
INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE OCCIDENTE
Reconocimiento de validez oficial de estudios de nivel superior según acuerdo secretarial
15018, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 1976

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS SOCIOCULTURALES
MAESTRÍA EN COMUNICACIÓN DE LA CIENCIA Y LA CULTURA



ITESO, Universidad
Jesuita de Guadalajara

**Cuarenta años de Centros de Internamiento para adicciones en el Área
Metropolitana de Guadalajara: La respuesta instituyente de la sociedad civil**

Tesis que para obtener el grado de maestro en Comunicación de la Ciencia y la
Cultura presenta:

Irving Dario Castillo Cisneros

Directora de tesis:

Dra. Elba Noemí Gómez Gómez

Tlaquepaque, Jalisco, 2019

Resumen

Este trabajo da cuenta de las respuestas instituyentes de un grupo de dirigentes de centros de internamiento para personas con adicciones, el cual aborda cuarenta años de estas instancias residenciales. El punto central del trabajo son las experiencias de los dirigentes, los cuales se conformaron a lo largo de su historia como parte de una sociedad civil que surge como respuesta al aumento en el consumo de drogas y la insuficiencia de las prácticas del gobierno frente a esta problemática. Se entrevistaron a nueve dirigentes de centros de internamiento de distintas modalidades de funcionamiento a través de entrevistas a profundidad de tintes biográfico. Ésta es una investigación de corte cualitativa con el cruce del método hermenéutico e historia oral. El objetivo fue recuperar las voces de las poblaciones ocultas, las cuales suelen ser omitidas en la academia. En esta investigación, además, se pone en evidencia a un actor que se le ha negado su reconocimiento y pone al centro su experiencia como actor protagónico en este complejo problema, sumado a un contexto sociohistórico en el que las instituciones dominantes cambiaron para los dirigentes que formaron parte de la vieja y nueva era. Estos dirigentes se plantean dos objetivos para sus proyectos: recuperar el reconocimiento que tuvieron en el mundo social y mantener la sobriedad por medio de la ayuda de otros sujetos en condición de adicción.

Palabras clave: Centros de internamiento, institución, instituido, instituyente, adicciones.

Artículo 38. Los derechos o prerrogativas de los ciudadanos se suspenden:

- [...] IV. *Por vagancia o ebriedad consuetudinaria, declarada en los términos que prevengan las leyes;*

Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos.

Agradecimientos

Después de un largo camino llega al final una investigación que costó estrés, sacrificios y días de trabajo interminables pero que no hubiera sido posible sin el acompañamiento, y apoyo de familia, amigos y colaboradores. Es para ustedes este trabajo.

Agradezco a mi asesora Noemí Gómez por las horas de trabajo, seguimiento y llamadas para comprobar si seguía en la maestría, gracias por dejarme ser parte de tu equipo de trabajo, y una disculpa por la necedad. A María Peña por la atención y la calidez. A Larissa Sánchez por el apoyo en el trabajo de campo y las charlas sobre adicciones. En general a todo el equipo de investigación del Departamento de Psicología, Educación y Salud del ITESO por abrirme las puertas.

A las profesoras y profesores de la maestría por la guía y el acompañamiento en este proceso de formación. Gracias por las herramientas que me dieron, y los más importante, la visión sobre el mundo que me enseñaron. En particular, gracias a la doctora Diana Sagástegui, a la doctora Rocío Enríquez y al permanente doctor Rodrigo Gonzáles, espero verlo en el doctorado.

A mis compañeras de la maestría por sus consejos, por su apoyo y por escucharme cuando lo necesitaba.

Gracias Pedro por la guía, y orientación en un tema que era nuevo para mí.

Gracias a la maestra Dulce Valencia por dejarme escuchar su experiencia, por las observaciones, los comentarios y los cuestionamientos, este trabajo no hubiera sido posible sin su participación. También gracias a la doctora Sofía Mendoza por sus comentarios, sugerencias y apuntes que agregaron una perspectiva más amplia a este trabajo, y sobre todo, gracias por la minuciosa revisión.

Muchas gracias a los colaboradores que me abrieron sus puertas y me permitieron escuchar su vida, espero que este trabajo recupere con dignidad el enorme esfuerzo que realizaron para atender el problema de las adicciones.

Gracias Manuel por escucharme, leerme, y ayudarme con tu constante reflexión. También gracias, camarada Jardiel por las largas horas de lectura, y los comentarios que hicieron más ameno el trabajo de corrección.

A mis cinco amigos, por estar ahí y siempre motivarme a seguir adelante.

Gracias Nayeli por estar en las noches de desvelo y en los días felices; gracias por tu apoyo incondicional, y por las horas de escuchar atenta mis desvaríos sobre las adicciones y Foucault, sin ti no hubiera sido posible llegar aquí. Te amo.

Gracias mamá por escuchar siempre atenta y abrazar cuando lo necesité.

Gracias papá por los sacrificios y esfuerzos que hiciste para que llegáramos a donde estamos.

A Alan, mi hermano y mejor amigo, eres mi mayor ejemplo.

Ningún logro es solo mío, es un conjunto de sus voluntades, gracias.

Índice

Introducción.....	9
Capítulo I. Las adicciones, una enfermedad oculta: el problema	17
El caso mexicano, un aumento sin control.....	18
¿Qué es la adicción?	27
La criminalización, un camino a la derrota	31
Medicalización de las adicciones	34
Pregunta de investigación.....	46
Hipótesis de trabajo	46
Objetivos	47
Capítulo II. Las adicciones en el contexto de un mundo desbocado: análisis sociohistórico	48
América Latina, la región de la droga.....	53
Estrategias gubernamentales en el AMG.....	62
Capítulo III: Coordenadas teóricas de lectura.....	66
El marco estatal de las adicciones	68
Análisis institucional: instituciones vivas, los centros de internamiento	86
Capítulo IV: Recolección de saberes: la metodología.....	97
Hermenéutica profunda y lo sociocultural	101
Historia oral, historia hecha de personas	106
Caja de herramientas.....	109
Análisis de la <i>doxa</i> , última pieza de la hermenéutica profunda.....	128
El camino de la investigación: recorrer los centros de internamiento	132
Capítulo V. Resultados.....	138
Los matices de lo instituyente	138
El ethos de lo instituyente: el mito fundacional y la nueva era	172
Entre el conflicto y la negociación.....	195
Capítulo VI. Conclusiones	213
Referencias bibliográficas	224

Índice de tablas, figuras, ilustraciones y gráficas

Gráfico 1: Resultados de las encuestas de consumo de drogas en población masculina 2002-2016.....	22
Gráfico 2: Resultados de las encuestas de consumo de drogas en población femenina 2002-2016.....	22
Tabla 1: Legislación sobre el consumo en México.....	21
Tabla 2. Tabla de orientación de Dosis Máximas de Consumo Personal e Inmediato.....	24
Tabla 3. Normatividad legal en materia de delitos contra la salud.....	26
Tabla 4. ¿Por qué conducta relacionada con drogas se le sentenció?.....	32
Tabla 5. Sustancias por las que fueron sentenciados.....	32
Tabla 6. Detenidos por delitos contra la salud en 2008.....	33
Tabla 7. Comparativo de las convenciones de las Naciones Unidas sobre el tráfico de narcóticos	51
Ilustración 1: Establecimientos especializados en el tratamiento de las adicciones en modalidad residencial reconocidos por la CONADIC. Zona Norte de México.....	56
Ilustración 2: Establecimientos especializados en el tratamiento de las adicciones en modalidad residencial reconocidos por la CONADIC. Zona Sur de México.....	56
Figura 1: Mapa del Área Metropolitana de Guadalajara.....	64
Figura 2. Mapa heurístico.....	101
Tabla 8. Descripción de documentos revisados durante la investigación documental.	112
Tabla 9. Descripción de los participantes del grupo de discusión.....	114
Tabla 10. Descripción de expertos entrevistados.....	116
Tabla 11. Preguntas para las entrevistas semiestructuradas.....	117
Tabla 12. Cuestionario de entrevista a profundidad.....	119
Tabla 13. Tipos de centros de internamiento.....	122
Tabla 14. Descripción y caracterización de entrevistados.....	123
Tabla 15. Descripción y caracterización de entrevistados complementarios.....	126
Tabla 16. Clasificación de los entrevistados por periodo histórico.....	128
Tabla 17. Libro de códigos.....	129
Tabla 18. Libro de códigos y subcódigos.....	130
Tabla 19. Descripción de categorías de análisis.....	131
Tabla 20. Enunciados hechos durante el grupo de discusión.....	133
Figura 3. Mapa de centros de internamiento contactados en el AMG.....	136
Figura 4. Mapa de centros de internamiento del AMG con reconocimiento de CECAJ	136

