



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología
Licenciatura en Psicología Clínica

NOMBRE DE LA TESIS

A-DICTOS: LO QUE TIENEN QUE DECIR (UN DECIR QUE NO SE HA DICHO)

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de licenciatura en
Psicología Clínica

Presentan:

AIDEE CAMACHO LEDESMA
MARÍA GUADALUPE SEGURA PAULÍN

San Juan del Río, Qro. México
21 de junio de 2024

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología y Educación
Licenciatura en Psicología Área Clínica

"A-DICTOS: LO QUE TIENEN QUE DECIR (UN DECIR QUE NO SE HA DICHO)"

TESIS COLECTIVA

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de Licenciadas
en Psicología Área Clínica

Presentan:

**AIDEE CAMACHO LEDESMA
MARÍA GUADALUPE SEGURA PAULÍN**

Dirigido por

LIC. MARÍA GUADALUPE REYNOSO NIETO

SINODALES

Lic. María Guadalupe Reynoso Nieto
Presidente

Lic. Caryll Rosillo Ocampo
Secretario

Lic. Tannia Alexandra Soto Gálvez
Vocal

Dr. Agustín Otero Trejo
Suplente

Mtra. Ana Rosa Ávalos Ledesma
Suplente

Dra. Candi Uribe Pineda
Directora de la Facultad

Centro Universitario
San Juan del Río, Qro.
Mayo de 2024

RESUMEN

En la presente tesis se realiza un recorrido histórico sobre el origen de las drogas, el inicio del programa de Alcohólicos Anónimos, así como el posicionamiento social del sujeto a través de cada época que lo construye y lo señala como el anormal, otorgándole pequeñas diferencias desde la temporalidad en la que éste se desenvuelve. Se realizó una crítica al programa de A.A, el cual es una de las propuestas para los tratamientos de rehabilitación en alcoholismo y adicciones más importantes de América y Latinoamérica; lo que permitió dar un realce al significado de la palabra a-dicto, que a través de la experiencia y la exhaustiva investigación teórica de diferentes autores del campo psicoanalítico posibilita la concepción de que el a-dicto, es un sujeto con algo por decir y de este modo se encuentra una nueva forma de tratamiento y posicionamiento subjetivo del mismo. Es así que la hipótesis que se propone es que en el sujeto mismo surja la demanda, con ello el a-dicto podrá tener el espacio de ser escuchado por otros, ya no será un sujeto sin dicción, ni silenciado, sino alguien con las posibilidades de un decir propio, sin la intervención de los deseos y demandas impuestas por su familia, médicos, padrinos, comunidad y sociedad en general. Apuntando a que la abstinencia no es necesariamente la cura y que el sujeto necesita más un sostenimiento y eco de su discurso que un encadenamiento de su cuerpo.

Palabras clave: a-dicto, alcoholismo, drogadicción, Alcohólicos Anónimos, demanda.

SUMMARY

In this thesis a historical journey is made about the origin of drugs, the beginning of the Alcoholics Anonymous program, as well as the social positioning of the subject through each era that constructs it and marks it as abnormal, granting it small differences from the temporality in which it develops. A criticism was made of the A.A. program, which is one of the most important proposals for rehabilitation treatments for alcoholism and addictions in America and Latin America; which allowed us to enhance the meaning of the word addict, which through the experience and exhaustive theoretical research of different authors in the psychoanalytic field makes possible the conception that the addict is a subject with something to say and In this way, a new form of treatment and subjective positioning is found. Thus, the hypothesis proposed is that the demand arises in the subject himself, with this the addict will be able to have the space to be heard by others, he will no longer be a subject without diction, nor silenced, but someone with the possibilities of their own say, without the intervention of the wishes and demands imposed by their family, doctors, godparents, community and society in general. Pointing out that abstinence is not necessarily the cure and that the subject needs more support and echo of his speech than a chaining of his body.

Keywords: addict, alcoholism, drug addiction, Alcoholics Anonymous, lawsuit.

DEDICATORIAS

A lo largo de esta trayectoria, nos damos cuenta de lo difícil que puede ser construirnos, y reconocemos la complejidad de guiar en la re-construcción a un otro, es por ello que con mucho amor y cariño le dedicamos este trabajo a nuestros padres, puesto que sin ellos no seríamos las personas que al día de hoy somos. Sabemos que hubo muchos sacrificios en su vida para que hoy estemos en este lugar, y reconocemos su ardua labor para motivarnos e incentivarnos a ser mejores. No hay palabras que puedan expresar el orgullo que nos da nombrarlos como parte fundamental de este crecimiento.

De igual forma este trabajo va para ustedes hermanos, que codo a codo nos impulsaron, nos regalaron la fuerza para seguir y por nunca dejarnos solos en nuestro camino.

No hay duda que nos construyeron, y este logro va para ustedes, ojala podamos ser ahora inspiración y apoyo en sus sueños.

AGRADECIMIENTOS

Nuestros agradecimientos son infinitos para la maestra María Guadalupe Reynoso Nieto, maestra en nuestro transitar universitario y asesora del presente trabajo, quien nos sigue inspirando en una labor tan apasionante y compleja como lo es el psicoanálisis. Gracias por confiar en nosotras, por trabajar a nuestro lado, por el tiempo dedicado y por su valiosa presencia en nuestra formación académica, personal y profesional.

Asimismo, expresamos nuestro inmenso agradecimiento a nuestros padres, hermanos, amigas, amigos, profesores, colegas y conocidos que siempre nos apoyaron, nos sostuvieron y acompañaron en el camino de nuestra formación personal, académica y profesional.

Por último pero no menos importante, agradecemos a nuestros pacientes, quienes confiaron en nuestra práctica y nos eligieron como parte de su tratamiento, para sostenerlos, escucharlos haciendo eco a su voz, sin ellos éste trabajo no hubiera sido posible, gracias por permitirnos acompañarlos.

Nos construimos con ustedes. Muchas gracias por todo lo que nos siguen aportando.

INDICE

Resumen	3
Summary	4
Dedicatorias	5
Agradecimientos	6
Índice	7
I. INTRODUCCIÓN	9
II. CAPÍTULO 1: UNA REFLEXIÓN HISTORICA EN TORNO A LA ADICCIÓN.....	11
1.1. El origen desde sus raíces.....	11
1.1.1. Alcohol.....	12
1.1.2. Marihuana o cannabis	14
1.1.3. Cocaína	15
1.1.4. Opioides	16
1.1.5. Éxtasis	17
1.1.6. Anfetaminas y metanfetaminas	19
1.1.7. Fentanilo	21
1.1.8. Crystal	22
1.2. La búsqueda de la salvación: el comienzo.....	24
1.2.1. La expansión: primer establecimiento de A.A.	29
1.3. A-dicto y sociedad: entrettejido que encadena.....	30
III. CAPÍTULO 2. UNA APROXIMACIÓN CRÍTICA AL PROGRAMA DE A.A.	35
2.1. Internamiento en lo desconocido.....	54
III. CAPÍTULO 3. A-DICTOS: LO QUE TIENEN QUE DECIR (UN DECIR QUE NO SE HA DICHO)	57
IV. METODOLOGÍA	69

V.	DISCUSIONES	72
VI.	CONCLUSIONES	78
VII.	BIBLIOGRAFÍA	82

INTRODUCCIÓN

“Los vicios vienen como pasajeros, nos visitan como huéspedes

y se quedan como amos” Confucio

El presente trabajo pretende sumar a esa direccionalidad distinta que se abre y constantemente se aborda y se resignifica desde el psicoanálisis para el tratamiento del problema de consumo en adicciones, pero además de sumar apuntando a esos otros horizontes de posibilidades de la palabra, también es una crítica a una de las propuestas más importantes y representativas para el tratamiento de alcoholismo y adicciones de la actualidad, Alcohólicos Anónimos, cuyo programa se aplica en los centros de rehabilitación contra las adicciones, anexos, granjas, clínicas o comunidades de México, imponiendo esta serie de pasos y reglas a los usuarios que llegan ahí, argumentando desde su experiencia que es el único que podría “ayudar” a las personas a-dictas, por lo que de tal forma la opción de elegir el programa con ese enfoque termina siendo la mejor para ellos o en otros casos para la familia del a-dicto, o tal vez porque es lo único que se conoce.

El picar piedra en un abordaje tan vasto como lo es el sujeto a-dicto y el tratamiento que se le brinda, es como recoger y limpiar una playa con mucho turismo, interminable. Por ello es de suma importancia seguir resaltando el valor que tiene que el sujeto a-dicto hable, diga algo desde sí mismo, sin callarlo, sin corregirlo, sin quitarle o aumentarle palabras a su discurso, así como devolverle la calidad de humano que se le arrebató al excluirlo, al someterlo a más agresiones, señalamientos y condicionamiento para cambiarlo, porque no es un ser proactivo, asemejándolo más a la inutilidad de la sociedad, considerando que no contribuye en absoluto, sino todo lo contrario se convierte en obstáculo, sin embargo la función del a-dicto en la sociedad es ser el foco para distinguir lo malo, lo que no se quiere ser, de aquello que se huye, entonces el a-dicto ayuda a darle un orden a la sociedad.

Al distinguir que el trabajo para la rehabilitación de los sujetos adictos se plantea desde un programa obsoleto, ya que no se ha actualizado, sino que solo se ha dogmatizado e idealizado por padrinos y representantes de los centros de rehabilitación, integrando además los deseos, la moral, miedos, culpas y discursos de esos líderes, permite dar cuenta de que es más un reclutamiento de una comunidad aparte, ya que entre ellos mismos se excluyen de la sociedad. Es así que se busca una nueva escucha hacia estas personas, donde puedan tener un lugar y dejen de ser negados, tachados o incluso borrados, y de este modo puedan ser reconocidos por otros, pero principalmente por ellos mismos.

La intención del presente trabajo no es limitar ni resolver como única solución “correcta” del tratamiento para personas en adicciones, sino abonar a una mirada, a una escucha y a tantos cuestionamientos que aludan a una reflexión más amplia re-posicionando a los sujetos a-dictos y sus tratamientos.

Por ello desde un pensamiento moralista, e idealista se puede asegurar que el adicto, ese loco que se desata de un camino recto, desafiando las prohibiciones y a la autoridad, aquel que expresa su agresividad criminalmente desde la soberbia, ese sujeto ajeno a la razón, excluido de lo público, rechazado por los suyos, sí, ese sujeto que tropieza continuamente, recae una y otra vez en su consumo, o vaya, que inició en él. Precisamente ese sujeto, se le adjudica ser de las principales escorias de la humanidad, al menos de esta temporalidad en la historia, es él quien hace esa separación, entre él y todos los que están “sanos”, los “correctos”, pero ¿Y si tan solo se plantea la posibilidad de que él, sea un elemento más en el juego?

González, (2006) señala que no se trata del loco trasgrediendo el lenguaje estandarizado, entrando en él en forma abrupta, sino es el discurso de una salud mental que restringe el uso del lenguaje en los términos de una relación estricta entre significantes y significados.

CAPÍTULO 1

1. UNA REFLEXIÓN HISTÓRICA EN TORNO A LA ADICCIÓN.

*“La adición comienza con la esperanza de que algo allá afuera,
pueda llenar el inmediato vacío interior”*

Jean Kilbourne

1.1 El origen desde sus raíces

En la infinita búsqueda de ciertos placeres, estimulando o inhibiendo, las drogas han abierto enormes posibilidades, tanto para atenuar el dolor físico y psíquico como para intensificarlo, con ello y a lo largo del tiempo la mirada hacia estas sustancias y sus efectos se ha ido modificando. Reyes, emperadores, científicos, filósofos, y un gran número de personas y personajes representativos de la historia del ser humano permiten dar cuenta de tan destacada relación.

Por ello para poder hablar de adicciones y de todo lo relacionado a este tema como el alcoholismo, los centros de rehabilitación y programas que abordan los tratamientos, la cura y la abstinencia; es importante conocer algunos detalles de las sustancias que abren el angustioso camino a todo lo que hoy en día se conoce y se nombra en el tema de las drogas, así como conocer la historia de estas sustancias y la relación que se ha ido construyendo con los seres humanos, la cual ha sido memorable.

Con la intención de abordar de manera más puntual la situación actual de México, el recorrido hacia el origen de las sustancias se enfocará en aquellas drogas que tienen mayor popularidad actualmente en éste país.

El Ministerio de Salud, (s.f.) en México indicó que entre el 2017 y el 2022, “el consumo de anfetaminas, metanfetaminas, éxtasis o estimulantes de uso médico creció 218%. En 2022 fueron las sustancias de mayor demanda de tratamiento, con 46.2% de los casos, seguidos del alcohol con el 24.6%, y marihuana o cannabis con el 13.3%”.

Así mismo también refiere que en México:

“Dos terceras partes de los estados de la República se presentan patrones similares de demanda de atención por cada tipo de sustancia. En el sur es por alcohol, cannabis y cocaína; en el noroccidente prevalecen las metanfetaminas, el alcohol y cannabis o marihuana; en Baja California y Sonora destaca la presencia de opioides”. (Ministerio de Salud, s.f).

Por consiguiente la historia tendrá su enfoque en las sustancias psicoactivas llamadas anfetaminas, metanfetaminas, éxtasis, alcohol, marihuana o cannabis, fentanilo, cocaína y opioides, basándose en la información anterior al ser las más usadas en México, y por ende con mayor demanda de atención en la República Mexicana.

1.1.1. Alcohol.

El Instituto Mexiquense Contra las Adicciones, (2023) define al alcohol como “una sustancia psicoactiva depresora del sistema nervioso central. Se obtiene de la fermentación de los azúcares de frutas y cereales (cerveza, vino, sidra) y del proceso de destilación de los alcoholes fermentados (bebidas con una graduación mayor al 20%)”.

Estas bebidas son consumidas desde tiempos inmemoriales, dando inicio con los fermentados de bajo contenido alcohólico.

Borrero, Fajardo, Genechea, y Méndez. (2012) mencionan que, “la palabra alcohol tiene su raíz en el árabe Alkuhl (esencia o espíritu)” sustancia resultante del proceso de fermentación natural de la fruta, Borrero et al. (2012) afirma que esta sustancia “apareció a finales del mesolítico e inicio del neolítico, coincidiendo con el desarrollo de la artesanía y cerámica que dotó al hombre de recipientes para almacenar líquidos azucarados”.

En la historia de esta sustancia se logró encontrar que “Los árabes introdujeron a Europa la técnica de la destilación, en la Edad Media. Se consideró entonces que el alcohol era el líquido de la vida (*elixir vitae*) y la cura de todas las

enfermedades. La palabra whisky, derivado del galés “*usquebraugh*”, significa “agua de vida”. (Núñez, 1998).

Es importante resaltar cómo es que los antepasados percibían al alcohol; el “líquido o agua de la vida”, puesto que los efectos de éste les brindaba características como valentía, inhibición, mayor sociabilidad, etc., este líquido al igual que varias sustancias antes mencionadas, les daba un ápice de superioridad comparada con su personalidad al estar en un estado neutral. En esos tiempos en dónde el vivir era un privilegio y predominaba la supervivencia del más fuerte, en dónde morir era más común, y el matar al prójimo solo eran los gajes del oficio, es lógico que el alcohol, representara ser “el agua de la vida”, porque literalmente dotaba al hombre de las cualidades necesarias para sobrevivir a las adversidades de su contexto.

En este momento si se hace una comparación de lo que el “agua de la vida” era y lo que es ahora se podría renombrar como el “agua de la muerte” ya que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2011, aproximadamente 10% de la población fue afectada por la dependencia del alcohol en algún momento de sus vidas, y 4 % falleció por esta causa. El consumo de alcohol ocupa el tercer lugar entre los factores de riesgo de morbilidad; constituye el primer factor en el Pacífico Occidental y las Américas, y el segundo, en Europa.

El Instituto Mexiquense Contra las Adicciones, (2023) indica que los efectos que tiene esta bebida dependen de la cantidad de alcohol en la sangre.

“Una dosis baja produce una mezcla de efectos depresores y estimulantes, que se manifiestan por una desinhibición de la conducta (fase de excitación). Conforme la dosis aumenta, disminuye la coordinación, la velocidad para reaccionar, la atención, el juicio y el control (fase de embriaguez). Debido a que el alcohol es un depresor, si la persona continúa bebiendo se presenta una última fase, llamada comatosa, donde disminuyen las diversas capacidades y funciones del organismo:

incapacidad para caminar y hablar, desciende la temperatura del cuerpo y el ritmo cardíaco. Además, hay posibilidad de muerte por paro respiratorio”.

1.1.2. Marihuana o cannabis.

De acuerdo con Arrieta (2017) El término “cannabis” se refiere a un grupo de plantas emparentadas que han sido utilizadas por los seres humanos con diversos fines, como medicina, uso recreativo, ceremonias religiosas y la obtención de productos comestibles y de manufactura. Las principales especies son la Cannabis sativa (cáñamo y marihuana) y la Cannabis sativa indica.

Se cree que el cannabis tuvo su origen en la estepa de Asia Central, entre Mongolia y el sur de Siberia. Los primeros usos humanos de esta planta se remontan a hace al menos 8,000 años, con evidencias de su cultivo y uso en la antigua China, India, Japón, Corea, Tíbet y otras regiones de Asia. (Arrieta, 2017)

Así mismo el cannabis se expandió por Medio Oriente, Europa del Este y el resto de Europa y África, en parte gracias a los nómadas escitas. En cambio, en China y Japón su uso disminuyó debido a la influencia del confucianismo. En Europa, el cultivo de cáñamo se extendió, pero en 1484 el papa Inocencio VIII prohibió su cultivo por asociarlo con la brujería. (Arrieta, 2017)

Durante los siglos XIX y XX, el cannabis fue transportado a nuevas tierras por los imperios coloniales, extendiéndose entre la población local, como en el caso de los esclavos de Angola en el Brasil colonial y los trabajadores indios en el Caribe. La creciente comercialización de sustancias exóticas también contribuyó a la difusión global del cannabis. (Arrieta, 2017)

La legislación actual sobre el cannabis es un vestigio de una historia plagada de intereses imperialistas, racismo y xenofobia, en lugar de estar basada en la evidencia científica y la salud pública. La “regulación moral” ha sido un factor clave en la prohibición del cannabis. (Arrieta, 2017)

El consumo de cannabis puede tener varios efectos, incluyendo relajación, sensación agradable, puede ayudar a sentirse con mayor tranquilidad y con

disposición a dormir. También puede alterar los sentidos, haciendo que actividades como escuchar música o ver una película se vuelvan experiencias diferentes que tengan más nitidez. Los efectos psicoactivos del THC (principal constituyente psicoactivo del cannabis) pueden causar una sensación de euforia, alterar la percepción del tiempo y el espacio. Además, el cannabis puede aumentar la creatividad y la empatía, mejorando la capacidad para sentir empatía y ser creativo. Sin embargo, también puede causar efectos no deseados como aumento del ritmo cardíaco, cansancio, paranoia, ansiedad y depresión. En grandes cantidades, puede producir efectos adversos como vómito y pérdida del conocimiento. Asimismo, el consumo de cannabis puede duplicar las probabilidades de sufrir un accidente de tránsito. (Arrieta, 2017)

1.1.3. Cocaína.

Cancela y Arrieta (2017) señalan que “la cocaína ayuda a inundar de dopamina el cerebro, aunque también aumenta los niveles de los neurotransmisores noradrenalina y serotonina”. Esto explica los efectos euforizantes y energizantes de la cocaína, como “hiperactividad, extrema felicidad y lucidez mental” (Cancela & Arrieta, 2017).

