pierden, se pierden cosas orgánicas o psicológicas graves"*.

<sup>16</sup> En algunos modelos de comunidad terapéutica también se considera que hay que *"comenzar de cero"* y casi volver a atravesar un proceso de socialización. Este punto es un tema que se discute. Varios especialistas con formación académica cuestionan ese corte con la propia historia, especialmente los psicoanalistas que justamente trabajan con la resignificación de la historia de los sujetos.

*grupo es el arma más poderosa para llevar el mensaje de esperanza y la promesa de liberarnos de la adicción activa. (...) En las reuniones oímos otros adictos compartir sus experiencias, su valor y su esperanza de mantenerse limpios para ayudar a otros a hacer lo mismo. Descubrimos que el valor terapéutico de un adicto que ayuda a otro, no tiene igual (“El grupo”, literatura oficial de N.A., 1993).*

La relación con los otros es fundamental en este dispositivo. El otro es experimentado como un par, como un hermano, como un igual. El otro es alguien que *“habla el mismo idioma”,* y *“puede comprender porque ya la pasó”.*

El **anonimato** es funcional a esta idea porque implica un supuesto borramiento las diferencias sociales, étnicas, generacionales o de género para relacionarse a partir de una experiencia compartida: ser un usuario de drogas dispuesto a estar sobrio.

*- En estos tratamientos, vos te sentás al lado de un adicto, y decís tengo ganas de consumir, y... te va a entender perfectamente. El que más valor tiene es este ida y vuelta, este espejo que te devuelve el adicto y que sabe por dónde estás pasando (servidora, programa Doce Pasos, 35 años).*

*- Y se basa fundamentalmente en el valor terapéutico de un adicto que llega, ayuda a otro. No hay profesionales que trabajen como profesionales dentro de Narcóticos Anónimos. Cualquier profesional que asista es un adicto más en recuperación. Este, no hay intervenciones del Estado, ni pertenecemos a ninguna idea política, religiosa (servidora, programa Doce Pasos, 34 años).*

Se plantea una situación paradójica ya que se hacen públicas situaciones de la vida privada, pero con una identidad ilusoria-imaginaria y frente a un grupo de pertenencia no habitual.

Los especialistas que trabajan desde otras perspectivas critican al anonimato como forma de borramiento de la historia subjetiva y socio-cultural.

*- Otro tema de gran debate fue el tema del anonimato (...) para nosotros, en el proceso de tratamientos, recuperar las raíces, la identidad, y la valoración de las generaciones anteriores es central. (...) Para nosotros es fundamental trabajar la identidad, social, cultural, familiar e individual. Y valorar el nombre y apellido y el origen. Entonces no podemos trabajar con el anonimato (trabajadora social, grupos terapéuticos, 50 años)*

### ***La transmisión del mensaje a otros como servicio centrada en el valor del testimonio y la narración de la propia historia***

La experiencia no implica un solipsismo sino que se resalta la necesidad e importancia de **“llevar el mensaje a otros”**, relacionada a acciones como ayudar a otros, realizar un servicio y *“entregarle a los otros lo mismo que le dieron a uno”*. El último de los doce pasos como corolario teleológico y al mismo tiempo apertura de un nuevo momento en el tratamiento dice: *Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los adictos.*

*- Es una de las patas de nuestra recuperación: hacer “servicio de”. A mí por lo menos me da sentido de pertenencia, y eso me permite a mí seguir estando sin consumir (servidora, programa*

*Doce Pasos, 34 años).*

Como destaca De Dominicis (1997), Bill tuvo una intuición fundamental: un alcoholíco le estaba hablando a otro alcoholíco. Es importante también el desarrollo de un liderazgo positivo, fundamental para ayudarse a sí mismo que deviene de esa intuición original de la importancia de la comunicación directa entre otros alcoholícos. El duodécimo paso que habla de la necesidad de ayudar a otros es un principio, tanto moral como religioso, pero sobretodo es una prescripción terapéutica (De Dominicis, 1997). (*“llevar el mensaje de este programa, este, la verdad es que es parte de nuestra recuperación”*).