Tabla 21. Cronograma de entrevistas.....	137
Figura 5. Historia de la sociedad civil que atiende las adicciones en Guadalajara	139
Figura 6. Proceso de institucionalización: modelo católico en el AMG.....	144
Figura 7. Proceso de institucionalización: modelo 24 horas en el AMG.....	148
Figura 8. Proceso de institucionalización: modelo de anexo en el AMG.....	152
Figura 9. Proceso de institucionalización: modelo paraestatal en el AMG.....	155
Figura 10. Proceso de institucionalización: modelo Minnesota en el AMG.....	158
Figura 11. Proceso de institucionalización: modelo comunitario en el AMG.....	161
Figura 12. Proceso de institucionalización: comunidad terapéutica en el AMG.....	165
Figura 13. Proceso de institucionalización: modelo cristocéntrico.....	167
Figura 14. Proceso de institucionalización: el cuarto y quinto paso en el AMG.....	171
Tabla 22. Fragmentos de entrevistas a Mercurio, Nova y Júpiter.....	177
Tabla 23. <i>Ethos</i> de las expresiones de atención residencial.....	181
Tabla 24. Experiencia con centros de internamiento.....	190
Gráfico 3. Críticas hechas por los entrevistados a otros modelos terapéuticos.....	197
Tabla 25. Constantes de críticas sobre centros de internamiento.....	200

Introducción

Este trabajo da cuenta de las experiencias de nueve actores, que a lo largo de cuarenta años (1980-2018) se han involucrado en la rehabilitación de personas en condición de adicciones en el Área Metropolitana de Guadalajara (AMG). Este involucramiento se dio debido a dos principales causas: estructurales y subjetivas.

Las causas estructurales que establecieron el escenario para su involucramiento fueron: el incremento en el consumo de drogas en México, el cual fue provocado por los cambios en los hábitos de consumo de drogas de la sociedad mexicana, así como el aumento de su oferta por las condiciones geopolíticas de las décadas de 1970 y 1980.

Este incremento en el consumo de drogas, así como el cambio de estrategia internacional del combate a esta problemática, llevó a reformular la atención gubernamental que se dio a personas que desarrollaron una adicción, sintetizando la estrategia en dos vertientes: criminalizar o medicalizar. La criminalización fue y es la estrategia que más se ejerció durante 1980 y 2010, como se mostrará en el capítulo 1.

Así pues, con el escenario puesto, las personas en condición de adicción comenzaron a tener dificultades al buscar ofertas que atendieran su situación como una enfermedad, ya que el gobierno no brindaba las suficientes ofertas para rehabilitar desde esta perspectiva. Este vacío propició la apertura de espacios para que otros actores intervinieran para solventar las necesidades.

La mayoría de los sujetos que tomaron el liderazgo en el tratamiento de las adicciones en el AMG fueron adictos en proceso de recuperación, y en menor medida, ciudadanos preocupados por el aumento de las adicciones en el país. De esta forma, la razón del involucramiento de las personas en proceso de recuperación se dio por dos principales razones: la necesidad de atender el problema y mantener su propia sobriedad.

Estos actores se encontraron con un escenario complejo en donde las prácticas del tratamiento a las adicciones en modalidad residencial apenas comenzaba a desarrollarse en el país, se endurecía la persecución a los consumidores de drogas como política gubernamental, la cual estaba guiada por el ejercicio del biopoder, como lo define Foucault (en Castro, 2008) y, por último, las prácticas desarrolladas por las instituciones dominantes (como Alcohólicos Anónimos) comenzaban a ser insuficientes para atender los cambios del problema de las adicciones.

Ante este panorama, algunos adictos en recuperación desarrollaron respuestas que dieran espacios para la rehabilitación y estrategias para hacer frente a las prácticas establecidas por el Estado y las instituciones de la sociedad civil dominantes. Una de estas respuestas, y el foco de esta investigación, fue fundar centros de internamiento para personas con adicciones.

Es en este contexto en donde se coloca la investigación, se presenta un fenómeno que agrupa dos objetos de conocimiento de la comunicación: la cultura y la producción social de sentido.

Una producción social de sentido que se dio, y continúa dándose, en la constante relación dialéctica entre los dirigentes de centros de internamiento, las condiciones instituidas, el Estado y las mediaciones del ejercicio del biopoder que confluyen en el fenómeno de las adicciones en México (Fuentes, 2003).

Esta relación es evidente en el proceso de institucionalización de los centros de internamiento, en el cual los dirigentes y los miembros de sus comunidades institucionalizan prácticas, discursos y valores sobre la rehabilitación, el consumo, la adicción, el Estado y sí mismos. En este complejo proceso es en donde los actores hacen uso de sus recursos para sobrevivir a su adicción por medio de la construcción de comunidades de significados que les sirven para sobrevivir en la sociedad.

El objetivo de este trabajo es indagar en estos saberes. En cómo y por qué se instituyeron los centros de internamiento en uno de los estados de México con mayor incidencia en el consumo y con mayor número de estas instituciones. Para lograrlo, se realizaron nueve entrevistas a profundidad a dirigentes de algunas de las expresiones más relevantes del AMG, lo cual se determinó por medio de tres herramientas: entrevistas a expertos, grupo de discusión e investigación documental.

El trabajo de campo se dividió en dos momentos: la reconstrucción del contexto sociohistórico de los centros de internamiento en el AMG por medio de la investigación documental, en donde se revisaron marcos legales internacionales, nacionales y locales, así como la historia del desarrollo de la normatividad que regula a los centros.

Este primer momento también incluyó dos entrevistas a expertos en el campo de la rehabilitación, uno de ellos, quien además se define como adicto en recuperación, es fundador de uno de los centros de internamiento más relevantes en el AMG por el número de integrantes del movimiento y la influencia que tienen como grupo. Mientras que la experta fue directora de una de las primeras clínicas de rehabilitación en AMG y tiene más de veinte años como terapeuta en el área y que también se desempeña en un cargo público relacionado con el tratamiento a las adicciones en el AMG.

El resultado del trabajo indagatorio fue la construcción del referente empírico y la delimitación de la metodología idónea para trabajar con los actores. De este ejercicio inicial se concluyó que primero existían diferentes formas de rehabilitar, cada una de ellas con sus culturas y propuestas diferentes. Segundo, la historia de la regulación de las drogas jugó un papel relevante en la creación de estas instituciones y tercero, había condiciones instituidas que regulaban las prácticas y discursos de los dirigentes.

Debido a estos descubrimientos se estableció que era necesario preguntarse por la institución de los centros de internamiento, y lo que esto significaba, cómo se formaron y por qué se formaron. Para lograr acceder a estos saberes se buscó reconstruir las condiciones de producción, de circulación y de recepción de las formas simbólicas de los sujetos que estuvieron involucrados, para lograr esta tarea se utilizó un marco metodológico de la hermenéutica profunda de John B. Thompson, en conjunto con la historia de vida.

Esta decisión metodológica se tomó por tres razones: la población que se buscaba acceder se encontraba oculta y había sido invisibilizada por esta condición, entonces, para reconstruir las formas simbólicas debíamos acceder a los sujetos que dieron forma a la historia de los centros de internamiento. Se consideró que esto sólo sería posible si se colocaba al centro al actor.