El origen de la coca (*Erythroxilón coca*), es milenario en tierras americanas, el consumo se daba entre nativos cuyos fines eran utilizados para los rituales. Ha sido una planta tan popular que el hecho de poder poseer sus cultivos ha generado guerras tan tribales como crueles, en años como 1139 y 1315.

Con el paso del tiempo se han vivido distintos momentos en relación a la coca, se le ha separado de su principal compuesto, la cocaína, buscando propiedades anestésicas para las cirugías, se le ha convertido en una sustancia controlada que permite el uso de otras como las anfetaminas. Se dio la primera epidemia de adicción a este alcaloide en Estados Unidos en el año de 1885.

Para 1912 y ya entonces conocidos los efectos psicoactivos de la cocaína, esta adicción se generalizó en Europa, principalmente en Francia, siendo así que en dicho país en el año de 1924 había más de cien mil adictos.

El año 1975 se le considera como el punto de partida de la tercera epidemia de consumo de drogas, un fenómeno tan grande que se transformó en pandemia debido a la invasión tan masiva en los mercados europeos y en mercados latinoamericanos, aunque en menor escala. Pinto Núñez dice que esto último es así por la ley indiscutida; país productor termina siendo consumidor. (Núñez, 1998)

De acuerdo con Cancela y Arrieta (2017), la cocaína puede generar efectos euforizantes y energizantes, como hiperactividad, extrema felicidad y lucidez mental. Sin embargo, también puede causar efectos displacenteros como ansiedad, impulsividad y comportamientos agresivos. Además, el consumo de cocaína se ha asociado con el contagio de VIH/SIDA, llegando a dañar gravemente la salud con infartos de corazón y accidentes cerebrovasculares (Cancela y Arrieta, 2017).

De igual modo puede causar dificultad para sentir placer, anhedonia y bajón anímico importante. El consumo de cocaína durante la adolescencia puede dejar secuelas en varias funciones cerebrales, como la atención, la memoria, el aprendizaje y la impulsividad (Cancela y Arrieta, 2017).

1.1.4. Opioides.

De acuerdo con la Real Academia Española (2014) el opio es una sustancia amarga y aromática que se extrae de las cápsulas verdes de la adormidera o amapola real. Contiene diversos alcaloides, como la morfina, la codeína y las papaverina, muy adictivo y con propiedades analgésicas, narcóticas y astringentes. El opio es muy adictivo y se usa como estupefaciente.

El médico Pedro Pinto Núñez comparte dentro de sus investigaciones que la adormidera (o mejor conocida como planta de opio) se encuentra incluida en un documento clásico de la farmacología egipcia con 700 remedios y 800 recetas, tal documento se conoce como El papiro de Ebers, con una antigüedad que reside hasta el siglo XVI antes de Cristo. Pero no sólo estaba escrito, también está representado por medio de una escultura, se trata de un bajorrelieve del siglo XXI

antes de Cristo el cual muestra a un sacerdote egipcio inclinado sobre una durmiente, con un ramo de planta en la mano, esto permite dar cuenta del gran reconocimiento y valor que esta cultura le otorgaba al Opio. (Núñez, 1998)

“Durante la primera mitad del siglo XIX se intensificó en el extremo Oriente el comercio clandestino del opio. Los ingleses lo introducían y comercializaban en China, y los nativos lucharon por impedirlo. Pero finalmente se impusieron los europeos, que contaban con la escuadra naval más poderosa del globo. Los orientales, al perder el conflicto, tuvieron que aceptar el tráfico infame, pagar veintiún millones de dólares a la Reyna Victoria por el opio que habían destruido y ceder el islote de Hong Kong a partir de 1843. Fue el episodio histórico conocido como “guerra del opio” cuyo final se produjo al ser devuelto el famoso centro financiero, comercial y turístico, el 1° de julio de 1997.” (Núñez, 1998)

Al inicio del siglo XX se calculó que había tres millones de adictos a los opiáceos. (Núñez, 1998).

Algunos de los efectos físicos de los opioides son alivio del dolor, para algunas personas, euforia y una sensación de bienestar elevado. (Freud, 1905).

El consumo regular de opioides aumenta el riesgo de desarrollar una adicción. El tiempo que tarda en desarrollarse la dependencia física varía de una persona a otra, pero suele ser de un par de semanas. (Lacan, 1966)

Así mismo también puede causar síntomas de abstinencia, como dolor de cabeza, ansiedad, insomnio y náuseas. (IMSS, 2020)

De acuerdo con la WHO, (2020) la adicción a opioides es un problema creciente en todo el mundo. Ya que en el 2019, se estimó que más de 30 millones de personas sufrían de adicción a opioides.

1.1.5. Éxtasis.

López-Muñoz, Rubio, González-Martínez y Álamo (2004) refieren que “el éxtasis es el nombre comúnmente utilizado para designar a un derivado

anfetamínico, la 3,4-metilendioxi metanfetamina (MDMA), prototipo de las denominadas «drogas de diseño o de síntesis». [...] La MDMA fue sintetizada en Alemania en 1914, por Merck Pharmaceutical Company y patentada como anorexígeno.

Tagliazucchi y Zamberlan (2019), explican que la MDMA (éxtasis) es pariente muy cercano de la MDA (variación de la anfetamina) y es consumida por sus efectos psicoactivos.

De igual manera Tagliazucchi y Zamberlan (2019), mencionan que los efectos por los que la gente busco esta sustancia fueron la sensación de gran bienestar, euforia, empatía y amor hacia los demás (y hasta hacia uno mismo), estimulación y cambios en la percepción (táctil, olfativa, en ocasiones visual y auditiva). La MDMA también puede aumentar el deseo sexual pero al mismo tiempo dificulta extremadamente alcanzar el orgasmo y, dependiendo de la dosis, imposibilita mantener una erección.

Los efectos anteriormente señalados no representan un gran problema para los consumidores puesto que podrían verse como efectos beneficiosos para la sociedad, pero Tagliazucchi y Zamberlan (2019), también argumentan que la sustancia dilata las pupilas e incrementa la temperatura corporal a niveles potencialmente letales en presencia de factores de riesgo. [...] de igual manera se presenta el famoso bruxismo o 'mandibuleo', aumentos del ritmo cardíaco y la presión arterial, disminución del apetito, insomnio, boca seca, vista nublada, confusión, palpitaciones y temblores. Episodios transitorios de ansiedad y depresión pueden manifestarse después del uso de MDMA en determinadas dosis (superiores a 100-150 mg y sobre todo consumidas de manera continuada en el tiempo).

Se hará un paréntesis aquí para mencionar que el mayor uso de esta droga fue en los 80's, y también fue el auge de los baby boomers, soldados que regresan de la guerra con la esperanza de una vida mejor y más placentera, pero tal vez la esperanza no es suficiente para eliminar los estragos que deja el ver

amigos, enemigos, conocidos, extraños, niños, madres, padres, hermanos y más personas morir frente a tus ojos, quizá el tener una nueva familia, un trabajo estable, una cama donde dormir no fue suficiente para eliminar los horrores del holocausto. Es así que los soldados heridos escogen ser felices aunque sea de manera artificial con la llamada “droga del amor”.

En la década de los setenta, se utilizó el éxtasis por parte de un colectivo de psiquiatras norteamericanos, como coadyuvante de la psicoterapia, dada su capacidad para facilitar la comunicación entre el paciente y su psiquiatra (López-Muñoz et al., 2004). Esto fue porque en su momento se le denominó como empatógena (generadora de empatía), una cualidad que en la práctica clínica es muy favorable para el personal de la salud mental.

Es así que esta droga fue utilizada para tratar TPT (trastorno postraumático), lo cual fue muy fructífero para esta comunidad terapéutica, el problema es para los que se excedieron y querían más, consiguiendo que la DEA (Drug Enforcement Administration) en un procedimiento de urgencia, denominara al éxtasis como ilegal, impidiendo la investigación que en ese momento se llevaba a cabo. (Tagliazucchi y Zamberlan, 2019)

1.1.6. Anfetaminas y metanfetaminas

Según Ángeles-López, Segovia-Mendoza, Carrasco, y Ventura-Martínez, (s.f.), “Las anfetaminas y metanfetaminas son estimulantes del Sistema Nervioso Central (SNC) que actúan como estimulantes de la liberación de norepinefrina y dopamina, así como inhibidores de la recaptura de la dopamina y norepinefrina.” (p. 16).

Ángeles-López et al., (s.f.), menciona que “el origen de la metanfetamina fue en 1938 en la Alemania Nazi por la farmacéutica Temmler, para tratar la depresión, cansancio y mejorar la autoestima”. (p. 14). Para este momento no se conocían los efectos nocivos que tenía dicha sustancia, por lo que era la droga de moda, que todos querían conseguir, la obtenían en tiendas comunes, y por medio de la información de carteles publicitarios, es claro que tuvo un gran éxito.

El valor que tuvo la sustancia para la nación fue relevante, tomando a consideración que esa Alemania tenía consigo una derrota tras la primera guerra mundial, por lo que fue juzgada moralmente y controlada por las naciones unidas, es así que se vuelve notorio que subjetivamente la población necesitaba dicha sustancia, para que con ello se pudiera disminuir el agobio que se vivía, y que después, con la amenaza de una nueva guerra, los ánimos debían prevalecer.

Para el año de 1938, el Dr. Otto Ranke inició lo que sería uno de los primeros ensayos de sustancias en humanos. El Dr. Ranke puso a prueba en sus sujetos de experimentación la cafeína, la metanfetamina y el placebo (sustancia inactiva que tiene la misma apariencia que las sustancias de prueba, pero no el mismo efecto). Descubrió que la metanfetamina mantenía despiertos a sus soldados, aunque sus procesos cognitivos se verían afectados, con ello, Alemania consiguió una ventaja sobre sus oponentes, pues mantenerse despierto y activo era un recurso importante en la batalla.

Después de un ataque de Alemania, Gran Bretaña descubrió los fármacos y sus efectos, es así que ellos crearon su propia sustancia, las anfetaminas y en 1941 se aprobó y se distribuyó a los soldados estadounidenses y británicos.

Posteriormente al terminar la segunda guerra mundial había un creciente número de adictos y un mundo que no sabía cómo resolver tal epidemia. Ángeles-López et al., (s.f., p. 15).

Actualmente se conoce que los efectos que tiene el MDMA incluyen sensación de aumento de la capacidad de control, la autoconfianza y la claridad de pensamiento. También se ha observado un aumento de la actividad motora, la tasa cardíaca, la presión arterial y la frecuencia respiratoria. Además, el consumo de MDMA puede disminuir el sueño, el cansancio, el apetito y las inhibiciones. Algunos usuarios han reportado una mejora en el rendimiento físico. Pero por otro lado, el MDMA también puede producir euforia, alucinaciones y pérdida de la realidad.

En algunas ocasiones estas sustancias pueden ser prescritas por un médico para tratar TDAH, obesidad, narcolepsia, etc. Pero como se sabe el exceso aunado a una ingesta sin supervisión ocasiona dependencia, abstinencia, problemas cardiorrespiratorios, insomnio, alteraciones motoras, problemas emocionales y más. (Castillero, 2024).

1.1.7. Fentanilo.

El fentanilo es un opioide sintético que ha sido ampliamente utilizado como anestésico y analgésico en la medicina. Sin embargo, su uso recreativo y no médico ha llevado a una epidemia de sobredosis y muertes en todo el mundo, especialmente en Estados Unidos.

El fentanilo fue sintetizado por primera vez en 1959 por los químicos Paul Janssen y Daan Janssen en Bélgica (Janssen Pharmaceutica) (Janssen y Janssen, 1959). Originalmente se desarrolló como un analgésico potente para uso médico, pero posteriormente se desvió hacia el mercado ilegal, convirtiéndose en un problema de salud pública a nivel mundial (CDC, 2020).

En los últimos años, el fentanilo y sus análogos han sido responsables de un aumento dramático en las muertes por sobredosis de opioides, especialmente en Estados Unidos (Scholl et al., 2019). Esto ha llevado a que se implementen diversas estrategias de prevención y respuesta por parte de las autoridades sanitarias (NIDA, 2021).

Según el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, 2020), el consumo de fentanilo puede producir “euforia, sedación, confusión, náuseas, vómitos, picazón, somnolencia y depresión respiratoria, que puede ser fatal en caso de sobredosis”.

Además, el CDC (2020) señala que el fentanilo “es extremadamente potente y pequeñas dosis pueden ser letales, lo que lo convierte en una sustancia muy peligrosa cuando se consume de manera recreativa”. Por su parte, el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA, 2021) indica que el fentanilo es “un

analgésico opioide sintético desarrollado en la década de 1950 que es 50-100 veces más potente que la morfina”. Esto explica por qué “el consumo no médico de fentanilo y sus análogos se ha asociado a un aumento dramático en las muertes por sobredosis de opioides, especialmente en Estados Unidos” (NIDA, 2021).

1.1.8. Crystal.

La droga conocida como “cristal” o “crack” se originó en la década de 1970 en Estados Unidos. Se creó a partir de la cocaína purificada y se vendía en forma de pequeñas piedras o cristales que se fumaban para producir un efecto rápido e intenso de euforia y estimulación.(Rodrigues, C. Y. D. S. et al, 2019)

El uso de la droga “crystal” se extendió rápidamente en la década de 1980, especialmente entre los jóvenes y los miembros de la comunidad afroamericana. Su popularidad se debió a su facilidad de acceso y a su efecto rápido e intenso.(Rodrigues, C. Y. D. S. et al, 2019)

El cristal hoy en día es una de las drogas más consumidas en Estados Unidos y México, inclusive en Canadá se dio un fuerte incremento de consumo, esta sustancia es el resultado de la manipulación molecular de la anfetamina hacia la dextro-metil-anfetamina. La base química de esta droga es la efedrina o la pseudoefedrina, componentes que son parte de una gran variedad de medicamentos, entre los que se encuentran los antigripales y los descongestionantes nasales, los cuales no necesitan receta médica. (Rodrigues, C. Y. D. S. et al, 2019)

Dependiendo del grado de concentración y pureza a partir de su proceso de sinterización, su consumo puede generar sensación de euforia, mejoría del estado de ánimo, incremento de energía, actividad física, la libido y la capacidad sexual, disminución de fatiga y la necesidad de dormir.

Según Rodrigues, C. Y. D. S. et al, (2019) algunos autores resaltan ciertas dificultades graves a partir del consumo de cristal como lo es el estado de

alerta de la persona, movimientos motores, estímulos emocionales, habilidades sociales, la comunicación y los ciclos de sueño. Así mismo se considera que el consumo de cristal aumenta tan rápido por su bajo costo comercial que es preocupante, más aún porque se produce con calidad menor, lo que significa que contiene químicos más neurotóxicos y los principales consumidores son los más jóvenes.

Hasta estas líneas se ha mencionado parte del origen de algunas sustancias, realizando un recorrido histórico con lo cual se puede puntualizar cómo a medida que avanza el tiempo, las sustancias psicoactivas también han cambiado, pasando por procesos que las sintetizan y reducen en extremo su calidad y por ende los efectos son mayormente tóxicos y dañinos para el cuerpo, el alma y sus emociones.

En esta larga travesía de la humanidad y el uso de ciertas plantas permite dar cuenta de que las sustancias adictivas que hoy en día se ven como malas, no lo fueron en el momento de su descubrimiento. Recopilando la información se reconoce que dichas sustancias fueron utilizadas como medicina, analgésicos, rituales, e incluso para la motivación, una forma de evadir el dolor físico y emocional, no es extraño entonces que la humanidad haya tenido que recurrir a dichas sustancias cada vez más y con mayor intensidad, en busca de que lo insoportable, hablando en cualquier ámbito, se vuelva al menos tolerable, además se podía presumir de mayor sabiduría, de un bienestar, de una felicidad o una plenitud la cuestión en este momento es ¿cuánto tiempo duraría?. El resultado de esta búsqueda incesante por el analgésico ficticio son personas a-dictas, concepto que más adelante se desarrollará a profundidad, al crecer la comunidad de personas a-dictas, quienes de alguna manera están fuera de la norma, la sociedad busca entonces encauzarlos al “buen camino”, un camino tan estructurado y enfocado a un estilo de vida que solo los acalla volviéndolos vulnerables y sirvientes a otro amo. Para ello se crean instituciones, las cuales su mayor objetivo son la abstinencia y el control del a-dicto con la justificación de que no se lastimara así mismo ni a las personas cercanas a él. Es así cómo se fundó el Programa de

A.A. tema en cuestión, por lo que se cree importante dar un breve recorrido de cómo se fundó, y cómo es que ha ido evolucionando a través de los años.

1.2. La búsqueda de la salvación: El comienzo

De acuerdo con la RAE la adicción es una dependencia de sustancias o actividades nocivas para la salud o el equilibrio psíquico. Representando una problemática social significativa, puesto que según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (ENCOTAD) encontró que existe un aumento importante en el consumo de cualquier sustancia psicoactiva en un rango de edad de 12 a 65 años, con lo que se puede referir que la drogadicción y el alcoholismo son los principales focos rojos de nuestra moderna sociedad.

Sánchez y Fernández, (2007) refieren que el concepto de enfermedad derivada del alcoholismo aparece insinuado en algunas citas antiguas; sin embargo, es hasta el siglo XX que el fenómeno alcohólico ha sido estudiado en forma sistemática, descrito con rigor clínico, difundido y aplicado como fundamento en programas de tratamiento como lo es Alcohólicos Anónimos.

Dicho programa tiene sus inicios en el año de 1935 en Akron, Ohio, en dónde dos alcohólicos desahuciados se encuentran; sus nombres eran Bill W., cuyo trabajo era ser un corredor de bolsa en Nueva York y Bob S. quien era un cirujano de Akron Ohio.

Bill W. y Bob S., antes de su primer contacto habían sido parte de un grupo de Oxford el cual era más bien espiritual, ahí ambos hicieron una experiencia (en donde esta acción más adelante se convertiría en el 4to y 5to paso del programa) Para Bill esta experiencia no fue suficiente sino hasta que se encontró a Ebby T. quien era otro alcohólico, viejo amigo de Bill, que mantenía su sobriedad ayudando a más alcohólicos, pero él no había logrado que ninguno de ellos alcanzará lo que él había conseguido, es aquí donde desde su perspectiva el doceavo paso se presenta para ellos en forma de un despertar espiritual que como buen mensajero lleva el mensaje a otros alcohólicos, practicando sus principios moralistas. Desde este momento lo que actualmente se conoce como los doce

pasos, está tomando forma y sentido para que otras personas alcancen el objetivo: “la sobriedad”.