En este punto cobra especial importancia la figura del **“recién llegado”**, a quien hay que transmitirle el mensaje. Incluso hay literatura específica destinada al que asiste por primera vez a un grupo de estos programas. Esa primera reunión, que tal vez pueda ser pensado como un ritual de iniciación por su componente simbólico es relatada por cada uno de los entrevistados como un momento fundante:

*- La verdad es que la primera vez que entré al grupo de Narcóticos Anónimos yo sentí que por fin llegué a mi casa. Es raro porque hay compañeros que entran "permiso, ¿puedo pasar?" y la verdad que lo que pasa en el grupo es inexplicable. Es algo muy mágico, que sé yo... cada quien llega se sienta, se para el coordinador, anota. Y la primera vez que llegás te dan la bienvenida, es... Para nosotros el recién llegado es la persona más importante de nuestras reuniones, y tenemos una tradición que es la quinta tradición, que es llevar el mensaje al adicto que todavía sufre. Entonces el coordinador sugiere que respetemos la quinta tradición, el que quiere, y le pasemos la experiencia al recién llegado (servidora, programa Doce Pasos, 34 años).*

En un estudio antropológico realizado en México se señala el carácter ritualista así como el valor terapéutico del testimonio. Analiza que se produce la “generación de una *comunitas* con fuerte sentido anti-estructural, que a través de una posición liminal y de una serie de ritos de pasaje, en teoría, debe reconstruir al alcoholíco, en este caso incluyendo una dimensión espiritual. O, incluso, toda una serie de ceremonias terapéuticas de **narración** de la propia historia” (Ibarra Sagarduy y otros 2005:6). El valor del testimonio y de la palabra se rescata en las entrevistas y en la literatura (*“sólo podemos conservar lo que tenemos en la medida que lo compartimos con otros”*).

También Brandes (2004) describe cómo estos programas de fases seriadas se basan en gran medida en el valor terapéutico de la palabra y la confesión pública. El testimonio, a través del relato de episodios de la historia personal con una estructura predecible y carácter protocolario, tiene un objetivo terapéutico. Estas declaraciones suelen ser sobre temas determinados, y siguen un formato particular (un saludo al inicio, o el deseo de sobriedad “sólo por hoy” al final) y los nuevos integrantes van aprendiendo el modo prototípico en que deben relatar sus propias historias. En algunos grupos, los que dan testimonio lo hacen desde una tarima, siguiendo una serie de rituales (orden para hablar, lectura de los “cartones”) y frases que se repiten en cada reunión (Brandes, 2004). La práctica del relato de la historia personal pareciera proporcionar fuertes sentimientos de identificación y empatía que cohesionan a los integrantes de los grupo y permite superar sentimientos de aislamiento.

**Efectividad y accesibilidad: “sirven y están en todos lados”**

Finalmente consideraremos estos dos rasgos del dispositivo, que como dijimos, son centrales de los programas de Doce Pasos que en el material empírico del estudio son frecuentemente reiterados. Se insiste por parte de especialistas de estos y de otros dispositivos en que más allá de las críticas, “*sirven*”. Del mismo modo, al pie de cada hoja del material que se en los programas de N.A. se lee: “*Lo más importante es que ¡funcionan!*”.

- *Creo que las ventajas de la modalidad de 12 pasos, grupos de autoayuda y centros de día son eficaces para los pacientes, por el contacto que hay con ellos, desde lo corporal hasta la forma de trabajo con otros adictos en recuperación, que ya pasaron por eso, pero que son uno más dentro del grupo (servidor programa Doce Pasos, 43 años).*

La accesibilidad geográfica y temporal está dada principalmente por la **extensión geográfica**. Cada provincia, y cada localidad tienen grupos en diferentes horarios adonde pueden concurrir los usuarios de drogas que así lo requieran. Al mismo tiempo, el hecho de no tener adscripción política, religiosa o de ninguna otra especie, facilita que los grupos puedan funcionar en lugares tan diversos como una vivienda privada, o un lugar público, como sucede en general (en una parroquia, un club, una sociedad de fomento o un hospital). Esta localización permite mayor cobertura, especialmente en zonas donde no la tiene el sistema de salud público.

La **inserción territorial** favorece la permanencia de los sujetos en su contexto habitual y que a pesar de estar en tratamiento puedan seguir realizando tareas como trabajar, vincularse con sus redes y estar en su barrio.

- *Por un lado, me parece que rescata alguna cosa de... que tiene que ver con esto del entorno social. O sea, te preserva a la persona de su entorno, se lo ofrecen apoyos como para que pueda seguir funcionando en ese lugar... tienen una estructura en donde se le va dando como distintas responsabilidades, y esto como que de alguna manera los van como integrando, volviendo... Funciona muy bien la contención con ellos... (trabajador social, comunidad terapéutica, 42 años).*

La posibilidad de seguir circulando por los espacios donde habitualmente se desempeña, de continuar vinculándose con las personas cercanas al sujeto es considerado positivamente como un facilitador que evita los conflictos de la reinserción luego de un proceso de encierro por una internación prologada. Este tema es común a los dispositivos de modalidad ambulatoria.