La razón de acercarse desde una postura centrada en el actor es el fuerte vínculo causal que se localizó entre la historia personal de los dirigentes y el desarrollo de modelos de atención. La mayoría de los entrevistados fueron personas en condición de adicción, experimentaron el “abandono” institucional, se enfrentaron y enfrentan al estigma social de su enfermedad. Estas características, además de las condiciones sociales, políticas, legales y culturales, han construido una experiencia que solo ellos pueden expresar, la cual, de no ser recuperada, desaparecerá con ellos.

Rescatar las diversas historias de los dirigentes, los modelos que representan y las soluciones que dan a un problema como las adicciones, es una de las aportaciones de este trabajo de investigación. Por otro lado, en el campo de la comunicación se buscó explicar los procesos de producción de significado desde una revisión histórica a la construcción de subjetividad desde las instituciones.

La pertinencia de esta investigación radica al partir del argumento de que los sujetos organizados, por una producción simbólica común, tienen una capacidad de incidir

en la solución de problemas públicos que los ámbitos gubernamentales no atienden o lo hacen ineficientemente.

Estos espacios de acción política que buscan soluciones son gestados por sujetos organizados con objetivos comunes: la llamaremos “sociedad civil organizada”. Lo novedoso que encontramos durante las preguntas iniciales de la investigación fue que existían grupos que realizaban prácticas que se mantenían entre la legalidad y la ilegalidad, pero que se organizaban para solucionar los problemas que les afectaban. En estos grupos había personas en condición de adicción, mujeres que ejercían la prostitución, personas que padecen SIDA o eran portadores del VIH, entre sujetos con características similares.

El caso de las personas en condición de adicción sobresalió debido a que no solamente se organizaban por un objetivo en común, sino que conformaban grupos extensos con discursos, prácticas, e imaginarios particulares. Estos colectivos desarrollaron procesos de construcción de sentido, aunque se mantenían al margen del problema en el espacio político. En su mayoría, no buscaban espacios para incidir en la opinión pública o en la solución de los problemas públicos desde los mecanismos de participación ciudadana.

Esta primera reflexión ayudó a problematizar los supuestos que teníamos en torno a las respuestas instituyentes de los adictos en recuperación. Pero, ¿qué sucedía con estos sujetos que deciden formar una institución? El estudio de las adicciones está concentrado en comprender el cómo, el por qué, e incluso el para qué se consumen sustancias adictivas, en un intento de frenar -por medio del entendimiento- el aumento descontrolado del consumo.

Sin embargo, aquellas personas que se encuentran o se encontraron alguna vez en esta problemática se enfrentan constantemente a una realidad que les margina por su condición de *anormales* (Foucault, 1974). Personas que vivieron un proceso de autodestrucción y que son marginados por no ser productivos en una sociedad basada en el consumo capitalista y la producción.

Ahora, estos sujetos buscan refugio en instituciones que les den sentido a sus problemas, debido a que las instituciones actuales no tienen cabida para ellos, la familia los ha abandonado, el mercado los margina, los medios los estigmatizan y el gobierno los *medicaliza o criminaliza*.

Estos sujetos buscan quienes compartan sus adicciones, o “sus traumas”, como ellos lo nombran. En la búsqueda encuentran instituciones como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos que les brindan socorro momentáneo. Empero, no se adecua a los frenéticos cambios que enfrenta el sujeto en condición de adicción en el Área Metropolitana de Guadalajara.

Esta investigación versa sobre estos colectivos que “evaden” la arena pública, aunque resuelven problemas públicos. Y es que, se encuentran sin una institución central y, aun así, crean sus propias formas de construcción de sentido al institucionalizar la esfera marginal de la salud pública.

La estructura de la presente investigación consta de cinco capítulos en donde se presenta el contexto desde donde se produce el documento, el marco teórico utilizado para explicar el fenómeno, la construcción del objeto de investigación, la metodología que se utilizó para recopilar e interpretar la información y, por último, los resultados y conclusiones de esta tesis.

En el primer capítulo se presenta la compleja realidad del consumo de sustancias en México y las implicaciones sociales, económicas y políticas que han traído a lo largo de cuarenta años (1970-2018). En este capítulo se describe la actuación gubernamental para hacer frente al problema de las adicciones, de la cual se identificaron dos escenarios: la criminalización y la medicalización. Esto por medio de la revisión documental de leyes, códigos, estadísticas de órganos gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil. Además se coloca una discusión sobre las adicciones como problema social y sus implicaciones para su lectura en un trabajo de investigación cualitativo. Por último, una breve recuperación

histórica de la sociedad civil que participó en el intento de solucionar el aumento del consumo durante este periodo temporal.

En el segundo capítulo se argumenta la relación que tuvo América Latina en relación a la Guerra contra las drogas que inició Estados Unidos, y la relevancia que esto ha tenido en la creación y aplicación de políticas de regulación internacional en materia de drogas y consumo. Esta argumentación llevó a las políticas que México adoptó y las que se han creado en el contexto particular del AMG, como lo fue la regulación de los centros de internamiento.

Posteriormente en el tercer capítulo se presenta el marco teórico que parte de la concepción de las adicciones desde una postura sociocultural, el papel de los sujetos en la construcción de las instituciones sociales desde George Lapassade, René Lourau y Lydia Fernández, y para analizar el control de las instituciones sobre la vida desde la teoría del biopoder de Michel Foucault.

El cuarto capítulo presenta las dos propuestas metodológicas de la investigación: la hermenéutica profunda de John B. Thompson y la historia oral. Las técnicas partieron en dos sentidos: primero, reconstruir el contexto sociohistórico por medio de la revisión documental, dialogar con expertos y miembros de instituciones de rehabilitación; y segundo, recuperar la memoria de sujetos paradigmáticos en el ámbito de la rehabilitación vía internamiento en el AMG por medio de las narraciones de los sujetos.

En el quinto capítulo se presenta el análisis en donde se describe el nacimiento de la rehabilitación vía internamiento en el AMG contada desde la voz de sus participantes. Además, se relatan las propuestas más paradigmáticas que resultaron en ese momento sociohistórico y las respuestas instituyentes que se ejercieron durante su nacimiento, consolidación, y en algunos casos, declive.

Por último, el sexto capítulo se presentan las conclusiones de las investigaciones divididas en cuatro apartados: sociedad civil, centros de internamiento, proceso de

institucionalización y las cualidades de la investigación en el contexto de una población oculta. Además de una reflexión sobre la investigación, tanto las preguntas que quedaron sin responder como las posibles rutas que se podrían tomar en sucesivos procesos investigativos.

En resumen, lo que se podrá leer en esta investigación es la descripción del nacimiento de los centros de internamiento en el AMG, la razones por las que surgieron, sus propósitos y objetivos, y la explicación de cómo se logró, por medio de respuestas instituyentes, la consolidación de la producción de sentido materializado en nuevas instituciones.

Capítulo I. Las adicciones, una enfermedad oculta: el problema

En México las adicciones son un problema que ha aumentado progresivamente. Esta afirmación la podemos notar en el aumento de la incidencia de usuarios que han consumido una sola vez, la cual pasó de un millón 713 usuarios a más de 8 millones de usuarios de 2002 a 2016 (Tapia, Medina, Sepúlveda, de la Fuente y Kumate, 1990; y Villatoro et al., 2017).

Este aumento es explicado por Villatoro et al. (2012) y Bergman (2016) como un fenómeno multicausal, entre las que destacan, a nivel general: el desarrollo económico y las desigualdades sociales provocadas por este y los cambios de roles de género. Mientras que, en el caso de México, algunas de las causas más relevantes son la transición de ser un mercado de producción a uno de consumo y la diversificación de los tipos de consumidores.

Ante este panorama, el gobierno mexicano ha tratado de hacer frente al fenómeno desde dos posturas: criminalizar y medicalizar. Ambas posturas con un desarrollo histórico ligado a los cambios sociales, culturales, políticos y geopolíticos de México, las cuales se han visto rebasadas por la complejidad de las adicciones en el país.

Por un lado, con la sobrepoblación de las cárceles mexicanas por crímenes relacionados al transporte y consumo de drogas (Pérez y Azaola, 2012) y por el otro, la baja capacidad gubernamental para atender a las personas en condición de adicciones (Comisión Nacional Contra las Adicciones, 2017).