Más adelante Bill al tener su sobriedad se encuentra con Bob quien narra como la sobriedad tuvo un efecto inmediato con este último, haciendo énfasis en un encuentro entre dos alcohólicos y no con otro cualquiera, es de suma importancia este momento ya que es de sus más grandes argumentos, sólo aquel que es consumidor o alcohólico los puede entender y ayudar. Bill W. fue quien convenció al Dr. Bob S. sobre la concepción de que el alcoholismo es una enfermedad de la mente, de las emociones y del cuerpo, logrando comunicar tal noción al Dr. William D. Silkworth del hospital Towns de Nueva York, institución dónde Bill había estado ingresado como paciente en varias ocasiones. De modo que comenzaron a trabajar inmediatamente con alcohólicos internados del hospital municipal de Akron, obteniendo como resultado que un paciente pudiera conseguir su sobriedad total. Es así que éstas tres personas conformaron el núcleo del primer grupo de Alcohólicos Anónimos (aunque sin nombre aún).

Para el otoño de 1935 comenzó a estructurarse el segundo grupo en Nueva York, y en el año de 1939 en Cleveland se estableció el tercer grupo. Por consiguiente y tras 4 años de trabajo de los tres grupos fundadores se logró “*producir*” a unos cien alcohólicos en sobriedad.

A inicios del año de 1939 la comunidad de Alcohólicos Anónimos publicó su libro de texto básico “Alcohólicos Anónimos”, escrito por Bill y revisado por muchos de los miembros fundadores. En tal texto se comunicaban la filosofía y los métodos de A.A., es decir, fundamentalmente se encontraban los doce pasos de recuperación, además de incluir 30 historias de algunos miembros recuperados.

En ese mismo año el Cleveland Plain Dealer publicó varios artículos sobre A.A., dando como resultado una gran cantidad de solicitudes buscando ayuda en esa ciudad. Posteriormente a los alcohólicos que llevaban unas cuantas semanas en estado de sobriedad, se les encargó trabajar con los nuevos casos. Tales acciones dieron al programa una nueva dirección y los frutos fueron asombrosos

para ellos. Transcurridos algunos meses, en Cleveland la cantidad de miembros había ascendido a unos 500.

Por su parte, Bill y el Dr. Bob se enfocaron en establecer en 1938 en Nueva York una “junta de custodios” que se encargaría de la administración general de la comunidad que estaba iniciando, dicha junta fue constituida por amigos de John D. Rockefeller JR., así como algunos afiliados de A.A. Es en este momento dónde se dio a la junta el nombre de “La Fundación Alcohólica”.

La fundación intentó recaudar grandes cantidades de dinero, pero no tuvo éxito. Sin embargo, consiguió abrir una pequeña oficina en Nueva York, cuya tarea fue dar respuesta a las consultas solicitadas y repartir el libro de A.A. Hasta aquí todo había sido financiado por los propios miembros del grupo.

Los frutos recibidos de la nueva oficina y el libro fueron de gran provecho para la fundación, por lo que, para el otoño de 1939, la revista Liberty publicó un artículo sobre A.A., generando unas 800 llamadas en calidad de urgencia solicitando ayuda.

Hacia el año de 1940 Rockefeller ofreció una cena, invitando a una gran cantidad de amigos distinguidos de Nueva York, con la finalidad de dar mayor publicidad a A.A. Dicha cena promovió una multitud de “pedidos de ayuda”, cada pedido era contestado con una carta personal y un folleto, además de promocionar el libro de alcohólicos anónimos, logrando esparcir muchos libros. De este modo se iniciaron muchos grupos, así que a finales del año ya contaban con 2000 miembros en A.A.

Después la población se multiplicó mucho debido a un artículo sobre el programa, redactado por Jack Alexander en el año de 1941, consiguiendo 6000 miembros, fue así que la popular comunidad se extendió en todo Estados Unidos y Canadá.

En 1946 Bill escribió las doce tradiciones de Alcohólicos Anónimos al haber obtenido tanta experiencia de los grupos establecidos sobre actitudes,

costumbres y funciones, con la finalidad de ajustar los objetivos de A.A. A raíz de todo lo anterior y al llegar a 1950 la comunidad aseguraba que “se había logrado enunciar y poner en práctica con éxito una fórmula segura para la unidad y funcionamiento de A.A.”

Tal afirmación permite dirigirse a preguntas importantes ¿Realmente ésta es la solución para todos los alcohólicos y adictos? ¿Existe garantía en la unificación de las personas? ¿Acaso no hay anulación del sujeto ahí? Se intentarán desarrollar estos planteamientos en el capítulo 3.

Por su parte el Dr. Bob se dedicó a brindar atención hospitalaria a los alcohólicos y a enseñarles los principios de A.A. atendiendo a unos 5000 “enfermos alcohólicos” en conjunto con la Hna. Ma. Ignacia. El trabajo de ambos, así como el de algunos grupos locales en Ohio, fungió como ejemplo de disposiciones hospitalarias, que consintió que A.A. cooperará simultáneamente con la medicina y la religión.

En 1951 los servicios ofrecidos de la oficina de Nueva York se extendieron, llegando a incluir: relaciones públicas, asesoramiento a los nuevos grupos, servicios a hospitales, instituciones penitenciarias y colaboración con otras instancias en el campo del alcoholismo, al igual que de la publicación de libros, folletos y supervisión de su traducción a otros idiomas.

Así mismo se creó la Conferencia de Servicios Generales de A.A. asegurando su funcionamiento global para el futuro. El Dr. Bob murió en 1950 y en 1955 Bill transfirió a la conferencia y a sus custodios la futura vigilancia y custodia de A.A. En la actualidad el programa de A.A. figura en 180 países del mundo aproximadamente.

Desde su experiencia personal en un grupo de A.A. Stanley Brandes (2004) comparte su perspectiva con respecto al programa, cuyo grupo nombró “*Moral Support*” (Apoyo Moral). Brandes dice que el tratamiento tiene relación con lo que ya ha sido admitido, al menos desde la época de Sigmund Freud, de quien retoma que; “en las circunstancias adecuadas hablar de uno mismo puede servir como

posible remedio a problemas emocionales”, y recurre a esta teoría por ser “el primer movimiento médico importante en considerar la palabra como base de la terapia”. Asimismo, asegura que A.A es “un grupo de autoayuda (...) que funciona en gran medida basado en la palabra y en la confesión pública. Sus orígenes pueden hallarse tanto en las intuiciones psicoanalíticas relativas a la capacidad terapéutica de la palabra, como en la ideología y en la práctica religiosa”. Además, menciona que A.A. no se hubiese consolidado de no ser por la experiencia religiosa de Bill W.

Posteriormente Brandes (2004) agrega algunas viñetas respecto a las vivencias que tuvo al ser parte de las reuniones de A.A, y hace un énfasis muy importante en la forma en que se presentan cada uno de los miembros cuando el moderador cede la tribuna a alguno de ellos, pues como parte del protocolo, comienzan diciendo “buenas noches, soy fulano de tal y soy un enfermo alcohólico”, (cabe señalar que este discurso puede variar de acuerdo con el protocolo que se establece en cada lugar) a lo que los demás miembros responden “Hola Mengano” y de acuerdo con su experiencia narra que el orador continúa su saludo expresando unas cuantas palabras relativas a la felicidad y al apoyo que le reporta la compañía de todos los presentes. Afirmando que ellos le han ayudado a permanecer sobrio otras veinticuatro horas. Sin dejar de lado que uno de los rasgos más característicos de A.A., por encima de cualquier otra cosa, es la advertencia de encarar cada nuevo día como un desafío distinto y de apreciar el pequeño triunfo, que supone haber permanecido sobrio una jornada más.

Por otro lado, Stanley dice que el objetivo primordial de A.A es ayudar a los alcohólicos a alcanzar y mantener su estado de sobriedad, menciona que nada hay terapéuticamente más importante que presentar el propio historial y escuchar el de los demás por lo que retoma a Carole Caín (1991), quien interpreta las historias personales como mecanismos de adquisición de la identidad. “en tanto que el miembro de A.A. aprende el modelo de historia propio de A.A., y aprende a situar los acontecimientos y las experiencias de su propia vida dentro de ese

modelo, está aprendiendo a comprender su vida como una vida propia de A.A, y a sí mismo como un alcohólico de A.A. La historia personal es un vehículo cultural de cara a la adquisición de identidad”.

Las referencias que Stanley brinda son para cuestionar puesto que la identidad que se forma el sujeto participante de las reuniones de A.A. no constituye con nada que no sea parte del programa, de este modo, no se está construyendo su propia imagen sino la imagen que le ha sido determinada e impuesta por un programa.

1.2.1. La expansión: Primer establecimiento de A.A. en México.

Por otro lado, haciendo referencia a México, el primer grupo de A.A. que se estableció fue en el año de 1946 en la Ciudad de México llamado “México Group”, inicialmente sus miembros eran norteamericanos, los cuales habían emigrado a México cuando finalizó la Segunda Guerra Mundial, posteriormente se incluyeron algunos mexicanos cuya intención fue establecer un grupo en español.

Enseguida y de manera creciente de 1964 a 1974 los grupos establecidos en México pasaron de 36 a 928. Dentro de este periodo transcurrido, en el año de 1969 se fundó la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos. A partir de aquí se comenzaron a manifestar escisiones dentro de los grupos que generaron la creación de diversas “corrientes” del movimiento de A.A. en México. En este sentido la primera se originó en la Ciudad de México en 1975 ubicándose como la “corriente 24 horas”, justificando que la duración de las sesiones de una hora y media no eran suficientes, además de tratarse de individuos de un nivel socioeconómico bajo y que lo habían “perdido todo”, por lo que necesitaban un lugar dónde vivir, condicionando su estancia a asistir a varias reuniones en un mismo día.

La propuesta de “24 horas” llegó a ser una realidad dando inicio a “Granjas de Recuperación” para adictos hombres y para mujeres, en algunos casos, estos lugares se hicieron mixtos.

En dichos grupos se estableció que los adictos permanecieran internos durante el periodo de un año, caracterizándose por tener “líderes carismáticos”, veteranos de otros grupos, otorgando mayor relevancia al acto de subirse a tribuna para contar a otros su “historial”, generalmente atrayendo gente de un nivel económico bajo y medio, la interacción se constituyó brusca, agresiva, estricta, con lenguaje en doble sentido, palabras altisonantes y utilizando la confrontación entre sus miembros.

1.3. A-dicto y sociedad: entretejido que encadena

*No hay adicto por fuera de la época,
signada por el consumo a todo nivel,
ubicándose como resto de la malla la social.
Alicia Donghi.*

Por otro lado, el histórico recorrido de las adicciones no solo contempla los orígenes de las sustancias como tal, o los programas de tratamiento, sino también el entretejido social y ambiental creadores de un sistema que rige y direcciona la vida misma de los sujetos que no encajan en la mirada médica. Foucault realiza aportaciones importantes en torno a las relaciones entre el saber y el poder a partir de su vasta investigación sobre la naturaleza de la institución psiquiátrica. Con dicha investigación Foucault enfoca el problema de los individuos “peligrosos” –que, en el siglo XIX, eran llamados “los anormales”- en tres figuras principales: los monstruos, los incorregibles y los onanistas.

La descripción que Foucault dio acerca de estas tres figuras permite tener una imagen ejemplificada para cada época, los monstruos son definidos como aquellos seres que combinaban lo imposible y lo prohibido, es decir contradice la ley por su mera existencia, puesto que están fuera de los estándares de lo normal, a estos sujetos se les adjudicaban una serie de calificativos negativos por su morfología, su forma física era causa de asociarlos con el crimen, un ejemplo de ello fue la clasificación de delincuentes de Cesare Lombroso.

Los onanistas o como también se le nombraba “el niño masturbador” es una figura que tenía un espacio más estrecho, la habitación, la cama, el cuerpo “casi nadie sabe que casi todo el mundo lo hace” (Foucault, M. 1975). Foucault hizo un interesante matiz en relación a estas tres figuras y sus espacios, sus lugares de exhibición; para los monstruos su marco de referencia era la sociedad y la naturaleza, en el caso del niño masturbador era un lugar más pequeño e íntimo, vigilado por sus padres y hermanos y en cuanto al incorregible se trataba de su entorno y la familia.

Así, según Foucault, el ‘incorregible’ surge luego del monstruo, tras la introducción de técnicas disciplinarias como las del ejército, las escuelas y lugares de trabajo, así como los procesos de domesticación del cuerpo y del comportamiento. Entra el asunto de la prohibición, como método de descalificación del individuo, para luego desatarse sin medida en la práctica del encierro. Es por esta razón que no queda claro en qué momento la locura y los problemas judiciales del comportamiento forman un solo sistema a corregir. (Vásquez, A. 2012).

Otro aspecto importante a considerar según Foucault es que la persona a corregir es incorregible debido a que todos los métodos, técnicas y procedimientos conocidos fracasaron, pero también e irónicamente el incorregible, en la medida en que lo es, demanda en torno de sí nuevos métodos y maneras de recuperación, de corrección, o sobre-corrección. De tal modo es que se puede observar paradójicamente un juego entre la incorregibilidad y la corregibilidad.

Ante esto Adolfo Vásquez Rocca denota que el incorregible tiene en épocas actuales una expansión notable al punto de incluir “las malas prácticas” o bien hábitos como lo es el consumo de sustancias psicoactivas, la drogodependencia o toxicomanías, al igual que los actos criminales, así como robo a mano armada, agresión inmotivada, vandalismo, homicidio etc. Y una diversa colección de perversiones como abusos y violaciones. De este modo el sistema jurídico se brinda a sí mismo y a la sociedad el recurso de interdicción,

medida judicial que descalifica parcialmente a un individuo como sujeto de derechos.

Por otro lado, la psiquiatría siempre procuró –en todo caso, en el siglo XIX, de una manera particularmente intensa y crispada, porque de lo que se trataba, en el fondo, era de su constitución misma- detectar el peligro que acarrearía consigo la locura, aun cuando sea una locura moderada, inofensiva o apenas perceptible. Para justificarse como poder y ciencia de la higiene pública y de la protección social, la medicina mental debe mostrar que es capaz de advertir, aún donde nadie más puede verlo todavía, cierto peligro; y tiene que mostrar que, si puede hacerlo, es en la medida en que es un conocimiento médico (Vásquez, A. 2012, pág. 5).

Los centros de rehabilitación en adicciones son lugares que se han establecido como instancias reguladoras para desintoxicar a los adictos, para que esas ovejas descarriadas vuelvan al camino “recto”, se les enseña a cómo dirigir su vida. Estos lugares se convierten en escuelas que enseñan, que entrenan a los sujetos para sus vidas, controlándolos en mente, cuerpo y alma. En este sentido dichos lugares apuntan a la misma dirección de la psiquiatría contribuir a la higiene pública y a la protección social, justificando el poder que se ejerce en los adictos para que no se vuelvan un peligro para la sociedad, sus familias e incluso para ellos mismos.

Para llevar la crítica sobre un tema específico es necesario voltear a ver, aquello que define sus contornos y su estructura, por ello al hablar de un programa –como lo es A.A.- el cuál actualmente es usado en los centros de rehabilitación para adicciones, es necesario hablar de instituciones.

Las instituciones según Reyes, (2017) se consideran como:

Un discurso, lo cuál sería equivalente a lazo social. El discurso se constituye con palabras, con relaciones y prácticas en las que también es necesario referir los ámbitos institucionales en dónde surgen y circulan, dónde se legitiman y se aplican, para que simbolicemos la manera en que el poder, el saber,

la producción y las interrelaciones de los sujetos están en juego en las instituciones que habitamos. Asimismo, los términos “poder”, “saber”, “normatividades” y “reglamentos” otorgan figurabilidad a la institución como otro, referente simbólico que orienta y conduce a quienes la integran.

Se puede considerar además que dentro de una institución existen brechas, creando alejamiento entre ella y las necesidades de los usuarios, Morales, (2017) dice ante esto “la institución crea la imagen de usuario o beneficiario y le supone ciertas características; el problema de esta imagen es que estereotipa y excluye la dimensión real del usuario o beneficiario y sus necesidades”

El ámbito de lo político es otra de las brechas que se generan en las instituciones, considerando la verticalidad de las relaciones en cada institución, pueden resaltarse las dificultades en la toma de decisiones trasponiendo intereses en cada una de las jerarquías y puestos, ya que la institución no es ajena a relaciones de poder, políticas y económicas no es de sorprenderse que existan conflictos y tensiones entre sus miembros, abusos de autoridad, irresponsabilidades, nepotismos, negligencia y conflictos personales entre otros más, todas estas situaciones generan ambientes más hostiles, creando mayor distancia entre las personas involucradas, silenciando, tensando y tapando el síntoma del sujeto. Esto claro dando énfasis en instituciones como los centros de rehabilitación en adicciones.

Llort Antoni retoma la apreciación de Menéndez, quien expresa que las políticas mundiales sobre drogas han encontrado la manera de eludir la complejidad social del asunto mediante la estrategia de:

Primero: focalizar estratégicamente su atención sobre la patología (enfermedad física y/o mental) y la patología social (personas desviadas), ante los otros factores de incidencia de naturaleza sociocultural, dejando de lado que la enfermedad y la atención de ésta constituyen hechos estructurales en toda sociedad; expresan no sólo fenómenos de tipo epidemiológico y clínico sino que

también expresan las condiciones sociales, económicas y culturales que toda sociedad inevitablemente procesa a través de sus formas de enfermar, curar y morir.

Segundo: poniendo el énfasis de sus actuaciones en el control de la oferta mediante la persecución y fiscalización de personas, plantas y sustancias psicoactivas.

Además Llorca menciona que los resultados de los informes globales, tienen la responsabilidad última de legitimar dichas políticas, tomando a consideración de manera general tres indicadores importantes: la prevalencia en cifras absolutas de consumidores a nivel global, los índices de tratamiento y los datos derivados del control fiscal. Con todo esto el autor intenta fundamentar que existe en el fondo un proyecto ideológico (terapéutico) correspondiente a una política social determinada, que responde a una concepción prohibicionista y biomédica del consumo de drogas. (Menéndez, 2005)

Es importante señalar que al seguir basándose en cifras globales, no necesariamente se llega con satisfacción a una política o tratamiento que cese el “problema del consumo” puesto que la cantidad no permite matizar la calidad del problema en cuestión, además es de gran relevancia contemplar la cultura, la temporalidad, las leyes, controles y prohibicionismos en dónde está el problema, puesto que, no es lo mismo que unos jóvenes consuman en México a otros que consuman en Polonia. Sin embargo tampoco habrá que olvidar el movimiento económico que se genera por medio de toda la problemática de consumo de drogas.

CAPÍTULO 2

2. UNA APROXIMACIÓN CRÍTICA AL PROGRAMA DE A.A.

Todas las curas de abstinencia tendrán un éxito solo aparente, si el médico se conforma con sustraer al enfermo la sustancia narcótica, sin cuidarse de la fuente de la cual brota la imperativa necesidad de aquella.

Sigmund Freud, 1898.

El programa de Alcohólicos Anónimos ha tenido un éxito muy grande, tanto que se le ha idealizado y difundido como el único tratamiento que tiene como resultado la abstinencia, sin considerar que se ha modificado y ha llegado otros con ciertos cambios en su divulgación. Por ello si bien se hará una aproximación a este programa el énfasis no solo será en el consumo de alcohol, sino también de estupefacientes. A.A. ya no se enfoca solo en los alcohólicos sino en la generalidad del abuso del consumo de sustancias tóxicas.