Se suma la **disponibilidad temporal** porque tienen cobertura las 24 horas a través de los *padrinos*<sup>17</sup> que están disponibles a cualquier hora y de la línea telefónica de ayuda con la que se responde rápidamente a las personas que consultan. No se trata sólo de asegurar que la población acceda, sino de estar predispuestos y abiertos para los requerimientos que se puedan presentar. Asegurar la **cercanía** es una preocupación. Los especialistas reiteran que ellos “*están*” siempre, que están disponibles, que “*esto no tiene horario*”. Cercanía geográfica y temporal<sup>18</sup>, pero también en una

---

<sup>17</sup> Es una práctica que consiste en que cada integrante nuevo del grupo elija a otro que lo apadrine, es decir que esté disponible para ayudarlo y escucharlo. En otros dispositivos se lo denomina “*hermano mayor*”.

<sup>18</sup> Se puede pensar que se busca no sólo la accesibilidad, sino también la *aceptabilidad*, que involucra otro nivel de la accesibilidad cultural definido por Wallace y Enríquez-Haass (2001) como la respuesta “*adecuada*” culturalmente, es decir, que responda a los valores de los usuarios de los servicios de atención de la salud.

dimensión cultural. Estar “*cuerpo a cuerpo*” y “*cara a cara*” son expresiones que dan cuenta del valor que se le da al contacto con el otro buscando acortar la *distancia social*<sup>19</sup> que habitualmente tienen los sectores que viven en situaciones de pobreza con los especialistas con formación académica. Se busca entonces la cercanía no sólo a través de la palabra sino también del abrazo o la mirada y del lenguaje sencillo.

### **Reflexiones finales**

Los Programas de Doce Pasos constituyen un dispositivo de asistencia en el campo de las drogas que es significativamente. En tanto antecedente de los dispositivos de autoayuda brinda pistas para analizar los modelos de autoatención y el modo en que se recrea la eficacia pragmática con la experiencia legitimada grupalmente donde los especialistas tienen una participación simétrica (Menéndez, 1990).

Aspectos tales como la apelación a la ayuda divina; el arrepentimiento, la confesión y el perdón por los pecados; el re-nacimiento transformador; la iniciación de los “recién llegados”; la “vocación de servicio” a la comunidad, el seguimiento de una serie de pasos y normas con carga moral, el valor del anonimato y del “testimonio de vida” nos llevan a hipotetizar acerca de la matriz religiosa de estos dispositivos y nos interrogan sobre las transacciones entre modelos de atención a la salud.

Se abren ejes para el análisis y la profundización de varios temas como las posibilidades y límites del anonimato; el estatuto de la transformación, e incluso la cura a partir de la idea de cronicidad; la identificación irreversible con el ser “adicto”; las concepciones y las prácticas con respecto a la abstinencia y la *voluntad*; la des-responsabilización del sujeto en relación a su consumo, y el atravesamiento singular de fuertes procesos de ilusión y/o de identificación grupal.

Finalmente, hipotetizamos que la concepción de la atención como “*servicio*” y los “*servidores*” en tanto usuarios de drogas que lograron la abstinencia a partir del encuentro en el anonimatos con otros iguales son dimensiones propias de este dispositivo que constituyen condiciones de posibilidad de la cobertura extensa y la accesibilidad geográfica y temporal de estos programas.

### **Bibliografía**

- Boltanski, L. (1975) *Los usos sociales del cuerpo*. Buenos Aires: Periferia.
- Brandes, S. (2004) “Buenas noches, compañeros. Historias de vida en alcohólicos anónimos” en Rev. De Antropología Social. Año/vol. 013. pp.113-136. Universidad Complutense de Madrid. España.
- De Dominicis, A. (1997) *La comunità terapeutica per tossicodipendenti. Origini e sviluppo del metodo*. Roma: Centro Italiano di Solidarietà di Roma.
- Fiorentine, R. y Hillhouse, M. (2002) “Tratamiento por drogas y participación en un programa de Doce-pasos: los efectos aditivos de la integración de actividades en la recuperación”. En RET, *Revista de Toxicomanías*. Nº. 30.
- Galante, A, Pawlowicz, M. P; Moreno, D; Rossi, D; Touzé, G (2010) “Uso de drogas: ¿acto responsable?, ¿voluntario?, ¿controlado? El discurso de los especialistas que trabajan en la atención a usuarios de drogas en

---

<sup>19</sup> Según Boltansky (1975) la “distancia social” entre el médico y el enfermo es más intensa a medida que se sube en la escala social. La distancia social “media entre un miembro de las clases ‘superiores’, fuertemente escolarizado y poseedor de un saber particular, y un miembro de las clases populares; y es duplicada por la distancia lingüística, originada a su vez por las diferencias lexicológicas y sintácticas que separan el lenguaje de las clases”.