De estas dos posturas, esta investigación se enfocó en analizar la atención a las personas en condición de adicción, debido a que durante el trabajo exploratorio y la investigación documental se encontró que 1) Jalisco es uno de los estado de México con el mayor número de centros de internamiento para personas con problemas de adicción (Comisión Nacional Contra las Adicciones, 2017); 2) en su mayoría, estos centros son dirigidos por miembros de la sociedad civil (ilustración 1 y 2); 3) la mayoría de los miembros de esta sociedad son adictos en recuperación y 4) existe

poca literatura académica que explique a los centros de internamiento como instituciones de la sociedad.

Las personas adictas en recuperación, como se nombran a sí mismos, comenzaron a involucrarse en la recuperación después de enfrentarse a condiciones instituidas en la sociedad mexicana. Entre las que identificamos se encuentran: el contexto geopolítico de la *guerra contra las drogas* (Husak, 1992; Davenport-Hines, 2003; De la Fuentes, 2015; Molano, 2017), el ejercicio histórico del *biopoder* en la legislación mexicana (Pérez y Silva, 2013), los cambios *institucionales* en la Central Mexicana de Alcohólicos Anónimos (Rosovsky, 2009) y por último, las construcciones simbólicas sobre la sobriedad de los adictos en recuperación por medio de la práctica del “servicio” (CMSG, 2008).

En este capítulo se describe el recorrido sociohistórico del objeto de investigación que se construyó llamado centro de internamiento, se discuten sus diferentes aristas y se posiciona la intención que se tuvo de explicar esta situación con la pregunta central ¿cómo operan las respuestas instituyentes de los dirigentes de centros de internamiento ante el aumento del problema de adicciones y las condiciones instituidas en el Área Metropolitana de Guadalajara entre 1980 y 2010?

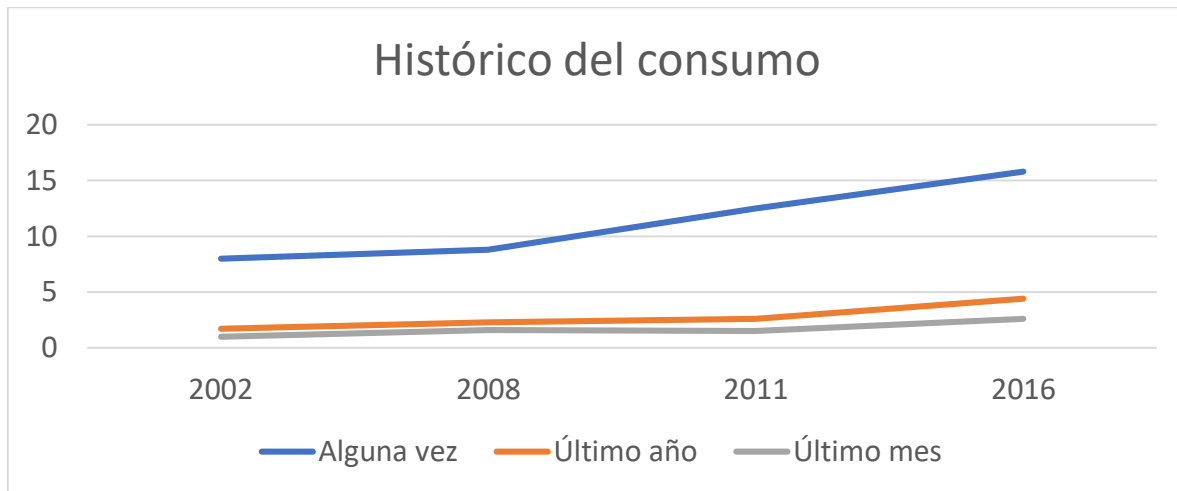
A continuación, se presenta el resultado de este recorrido sociohistórico comenzando con el caso mexicano y las adicciones, después una discusión sobre las concepciones académicas de las adicciones y el adicto, posteriormente el contexto internacional que dio forma a las políticas públicas en México que resultaron en la criminalización y la medicalización.

El caso mexicano, un aumento sin control

En México como se adelantó, hay una tendencia en el consumo de drogas que va en aumento. La Secretaría de Salud de México ha realizado la Encuesta Nacional de Adicciones desde 1988 para conocer las incidencias en el consumo. Hasta 2018 se han realizado seis más en los años 1993, 1998, 2002, 2008, 2011 y 2016, en

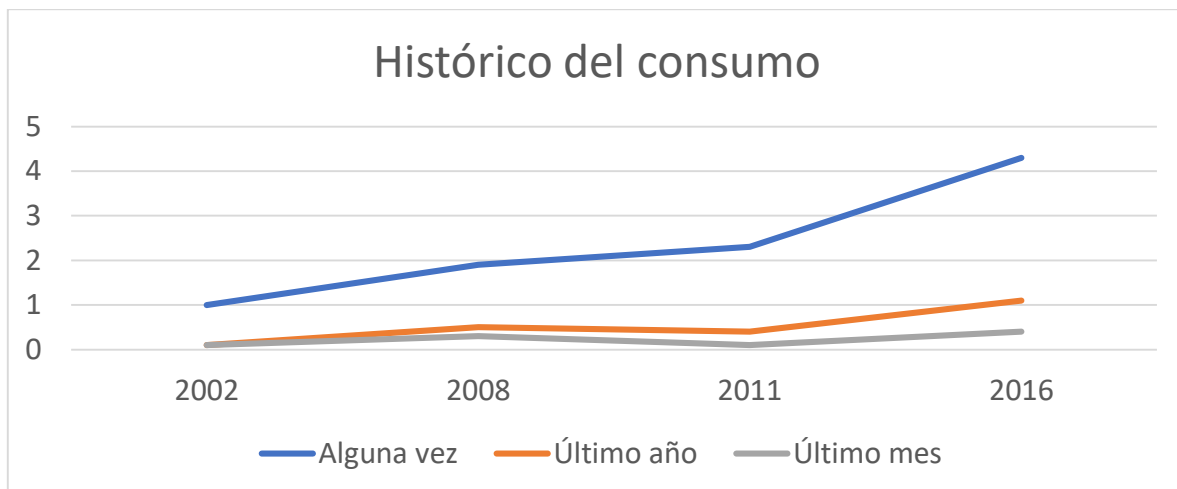
este último ejercicio se renombró Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. Las tendencias que marcan estas encuestas son las siguientes:

Gráfico 1: Resultados de las encuestas de consumo de drogas en población masculina 2002-2016



Elaboración propia con datos de Villatoro-Velázquez et. al, 2017

Gráfico 2: Resultados de las encuestas de consumo de drogas en población femenina 2002-2016



Elaboración propia con datos de Villatoro-Velázquez et. al, 2017

Los consumidores casuales se duplicaron de 2008 a 2016 pasando de 8.8 a 15.8 puntos porcentuales, mientras que los consumidores regulares aumentaron un punto porcentual en el mismo periodo de tiempo. Con respecto al consumo por género, se estima que por cada mujer hay cuatro hombres que reportan haber utilizado alguna droga. Con estos datos podemos decir que hay mayor propensión en los hombres al consumo y que hay un aumento histórico en este rubro.

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (Villatoro-Velázquez et al, 2015) provee más información al respecto. En esta encuesta, que recoge los hábitos de niños y jóvenes en tres niveles educativos: 5° y 6° de primaria, secundaria y bachillerato, se encontró que 17.2% de los estudiantes de secundaria y bachillerato han consumido por lo menos una vez alguna droga. Esta cifra representa un aumento de casi el doble en el consumo por parte de los jóvenes de 1991 a 2014: “a nivel nacional las prevalencias de consumo tuvieron un crecimiento [...] pasó de 8.2% a 17.2%” (Villatoro et al., 2016, p. 200).

El aumento ha sido sostenido en los últimos años, lo que marca una tendencia en todos los tipos de usuarios y sus perfiles. Uno de los datos más relevantes es que de 2011 a 2016, mujeres y niños comenzaron a tener una mayor incidencia en el consumo de sustancias. Este aumento sostenido se ha dado a pesar de las estrategias gubernamentales que se han aplicado en México.