De igual manera a lo largo de este capítulo se abordará el programa observado desde un centro de rehabilitación y/o anexo, ¿Cómo es que lo manejan en estos espacios?, puesto que en la actualidad hay varios lugares en donde el programa de A.A. es utilizado para la rehabilitación de a-dictos.

Durante el acercamiento preliminar que se tuvo al libro de Alcohólicos Anónimos se da cuenta de la cantidad de veces que mencionan el alma y espíritu, siendo estos los principales para sanar, otorgándoles un valor especialmente importante, por lo que se decidió cuestionar a un padrino, director de un centro de rehabilitación, sobre qué significaban estos conceptos, a lo que a la letra dice:

“-El alma es la energía que mueve a la materia y el espíritu, es lo que la materia hace a través de la energía. Un ejemplo: una batería sin carga es un cuerpo inerte, una batería con carga es un cuerpo activo, y ese cuerpo hace funcionar algún aparato porque tiene energía. Otro ejemplo sería un foco: un foco

sin estar conectado a la corriente es un almacén, es un cuerpo inútil, pero si se conecta a la energía entonces ya tiene alma, ahora esa energía ¿para que la está usando el foco? Es para alumbrar o dar calor, o ambas cosas, el ser humano cuando ya no tiene alma en su cuerpo, es materia y se va a la tierra, es un cuerpo inútil en la condición de ser humano, aunque para la tierra sea fértil, solamente como nutrientes, si el cuerpo teniendo alma, este se mueve y entonces está manifestando el alma, mostrando el espíritu, que es el caminar, que es el hablar, que son las acciones que se realizan, los actos que se realizan, ahí está manifestando un espíritu, personas con diferentes caracteres están manifestando diferentes espíritus con la energía que es su alma.”

Es de suma importancia entender estos conceptos, ya que en estos centros se lo plantean una y otra vez; lo que ellos tratan es sanar el alma, para que así el espíritu pueda tener diferentes acciones; como ellos es que lo nombran “se pueda accionar de diferentes modos”. Teniendo en cuenta lo anterior se puede continuar con mayor claridad.

A continuación, se abordarán los doce pasos de A.A., cada paso tiene una explicación de lo que significa y se hará una aproximación crítica, un espacio de cuestionamiento y reflexión de lo que ahí se está diciendo.

1. “Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables”.

- “El alcohol, ahora convertido en nuestro acreedor más despiadado, nos despoja de toda confianza en nosotros mismos y toda voluntad para resistirnos a sus exigencias.” (1953, A. A.). Desde este discurso se le otorga un valor despreciable, se le da vida a la sustancia, como acreedora de un poder, quien actúa por la persona, cuando la realidad es al revés, puesto que el alcohol y las drogas solo potencian actitudes que el individuo que lo consume traía ya consigo encubierto, de alguna manera. Justo como lo dice Dragotto, (2003) en Acompañamiento terapéutico en adicciones “Este poder de la droga como elixir, que extraña al sujeto del mundo lo

expuso con claridad Freud en *El malestar en la cultura* (1930) al postularlo como una de las “soluciones” para evitar el sufrimiento “el método más tosco, pero también más eficaz, (...) es el químico: la intoxicación. (...) bien se sabe que con la ayuda de los “quita penas” es posible sustraerse en cualquier momento de la presión de la realidad y refugiarse en un mundo propio, que ofrece mejores condiciones de sensación. (...) esta propiedad de los medios embriagadores determina justamente su carácter peligroso y dañino”. (Dragotto, 2003)

- “La admisión de nuestra impotencia personal resulta ser a fin de cuentas la base segura sobre la que se puede construir una vida feliz y útil.” (A.A., 1953). Con esto lo que se hace en estos lugares es dar un poder inmutable a estos pasos, “Feliz y útil” se está vendiendo la noción de una vida ideal, y con ello su “recuperación” dependerá de seguir ciegamente los pasos que se describen, sin la posibilidad de buscar alternativas que posiblemente sean mejores para poder decir eso que se potencia a través del alcohol y/o las drogas.

- “Se nos dijo que sin ayuda ajena no podía existir tal cosa como la victoria personal sobre esta obsesión.” (A.A., 1953) Los padrinos se engrandecen con tal aseveración, puesto que se convierten en esa única persona con la cuál acudir, ellos si los entenderán, ante esto dice Dragotto (2003) en *Acompañamiento terapéutico y adicciones*, esto constituye un forzamiento, un exceso de confianza en la fuerza de la ayuda mutua entre pares. Es poner en riesgo innecesario a quienes probablemente hayan hecho su mejor esfuerzo para llevar adelante su tratamiento pero que simplemente conocían demasiado bien los elixires del loto. Si me siento en peligro, si tengo que esforzarme por no ceder yo mismo a esa tentación, difícilmente pueda cuidar a otra persona (Dragotto, 2003). Nadie tiene la receta mágica para una vida feliz y útil, y enaltecer a estas figuras hace que la “sobriedad” quede siempre sobre una cuerda floja.

- “La respuesta es que muy poca gente tratará de practicar sinceramente el programa de AA a menos que haya tocado fondo (A.A.,

1953). Se espera la total aceptación y verdad de aquel del que se debería considerar alcohólico y/o adicto para que pueda tener una absolución a sus daños causados a través de estas sustancias, como quien comete pecados en la religión católica, solo hasta que acepte que está arrepentido y que no lo volverá a hacer se le perdonará.

El siguiente caso es un ejemplo de lo anterior: Una paciente de 31 años llegó a un centro de rehabilitación con el programa de A.A. donde hasta hace tiempo se laboraba, se le atendió por consumo de alcohol y drogas.

En su discurso ella no admite ser una drogadicta, puesto que la sustancia psicoactiva la utilizaba solo para mantenerse despierta en situaciones de peligro; ya que su novio era drogadicto, siempre la dejaba sola en su casa con más hombres, por lo cual a ella le daba miedo que algo le fuera a pasar si se quedaba dormida, así que ella consumía cierta dosis para mantenerse despierta. Este discurso le ha ocasionado que su salida esté condicionada hasta reconocer su adicción, ella no podría irse de ser que no lo admitiera, ante su madrina, el padrino y su madre, lleva cuatro meses y medio, en esta casa lo “mínimo” son seis meses, sin embargo hay chicas que están ahí desde hace ya dos años, por ello tal vez cuando esa paciente lo admita, ni siquiera será sincero, sino una simple máscara para poder irse de ahí.

- “Estamos listos y dispuestos a hacer lo que haga falta para librarnos de esta despiadada obsesión.” (A.A, 1953). Tanto así que parte del tratamiento en casas de rehabilitación o anexos, al salir se deben de quedar de media luz, como parte del servicio que deben de hacer, lo cual curiosamente es beneficioso para los directores de estos lugares, porque literalmente es trabajo gratis.

2. Llegamos a creer que un Poder superior a nosotros podría devolvernos el sano juicio.

- “Si quieres, puedes hacer de A.A tu “poder superior”. (A.A. 1953) ¡impactante! Ver al programa como una religión, y a los padrinos que encabezan estas instituciones como dioses, es para tomarlo con cautela, puesto que en realidad lo que se crea son sectas, la comunidad debe de aceptar la palabra de estas personas sin cuestionar, pero... el Padrino (Dios, el gran Otro) es una persona real, ¿qué pasará con él y con su secta cuando haya una equivocación? ¿Qué pasará cuando el ideal se derrumbe?

- “Siempre habíamos dicho, “concédeme mis deseos”, en vez de “hágase tu voluntad”. (A.A,1953). Siguiendo con la idea anterior, en donde el programa se propone como una sustitución a la religión y al padrino como un Dios, se puede percibir como una forma más de afianzar esta concepción, ya que los discípulos más confiables (personas que están a punto de salir del internamiento), tienen el derecho de mandar, y los recién llegados no tienen otra opción más que hacerlo de “buena voluntad”, siguiendo literalmente las voluntades de otros, reprimiendo aún más su palabra y su actuar.

- “Algunos están dispuestos a decir que son “bebedores problema”, pero no pueden aceptar la sugerencia de que son, de hecho, enfermos mentales.” (A.A.,1953). Viéndolo desde su perspectiva ¿quién no es un enfermo mental?, pero desde una postura analítica, ¿quién no está en un padecimiento? Porque no considerar que la sustancia fue la manera que encontraron de seguirse sosteniendo, dentro de un mundo donde ya no encontraban un pilar para recargarse, otras personas buscan este pilar en otro tipo de adicciones como el trabajo, la comida, la ropa, etc. Cosas “no dañinas” pero ¿no es que ellos también pertenecen al grupo de personas con padecimientos desde esta perspectiva? ¿por qué categorizarlos?, ¿por qué seguir rechazándolos aún más?

- “Un mundo que no distingue entre bebedor normal y el alcohólico contribuye a que sigan en su ceguera.” (A.A.,1953). Es un tanto rígida esta diferencia, porque desde los discursos que se tienen en estas

instituciones, beber un vaso de alcohol, te vuelve un alcohólico, y ¿cómo no beber una copa, en esta sociedad tan consumista?

- “El “sano Juicio” se define como “salud mental”.” (A.A.,1953). Esta última afirmación es muy cuestionable, por separado son conceptos muy complejos como para que los asocien con tanta ligereza, y al no querer tomar estos términos como sinónimos, es importante preguntar ¿qué es el sano juicio? ¿qué es la salud mental? como es que esta se pierde y se puede ganar, inclusive porque asumen estas ideas como tuyas, y no un concepto en donde todos podrían entrar; una pregunta más sencilla y más contundente sería ¿quién tiene en verdad una salud mental?

3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.

- “Solo hay una llave, y es la de la buena voluntad”. (A.A.,1953). ¿dentro de cual concepción y a beneficio de quien es la buena voluntad? O ¿para quién? ¿quién es el que decide cuándo es buena o es mala?

- “¿No es cierto que en todo lo que se refiere al alcohol, cada uno de ellos ha decidido poner su vida al cuidado, y bajo la protección y orientación de alcohólicos anónimos? Ya ha logrado una buena disposición para expulsar su propia voluntad y sus propias ideas acerca del problema del alcohol y adoptar, a cambio, las sugerencias por A.A.” (A.A.,1953). Es interesante que A.A. considere que estar bajo su protección y orientación es la única solución para la “enfermedad” que ellos están tratando, ya que originalmente el programa de A.A. fue escrito en una época distinta, en un idioma distinto, y que para traducirlo, leerlo e interpretarlo la transmisión del mensaje ha sido atravesado por diversas suposiciones; entonces los 12 pasos y 12 tradiciones son impartidas con respecto a lo que el director de las instituciones entienda, y aún más con lo que el a-dicto interprete de eso. No es que haya una solución absoluta desde esta perspectiva, pues cada institución conlleva una forma de llevar la buena voluntad de manera conveniente.

- “... si esto no es entregar su voluntad y su vida a una Providencia recién encontrada, entonces, ¿Qué es?” (A.A.,1953). Según la RAE, providencia es el cuidado del mundo y de los hombres que los creyentes atribuyen a Dios. Desde este punto se concibe que posicionan al programa en el mismo lugar que al Ser Superior (Dios), ya que el programa se convierte en la única solución para “curar” no solo la a-dicción sino también la mente y el espíritu, encontrando de este modo el “sano juicio”. En los centros de rehabilitación trabajan con la humildad, porque todos son capaces de cometer errores, pero al posicionarse como una deidad, están diciendo que son “perfectos” ¿en dónde queda entonces esta humildad?, y ¿qué carga tienen las personas con más tiempo sin consumir? Ellos están en el ojo público, haciendo que no tengan derecho a equivocarse.

- “Cuanto más dispuestos estamos a depender de un poder superior, más independientes somos en realidad.” (A.A.,1953). ¿Por qué una dependencia los volvería independientes?, solo están sustituyendo una cosa por otra, y volviendo a lo mismo, cuando el padrino caiga (porque las recaídas son parte del tratamiento), ¿qué pasará con sus “discípulos”? con esto el programa se vuelve muy frágil, en cualquier segundo se puede derrumbar sin la posibilidad de reconstrucción.

- “Esta forma de dependencia impropia ha causado que muchos alcohólicos rebeldes lleguen a la conclusión de que cualquier tipo de dependencia tiene que ser insoportablemente dañina. Pero el depender de un grupo de A.A. o de un Poder Superior no ha producido un resultado funesto para nadie.” (A.A.,1953). A pesar de todo, este programa para muchos si es remunerable, y es claro que van a exhibir los casos que sean satisfactorios para el programa, es por ello que no hay “resultados funestos” pero si se voltea a ver las fallas que pudieran tener estas personas, la realidad es que son muchas, pero claro que no van a exponer estas fracturas que tiene el programa, no sería conveniente para los nuevos creyentes.

4. Sin temor hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos

Al realizar el inventario moral es importante considerar bajo qué aprobación se encontrará, es decir, no es de extrañarse que los directivos de estos centros de rehabilitación sean quienes acepten o no los defectos que puedan mencionar los usuarios de sí mismos.

- “Muy a menudo vemos a un ser humano lleno de temores insistir en depender totalmente en la orientación y protección de otra persona más fuerte.” (A.A.,1953). Según el contexto que tiene esta literatura ellos están criticando esta forma en la que los hombres dependen de otros más fuertes, pero, es exactamente lo que hacen en estos centros de rehabilitación, poner al padrino como el ejemplo a seguir (el fuerte) y todos los demás dependen de su sobriedad para lograr alcanzar la suya.

- “Los seres humanos nunca son totalmente idénticos, así que cada uno de nosotros, al hacer nuestro inventario, tendremos que determinar cuáles son nuestros propios defectos de carácter.” (A.A.,1953). Con esto se da cuenta de cómo ellos mismos aceptan que los seres humanos no son idénticos, y es necesario cuestionarse por qué entonces venden a este programa como la única cura para una rehabilitación, demeritando por ejemplo el trabajo de un psicólogo. Tal como lo plantea Pablo Dragotto en una mesa redonda al decir que no hay un tratamiento único que se establezca para un paciente a-dicto.

- “Una vez que estemos plenamente dispuestos a hacer nuestro inventario, y que nos dediquemos a hacer con todo esmero, una luz inesperada nos llega para disipar la neblina.” (A.A.,1953). De lo propuesto a lo hecho hay una gran diferencia, porque regularmente en estos centros de rehabilitación no se respeta este tiempo para que haya una disposición de enfrentarse a eso doloroso que van a trabajar, se les obliga a hacer el inventario moral y esto es verdaderamente agresivo.

- “De sus defectos de carácter, que representan sus instintos descarriados, han sido la causa primordial de su forma de beber y de su fracaso en la vida; que, a no ser que esté dispuesto a trabajar diligentemente para eliminar sus peores defectos, tanto la sobriedad como la tranquilidad de mente quedarán fuera de su alcance; que tendrá que derribar los cimientos defectuosos de su vida y volver a construirlos sobre roca firme.” (A.A.,1953). Este punto muestra como todo lo que hace el a-dicto está mal, es aberrante, es descarriado, justo en este paso lo que se pretende es corregir. Vásquez, (2012) dice que “el individuo a corregir es – en cambio – un fenómeno corriente. Tan corriente que presenta – y ésta es su primera paradoja– la característica de ser, en cierto modo, regular en su irregularidad.” No se le da lugar a la admisión de que eso “malo” quiere decir algo, en ese síntoma hay algo que el a-dicto está gritando y que quiere que el mundo escuche, la sustancia se ve entonces como una justificación a su actuar y no como algo que permite.

- “Pero todos los alcohólicos que han perdido sus trabajos, sus familias y sus amigos a causa de la bebida tendrán que examinarse despiadadamente a sí mismos para determinar cómo sus propios defectos de personalidad han demolido su seguridad.” (A.A.,1953). En algunos argumentos se encuentra comprensión y otros más la imposibilidad de ella, cómo aquí, en este fragmento, se le pide al alcohólico una rígida y severa examinación de sí mismo, por haber perdido eso, que al parecer a él no se le permite perder, trabajo, familia y amigos.

- “El hecho fundamental que nos hemos negado a reconocer es nuestra incapacidad para sostener una relación equilibrada con otro ser humano.” (A.A.,1953). ¿Qué relación puede ser equilibrada, al tratarse de un sujeto a otro? ¿quién puede realmente asegurar tener la capacidad para relación con otros? Nuevamente se centra en lo que no puede o no tiene el sujeto alcohólico y a-dicto.

5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos, y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.

- “Esta es una de las razones por las que nos gustaba tanto el alcohol. Nos permitía improvisar.” (A.A.,1953). Lo anterior más que una crítica es una reafirmación ante lo que el consumo permite, más allá de ser sustancias que reprimen, en realidad lo que hacen es liberar su verdad. Araujo, (2021). Relata un caso al cual concluye que ese muchacho “reclamaba una mirada, una escucha atenta del síntoma que manifestaba a través de las drogas que utilizaba para ser objeto de la atención de alguien en el mar anónimo de la modernidad”. (p. 20)

- “Por medio de este Paso vital empezamos a sentir que podríamos ser perdonados sin importar cuales hubieran sido nuestros pensamientos o nuestros actos.” (A.A.,1953). Se busca es una absolución a sus “pecados”, responsabilizan a su enfermedad de todos sus actos: “la enfermedad hizo que yo” en vez del “yo hice”. Es decir, no son ellos, es la enfermedad; no se hacen cargo de lo suyo en ningún momento. Tal como lo dice Araujo, (2021) “Esta Cultura Terapéutica de las Adicciones constituye toda una estructura ritual de expiación y purificación de los infectados o poseídos por el Fantasma de las Drogas” (p. 36)

- “La ventaja de hablar con otra persona es que podemos escuchar sus comentarios y sus consejos inmediatos respecto a nuestra situación, y no cabrá la menor duda de cuáles son estos consejos” (A.A.,1953). Comentarios y consejos... los cuales se generan a partir de una experiencia propia, ¿será que la solución de unos, sea la solución para todos? ¿los comentarios y consejos son suficientes?

En la actualidad se realiza una “experiencia espiritual” en donde se desenvuelven y llevan al acto lo que dictan estos últimos dos pasos, inclusive hay retiros que simplemente se enfocan en ellos, y se les denominan como el 4to y 5to paso. Ahí en donde el misterio es su mayor aliado, puesto que no se tiene permitido hablar, para que así el otro pueda vivirlo sin prejuicios. Esta experiencia lo que se hace es una serie de actividades con una duración de 72 horas continuas sin ningún tipo de descanso, en donde el café y el cigarro no faltan en el minuto a minuto. El propósito es la sanación a través de una escritura guiada para

obtener una experiencia catártica, sin duda lo logran puesto que en este espacio se relatan historias en donde Dios se hace presente de diversas maneras, y es este milagro el que hace que el individuo haga cambios, pues Dios ahora está con él. La explicación que se puede dar para tales acontecimientos es que justamente la privación del sueño, el exceso de cafeína y una sugestión preexistente e insistente de testimonios dados por personas que ya lo vivieron. Son los generadores de tal experiencia, pero desde la mirada médica son consideradas alucinaciones.

6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.

Para este paso se decidió realizar un abordaje distinto, puesto que la crítica por fracciones no es suficiente, por ello se cuestionará todo lo mencionado en el presente paso.