Buenos Aires” en Rev. Norte en Salud Mental. Vol. VIII, nº 36 Febrero 2010. [http://www.omeaen.org/NORTE/36/04.%20Originales%20y%20Revisiones%20\(2\)%20Norte36.pdf](http://www.omeaen.org/NORTE/36/04.%20Originales%20y%20Revisiones%20(2)%20Norte36.pdf)

- Galante, A.; Pawlowicz, M. P.; Touzé, G.; Rossi, D.; Recchi, J. et al. (2007) “Representaciones sociales, sobre el uso y los usuarios de drogas de los especialistas que trabajan en instituciones asistenciales dedicadas al problema drogas”. En: CD ROM de las II Jornadas Nacionales de Representaciones Sociales “Representaciones sociales, minorías activas y memoria social”, Secretaría de Extensión, Cultura y Bienestar Universitario, UNQUI, Facultad de Psicología, UBA, Buenos Aires.

- Galende, E. (1990) *Psicoanálisis y salud mental*, Buenos Aires: Paidós.

- Ibarra Sagarduy, J. (2005) Salinas Carrizales, P. y Palacios Ramírez, J. “Consideraciones previas para un análisis antropológico de las comunidades de alcohólicos anónimos en el norte de México” en: Revista de Antropología Experimental Nº 5. Texto 17. Universidad de Jaén (España).

- Jodelet, D. (1986) “La representación social: fenómenos, concepto y teoría”, en Moscovici, S. (comp.). *Psicología Social*, Tomo I y II, Ed. Paidós.

- Menéndez, E. (1990) *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana.

- NA (1993a) “Para el recién llegado”. Traducción de literatura aprobada por la Confraternidad de NA. Narcotics Anonymous World Services, Inc. [http://www.na.org/pdf/litfiles/cs/CS\\_3116.pdf](http://www.na.org/pdf/litfiles/cs/CS_3116.pdf).

- NA (1993b) “Librito blanco, Narcóticos Anónimos”. Traducción de literatura aprobada por la Confraternidad de NA. Narcotics Anonymous World Services, Inc. [http://www.na.org/pdf/litfiles/cs/CS\\_White%20Booklet.pdf](http://www.na.org/pdf/litfiles/cs/CS_White%20Booklet.pdf).

- NA (1993c) “El grupo”. Traducción de literatura aprobada por la Confraternidad de NA. Narcotics Anonymous World Services, Inc. [http://www.na.org/pdf/litfiles/cs/CS\\_3102.pdf](http://www.na.org/pdf/litfiles/cs/CS_3102.pdf)

- NA (1995). “Guía de introducción a Narcóticos Anónimos, Revisado”. Traducción de literatura aprobada por la Confraternidad de NA. Reimpresión de los Doce Pasos y las Doce Tradiciones para su adaptación con el permiso de A.A. World Services, Inc. Narcotics Anonymous World Services, Inc.

- NA (2002) “Los Doce Conceptos de Servicio en NA”. Traducción de literatura aprobada por la Confraternidad de NA. Narcotics Anonymous World Services, Inc.

- Pawlowicz MP; Touzé G; Rossi D; Galante A; Goltzman P; Recchi J; Cymerman P. (2008) “Dispositivos de intervención con usuarios de drogas. Los operadores socioterapéuticos y las disputas en el campo de los especialistas”, en Pecheny, M.; Camarotti, A.C.; Wald, G. VII Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población (8-10 agosto 2007). CD-ROM, ISBN950-29-1038-9. UBA, Bs. As.

- Pawlowicz, MP; Rossi, D.; Galante, A.; Faraone, S.; Goltzman, P.; Zunino Singh, D.; Touzé, F.; Silberberg, M. y Cymerman, P. (2006) “Las representaciones sociales y los dispositivos de intervención en drogas en el ámbito sanitario”. Artículo publicado en las Memorias de las XIII Jornadas de Investigación en Psicología - II Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR: “Padigmas, métodos y técnicas”. Tomo II. Pág. 75-77. Facultad de Psicología de la UBA.

- Wallace, S. y Enríquez-Hass, V. (2001) “Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estados Unidos” en: Rev Panam Salud Pública 10(1).

#### - Sitios de internet consultados

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

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