México tiene una larga historia en la regulación del consumo de drogas, las cuales tienen como principios rectores las propuestas estadounidenses y de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (Molano, 2017; Enciso, 2015). Uno de los primeros ejercicios en la historia moderna de nuestro país data de 1931, año en que se publica el actual Código Penal Federal. En este primer ejercicio no hay una distinción sobre el uso, intensidad de consumo o tipo de sustancias (Pérez y Silva, 2013), solo se habla de distintas modalidades de tráfico y si es o no consumidor. A continuación, la Tabla 1 muestra los cambios existentes:

Tabla 1: Legislación sobre el consumo en México

Año	Legislación	Contenido	Castigo
1931	Código Penal Federal	Tipificación de los delitos contra la salud, se castigaban por igual, posesión (consumidores), adquisición, comercio, elaboración, suministro o tráfico de enervantes sin distinguir las cantidades.	Prisión de seis meses a siete años.
1947	Código Penal Federal	Mismo contenido.	Aumento de uno y diez años de prisión.
1968	Código Penal Federal	Distinción con el consumo de drogas de uso ilícito, estableciendo, en el caso de un “toxicómano”, no se consideraría delito la posesión en cantidad tal que “racionalmente” fuera necesaria para su consumo. No existía una determinación de la cantidad permitida para posesión, ni definición de toxicómano, además de estar sujeto a reclusión como medida de seguridad. Si no era toxicómano o poseía una cantidad mayor a la que racionalmente pudiera suponerse que necesitara para su consumo personal.	Posesión de cannabis se castigaba con prisión de dos a nueve años, y posesión o adquisición de otra droga con prisión de 3 a 12 años.
1974	Código Penal Federal	Reforma al artículo 195. Se penaliza la posesión para el consumo inmediato con excepción de los adictos. No se consideraba delito la adquisición o posesión de drogas por parte de quien tuviera “hábito o necesidad” de consumir, con la cantidad estrictamente necesaria para el consumo, pero la persona quedaba sujeta a reclusión como “medida de seguridad”.	La posesión, compra o adquisición se castigaba con prisión de cinco años tres meses a 12 años.
1978	Código Penal Federal	Si la persona en posesión o que adquiriera drogas para su consumo tenía el hábito de consumirlo (a juicio de la autoridad ministerial o el juez) se aplicaba lo siguiente:	Penas de uno a ocho años, varía el tipo de delito.

1. Si la cantidad de droga no excede de la necesaria para su propio consumo, se sometía a tratamiento
2. Si la cantidad excede la necesaria para su propio e inmediato consumo, pero no de la requerida para satisfacer las necesidades del adicto durante un término máximo de tres días, se castigaba con prisión de dos meses a un año

A quien no fuera adicto y se le encontrara en posesión o adquiriera, por una sola vez, para uso personal y en cantidad que no excediera su consumo, se castigaba con prisión de seis meses a tres años, la posesión simple de marihuana se castigaba de dos a ocho años. A todo procesado o sentenciado debía ser sometido a tratamiento.

1994	Código Penal Federal	<p>No se procederá en contra de quien, no siendo farmacodependiente, se le encuentre en posesión de narcóticos por una sola vez y en una cantidad que pueda presumirse para su consumo.</p> <p>A los farmacodependientes que se encontraran en posesión de narcóticos para su estricto uso personal no se le aplicaría pena.</p> <p>Todo procesado o sentenciado que fuere farmacodependiente debía quedar sujetos a tratamiento.</p>	
2009	Código Penal Federal, Ley General de Salud y el Código Federal de Procedimientos Penales	<p>Los supuestos legales en que existe el consumo implican la detención de consumidores y la intervención de las instituciones penales, aunque no el uso de penas de prisión en contra de consumidores. Se propone una tabla de orientación que contiene dosis máximas que su aplicación implica que consumidores sean acusados de</p>	<p>Multas equivalentes a doce mil hasta dieciséis mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona</p>

posesión y castigados con las sanciones económica de correspondientes. que se trate,

Fuente: Pérez y Silva, 2013, pp. 20-26.

Uno de los cambios más significativo en la atención a las adicciones se da en la actual disposición legal señalada en el octavo apartado del artículo 192 de la Ley General de Salud, promulgada en 1984, y que versa lo siguiente: “la Secretaría de Salud elaborará un programa nacional para la prevención y tratamiento de la farmacodependencia [...]. Este programa establecerá los procedimientos y criterios para la prevención, tratamiento y control de las adicciones”.

Mientras que en el artículo 13, inciso C explica que “es competencia de la Federación y entidades federativas en materia de salubridad [...] la prevención del consumo de narcóticos, atención a las adicciones y persecución de los delitos contra la salud, en los términos del artículo 474 de esta Ley”. Así pues, las adicciones pasan de considerarse un problema enteramente jurídico a ser un problema de salud pública. Este cambio discursivo produjo una nueva regulación jurídica y administrativa sobre la nueva concepción del fenómeno (Hernández, 2009).

Para 2009 se aprobaron reformas a la Ley General de Salud, el Código Penal Federal y el Código Federal de Procedimientos Penales que se conocieron como Ley de Narcomenudeo (LNM). Como indican Pérez y Meneses (2014), la LNM señala que es competencia federal hacerse cargo del narcotráfico, mientras que los estados tienen como propósito combatir el narcomenudeo y el consumo personal.

La evolución histórica de las leyes que regulan el consumo marca una realidad para el consumidor: en las primeras enunciaciones, el adicto es parte de una categoría de persona que debe ser aislado y reprimido por su conducta. Si bien en las legislaciones de 1968 a la fecha aparecen las figuras de “toxicómano, “adicto” y “farmacodependiente” que buscan encajar el perfil del consumidor asiduo a una

problemática de salud, la imprecisión de las definiciones deja desprotegido al sujeto frente al aparato judicial.

Pérez y Silva (2013) señalan que la historia de la legislación sobre el consumo de drogas en México se basa en criminalizar a los sujetos, en el sentido de que, a pesar de ser considerados como enfermos, las personas son ingresadas al sistema judicial para su valoración o aprensión.

La valoración a la que se refieren las autoras es sobre las “cantidades permitidas” que un sujeto puede portar antes de ser considerado un delito. Estas cantidades aparecen en el artículo 479 de la Ley General de Salud (1984) en la siguiente tabla:

Tabla 2. Tabla de orientación de Dosis Máximas de Consumo Personal e Inmediato

Sustancias	Dosis máxima de consumo personal e inmediato	
Opio	2 gr.	
Diacetilmorfina o heroína	50 mg.	
<i>Cannabis sativa, indica</i> o marihuana	5 gr.	
Cocaína	500 mg.	
Lisergida (LSD)	0.015 mg.	
MDA, Metilendioxianfetamina	Polvo, granulado o cristal	Tabletas o cápsulas
	40 mg.	Una unidad con peso no mayor a 200 mg.
MDMA, dl-34-metilendioxi-n-dimetilfeniletamina	40 mg.	Una unidad con peso no mayor a 200 mg.
Metanfetamina	40 mg.	Una unidad con peso no mayor a 200 mg.

Fuente: Ley General de Salud, artículo 479.

La Ley General de Salud especifica que no habrá ejercicio de acción penal en contra de quien posea (para su consumo personal) las cantidades señaladas en la Tabla 2, pero como indica el reporte de Drogas y Derechos Humanos en la Ciudad de México, “[...] se ha evidenciado que este cuadro no responde en forma adecuada a la oferta del mercado y, por el contrario, contempla cantidades más bien inadecuadas que tienen como resultado inmediato la criminalización de la persona usuaria” (Delaplace, 2014, p. 75).

De esta forma, este criterio sin vinculación entre el mercado de drogas y la regulación puede empujar al usuario a una condición de vulnerabilidad, ya que existe una considerable posibilidad de que sea condenado bajo el pretexto de narcomenudeo. Esto debido a que es el Ministerio Público el que se encarga de realizar el proceso de dictaminación, en un principio bajo el concepto de reporte de no ejercicio de acción penal dirigido a la autoridad sanitaria correspondiente.