Anteriormente se leyó que Dios era un ser superior el cual se podría elegir, pero en este paso se le describe como único, como si solo existiera uno para todos, y más puntualmente se está enfocando en la tradición eclesiástica, un claro ejemplo de esto es que a lo largo del paso se habla de los defectos de carácter, tales se pueden definir como los siete pecados capitales (soberbia, avaricia, lujuria, ira, gula, envidia, pereza) los cuales según A.A. (1953). “cuando nos impulsan ciegamente, o cuando exigimos voluntariosamente que nos den más satisfacciones o placeres de los que nos corresponden, este es el punto en donde nos desviamos del grado de perfección que Dios desea que alcancemos en esta tierra.” Se da cuenta que no se tiene permitido sentir placer o satisfacción e inclusive ser imperfectos ante un Dios creado por hombres en donde la perfección es un ideal, algo tan abstracto que se puede cuestionar.

La perfección espiritual y moral se vuelve un objetivo, honestamente, esto es inalcanzable, no hay una unidad de medida que pueda decir “listo eres perfecto” y si hubiera alguien así, ¿considerarían que es feliz en una vida sin placer? Porque para el ser humano lo prohibido suele ser lo más deseado, pero el

programa propone la perfección espiritual y moral para que al estar en este lugar su vida se vuelva recta, “blanca” como es que lo mencionan en este paso, haciendo referencia a que lo blanco es puro, sin manchas, sin deseos, sin rebeldía, e incapaces de traspasar los límites impuestos, lo que no consideran es que al limpiarse están siendo tentados a ensuciarse nuevamente, como un niño, ellos no buscan mantenerse limpios, si no divertirse, explorar el mundo, eso es ensuciarse.

Cada vez es más claro concebir este programa como una secta, al volverse “puros” siguen normas establecidas que se creen “lo correcto” normas creadas por grupos de A.A. en donde solo importa la voluntad del intérprete de Dios (padrino), y queda nuevamente cancelada y desvalorizada la voluntad del sujeto a-dicto.

7. Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.

- “Porque sin tener un cierto grado de humildad ningún alcohólico se puede mantener sobrio.” (A.A.,1953). En el recorrido que se ha hecho hasta el momento, se entiende que se pide mucho la práctica de la verdadera humildad, dando por hecho que se comprende esta cualidad, pero en realidad no se ha postulado alguna definición concreta de este concepto, ¿y cómo se puede pedir que lo practiquen si ni si quiera lo han podido explicar concretamente?

- Además, casi todos los A.A. han descubierto que, a menos que cultiven esta preciada cualidad en un grado mucho mayor de los que se requiere solo para mantener la sobriedad, tendrán escasas posibilidades de conocer la verdadera felicidad.” (A.A.,1953). ¿Solo si es grandemente humilde se puede ser feliz? Es una condición sumamente agresiva, según la RAE humildad es la virtud que consiste en el conocimiento de las propias limitaciones y debilidades y obrar de acuerdo con este conocimiento. Esta cualidad debería ser tomada solo si la persona así lo decide, ya que esto implica un alto conocimiento de sí, trabajo que como se sabe es doloroso, por ello esto tiene que ser una opción y no una imposición.

- “Nos faltaba el ingrediente básico de toda humildad, el deseo de conocer y hacer la voluntad de Dios.” (A.A.,1953). Es curioso que hacer la voluntad de un ente divino (un ideal interpretado por la humanidad misma) sea el ingrediente básico para la humildad, literalmente es hacerse/creerse una marioneta. Además, contrapone con la definición real de humildad puesto que como se mencionó es conocer las limitaciones y debilidades propias para actuar con respecto a ello, más no dejar su voluntad en manos de otros.

- “Todavía espoleados por la pura necesidad, con desgana nos enfrentamos con aquellos defectos de carácter que originalmente nos convirtieron en bebedores problema, defectos que tenemos que intentar remediar para no volver a caer de nuevo en el alcoholismo.” (A.A.,1953). Se considera que los defectos de carácter son conductas que muchos ya conocen, y no solo eso, sino que también se han practicado, ¿Por qué es que no todos son bebedores o consumidores? Asumiendo que los defectos de carácter son los que originan el consumo de alcohol y drogas.

- “Por mí mismo nada soy, el Padre hace las obras”. (A.A. 1953). Por supervivencia se busca una adherencia y aceptación de un grupo social, empezando con la familia, y cuando esto no funciona se busca un sustituto, en este caso el padre (Dios), entonces es ver al padrino como la “figura paterna”. Ya hay un desterramiento de un núcleo social “la familia” llegando a una comunidad en donde todos son “hermanos” y el padrino (el intérprete de Dios) es el padre, quien guía, con él obtienen una aceptación. Con esta frase nuevamente hay una anulación del sujeto y su palabra que además es aceptada por él mismo, y un poder, una carga y una responsabilidad otorgada a ese gran Padre.

8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos

- “[...] ha llegado el momento de redoblar sus esfuerzos para ver a cuantas personas ha lastimado y de qué manera [...] si se comienza con buena voluntad las grandes ventajas de hacerlo se manifestarán con tal rapidez que el dolor se irá atenuando conforme se vaya desvaneciendo un obstáculo tras otro.” (A.A.,1953). Este paso acepta que el admitir los daños que ocasionaron es sumamente doloroso, por eso hay que hacerlo de buena voluntad, la realidad aquí es que este proceso es parte de lo que el a-dicto internado tiene que hacer para poder salir, ¿no existe una voluntad de su parte! Es más, una obligación. ¿Por qué someter a las personas a este sufrimiento si tal vez no están preparados?

- “Los conflictos emocionales, muy profundos, y a veces totalmente olvidados, persisten de forma desapercibida en el subconsciente. Estos conflictos al originarse, puede que hayan retorcido nuestras emociones tan violentamente que, desde entonces, han dejado manchadas nuestras personalidades y han trastornado nuestras vidas.” (A.A.,1953). Ya que en este punto se acepta que los conflictos emocionales generan y constituyen una parte importante de la personalidad y vida del sujeto, ¿Por qué hacer que su salida del internamiento dependa de enfrentar este paso? ¿por qué atarlos a tiempos de otros? Y no respetar el tiempo en que ellos estén preparados para afrontar esto.

- “Ya que las relaciones defectuosas con otros seres humanos casi siempre han sido la causa inmediata de nuestros sufrimientos, incluyendo nuestro alcoholismo, no hay otro campo de investigación que pueda ofrecernos recompensas más gratificadoras y valiosas que este.” (A.A.,1953). Desde este punto se sigue manifestando que la única y la mejor posibilidad de tratamiento es por medio del programa A.A., sin dejar espacio alguno para pensar en otras alternativas.

- “Es el principio del fin de nuestro aislamiento de Dios y de nuestros semejantes.” (A.A.,1953). Existe una frase de Hesse, H. (1967) que dice, “quien quiera nacer, tiene que destruir un mundo”, se reconoce que el seguimiento del programa de A.A. tiene efectos beneficiosos cuando

se emplean con una disposición del a-dicto, cuando ellos deciden tener un cambio logran destruir el mundo en el que se encontraban y entrar a uno nuevo, se están moviendo de lugar.

- **9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.**

- “BUEN juicio, capacidad para escoger el momento oportuno, valor y prudencia – estas son las cualidades que necesitaremos al dar el Noveno Paso. [...] El buen juicio nos sugerirá que andemos a paso medurado.” (A.A.,1953). ¿Quién decide cuando las personas tienen un buen juicio? Las cualidades que se solicitan para poder continuar con este paso son un objetivo que quieren alcanzar las personas adictas o alcohólicas, pero ¿no es acaso que muchos hombres y mujeres podrían necesitar también el alcanzar o potenciar estas cualidades?, ¿Por qué inferir entonces que solo esta comunidad necesita de un buen juicio?, ¿buen juicio desde la mirada moral de quién?, es curioso que la definición de este “buen juicio” sea impartido y otorgado a otros adictos por un adicto.

- “Primero debemos sentirnos bastante seguros de habernos enganchado bien al programa de A.A. entonces estamos en condiciones de dirigirnos a esta gente, decirle lo que A.A. es y lo que estamos intentando hacer.” (A.A.,1953). En cada oportunidad presentada, se refuerza el discurso de que A.A. es la única opción y solución para alcohólicos y adictos, tanto así que ahora les piden ser dependientes no a una sustancia sino, al programa.

Para cerrar con este paso, es importante mencionar que, si el adicto está preparado para decir en que ha hecho daño, no necesariamente están preparados los otros involucrados, y esto es algo que sería valioso respetar, los “tiempos para sanar”, si en alguna situación la otra parte no está preparada, más allá de beneficiar puede lastimar más. El programa defiende lo que el adicto necesita para “sanar”, pero muchas veces deja de lado la sanación de las personas involucradas, lo que se busca es que se vuelvan a incluir en el núcleo familiar para empezar, entonces ¿qué pasaría si la familia ya no quiere que él pertenezca ahí? O que tal

¿qué el a-dicto ya no quiere pertenecer a esa familia? Obligar a hacer algo a muchos por el “bien” de uno, es agresivo... a través del programa y con esta reflexión se puede decir que, se crean otros tipos de a-dictos.

10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.

- “Un borracho que tiene una resaca fatal por haber bebido en exceso el día anterior, hoy no puede vivir bien. Pero hay otro tipo de resaca que todos sufrimos ya sea porque bebamos o no. Es la resaca emocional, la consecuencia directa de los excesos emocionales negativos de ayer y, a veces, de hoy – ira, miedo, celos, y similares. Si hemos de vivir serenamente hoy y mañana, sin duda tenemos que eliminar estas resacas.” (A.A.,1953). Lo planteado en estas líneas hace ver que existen emociones “negativas” las cuales se tienen que eliminar, porque según el programa más allá de servir para algo, generan una afectación que no es soportable, cuando la realidad es otra, estas emociones permiten mucho, no de forma negativa, sino necesarias, la literatura y el cine brindan ejemplos como: intensamente; con tristeza, o colorín colorado este cuento aún no se ha acabado; con el miedo, estas emociones les permitieron a los protagonistas, ¡sobrevivir! Además de mostrar al público una perspectiva diferente de que en las emociones no existen negativas o positivas, sino que son fundamentales para la existencia y adaptación del ser humano.

- Considerando desde un punto de vista espiritual, es axiomático que cada vez que nos sintamos trastornados, sea cual sea la causa, hay algo que anda mal en *nosotros*. Si alguien nos ofende y nos enfadamos, también nosotros andamos mal.” (A.A.,1953). Hay algo verdadero en estas líneas, si algo de los otros hace daño, probablemente sea necesario observar, pero este punto se tomó muy ligero, y con el fin de negar nuevamente este “mal”, Pizarnik, A. (...) menciona: “que fácil callar, ser serena y objetiva con los seres que no me interesan a cuyo amor o amistad no aspiro. Soy entonces calma, cautelosa, perfecta dueña de mí misma. Pero con los poquísimos seres que

me interesan, ahí está la cuestión absurda: soy una convulsión” hay situaciones en donde la emoción remonta a un pasado, a una primera vez que eso afectó, y es importante trabajar con lo que surge, y con mayor razón cuando estas emociones incrementan con personas que importan, algo en ellas mueve algo en las personas, tal vez al ser advertidos de este movimiento, la calma llegue por si sola.

- “Hemos llegado a darnos cuenta de que la ira justificada debe dejarse a gente mejor capacitada que nosotros para manejarla.” (A.A.,1953). ¿Las emociones justificadas para personas mejores capacitadas? Es de suma importancia cuestionar el lugar en el que el programa coloca al adicto, en un lugar de **incapacidad**, más allá de permitir darle un lugar a esa emoción se está evadiendo, se está reconociendo que no se puede con ella, que al menos para ellos ni justificada se puede tener, entonces ¿Quién si posee la capacidad suficiente para poderla manejar?

- “Porque no podemos pensar ni actuar con buenos resultados hasta que el hábito de ejercer un dominio de nosotros mismos no haya llegado a ser automático.” (A.A.,1953). Hasta este punto se continúa recalcando que ciertas emociones y sentimientos no son convenientes para ellos y por lo tanto es importante que las eviten, además se busca que se pueda tener un dominio de ellos mismos. Por otro lado, también se menciona que este proceso debe ser automático, como si la persona fuera una máquina, considerando que a partir de esta automatización se eliminarán todos los errores existentes, pero ¿no es acaso que las máquinas son creadas y programadas por el ser humano?, desde esta analogía las máquinas se oxidan se rompen, hay fallas, ni siquiera en esta automatización hay perfección.

11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.

- “Casi los únicos que se burlan de la oración son aquellos que nunca han rezado con suficiente asiduidad” (A.A.,1953). Esta oración cierra a una idea en donde se expresa que, si le pides correctamente a Dios, él concederá, sin embargo, desde otras concepciones, también religiosas, se puede decir que Dios no es el generador de obras buenas, más bien es el conducto para hacerlas, es decir no se trata de cómo lo pides, o cuantas veces lo hagas, ni mucho menos que Dios haga el cambio. Porque incluso y aunque parezca cliché, el cambio solo lo puede hacer aquel que se encuentre en disposición de un posicionamiento, no solo espiritual, también subjetivo y emocional ante lo que le acontece.

- “Simplemente pedimos a Dios, que, a lo largo del día, nos ayude a conocer, lo mejor que podamos, su voluntad para aquel día y que nos conceda la gracia suficiente para cumplirla.” (A.A.,1953). Esto refuerza la idea anterior, la voluntad de hacer lo que Dios quiere, se interpreta a hacer cosas buenas, cosas de bien, que no causen daño a nadie, pero de nuevo, no es que esto sea obra de Dios, es más bien que la persona tiene la actitud de hacer las cosas de esta manera, este cambio de pensamiento puede lograr un cambio de actitudes. Cabe aclarar que no se está diciendo que el creer en Dios o un Ser Superior sea malo, es una herramienta, que se puede utilizar para realizar cambios de sí mismo.

- “Tal vez una de las recompensas más grandes de la meditación y la oración es la sensación de pertenecer que nos sobreviene.” (A.A.,1953). Las personas con consumo problemático muchas veces son ya personas segregadas de otros lugares, su familia, su colonia, la escuela, etc., muchas veces el sentido de pertenencia ya no existe, y al etiquetarse como drogadictos la sociedad los ve como la peste, como algo que se puede contagiar, huyen de ellos. Al encontrar esta conexión con “el ser superior” es lógico que haya cierta paz en ellos, ya hay un lugar en donde son acogidos, son amados, son escuchados, y al parecer ahí está la importancia ¡**son escuchados!**

12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos tratamos de llevar el mensaje a otros alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

Contemplar como tema central “la alegría del buen vivir” es decirles a los alcohólicos y adictos que deben ser felices y estar satisfechos con todo lo que se les ha inculcado, las cualidades que deben poseer, los defectos y emociones que tienen que evitar o eliminar las prácticas espirituales que deben ejercer y todos los mandatos impuestos dentro de cada paso. Así que una vez que están bien arraigados a ellos pueden pasar a la acción, ir a divulgar el mensaje. Por ello se menciona que al practicar correctamente todo lo “enseñado” anteriormente, es su deber continuar con la difusión del mensaje a más personas, lo cual se entiende como una forma de hacer de esta secta más grande y más fuerte, inclusive desde la perspectiva de los centros de rehabilitación el mensaje se esparce a cuantas más personas sea posible, y de esta manera más usuarios podrán seguir llegando, y por ende más flujo de dinero.

Al continuar leyendo el paso, arroja una afirmación muy interesante; la cual menciona que si un alcohólico logra practicar fervientemente estos pasos la demolición de su matrimonio podría detenerse e inclusive dar vuelta atrás, con esto sobreviene el pensar en el caso de un a-dicto que llegó al centro de rehabilitación, y al conversar con él menciona que anteriormente una de las sugerencias que le dio el padrino para solucionar su vida fue casarse con la que en ese momento era su novia, pero ahora denota un verdadero recelo ante dicha sugerencia, puesto que los problemas no se solucionaron, y tal vez solo fueron en aumento. Otro ejemplo es el de un padrino director de un centro de rehabilitación, proveedor del consejo anterior que hace no mucho se divorció de su esposa, haciendo referencia a que en realidad nunca fue feliz, y lo que estaba viviendo no era vida.

De igual manera este paso menciona que un matrimonio de A.A pudiera ser un verdadero éxito, puesto que comparten el mismo programa y las mismas ideologías, a lo cual en los centros de rehabilitación se escucha totalmente lo

contrario, “dos A.A. no pueden estar juntos” y de hecho los padrinos prohíben este tipo de relaciones, y esto es una gran contradicción a lo que se dice y lo que se predica.

Una afirmación más que se encuentra aquí es que los a-dictos buscan en los padrinos las otras figuras paternas, personas a las cuales acercarse, pedir un consejo, sentirse amados, protegidos, escuchados. Inclusive hace alusión a un estudio hecho por psicólogos y doctores en donde mencionan que estas personas eran infantiles, hipersensibles y tenían delirios de grandeza, esta condición más que trabajarla para darle un cambio, pareciera que en los centros de rehabilitación refuerzan estas características, son niños que no pueden realizar nada si su padrino (el que sabe) no se los permite.

El programa A.A. considera que el llevar a la práctica todos sus “principios” les traerá consigo paz, armonía y un estado de estabilidad. Lo aseguran porque expresan ser testigos de muchas realidades así por lo tanto asumen su eficacia, para muchas más realidades. De este modo esos “principios” se vuelven mandatos específicos para alcohólicos y adictos generales; entonces ¿Qué pasará con aquellos segregados de esta comunidad segregada? ¿Qué futuro enfrentarán ellos? ¿A dónde es que pertenecen ahora estos seres “fracasados” que ni siquiera son nombrados como una posibilidad?

2.1. Un internamiento en lo desconocido

Como parte de la crítica es de suma importancia no pasar desapercibida la prohibición que establece la Ley General de la Salud en materia de Salud Mental y Adicciones, acerca del internamiento involuntario, que a decir verdad se vive como parte de la realidad en los centros de rehabilitación, anexos, granjas e instituciones que abordan la problemática de las adicciones. La mayoría de las intervenciones para el internamiento del sujeto a-dicto se llevan a cabo por petición de algún familiar, si bien es relevante mencionar que la detención se genera de manera muy abrupta y agresiva, debido a que no se les hace de su conocimiento que serán internados en alguna de estas instituciones, puesto que

se asume que el a-dicto no dará su consentimiento para ingresar a ese tipo de tratamiento.

Pero la familia cree firmemente que hace lo correcto al tomar esa decisión por el a-dicto e inclusive los padrinos y/o encargados de estos centros de rehabilitación, apoyan y justifican a la familia asegurando que el a-dicto ya no tiene voluntad, no piensa, actúa o decide de forma razonable, apoyándose de los doce pasos del programa A.A. y desde su propia experiencia, expresando que solo imponiendo el tratamiento pueda existir una posibilidad de cura.

Hay un gran impacto en tales actos, en el decidir por el a-dicto, el ingresarlo de forma agresiva y sin su consentimiento a una de estas instituciones, porque además de seguir anulando su palabra, su voz, anularlo como sujeto, también se le agrade, el trato se vuelve violento y éste primer acercamiento con ese tratamiento, y en cierto punto también con el programa de A.A., rompe con una posible disposición del a-dicto para hablar.