Pero, si el usuario reincide en esta práctica y se le realizan tres reportes, la persona debe someterse de manera obligatoria a un programa contra la dependencia de las drogas, como señala la Ley General de Salud en su artículo 193 *bis*.

Así pues, como indican Pérez y Silva: “los consumidores siguen inmersos en el sistema penal, con todos los riesgos y costos que ello conlleva” (2013, p. 25). Es así que los sujetos siguen dentro de la estructura judicial a pesar de no ser considerados delincuentes, lo que provoca costos económicos a las instituciones que procesan los casos. Las estadísticas de Hernández (2010) señalan que la posesión simple es el crimen con mayor número de detenidos y consignados en los últimos diez años en México.

Pérez y Meneses (2014, p. 8) presentan una tabla para comprender la diferencia entre las figuras discursivas de *consumo*, *narcomenudeo* y *narcotráfico*, así como las respuestas que las instituciones deben realizar y que están previstas en ley:

Tabla 3. Normatividad legal en materia de delitos contra la salud

Supuesto legal	Respuesta institucional	Instancia jurisdiccional encargada de conocer, procesar y/o sancionar
Consumo: Posesión de cantidad igual o menor a 500 mg. de cocaína; cinco gramos de cannabis o marihuana; 40 mg. de metanfetamina; dos gramos de opio o 50 mg. de heroína.	No ejercicio de la acción penal. *Al detenido se le sugiere atender a un centro de tratamiento, a la tercera ocasión el tratamiento es forzoso.	Ninguna.
Narcomenudeo: Cantidad de posesión superior a las dosis personales establecidas en la tabla, pero inferior al resultado de multiplicar las dosis personales por mil y no existan elementos para presumir delincuencia organizada.	Se inicia proceso en modalidad de narcomenudeo.	Ministerio Público y juzgados locales, salvo el Ministerio Público Federal prevenga en el conocimiento del asunto, o solicite el Ministerio Público de fuero común la remisión de la investigación.
Narcotráfico: Cantidad de posesión mayor al resultado de multiplicar las dosis personales por mil.	Se inicia proceso penal en alguna de las modalidades de narcotráfico.	Ministerio Público Federal (PGR) y juzgados federales.

La falta de información sobre el consumo de sustancias, el tratamiento que las autoridades deben brindar a los consumidores y la poca claridad sobre las obligaciones institucionales crean un umbral de incertidumbre que deja a los consumidores en una situación de vulnerabilidad a nivel de sus derechos (Pérez y Silva, 2013).

Entonces, estos sujetos viven una condición de vulnerabilidad por parte del Estado, la sociedad y por la deficiencia en sus recursos personales. Primero, al no tener garantizados sus derechos o mecanismos para ejercerlos. Segundo,

experimentando procesos de exclusión y discriminación de parte de diferentes grupos sociales (CONAPRED, 2010). Y tercero, su enfermedad limita algunos de sus recursos personales como los son el cognitivo, el emocional o el intelectual, así como el soporte social, material y cultural que podrían obtener de su entorno (Córdova-Contreras e Idrovo, 2010).

Estas tres condiciones, además del desarrollo histórico del combate a las drogas, dieron como resultado lo que señalan Pérez y Silva (2013): el Estado mexicano ha respondido al consumo de sustancias ilícitas por medio de la persecución penal y la marginación de los usuarios. Esta marginación provoca un refuerzo a la estigmatización de los consumidores, lo que provoca que el tema sea constantemente censurado por las instituciones de nuestra sociedad.

Pérez y Silva (2013) agregan que dentro de la legislación mexicana el consumo no es considerado como un delito, sin embargo, las conductas relacionadas con el consumo, por ejemplo, la posesión, suministro, distribución, cultivo, producción, siembra, cosecha, entre otras, sí se pueden considerar como tal.

Por otro lado, la discusión sobre qué se puede entender como adicción ha generado diferentes posturas epistemológicas dentro de la literatura académica y los países han adoptado las definiciones de organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1994) o la American Society of Addiction Medicine (ASAM) y la American Academy of Pain Medicine (AAPM) (Portero, 2015). A continuación, se presenta esta discusión sobre la adicción.

¿Qué es la adicción?

Si bien existe un marco legal y normativo considerable sobre el tratamiento y criminalización de la adicción, dentro del aparato gubernamental mexicano existe una definición vinculada al modelo biomédico del concepto, lo cual deja las dimensiones culturales y sociales fuera de la perspectiva de atención. Para señalar

estas posibles omisiones se presenta a continuación una revisión del concepto de adicción en la literatura especializada.

Para comenzar, en México la Norma 028 es el documento de referencia para regular el tratamiento de las adicciones, las cuales se definen como

el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación (NOM 028, 2009, p. 16).

Apud y Romaní (2016) en una revisión documental señalan que hay por lo menos tres perspectivas para pensar a la adicción en la literatura especializada: desde el modelo biomédico (Hernández, 2017, Apud y Romaní, 2016), desde el modelo biopsicosocial (Quiceno y Vinaccia, 2007) y desde el modelo sociocultural (Apud y Romaní, 2016; y Márquez y de la Vega, 2015).

La adicción desde el modelo biomédico se considera “como un trastorno cerebral porque genera cambios funcionales en los circuitos del cerebro que participan en la recompensa, el estrés y el autocontrol” (NIDA, 2018, p. 4), así como un desorden crónico y repetitivo caracterizado por la búsqueda compulsiva de drogas y que es una práctica consecutiva sin importar el daño que pueda provocar (NDA, 2018; y Parekh, 2017).

El concepto de adicción bajo este paradigma está relacionado a la “dependencia física” producto de la conducta adictiva y el estímulo recibido por el cerebro y que se debe a ciertos mecanismos básicos de aprendizaje: condicionamiento operante, de condicionamiento clásico y aprendizaje explícito. El modelo biomédico integra dentro de su concepción la “recompensa, condicionamiento, motivación, aprendizaje, memoria y estímulos” (Apud y Romaní, 2016, p. 119).

Dentro de este paradigma se encuentra la definición de la OMS (1994), en la cual se discute no solamente las características de la enfermedad, sino también la

manera en que se nombra. Esta institución reconoce como más adecuado el término de “dependencia”, pero acepta “adicción” y “consumo” por ser utilizados en el ámbito profesional y en la cultura popular.

Entonces, para la OMS, la adicción es “un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva y que sigue consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas” (1994, p. 29).

Por otro lado, Márquez y De la Vega (2015) hablarán del modelo biopsicosocial para analizar las adicciones desde los factores biológicos, psicológicos y sociales como partes integrales del problema. Este paradigma señala que la complejidad de los “factores de riesgo, vulnerabilidad y protección es la tendencia general en el campo de la salud” (García en Apud y Romaní, 2016, p. 119).

La adicción desde esta postura es entendida como una conducta habituada (Pedrero y Ruiz, 2014), la cual no puede explicarse en un sentido “biológico puro” sino que deben relacionarse los aspectos de la dependencia física como un desajuste homeostático del organismo (Peele, 1985). El consumo no es entonces exclusivamente de la propiedad farmacológica de la sustancia, sino la interacción entre: sujeto y contexto (Zinberg, 1972, 1984).

La ASAM y la AAPM se suscriben al paradigma biopsicosocial definiendo a la adicción como “una enfermedad primaria, crónica y neurobiológica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en sus manifestaciones. Se caracteriza por conductas que incluyen uno o más de los problemas en el control en el uso de drogas, uso compulsivo, uso continuado a pesar del daño y *craving*” (Portero, 2015). Al igual que la OMS, discuten sobre el término correcto para definir a la enfermedad, inclinándose por “adicción”.

Por último, se encuentra el modelo sociocultural que parte de perspectivas antropológicas y sociológicas. Este modelo establece que las conductas adictivas

no se producen en espacios aislados, sino que forman parte de una cultura y un contexto social que fomentan o regulan el problema (Apud y Romaní, 2016). Desde esta perspectiva se analiza el problema de las adicciones desde el sujeto, su universo de sentido, su práctica cultural y su modo de interacción social.

Señala Apud (2013) que este modelo permite estudiar a los sujetos en la complejidad de sus contextos, los cuales no son posibles de acceder en los contextos establecidos de los laboratorios. La agenda de este modelo, y desde la cual se suscribe esta investigación, es poner en “juego trayectorias de personas, sustancias, creencias, categorías, técnicas e instituciones” que hablen de la gran variabilidad de lo que se explica como “adicción (Raikhel y Garriot, 2013).

Este modelo, continúan Apud y Romaní (2016), ha hecho importantes contribuciones al área de la intervención y las políticas públicas por medio de la detección de las emergencias directamente en campo.

Siguiendo esta postura podremos decir que las adicciones, las personas en condiciones de adicción y los tratamientos de rehabilitación, crean estilos de vida, maneras de percibir la realidad debido a la sociedad que segrega y estigmatiza a las conductas desviadas, lo que provoca que se oculten y concentren en núcleos sociales que producen procesos de identificación y construcción de identidades (Apud y Romaní, 2016).

Así pues, podemos inferir que la concepción de adicción dentro de la cultura mexicana se ha construido política, social y económicamente, obedeciendo a momentos históricos como lo fue la Guerra contra las Drogas (Apud y Romaní, 2016; Davenport-Hines, 2003; Molano, 2017 y De la Fuentes et al., 2015), las Convenciones de Estupefacientes de la ONU (1972 y 1988) y los cambios estructurales en los ámbitos legales y administrativos.

Por el contrario, la enunciación normativa de la adicción está constreñida a la posición biomédica proveniente de los ámbitos de la psiquiatría, la psicología clínica

y la medicina. La aceptación de estas posturas está vinculada con la influencia política, económica y cultural que ha tenido Estados Unidos en la lucha contra las drogas a nivel mundial y la manera en que se construyó como un problema público de escala mundial.

La criminalización, un camino a la derrota

Este marco penal rígido ha llevado a México al sexto lugar a escala mundial en población carcelaria, solamente debajo de Estados Unidos, China, Rusia, Brasil e India (Hernández, 2010). Los sujetos que forman parte de la sobrepoblación de las cárceles mexicanas tienen características similares: vienen de contextos de pobreza o marginación; dos de cada tres internos provienen de hogares con marcadas carencias. Cerca de 40% de los internos está preso por robos menores o narcomenudeo, de los cuales, 67% de los detenidos por tráfico de drogas comercializaba estupefacientes cuyo valor total no llegaban a los 70 dólares (Hernández, 2010).

Se estima que entre 2009 y 2013 en México fueron detenidas 140 mil 860 personas por consumir drogas, todas ellas con sustancias ilícitas. Ahora, de 2009 a 2012, la Comisión Nacional Contra las Adicciones tenía el registro de 8 mil 325 resoluciones del No Ejercicio de la Acción Penal a farmacodependientes o consumidores (Pérez y Azaola, 2012).

A esta población detenida por conductas relacionadas a las drogas se les realizó una encuesta para conocer los motivos de su encarcelamiento, los resultados se recopilaron en la Primera Encuesta realizada a Población Interna en Centros Federales de Readaptación Social (Pérez y Azaola, 2012), donde se aprecian los siguientes resultados:

Tabla 4. ¿Por qué conducta relacionada con drogas se le sentenció?

Conducta	Total ¹	Hombre	Mujer
Transportar droga	40.7	40	44.7
Traer conmigo (posesión)	38.7	40	30.3
Vender al menudeo	15.4	14.8	18.4
Traficar	8.9	9.3	6.6
Vender al mayoreo	4.9	4.8	5.3
Fomento al narcotráfico	3.2	3.8	0.0
Suministrar	3.0	1.2	13.2

Fuente: Pérez y Azaola, 2012, p. 25

Mientras que las drogas con mayor impacto en la detención de estas personas fueron:

Tabla 5. Sustancias por las que fueron sentenciados.

Sustancia	Total	Hombre	Mujer
Mariguana	58.7	61.7	42.1
Cocaína	27.3	26.8	30.3
Metanfetaminas	11.1	10	17.1
Heroína	8.3	7.2	14.5
Piedra o crack	3.4	3.3	3.9
Pasta o "chochos" (medicamentos controlados)	2	s/d	5.3

Fuente: Pérez y Azaola, 2012, p. 25

De estos resultados se puede apreciar que la posesión de sustancias ilegales, y en particular la marihuana, son las dos respuestas más comunes declaradas por las personas en Centros Federales de Readaptación Social bajo el concepto de delitos contra la salud.

¹ Nota de las autoras: las personas pueden estar sentenciadas por más de un delito, por lo que los totales pueden ser superiores al 100%

Como dato adicional sobre la vinculación entre consumo y delitos, la misma encuesta señala las sustancias que se consumieron seis horas antes de cometer un delito, resultando el tabaco con 31.5% y el alcohol con 30.7% como las sustancias con mayor incidencia, seguido de las sustancias ilícitas cocaína o crack con 15.3% y marihuana con 13.3%.

Según datos de la Subprocuraduría Jurídica y de Asuntos Internacionales de la Procuraduría General de la República (Hernández, 2010) hay una considerable diferencia entre los detenidos por crímenes a la salud (al ser la posesión y el consumo los delitos por los cuales hay más detenidos) ambas acciones sin fines comerciales o de suministro:

Tabla 6. Detenidos por delitos contra la salud en 2008

	Producción	Suministro	Comercio	Consumo	Tráfico	Transporte	Posesión	Otro	Total
Chihuahua	10	4	31	639	5	96	697	492	1,974
DF	0	0	4	31	0	0	2,083	5,886	8,004
Jalisco	14	8	747	13,589	1	12	1,473	636	16,480
Total (32 estados)	90	114	3,324	31,112	40	471	24,212	16,198	75,561

Fuente: Hernández, 2010, p. 66

Como muestra la tabla, el delito más perseguido es la posesión, cabe señalar que la manera en que se tipifica jurídicamente el consumo y la posesión simple puede ser atribuida por el elemento de seguridad que realice la detención. Según el Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistema Penitenciario Estatales 2017, la posesión simple de narcóticos se encuentra en el cuarto lugar de principales delitos cometidos del fuero común (Franco, 2017).

Ahora, uno de los cambios más significativos en la población penitenciaria mexicana se puede apreciar en el aumento de mujeres convictas. En los últimos veinte años el principal motivo de su encarcelamiento ha sido por delitos relacionados con drogas, en particular el transporte de sustancias (Hernández, 2016).

Jalisco -como muestra la Tabla 6- es la entidad que lidera en el número de encarcelados por delitos contra la salud. De 1998 a 2008 el número de sentencias en materia de narcóticos se duplicó al pasar de 734 a 1,226. Esto significa un 9% del total de sentencias en materia de narcotráfico del país y muestra una tendencia al tipo de atención institucional que se le da al consumo en la entidad (Hernández, 2016).

A la par de este contexto de judicialización del consumo de drogas ilícitas, el gobierno de México comenzó a elaborar estrategias para resolver el creciente fenómeno de las adicciones, el cual, comenzaba a ser un problema público no sólo interno, sino con repercusiones geopolíticas por las políticas prohibicionistas de Estados Unidos.

Ante este panorama, México y otros países optaron por atender las propuestas de la ONU y la OMS de conceptualizar a las adicciones como una enfermedad. Con esto se busca “medicalizar a las adicciones” para dar un tratamiento científico y moral del padecimiento. Las adicciones pasan de ser problemas individuales a ser problemas públicos que son atendidos por el Estado; así pues, la medicalización es la incorporación de la existencia, la conducta, el comportamiento y el cuerpo humano en una red de saberes médicos para su tratamiento (Foucault, 1977 y Díaz, 2014).