Por otro lado, tampoco se está considerando que existe una gran desinformación acerca del tema, porque en su mayoría de los casos el a-dicto y su contexto desconoce que existe un artículo dentro de una ley que los respalda ante tales situaciones, para mayor precisión el artículo del que se hace mención es el N° 75 Bis de la Ley General de Salud, en materia de la Salud Mental y Adicciones, ahí se establece lo siguiente:

“Todo tratamiento e internamiento de la población usuaria de los servidores de salud mental y las personas con consumo de sustancias psicoactivas, y de adicciones, deberá prescribirse previo consentimiento informado.

Los prestadores de servicio de salud mental, públicos o privados están obligados a comunicar a la persona de manera accesible, oportuna y en lenguaje comprensible, la información veraz y completa incluyendo los objetivos, los beneficios, los posibles riesgos, y las alternativas de un determinado tratamiento, para asegurar que los servicios se proporcionen sobre la base del consentimiento libre e informado. Una vez garantizada la comprensión de la información a través

de los medios y apoyos necesarios, la población usuaria de los servicios de salud mental tiene derecho de aceptarlos o rechazarlos” (Ley General de la Salud,2022)

Adquiere un gran valor el tener conocimiento de dichas leyes porque devuelven la palabra al a-dicto y a su capacidad de decisión, aquella que se le arrebató.

Por ello la crítica se aproxima a la conveniente influencia y justificación de la que se sostienen las personas tanto profesionales, padrinos, encargados y familias para internar de forma involuntaria al a-dicto, claro, desde el desconocimiento y manipulación que existe en el área de las adicciones.

Es innegable que la ignorancia que existe en México de algunos temas es muy abundante, y que la prevalencia y popularidad de un programa como A.A. tenga tanto impacto, al punto de entregar a su familiar o inclusive así mismo ciegamente a sus mandatos, creyendo con gran devoción que realmente es la única vía para la “cura”. Por ende si en el programa se dice que el sujeto señalado ha perdido la voluntad, que es una persona impotente y sin un “juicio razonable”, la familia y conocidos alrededor del a-dicto asumen que decidir por él, tendrá mayor beneficio.

Las realidades que se viven en México son opacas, de gran desconocimiento y manipulación, debido claro, a la ignorancia y aprovechamiento de la desesperada solución al problema de la a-dicción del sujeto. Si bien la crítica es para un programa que está quedando obsoleto, también lo es para los sujetos que lo difunden y que además lo hacen desde sus intereses personales, consiguiendo así que el programa se distorsione y se adapte ventajosamente para aquellos que tienen mayor poder.

CAPITULO 3

3. A-DICTOS: LO QUE TIENEN QUE DECIR (UN DECIR QUE NO SE HA DICHO)

Freud narra una escena de un niño de tres años que se dirige a su tía diciéndole: “tía háblame; tengo miedo porque está muy oscuro”, su tía le responde preguntándole qué ganaría con eso, si de todas formas no podría verla, a lo que el niño le contesta: “no importa, hay más luz cuando alguien habla”.

Freud, S. 1905.

¿A qué se refiere el término a-dicto? Desde el extenso estudio realizado por profesionales en el área de adicciones y la experiencia generada por la prueba y error de este complejo campo, se puede reconocer que la propia palabra ADICTO tiene un significado con mayor complejidad del que se conoce. Con motivo de análisis es de suma importancia brindar más atención a la palabra ADICTO, el prefijo “A” cuya connotación es NO; DICTO hace referencia a DICCIÓN, un decir, se puede llegar a una conjetura valiosa NO DECIR- LO NO DICHO, dentro del lenguaje se vuelve una función de sustitución, aquel que es adicto sustituye su decir, su palabra por el objeto droga, sustancia. De tal forma el objeto droga sustituye en las personas a-dictas un decir que no se ha dicho, expresado de un modo muy complejo y oculto, con la justificación de no tener conciencia de eso, ¿Cómo no podrían ser atractivamente adictivas estas sustancias si con ellas se puede encontrar alivio al poder decir en acto algo que estaba insistente en mostrarse? Paradójicamente existe sufrimiento satisfactorio. Enfocarse a lo que el adicto tiene que decir, darle un lugar a su palabra cobrará un sentido simbólicamente distinto, con la posibilidad y la suerte de que ese adicto pueda escuchar lo que tiene que decirse al decirle a otros.

¿Cuál es la imagen que se tiene cuando se piensa en una persona adicta? Se pone en escena un conjunto de defectos, que desacreditan a las personas

adictas, como la irresponsabilidad, la mentira, el chantaje, la soberbia, el egocentrismo, la agresividad e inclusive se les relaciona con el crimen, con lo sucio y despreciable de la sociedad, físicamente son personas sumamente delgadas, se vuelven consumidas más que consumidoras. Con ello se puede dar cuenta de que los adictos ya no son acreedores de ninguna cualidad, no merecen un trabajo, toda credibilidad en su palabra se elimina, no hay consideración ni justificación ya que todo lo hacen de forma “voluntaria buscando la felicidad”, y son rechazados por todo y todos. Se tomará como ejemplo un caso clínico obtenido desde la experiencia del trabajo en un centro de rehabilitación contra las adicciones:

El paciente “x” narra el cómo su papá, una persona alcohólica, se quedó dormido en la calle, al salir ella de su casa lo ve y lo intenta ayudar para que llegue a salvo, en esta acción se acerca una persona que pareciera ser una monja y pregunta ¿qué es lo que tiene?, al percatarse de que la persona estaba alcoholizada se echó para atrás, hizo una señal negativa con la cabeza y se fue, evitando por completo la situación. “La demanda no se focaliza sobre el sujeto del abandono social porque la comunidad es cómplice de la inhumanidad que percibe” Araujo, (2021), la sociedad prefiere salvar a los animales que, a los humanos, señalando la inmunidad de las personas al abandonar seres “puros”, los a-dictos ya no son puros o inocentes, ahora son el reflejo del pecado, quienes merecen la sanción y el repudio de la sociedad. Al parecer el a-dicto no tiene “salvación” por eso no fue necesario ayudarlo, o tal vez es más fácil aceptar el constructo social y seguir con lo “normal”. Cuya norma dicta que a los a-dictos hay que despreciarlos y excluirlos para protegerse de ellos como si fueran unos locos peligrosos a los cuales hay que combatir, y con ello conseguir una sociedad libre de pecado Araujo, (2021), es más fácil pensar en, que si ellos deciden estar de ese modo ¿por qué habría que ayudarlos?, lo anterior es el reflejo mismo de la inhumanidad mencionada anteriormente.

Otro ejemplo es cuando se evita a personas sin hogar, que caminan solos por la calle, pensando que si están ahí es porque se lo merecen y que sus

acciones son las que los llevaron a la situación en la que se encuentran; es así que se les rechaza, huye y aísla por la sociedad. Pérez, Ponce y Flores, (2015) mencionan “que el ciudadano no tiene opción alguna de ser libre, es decir, de pensar, de decidir y trabajar por sí mismo” porque está regido por un Estado, quien da la promesa de una ciudad con libre albedrío, cuando la realidad es que incluso en esta idea de libertad estamos atados por un estatuto recto, unidireccional y con un fin ya preestablecido, somos libres en el control entonces por consiguiente “criticamos la idea de Estado, la idea del trabajo (asalariado), la idea del impuesto, la idea de la democracia; y porque no, hasta la misma idea de ciudad, como un lugar "confortable", "aceptable", y "deseable" para vivir”.

Cuando la sociedad busca esta utopía de perfección es que aparecen las personas a-dictas que buscan su libertad, es la imperfección que debe esperarse, ese sufrimiento es convertido en placer por el simple hecho de que ellos están cumpliendo con el estatuto de lo ilegal que debe existir en la sociedad, tal como lo dijo Anaximandro “Las cosas tienen que cumplir la pena y sufrir la expiación que se deben recíprocamente por su injusticia” no existe perfección sin la idea de que hay una imperfección, tal vez el “Estado” no podría existir sin estas pequeñas “fallas”, posiblemente estas personas a-dictas son más que solo la merma de la humanidad, quizás son necesarias para que el Estado siga subsistiendo, para que la normalidad siga siendo normal.

El problema llega cuando la sociedad y las instituciones no entienden la verdadera razón del por qué existen personas así y cuál es el papel que los a-dictos están fungiendo; hablando primeramente de la familia, quienes son las primeras en señalar el “error” (el a-dicto) que existe en su constructo y solicitan ayuda para la rehabilitación para que dicha persona pueda ser ahora “normal”, es así que el a-dicto llega a un centro de rehabilitación, con “programas destinados para ingenuos pecadores que caen en las garras del mal y la desgracia” (Araujo, 2021) siendo este sujeto llevado en contra de su voluntad. Es en ese momento que se convierten en pacientes asignados los cuales son personas colocadas en “calidad de objeto para la intervención por parte de los saberes especializados,

cuya lógica práctica evidencia el acto institucional que tratará de salvarlo o curarlo a toda costa” (Araujo, 2021). Al llegar a un tratamiento que ellos no pidieron, se imposibilita mucho el trabajo, a esto Miller, (2021) nos dice que:

El que viene a vernos como analistas no es un sujeto, es alguien a quien le gustaría ser un paciente, cosa muy extraña. Es un hecho que el paciente en la práctica psiquiátrica puede ser designado por los otros, por la familia, por él médico, por la sociedad, por las instancias sociales que le dicen que ha de tratarse. Como ustedes saben, ese no es el caso en la práctica analítica, con excepción de los analistas de niños, cuando generalmente el análisis es una elección de los padres o de otros.

Por ello y aclaración es importante tener presente que cuando una persona quiera comenzar con un tratamiento psicoanalítico, el analista se encuentra en espera, una espera que consiste en que el otro haga un llamado buscando hacer frente a eso doloroso, asqueroso y perturbador, porque es así, el análisis es sumamente doloroso y solo si el paciente está listo para enfrentarlo es cuando los analistas hacen eco de su voz, con la ventura de generar un cambio.

Sin embargo cuando un adicto llega a un centro de rehabilitación en contra de su voluntad se está anulando nuevamente su voz, obligándolo a enfrentarse a sí mismo, para que calle, escuche y acate la ley de otros, imponiendo mandatos que hagan que el sujeto se repositone en una sociedad que no lo escucha y solo esperan de él, que obedezca sin hacer ningún ruido.

Es de suma importancia cuestionar lo anterior, tomar al sujeto y obligarlo a curarse, se vuelve un acto impositivo y de posesión, se piensa al adicto como un ser ingobernable y se le castiga por serlo, para que el adicto no pueda señalar hacia afuera, y mirar los verdaderos huecos de la moralidad y la ética que se tiene en la estructura social.

Se puede ver algo muy significativo aquí, se está cosificando a este individuo y al hacerlo se le otorga un valor a la rehabilitación, es una forma de comercio muy rentable actualmente. Tan así que estos centros de ayuda ya no

solo aceptan pacientes a-dictos si no con problemas emocionales, depresión, ansiedad, psicosis, esquizofrenia y más, ¿cuál es la verdadera razón? más dinero para el centro de rehabilitación o un respiro para la familia, tal vez habrá casos que sean ambas cosas, y muy convenientemente con cualquiera de las dos opciones anteriores el centro se ve muy beneficiado económicamente.

Es aquí en donde se puede cuestionar dónde queda su propio programa, se supone que el centro y sus integrantes no deben poseer más que para tener una sustentabilidad digna, no debe haber mucha riqueza porque se cae en la avaricia y con ello en el egocentrismo y el sentimiento de “yo puedo con todo”, el tener a manos llenas podría considerarse como un primer paso para recaer. Pero irónicamente se puede observar que los padrinos/directores de estos lugares tienen casas, carros, grandes fajos de dinero en la cartera, es ilógico como estas personas piden que sigan los 12 pasos al pie de la letra, y ellos en la primera oportunidad de poder, faltan a su propio decir.

Siempre se está en busca de limpiar las calles, hacer una sociedad pura para ello se crean instituciones que pudiera detectar y tratar a “locos” como lo es la psiquiatría que como menciona Vásquez, (2012) sirve “para justificarse como poder y ciencia de la higiene pública y de la protección social, la medicina mental debe mostrar que es capaz de advertir, aun donde nadie más puede verlo todavía, cierto peligro; y tiene que mostrar que, sí puede hacerlo” es así que los centros de rehabilitación logran su éxito garantizado el conocimiento de la enfermedad y los mejores medios para tratarla, y al ser un tratamiento relativamente barato la familia toma estos lugares, encontrando en ellos un ápice de esperanza para la cura de su familiar a-dicto. Los pocos casos de éxito brindan en ello la fantasía de una cura total.

La realidad de estos programas de prevención y tratamiento contra las adicciones es que son simples “sistemas de control social y modalidades de domesticación ideológica de los adictos como ejemplo del mal y modelos para disciplinar a otros por venir en el futuro” Araujo, (2021). A pesar de que se promete una re-inserción del a-dicto a la sociedad, la verdad es que se crea una “secta”

interna, y con ello se generan voluntarios involuntarios, puesto que la misma institución se encarga de que solo ahí logren encontrar un lugar en donde se sientan “seguros”, el único pago es entregarse a esa institución y aportar en todo lo que se necesite y de “buena voluntad”, porque si no, no están siendo miembros de calidad. Siguen siendo la escoria de la sociedad, pero ahora con un qué hacer. La familia quien fue la primera en detectar el error, ahora también son quienes invalidan los primeros logros que pueda tener este personaje y serán las últimas en creer que hay un cambio, puesto que en ese mismo núcleo se sigue señalando el pasado y advirtiendo a otros miembros para que no vayan a caer tan bajo como ya lo ha hecho el a-dicto. Entonces en realidad nunca hay una re-inserción, solo es un círculo vicioso, en donde el beneficiado sólo se direcciona hacia la institución.

Continuando con esta idea de rentabilidad se dejará un punto para ser cuestionado: como ya se mencionó, los centros de rehabilitación que se guían a través del programa A.A., no prometen una cura milagrosa, y sabemos de antemano que para una sobriedad se necesita de un trabajo multidisciplinario, pero y si los padrinos, jefes o directores de estos centros se ven tan beneficiados que en realidad solo están dejando el tratamiento de su nuevos “hijos” a la mitad, o no lo están trabajando lo suficiente para que así haya una justificación de dejarlos más tiempo porque “no están listos aún” inclusive se podría suponer que trabajan para que haya una garantía de que regresarán en algún momento y de este modo seguir con su producción que fue lo que se mencionó en el capítulo anterior. Ya no es un trabajo altruista, pilar principal que tiene este programa; al a-dicto hay que verlo ahora como un cliente, situación que ya se está viendo reflejada en los centros de rehabilitación, ahora solo quieren la ganancia que se puede exprimir de la adicción de otros, el padrino como ya se mencionó, busca la ganancia económica del sufrimiento de otros, y no solo eso, también prestigio, poder, admiración, porque no solo llevan 10, 20, tal vez 30 años de sobriedad, sino que también está salvando más vidas, es fácil perderse, y justo de esto habla su libro venerado, el poder corrompe, lo curioso es que la sociedad sigue recurriendo a estos lugares para salvar a su pariente desviado, obligando así al a-

dicto a un tratamiento para que la familia (y porque no la sociedad) pueda tener un respiro de todo el caos que dicha persona ha ocasionado.

Siguiendo con la idea anterior y tomando las palabras de J. A. Miller, el adicto es un ser designado por otros, no llega a los centros de rehabilitación como sujeto, no llega como paciente, llega como todo eso que otros demandan, la familia, la comunidad, instituciones públicas, la sociedad, su singularidad es opacada, es callada por tantos otros designios, posicionándolo como el objeto que debe cambiar. De este modo todo se direcciona a ese ser problemático, el adicto, las expectativas sobre la modificación en sus acciones, pensamientos, espiritualidad y sentimientos, se espera mucho de él. La familia, la comunidad, la política, el sector salud, los propios programas de tratamiento en adicciones, después y de forma individual, el psicoterapeuta, el padrino, el director del centro de rehabilitación, los padres, las madres, todo y todos colocándose en una posición frente a lo que se espera de ese adicto.

Al llegar a estos centros de rehabilitación, se puede dar cuenta de la existencia de un tratamiento unidireccional, silenciando todo aquello que no sea la voz del padre (padrino), y así los a-dictos deben comenzar a obedecer, acatar reglas, deben poder mezclarse entre “normaloides” como es que ellos llaman a todos aquellos que no han tenido algún tipo de consumo, y/o no son enfermos emocionales, llegado al punto de asumir el discurso impuesto para ellos, dándose cuenta que ya no pueden verse más que como unos simples enfermos emocionales alcohólicos drogadictos, incapaces de merecer lo bueno que tiene la vida, ellos ahora son desde su propia mirada, la escoria de la sociedad. La única solución que tienen es seguir un programa, el cual es una escuela más, solo que, con unas pequeñas modificaciones, ahí se les enseña a ser hijos, a abrazar a dar palabras de amor, pero también se les da “amor adulto” que consiste en insultos, ofensas y humillaciones constantes para bajar el “ego” y su “ingobernabilidad”; esta nueva escuela los enseña a bajar la cabeza y aceptar la opinión de un padre, quien es dador de la verdad absoluta. Lacan (2008) cuando da la conferencia “introducción al gran Otro” hace una pequeña pregunta, la cual guía el tema que

está explicando, dicha pregunta es ¿por qué los planetas no hablan? la respuesta que da es muy simple pero a la vez muy poderosa, “porque los hemos hecho callar” claro, al aceptar que los planetas son cuerpos celestes incapaces de razonar, pensar, emitir sonidos lógicos, etc. es por ello que no pueden hablar, la cuestión aquí es, ¿quién nos convenció de eso?, ¿cómo es que estamos tan seguros?, actualmente la ciencia lo dice, pero... en qué momento aceptamos la verdad de los científicos. Cuando estas personas con un supuesto saber se pararon frente a nosotros a explicarnos el por qué los planetas no hablan, y se decidió confiar en su saber, de tal modo que todo lo que ellos nos digan será una **verdad** absoluta y ya no se tendrá que imaginar alguna respuesta, se podría decir que el no cuestionar es una manera fácil de vivir, de esta forma es como hemos hecho callar a los planetas, aunque podríamos agregar también que los planetas no hablan porque los hemos hecho callar, ya no son escuchados, ya se les brindó de una verdad y es inamovible ahora su posición. A lo que se quiere llegar con esto es preguntarse ¿por qué los adictos callan? se sabe que hay un sufrimiento, se han explicado que hay algo que no se está diciendo, se asume que simplemente callan y ese es su mayor síntoma, pero ¿cómo es que callaron en primer lugar? en base a lo que explica Lacan en su conferencia la respuesta puede ser muy lógica, la sociedad, las instituciones, las personas que conviven que son parte de la vida de los a-dictos los ha hecho callar, “cuando se consigue determinar uno de los puntos del sistema, no se pueden formular los otros” Lacan, J. (2008), son ahora sólo sujetos pecadores, delincuentes, viciosos, enfermos y todos los adjetivos calificativos que se vengan a la mente, se les ha catalogado en un lugar, ese lugar es la “verdad”, una verdad construida por la sociedad enferma, ¿cómo es que ellos se posicionarán en un lugar distinto si ya tienen un lugar establecido? en otras palabras, lo que ellos son, ya es una verdad es una categorización que no se les desprende, inclusive en el programa A.A., se les pide que reafirmen esta idea al presentarse cada vez que piden la palabra: “buenas tardes, mi nombre es XXXXX y soy un alcohólico, drogadicto, enfermo emocional” en este momento ya no solo es extrínseca su categorización (lo que otros dicen), ahora ellos mismo implantan e internalizan este discurso (yo soy). Entonces si eso

es lo que son ¿porque en esos centros de rehabilitación quieren que sean personas diferentes?

Hay que ser muy observadores en el hecho de que solo están reprimiendo algo más en ellos, para ser precisos, se les enseña que en el mundo deben de ser buenos actores (actuar como normaloides), puesto que son alcohólicos, adictos, y/o enfermos emocionales, y solo en un programa de A.A. encontrarán la salvación puesto que pueden ser ellos mismos, (obviamente mientras se mantengan en la verdad que ya se ha construido). El único medio que tienen para expresarse es la tribuna, la cual en sí misma tiene un efecto catártico, pero, ¿cómo garantizar que se le escucha realmente a aquel que habla por medio de ella?, El acto de usar la tribuna no genera una devolución, no se tiene eco en la voz del a-dicto, son solo palabras gritadas al aire y echadas al vacío para que sean olvidadas. Araujo R. (2021) dice, para las anomalías individuales y singularizadas surgen los especialistas de estas desviaciones a las que se les aplica un protocolo generalizado de a todos por igual, la receta y el programa hegemónico. (p.51) para estos seguidores de A.A. no existe otra forma de “curar” esta “enfermedad” que no sea por medio del programa hecho e impartido por personas que verdaderamente lo entiendan, ex-adictos, cancelando y demeritando el trabajo que hace un psicólogo, porque desde su perspectiva nadie que no haya consumido antes los puede entender (he aquí una necesidad de comprensión y división), por ello, sino se es consumidor de sustancias no puede ayudar, en cambio el programa A.A., posee la “receta mágica para todos” generalizando el tratamiento de los adictos, aunque la realidad es que esta cura es para pocos. Es por ello que se necesita de la completa ayuda de otros lugares, (hablando simbólicamente). En estos espacios se necesita que se comprenda la “importancia del trabajo interdisciplinario y la importancia de vincular la teoría, la acción y la planeación organizada de la diversidad, la diferencia y la adversidad” Araujo (2021). No negamos que la experiencia pueda ser un gran maestro para los otros, y que tal vez haya personas que por su camino recorrido tengan soluciones a ciertos acontecimientos, pero la realidad es que la experiencia no siempre genera buenas soluciones, a veces, inclusive, genera más problemas, puesto que la

inmediatez del contexto simplemente no es la misma. La experiencia puede remendar superficialmente, y pocas veces son las que reconstruye y resignifica para lograr un cambio verdadero.

En el momento en que la familia decide ingresar al a-dicto en un centro de rehabilitación, ellos respiran esperanza y desentendimiento, esperan que en ese lugar ese sujeto se “componga”, como si fuera un objeto al que se tuviera que reparar, en tal expectativa la familia se orilla, le otorga la totalidad del problema al a-dicto, se bota como “donación” (esta palabra se ha escuchado en los centros haciendo referencia a que solo los dejan para librarse de ellos unos meses, no pagan, no van a juntas, no visitan al a-dicto etc.) quedando a responsabilidad de otro padre (padrino) para que le enseñe a ser “normal” esperando que salga “compuesto” y reformado. Retomando el supuesto sobre que los a-dictos ayudan a tener una sociedad estable, que se necesita de ellos para saber que eso que ellos estaban realizando está mal, y poder decir que ellos son los que necesitan cambiar y moverse al bien. Planteando el supuesto a una institución más pequeña, como lo es la familia, se puede decir, que el a-dicto es la persona que la mantiene “unida”, los problemas de casa como de pareja o hacia otros hijos son evidentes, pero el foco de atención está en el a-dicto (el problema mayor), entonces para intentar salvarlo debe haber una unión en los padres, hijos idóneos, no hay gritos ni nada que saque de su centro a esta persona, el problema del a-dicto es suficientemente grande para desviar la atención de los demás problemas que están ahí, con esto no se quiere decir que el síntoma sea simplemente del a-dicto, pero tampoco se está afirmando que el síntoma esté en toda la familia, porque sería generalizar y con ello caer en el mismo error que yace en los programas de rehabilitación, “se trata más bien de localizar con quien o quienes, está haciendo una locura compartida, y localizar que integrantes de la familia de una misma o diferente generación, participa de esa locura” Macías (2006). Esto se reafirma cuando el ciclo de una persona en rehabilitación termina, considerando sea “efectivo” el tratamiento, esta persona ya no necesita llamar la atención para ser escuchado, encontró la manera de hacer eco de su voz, con ello mamá y papá pierden el significado de salvar a un hijo, ahora todos los problemas que se venían

arrastrando salen a la luz, y entonces ocurren divorcios e infidelidades, o descubren que un hijo padece de un trastorno alimenticio, depresión, ansiedad o cualquier otro diagnóstico, y no es que el a-dicto haya ocasionado todo eso, la realidad es que la locura no solo era el síntoma específico del a-dicto, sino que lo estaba compartiendo con uno o más integrantes de su núcleo familiar, solo que la emergencia inmediata era curar al que tal vez no quería ser curado, de nuevo se hacen cargo de un sufrimiento que no les pertenece y dejan de lado el suyo, dejan de lado su propia locura, puesto que esa es más difícil de verla, sobre todo de trabajarla.

Hay que tener presente entonces, la alta incidencia de locura compartida, pues se sabe que cuando hay un loco, en rigor tienden a existir al menos tres que pueden pertenecer a la misma generación o a otras, al interior de esa familia, teniendo como consecuencia desplegada ante nosotros, un “linaje” respecto de la locura que en ese momento se muestra. Uno se encuentra frente a lo que se podría llamar un contexto psicótico, en el cual lo que no dice uno de los integrantes de la familia lo dice el otro.

Pues como llega a señalar Françoise Davoine (1994) la locura no es jamás un asunto individual, cuando un paciente psicótico entra en crisis, él habla en nombre de todos los suyos. Y los suyos pueden ser dos o tres miembros de su familia, puede ser todo su linaje en tres o cuatro generaciones, puede ser su ciudad o su nación entera. Macías (2006).

El programa sigue reforzando la idea de que la enfermedad (adicción) es única del sujeto, es solo responsabilidad de sus defectos de carácter, y el hecho de que no son perfectos espiritual y moralmente, por ello el programa aspira a que se siga el camino de perfección para que se encuentre la absolución de ese problema que existe. Hasta el momento nos hemos dado cuenta que entonces el programa de A.A. en su mayoría son personas hipócritas, puesto que los que ya han alcanzado la sobriedad se posicionan como dioses, intocables, inalcanzables, en donde ellos tienen el poder de hacer y deshacer a su antojo. Ahora son quienes implantan sus deseos en los otros, a sabiendas que la curación no es posible.

Logrando aproximaciones en centros de rehabilitación se puede dar cuenta que ya no solo se trata de trabajar con personas a-dictas a sustancias sino también de personas con una conducta incorregible añadiéndoles “enfermedades emocionales”, en estos casos la familia lo que busca es darse un respiro de las situaciones que no puede hacerle frente, en cuanto pierde el poder, busca un lugar para que se restablezca el orden, Vásquez, (2012) dice que este tipo de acciones se vienen haciendo desde hace mucho tiempo atrás. Con la finalidad de que haya una salud pública la psiquiatría se encargó de dar un lugar y un nombre a lo que se sale de las manos. Antes a esta gente se les mandaba a hospicios, cuya finalidad era “[...] erigir un análisis de la locura que se desplaza con respecto al análisis tradicional y en el cual ya no surge que aquélla tiene por núcleo esencial el delirio sino la irreductibilidad, la resistencia, la desobediencia, la insurrección, literalmente, el abuso de poder como forma nuclear.” Ahora se les ingresa a centros de rehabilitación, en donde la finalidad es la misma.

Por su parte el programa de A.A. también espera algo de ese adicto, asegurando que al apearse fiel y completamente a sus designios espirituales y morales se puede llegar a la abstinencia total.

Entonces se puede vislumbrar el problema en torno a la adicción que es, que el mundo en general espera algo del a-dicto, se esperan cosas “obvias” como lo es la abstinencia total y un ser dotado de sabiduría para hacer las cosas “bien”, pero se encuentra que también hay cosas no tan lógicas puesto que se espera una remuneración económica, voluntarios involuntarios, un loco para de ese modo desviar la atención de los otros tres que existen, un sujeto a quien culpar, un vándalo, un delincuente, entre muchos otros. Y todo ello haciendo que el sujeto sea todo lo que otros quieren, menos lo que ellos son, una y otra vez el a-dicto es callado, tachado, invalidado y es que entonces se queda sin voz, sin un lugar. Es entonces y solo entonces que el adicto se convierte en a-dicto.

METODOLOGÍA

La presente investigación se inscribe en un estudio teórico explicativo con un enfoque crítico y psicoanalítico, orientado a analizar la eficacia del programa de Alcohólicos Anónimos (A.A.) en la rehabilitación de personas con adicciones en la sociedad contemporánea. Desde su establecimiento en 1935, el programa A.A. ha sido fundamental en muchos centros de rehabilitación, aunque su adaptabilidad y efectividad frente a las complejidades actuales de las adicciones han sido objeto de debate.

Definición del Problema

El enfoque tradicional de A.A. se basa en principios espirituales y en la rendición ante una fuerza superior para alcanzar la sobriedad. No obstante, en un contexto sociocultural dinámico y diverso, surge la pregunta crítica sobre si este modelo es suficiente para abordar las múltiples dimensiones de las adicciones contemporáneas. Es esencial explorar si se requieren nuevas herramientas, estrategias y un enfoque interdisciplinario que permita a los individuos afectados no solo recuperar la sobriedad, sino también reconstruir su identidad y participación activa en la sociedad.

Conceptualización del Término "a-dicto"

Se introduce el término "a-dicto" a partir de un análisis etimológico que descompone la palabra en "a" (significando "no") y "dicto" (derivado de "dicción" o "decir"), lo que sugiere a un individuo cuya capacidad de expresión ha sido silenciada o suprimida por el consumo de sustancias adictivas. Esta conceptualización amplía la comprensión del adicto como alguien con una voz interior que requiere ser escuchada y restaurada para lograr una rehabilitación efectiva y sostenible.

Objetivos de la Investigación

Objetivo General: Introducir y definir el término "a-dicto", generando una nueva perspectiva para la rehabilitación de personas con adicciones, enfocada en la recuperación integral y la reafirmación de la autonomía personal.

Objetivos Específicos:

1. Investigar de manera crítica y analítica el programa de Alcohólicos Anónimos (A.A.) y evaluar su efectividad en la rehabilitación de personas con adicciones en el contexto actual.

2. Explorar el impacto del programa A.A. en los "a-dictos" y analizar cómo influye en su proceso de rehabilitación, considerando tanto los aspectos positivos como las limitaciones identificadas.

3. Incentivar a la creación de un nuevo modelo de intervención interdisciplinario que promueva la participación activa del "a-dicto" en su propio proceso de recuperación, enfatizando la escucha empática y la reconstrucción de la identidad personal.

Diseño de la Investigación

La metodología utilizada incluyó una revisión exhaustiva de la literatura especializada sobre tipos de drogas, el funcionamiento de Alcohólicos Anónimos como institución y alternativas contemporáneas para el tratamiento de adicciones. Se implementaron diversas estrategias de recolección de datos, como observación participante, grupos focales, entrevistas en profundidad y análisis de fuentes documentales.

Durante todo el proceso investigativo, se respetaron los principios éticos fundamentales, asegurando el anonimato y la confidencialidad de todos los participantes involucrados. Se obtuvo el consentimiento informado de los "a-dictos", sus familiares y los directores de los centros de rehabilitación participantes, garantizando así la integridad y el rigor ético de la investigación.

Consideraciones Éticas

La investigación se guio por principios éticos rigurosos, priorizando el respeto por la autonomía, la beneficencia y la justicia en el manejo de los datos y la interacción con los participantes. Todos los procedimientos y métodos empleados fueron diseñados para minimizar cualquier riesgo potencial y maximizar los beneficios derivados del conocimiento generado.

Este estudio busca contribuir significativamente al campo de la rehabilitación de adicciones mediante una evaluación crítica y reflexiva del programa de Alcohólicos Anónimos en el contexto contemporáneo. Los hallazgos obtenidos proporcionan una base sólida para el desarrollo de intervenciones más efectivas y adaptadas, centradas en las necesidades individuales y sociales de los "a-dictos". Se espera que esta investigación inspire futuros esfuerzos hacia una rehabilitación más comprensiva y empática, reconociendo la importancia de restaurar la voz y la identidad de quienes luchan contra las adicciones en nuestra sociedad actual.

DISCUSIONES

El adicto no es por sí mismo, significa algo para alguien.

(Jervis 1976 citado en Araujo, 2021, pág. 158)

Existe una gran complejidad en articular aquello que es tan inmenso, como el tema que se presenta en estas líneas, con tantos nombramientos, tantas implicaciones y el ser humano con tan desesperada insistencia tratando de simplificar, de generalizar lo singular, abarcar tanto en tan poquito, ¿no es acaso el tema de las adicciones un ejemplo de ello? señalando al sujeto adicto como el único anormal de esta época histórica, el adicto como el único que falla, el único que elige caminos fáciles, y que sólo obtiene placeres instantáneos y efímeros, en la fantasía y en el descuido de sí mismo.

Por medio del pequeño recorrido que se ha hecho en capítulos anteriores se puede dar cuenta que los tratamientos iniciales para “curar la adicción del sujeto” se centraron solo en el sujeto, sin embargo y a pesar de que han existido avances, aún se puede observar y escuchar cómo se sigue posicionando al adicto como único responsable, como el único que “salió malo”, pues es a quien se le aísla, se le “guarda” y se cree que poniendo cierta distancia física dejarán de consumir.

Al menos esa es la noción que los centros de rehabilitación tienen, considerando que al internarlos cuatro meses o hasta un año su cuerpo se desintoxicará y no tendrán más necesidad de consumir, pero poco resuelve tal distancia, ya que como Jean Allouch lo señala no es suficiente la distancia cuando se es prisionero de un Otro.

La familia sabe, sobre todo aquellos que llevan más de tres recaídas en su consumo, saben que no se resuelve nada, (nada más que su tranquilidad y descanso por unos meses) porque poco se trabaja realmente en el síntoma, o como Lacan lo señala en su seminario de La Angustia “el síntoma en su naturaleza, es goce -no lo olviden-, goce engañoso, sin duda, unterbliebene

Befriedigung;” a razón de esto Macías dice que “no sólo es gozar de su cuerpo sufriente, sino también, poner al otro u otros que la o lo rodean en una situación de angustia”.

Los expertos en rehabilitación saben muy bien que la adicción no se resuelve con un solo tratamiento ni en el primer intento. Y esto es el resultado de que la rehabilitación es, antes que nada, una transacción significativa del lugar que el sujeto juega en la economía emocional de sus determinaciones estructurales: historia familiar, memoria histórica y pauta cultural en el conjunto de sus relaciones materiales y simbólicas. (Araujo, 2021, pág. 178).

En el juego del adicto hay más que el mismo, no es un solitario cómo se llega a concebir en algunos discursos, no solo hay egocentrismo, egoísmo y soberbia en él, Rogelio Araujo sostiene que en “todo el proceso de las drogas; la producción, la circulación y el consumo nunca es un acto singular” (pág. 41)

Implicaciones de otros que no se destapan, se mantienen sutiles casi invisibles, como quien guarda una carta bajo su manga, o quien usa guantes, se observa el guante más no la mano, por ello el acto del adicto, su mera existencia es goce no solo de la familia, sino también de la cultura, una sociedad que puede señalar al adicto como el anormal, justamente el sujeto de comparación que permitirá hacer saber a otros lo que está mal, lo que no se quiere, a lo que no se tiene que llegar. Aunque tampoco habrá que olvidar la aclaración que Macías hace “hay un gusto permanente por maltratar y ser maltratado, por buscar el servirse del prójimo y a la vez una dicha en la esclavitud y la servidumbre” o bien con tan sólo recordar la relación del sádico con el masoquista, en su juego -según Macías- el amo es este último. En una relación dónde aparentemente el amo es quien infringe el daño, se revela lo contrario, quien goza más en ello es el otro, pero más allá de afirmarlo, es mejor cuestionarlo, que cada lector se lo pregunté “¿Quién goza y para quién se goza?” (Macías) ¿En verdad hay una afectación o un beneficio? ¿Quién es el emisor y el destinatario en el complejo acto del consumo de sustancias?

“*No siempre* el que hace pública su locura es el más enfermo de la familia” (Macías, pág. 77, 2006). La adicción es el síntoma y la enfermedad se genera en otro lugar, entendiendo que la primera institución es la familia, esta puede ser quien porta la enfermedad y los síntomas se desglosan en su núcleo con distintas formas: la adicción, trastornos alimenticios, violencia intrafamiliar, problemas de comunicación, alcoholismo, etc. El adicto representa una descomposición parcial de aquello que ya se estaba pudriendo.

A ello se agregaría la comunidad, la cultura y la sociedad, y en conjunto con Gabriel Pulice (1994, citado en Macías 2006) al referirse al intento de mantener o reanudar el lazo social del enfermo, la familia, la comunidad o la misma sociedad pueden interferir en dicha reanudación, ya que algunos otros pueden estar tremendamente interesados en que se mantenga la locura, el desvío de quien lo sacó a la luz, es decir de quien lo hizo público.

No cualquiera puede ser un adicto porque este rol social requiere una estructura psíquica pertinente, una organización familiar que lo promueva y una inserción social que lo autorice y certifique (Araujo, 2021, pág. 158)

La primera imagen que se tiene del acto escenográfico del adicto, es engañosa, dando la impresión de que todo el contenido será un monólogo, pero se avanza y quien se detiene a observar más allá, a escuchar cada línea de su diálogo, podrá ver el matiz de las escenas presentadas, que están sostenidas por una gran cantidad de personajes, por un lenguaje que lo envuelve y lo hace sentir el único actor, una enorme mentira, por supuesto. Una producción tan grande requiere de elementos, a veces visibles, a veces no tanto, que la reproduzcan.

Es por eso que se comparte lo dicho por Marco Macías, no hay simpleza ni facilidad en detenerse y además querer y tener disponibilidad de escuchar la locura cuando esta habla, entendiendo la locura como un tipo de discurso, que a su vez pasa a ser público. Puesto que cuando uno escucha a la locura, se enciende una alerta de encontrarse ante una inevitable catástrofe, desastre ya establecido o que se encuentra a poco tiempo de producirse, por ello al estar

frente a eso, hay ausencia de palabra, se queda detenida, algo se deja de decir y por consecuencia se deja de escuchar.

Entonces el discurso de la locura, acoge a las enfermedades mentales, estableciendo una íntima relación y al mismo tiempo volviéndose rival de la normalidad, de lo aceptado, convencidos (los sujetos de la normalidad) de crear escisiones, como si con ello se erradicará toda posibilidad de ser expuestos al contagio, para que el discurso de la locura, el discurso del adicto no los arrastre y consuma, al menos no a ellos. Así solo podrán ser espectadores, para ser visto por afuera, quizás uno que otro se compadezca y le de unas palmaditas en la espalda, posiblemente otros dirán interesarse y querer sentirse el elemento que cambie esas realidades, y tal vez es ese quehacer obligatoriamente se le reclute al sujeto loco, o al adicto, (aunque bueno, a veces resulta ser el mismo, para esa mirada moralista) a cambiar su vida, se le reprende para castigar su conducta, pensamientos y sentimientos, se le impone una realidad sujeta a normas, severos ideales, leyes, se le obliga a ser otro, para cambiar su personalidad por una que no cause tanto alboroto ni molestias, y entonces en esta vida actual tan líquida, tan efímera e inmediata ¿quién se detendrá a escuchar el sin sentido de un discurso tan incongruente, absurdo y de fantasía? ¿Quién escuchará la sinrazón de la locura?

González, (2006) resalta dos obstáculos a tales cuestionamientos: el primer obstáculo que encuentra es la incredulidad que evoca en sí misma la locura y que es imprecisa por naturaleza, por lo tanto, aunque se quisiera escuchar, no se comprendería nada de ella, el segundo obstáculo es la renuncia que hace la locura a la lógica de significados. Por ello “El delirio no es susceptible de comprenderse a la luz del desciframiento” (González, 2006, pág. 96). Es así que la locura, lo alienado y todo aquello que está fuera de la normativa social y del bien común es eso incomprendible.

La organización globalizada de la vida social (el imperio de las modas centradas en la imagen que suplen las concepciones sobre la existencia en la vida cotidiana) y la desorganización de las emociones en

los individuos (la promoción de perfiles virtuales en lugar de la construcción de identidades sociales) se disocian de la persona, la imagen y la proyección en el presente y el futuro de los sujetos. El individuo ya no pertenece a una sociedad, es parte de una concepción ideológica que termina aniquilándolo en su delirio de satisfacción inmediata, incesante e interminable. (Araujo, 2021, pág. 148)

Es aquí en donde se puede decir que la adicción al alcohol o a las drogas que inició por mera curiosidad, y que ahora a lo largo del consumo y la incesante necesidad de más, el a-dicto se convierte en ello (adicto), adjetivo que los otros definen. Al intentar dejar estas sustancias también deben dejar atrás una parte de ellos, una parte de su personalidad que pareciera ser más beneficiosa, puesto que en la sociedad actual el drogarse o alcoholizarse ya se hace por moda, y estatus social. En este punto ya no solo hay resistencias de su entorno sino de sí mismo ya que una resistencia es según Nasio (2017) “el temor a cambiar, a ser otro diferente de quien soy y no poder controlar lo que sobrevenga” (pág. 75). El dejar de consumir es también perderse entre lo que es, lo que era y lo que quisiese ser, y la angustia de soportar eso, puesto que no se sabrá si ese que se reconstruye será una persona que le agrade a sí mismo.

Ahí dónde el sujeto se desmoronó, también se encuentra una anulación, la ausencia de la palabra, y por lo tanto una incesante búsqueda de otro que sea receptor y aloje su palabra, su imagen, su identidad, de un otro que le haga eco, no que moldee, le quite, le agregue o cambie su discurso, un otro que lo acompañe a re-significar su historia y sostener su palabra desde su propio deseo.

Marco Macías expresa que, al encontrarse un sujeto en una situación de angustia, en intentos de decir “no al goce y al maltrato” se sabotea o se le envuelve en el desinterés, falla por un miedo que lo cubre, por ello hay personas que por su temor deciden continuar ahí, en el sometimiento del goce del Otro, puesto que asusta liberarse, sin embargo, aquellos que se atreven a no ceder, es a partir de “tener la libertad de orientarse por su deseo y localizar que el saber, pone freno al goce. El saber del inconsciente”.

Es así que surgió la hipótesis que se propone la cual busca **que en el sujeto mismo surja la demanda**, con ello el a-dicto podrá tener el espacio de ser escuchado por otros, ya no será un sujeto sin dicción, ni silenciado, sino alguien con las posibilidades de un decir propio, sin la intervención de los deseos y demandas impuestas por su familia, médicos, padrinos, comunidad y sociedad en general. De igual modo el darle el tiempo y el espacio para poder brindarle el acompañamiento es necesario, no se tiene el derecho de decidir cuando el otro debe comenzar a trabajar con lo doloroso, es su sufrimiento, al menos se debería respetar eso. Es así que se apunta a que la abstinencia no es necesariamente la cura y que el sujeto necesita más un sostenimiento y eco de su discurso, el posible avistamiento de una solución a tan grande problemática no es encerrar y aislar el elemento dañino que es el a-dicto, es más bien darle un lugar en la mesa, permitirle hablar de lo doloroso, es re-aprender a ser, es reconstruirse en una sociedad dañada, y permitir que lo inconsciente se haga consciente.

En el momento en el que el a-dicto pueda presentarse y decir “yo soy” sin incluir inmediatamente alcohólico drogadicto y enfermo emocional, y en vez de eso logre describirse porque él logra reconocerse, es ahí en donde hay un cambio, este es un nuevo modelo para tratar las adicciones, y de nuevo, no se busca la abstinencia, se busca que el sujeto logre entender el por qué y para que consume y con ello sepa si quiere seguir con su consumo, si solo lo controla o lo deja de hacer y a cualquiera de esas tres opciones se podrá decir que el tratamiento fue un éxito.

CONCLUSIONES

“Puede que no haya nada más íntimo que las propias adicciones.”

María Fornet

Un a-dicto es un sujeto que indudablemente está sujeto a algo de otros, un sujeto que siente, piensa, hace y calla semejante pero no igual a los demás, desde su singularidad se construye algo que no pidió, algo que posiblemente ni comprenda o sepa de ello, un a-dicto es como cualquier otro sujeto sólo que su consumo es señalado y determinado como lo más tóxico y dañino para el cuerpo e inclusive también para el alma y el espíritu (al menos así es desde algunas posturas).

El consumo de sustancias psicoactivas o mejor conocidas como drogas genera un desprecio y preocupación social, promovidos desde la relación más cercana como lo es la familia hasta la mirada médica, política y religiosa, dónde se escuchan discursos de prohibición, enfermedad, desviación, infelicidad etc., tales discursos y posicionamientos envuelven al a-dicto en un ambiente de hostilidad, descuido y aislamiento constante, juzgados por la sociedad y atados por su familia se vuelven esclavos del silencio y condenados de generaciones familiares.

No se pretende justificar al sujeto a-dicto, puesto que ya él mismo se justifica con la droga, sino intentar ampliar el panorama de una mirada enfocada en el primer plano de una simple vista, es decir el a-dicto (según sea el caso) puede encontrar en la droga desinhibición, poder, seguridad, identificación, la cercanía a alguna relación o minimizar un dolor, un dolor que puede ser tanto físico como emocional o subjetivo, sin embargo tampoco habrá que olvidar que eso que el a-dicto expresa en relación a su consumo no sólo le concierne a él, también a otros, ya que de forma muy latente existe un síntoma, se presenta con la intención de un decir, algo de él por supuesto pero a su vez algo de otros.

No es sencillo de escuchar o siquiera de comprender, pero ahí está, sin ser mirado por algunos tratamientos, programas o lugares que promueven la rehabilitación del a-dicto, enfocados única y completamente en la conducta y

aspecto del a-dicto algunos tratamientos aplicados en centros de rehabilitación para adicciones, dejan de lado la posibilidad de escuchar al a-dicto, priorizan mirar sus fallas y defectos para después usarlos contra ellos y reprimir lo que expresan en ello, sumado a esto, se vuelve a un ciclo de repetición en la relación con el otro, en un juego de roles dónde el a-dicto es hablado pero nunca por él.

Sería un grave error no mencionar que los usuarios de los centros de rehabilitación si tienen la oportunidad de hablar, en una tribuna, para poder gritar, maldecir y expresar su historia de vida personal, a lo que le llaman catarsis, acto que les permite identificarse entre ellos y “sacar” lo que piensan y sienten, sin embargo éste acto solo queda en eso, sin demeritar el gran valor que tiene el efecto de la palabra, de poder hablar, porque la posibilidad de expresarse por medio de ella genera un sentido distinto, sin embargo se vuelve más significativo cuando esa palabra es sostenida por el eco de otro. Pero ello no tiene cabida en la tribuna ni en ningún otro momento porque los intereses son diferentes, ya que de ser que el discurso del a-dicto comience a tener sentido para ellos, la remuneración económica bajaría, al igual que el poder, las jerarquías y todo mandato que se establece en estas instituciones.

Es así que para las instituciones que atienden el problema de consumo en adicciones, tiene mayor comodidad y beneficio centrarse únicamente en la conducta desde un discurso prohibicionista, de tal forma se tiene el control del incómodo e inquieto a-dicto. No se les ayuda a construir la posibilidad de “ser” porque este sujeto a-dicto viene a romper con la estructura establecida en el ambiente familiar y social, es él quien esta mal por ello la familia no cambia, no escucha y no mira, aquí es donde el síntoma se vuelve menos visible.

De manera que pensar al a-dicto como un agente de cambio y no como el sujeto del problema tendría una implicación distinta en el tratamiento, el enfoque podría ser otro, el discurso que lo envuelve y la mirada que lo mira cambiarían, con una pequeña posibilidad de considerar y cuestionar cuales son los márgenes de una sociedad y una familia sana y cuales los de las enfermas, por qué los criterios que excluyen son a partir de lo diferente. ¿en una época de consumo el

sujeto consumista es el errado? ¿el sujeto a-dicto es un obstáculo, un problema o un sujeto que nos brinda posibilidad de re-pensarnos como sujetos, como familia y como sociedad? ¿ingresar al a-dicto a una institución para cambiar su conducta para re-insertarlo a la familia y a la sociedad es la solución? ¿La abstinencia es la cura?

Tal vez son mucho más preguntas que respuestas y conclusiones, porque para generar y aportar algo se necesita la inquietud, la duda, la incomodidad de la crítica.

Tales cuestiones intentan deslindar (al igual que algunos autores que abordan el tema) al sujeto a-dicto de la política persecutoria que lo ubica como objeto de intereses políticos, religiosos y de mercantilización, creando una escenografía tan dramáticamente envolvente que el único alienado es el sujeto a-dicto.

Habría que hacer un esfuerzo para observar, pensar y escuchar al a-dicto como un sujeto que desempeña un rol, alguien que representa una función social en dónde se desarrolla una trama simbólica.

Por ello para hablar de un esmero en el abordaje de las adicciones habría que re-pensar en el replanteamiento de los programas de tratamiento, re-estructuración familiar y social, no desde una idealización futura centrada en la cura o la “sanación” del sujeto a-dicto, porque sería una utopía. Sino pensando en escuchar de manera aguda el dolor y la satisfacción que se presenta en el a-dicto, cuál es la forma del síntoma, como puede ser leído.

Pero para pretender que el a-dicto hable y reconozca la función que la adicción tiene en su vida, es necesariamente importante que los otros a su alrededor también hablen de aquello de lo que no se habla, en principio se requiere que se pueda dar cuenta de lo propio, intentar escucharse a si mismo, nombrarse, mirarse la propia a-dicción, en otras palabras “que es lo que yo no puedo o no sé decir de mí”.

No se intenta desplazar al programa A.A. para postular otra propuesta de tratamiento, el mayor interés de este trabajo es abrir un parteaguas por medio del cuestionamiento, la crítica y la reflexión, para contribuir a crear espacios en donde se posibilite un acompañamiento que escuche y mire al a-dicto desde un lugar distinto, uno que no lo anule, ni pase por encima de él, sino que por el contrario lo acompañe.

BIBLIOGRAFÍA

Ángeles-López, G. E., Segovia-Mendoza, M., Carrasco, O. F., & Ventura-Martínez, R. (s.f.). Anfetaminas. Breve historia, mecanismo de acción y usos. Recuperado el 15 de junio de 2024, de <https://farma.facmed.unam.mx/wp/wp-content/uploads/2024/04/012-019.pdf>

Araujo Monroy, R. (2021). El sujeto de la adicción, Tomo I. Ediciones Nandela.

Arrieta, Ezequiel. (2017). La historia, la química y los efectos del cannabis. En Un libro sobre drogas (pp. 276-291). Buenos Aires: El Gato y La Caja.

Borrero Benítez, F., Fajardo Bernal, J., Genechea Benítez, M., & Méndez Torres, V. M. (2012). Alcoholismo y sociedad. *Revista Información Científica*, 75(3), ISSN: Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757270028>

Brandes, Stanley (2004). "Buenas noches, compañeros". Historias de vida en Alcohólicos Anónimos. *Revista de Antropología Social*, (13),113-136. [fecha de Consulta 16 de febrero de 2022]. ISSN: 1131-558X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83801305>

Burillo-Putze, G., López Briz, E., Climent Díaz, B., Munné Mas, P., Nogue Xarau, S., Pinillos, M. A., & Hoffman, R. S. (2013, December). Drogas emergentes (III): plantas y hongos alucinógenos. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 36, No. 3, pp. 505-518).

Cancela, L., & Arrieta, E. (2017). Cocaína. En Un libro sobre drogas (pp. 292-315). Buenos Aires: El Gato y La Caja.

Castillero Mimenza, O. (2024). Anfetaminas: los efectos y mecanismos de acción de esta droga. *Blog Psicología y Mente*. Recuperado el 15 de junio de 2024, de <https://psicologiymente.com/drogas/anfetaminas>

CDC. (2020). Fentanyl. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/drugoverdose/opioids/fentanyl.html>

Dragotto, P. (2003). Acompañamiento Terapéutico y Adicciones. Argentina.

Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, ENCOTAD. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, ENCODAT 2016-2017 | Comisión Nacional contra las Adicciones | Gobierno | gob.mx (www.gob.mx)

Freud, S. (1905). The Etiology of Hysteria. Nueva York: Macmillan.

IMSS (2020). Definición de Adicción a Sustancias o Drogas. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Instituto Mexiquense Contra las Adicciones (IMCA). (s.f.). Alcohol. Recuperado el 15 de junio de 2024, de <https://imsama.edomex.gob.mx/alcohol>

Janssen, P. A., & Janssen, P. A. (1959). A review of the chemical features associated with strong morphine-like activity. *British Journal of Anaesthesia*, 31(8), 538-546.

Lacan, J. (1966). The Four Fundamental Concepts of Psycho-Analysis. Londres: Hogarth Press.

Lacan, J. (2008). *El Yo en la Teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica: Introducción del gran Otro* (Libro 2). Paidós.

Llort Suárez, A. (2015). Antropología Médica y Epidemiología: hacia una mayor comprensión y normalización del fenómeno social de consumo de drogas. ResearchGate. [Fecha de Consulta 10 de agosto de 2021]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/275651714_Antropologia_medica_y_consumo_de_drogas_hacia_nuevas_propuestas_de_conceptualizacion_del_fenomeno

López-Muñoz, F., Rubio, G., González-Martínez, E., y Álamo, C. (2004). Éxtasis (3,4-metilendioximetanfetamina, MDMA): aspectos farmacológicos, clínicos y criminológicos. *Elsevier*, 6(1), 16-38

Macías López, M. A. (2021). Manifestaciones del goce y su presencia en el trabajo psicoanalítico e interdisciplinario. Conferencia.

Macías López, M. A., González Loyola, I. R., Flores, E., Chavero, O. L., & Estévez, G. (2006). Experiencia Psicoanalítica y Acompañamiento Terapéutico. La presencia de eros en la relación analítica y su implicación en el trabajo de acompañamiento terapéutico.

Macías López, M. A., González Loyola, I. R., Flores, E., Chavero, O. L., & Estévez, G. (2006). Experiencia Psicoanalítica y Acompañamiento Terapéutico. La trasgresión del lenguaje. Ese lazo social.

Macías López, M. A., González Loyola, I. R., Flores, E., Chavero, O. L., & Estévez, G. (2006). Experiencia Psicoanalítica y Acompañamiento Terapéutico. Sobre la inclusión de la familia en el acompañamiento terapéutico.

Macías López, M. A., González Loyola, I. R., Flores, E., Chavero, O. L., & Estévez, G. (2006). Experiencia Psicoanalítica y Acompañamiento Terapéutico. El trabajo interdisciplinario. O el publikum de la locura.

Maldonado, A. M., & Cruz, P. D. B. (2014). El “yo” deteriorado: estigma y adicción en la sociedad del consumo. *Espacios públicos*, 17(39), 137-157.

Ministerio de Salud. (s.f.). 35.6 millones de personas en México han recibido servicios de prevención y atención en adicciones. Recuperado el 15 de junio de 2024, de <https://www.gob.mx/salud/es/articulos/35-6-millones-de-personas-en-mexico-han-recibido-servicios-de-prevencion-y-atencion-en-adicciones-340666>

Nasio, J. A. (2017). ¡Sí, el psicoanálisis cura! (PAIDÓS). Buenos Aires, Argentina.

NIDA. (2021). Fentanyl Drug Facts. National Institute on Drug Abuse. <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/fentanyl>

Núñez, P. (1998). Las Drogas en la historia. *Revista Científica Salud Uninorte*, 13.

Pelegriño Callis, G. L., Pérez Sánchez, G., Duconger Castellanos, R. D., Martínez Muñiz, M. N., & Ramírez Álvarez, G. (2015). Conocimientos generales sobre el Grupo de Alcohólicos Anónimos. *MEDISAN*, 19(8),1003-1015. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445178011>

Pérez Castro, L., Ponce Carrillo, O. A. y Flores Reyes, R. A. (2015). Estética revolucionaria en el consumo de estupefacientes. *metheados. Revista de ciencias sociales*, 3(2), 277-283.

Reyes Olvera, M. G. (2017). *La piedra esa. La clínica en las instituciones.* Universidad Autónoma de Querétaro. México. Editorial Fontamara.

Rodríguez, C. Y. D. S., de Figueiredo, P. A. C., Marques, P. P., & Calderón, J. F. G. (2019). Alteraciones neuropsicológicas asociadas al consumo de la Dextro-metil-anfetamina en adolescentes mexicanos. *Revista internacional de investigación en adicciones*, 5(1), 15-22.

Sánchez, J. y Fernández, M. (2007). Concepto del alcoholismo como enfermedad: historia y actualización. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 7, 27-38.

Scholl, L., Seth, P., Kariisa, M., Wilson, N., & Baldwin, G. (2019). Drug and opioid-involved overdose deaths - United States, 2013-2017. *Mortality and Mortality Wheel Report*, 67(5152), 1419-1427

Tagliacuzzi, E., y Zamberlan, F. (2019). Una historia de amor químico. En E. Tagliacuzzi y F. Zamberlan (Eds.), *Un libro sobre drogas.* El gato y la caja.

Vásquez Rocca, A. (2012). Foucault; "Los anormales", una genealogía de lo monstruoso. Apuntes para una historiografía de la locura. Universidad Andrés Bello UNAB- Universidad Complutense de Madrid. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas.*

WHO (2020). Opioid Use Disorder. Organización Mundial de la Salud