Medicalización de las adicciones

El primer ejercicio de medicalizar las adicciones - posterior a las Convenciones de la ONU de 1978- es con la reforma al Código Penal Federal de 1978, en la cual se establece la figura de tratamiento de las adicciones como una alternativa al encarcelamiento por el consumo (Pérez y Silva, 2012). En ese mismo año, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en conjunto con la Drug Abuse and Mental Health Administration (ADAMHA) de Estados Unidos, comenzaron a clasificar y diagnosticar trastornos mentales y problemas relacionados con el alcohol y las

drogas (OMS, 1992), lo que contribuyó al establecimiento de marcos reguladores en los países miembros de la OMS.

Como se dijo antes, el desarrollo moderno de la atención gubernamental del consumo, tráfico y adicción a las drogas ilegales se hizo a la par de la Guerra contra las Drogas que emprendió Estados Unidos desde principios del siglo hasta la fecha, y las propuestas que hacían las instituciones supranacionales como métodos de atención.

Dentro de las leyes mexicanas de 1968 a 1978, no existió una definición de “consumo personal”, “adicción” o “cantidades máximas de portación”, por lo que no se puede hablar de una estrategia de tratamiento, ya que como tal no estaba conceptualizada. Es hasta las reformas del Código Penal Federal de 1978 y 1994 que se incluyen las características que debe tener una persona en condición de adicción, así como el derecho a no ser procesado, y el establecimiento de cantidades máximas de “consumo propio” (Pérez y Silvia, 2013).

Se pueden rastrear experiencias gubernamentales sobre el combate a las adicciones, en particular a las “drogas” y al alcohol, por medio del desarrollo del modelo de salubridad mexicano. El primer registro que se tiene en la época posrevolucionaria de México está relacionado con el Departamento de Salubridad Pública, el cual en 1917 tenía como principales atribuciones “emprender campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo [...] señalar al Ejecutivo las sustancias alimenticias, bebidas o drogas y preparados cuya introducción al país pueda ser nociva para la salud” (Melchor y Melchor, 2019, p. 164).

En 1931 se promulga el Reglamento Federal de Toxicomanía, el cual señala que “corresponde al Departamento de Salubridad Pública, de acuerdo con lo establecido por el artículo 2016 del Código Sanitario, fijar los procedimientos curativos a que quedarán sujetos los toxicómanos” (1931, p. 3).

Lo que refiere el artículo 206 del citado Código es lo siguiente:

El Departamento de Salubridad podrá fundar en los lugares de la República que estime conveniente, establecimientos especiales para internar en ellos a las personas que hubieren adquirido el vicio de drogas enervantes, debiendo permanecer recluidas por el tiempo que juzgue necesario para su curación. Los reglamentos señalarán los casos en que la atención se haga a costa de los enfermos y el sistema de curación a que se sometan (1926, p. 402-403).

El Reglamento Federal de Toxicomanía (1931) expuso la definición de toxicómano como un individuo que consume habitualmente opio, morfina, cocaína, heroína, adormideras, hojas de coca, marihuana, sustancias que contengan estas sustancias o cualesquiera otras sustancias que el Consejo de Salubridad General incluya sin un fin terapéutico (Código Sanitario, 1926).

En los artículos cuarto y quinto señalan la obligatoriedad de dar aviso al Departamento de Salubridad Pública de algún caso de toxicomanía, además de hacer énfasis en personas que ejercen la medicina y empleadores. Además, sentencia que es obligación de cualquier persona, ya sea por circunstancias ordinarias o accidentales, dar aviso a las autoridades sanitarias.

El Reglamento también establece el tratamiento obligatorio de la “toxicomanía”, en instancias públicas o privadas y el pago de una multa de \$500 a \$10,000 pesos mexicanos. El tratamiento tiene tres fases: evaluación prehospitalaria, evaluación hospitalaria y dictaminación de “sanidad”. Como señala el artículo 26 del código, los tratamientos eran gratuitos para aquellos que no puedan cubrir su costo.

Posteriormente, en 1940 se reforma el Reglamento bajo el argumento de que:

“[...] el Reglamento Federal de Toxicómana que ha venido rigiendo desde 1931 y que establece como sistema la persecución y denuncia de los toxicómanos y traficantes de drogas [...] la práctica ha demostrado que la denuncia solo se contiene a un pequeño número de viciosos y a los traficantes en corta escala” (1940, p. 5).

Este momento histórico es fundamental para el abordaje de las adicciones en México, en particular las relacionadas a sustancias ilegales, ya que se argumenta que el Reglamento de 1931 era contrario al concepto de justicia: “toda vez que debe conceptuarse al vicioso más como enfermo a quien hay que atender y curar, que como verdadero delincuente que debe sufrir una pena” (1940, p. 5). Otro de los argumentos para derogar el Reglamento es la insuficiencia del Estado de brindar espacios suficientes para el tratamiento.

La derogación del Reglamento de 1931 trajo consigo la instauración de dos nuevas instituciones: los dispensarios y el Hospital para Toxicómanos. Los dispensarios buscarían tratar a cualquier persona que solicitara el servicio, sin embargo, debían pagar una cuota de recuperación por las dosis que se les suministraban.

Este Reglamento tuvo un breve tiempo de aplicación, ya que Estados Unidos, por medio del jefe de la División Antinarcóticos del Departamento del Tesoro, Harry J. Anslinger, sancionó a México con el embargo de fármacos y drogas por parte del gobierno norteamericano. El Reglamento fue suspendido en junio de 1940 y con ello los dispensarios.

Posterior a esto, en 1947 se crea la Dirección Federal de Seguridad y se reforma el Código Penal Federal que fue el comienzo del endurecimiento de los castigos por los delitos contra la salud como el consumo y el tráfico de drogas (Hernández, 2010).

La atención a las adicciones en México tuvo pocos cambios durante el período de 1950 a 1970. Pero posterior a esto, se tuvieron tres momentos históricos que definieron el tratamiento moderno de la adicción:

- 1) la reforma al Código Penal en Federal en 1978;
- 2) la inclusión de la salud como un derecho constitucional en 1983, y la sucesiva promulgación de la Ley General de Salud en 1984;
- 3) la creación de la Norma Oficial 028 en 1999.

Al haberse tratado lo referente a la criminalización de las adicciones en el apartado, comenzaremos con la primera etapa moderna de la medicalización de las adicciones.

Esta primera fase inicia con la protección de la salud como un derecho constitucional, lo que representaba nuevas obligaciones para el Estado como son: la creación de la Ley General de Salud, que decreta la creación de Programas Contra las Adicciones, y el Consejo Nacional Contra las Adicciones, que coordinó los esfuerzos de los también recién creados Consejos Municipales Contra las Adicciones.

Como indica Soberón (2001) en México han existido continuos cambios dentro de las instituciones de salud, los cuales se pueden dividir en tres reformas estructurales de este sector: la primera en 1943, en la que se dictaba la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el proceso de institucionalización de la atención médica y la adopción de la responsabilidad del Estado de cuidar la salud pública del país.

Posterior a esto, en el lapso de 1983 a 1988 es considerado como uno de los periodos claves en México ya que se dio “el cambio estructural de la salud” (Soberón, 2001, p. 419). Este cambio inicia con la inclusión del derecho a la protección de la salud en la Constitución en el artículo cuarto; seguido en 1984 por la publicación de la Ley General de Salud y por último, la publicación de leyes en los estados y reglamentos.

La tercera etapa -en 1995- se caracterizó por continuar y culminar la descentralización de la salud así como la certificación de hospitales y escuelas de medicina y la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

De estos tres momentos históricos, el que representó mayor importancia para esta investigación sucede durante el periodo de 1983 a 1988, ya que como señala Soberón (2011), con la publicación y modificación de reglamentos y leyes se dio

paso a una nueva institucionalización de la salud y con ella nuevas instituciones de atención. Además, como nos señalaron los entrevistados, fue a finales de 1970 y principios de 1980 que la mayoría de los centros de internamiento comienzan a surgir y en algunos casos a institucionalizarse.

Con lo anterior, y aunado a la institucionalización de los espacios de la sociedad civil, la política de salud en México se concreta en 1984 con la publicación de la Ley General de Salud (LGS), de la cual destacan tres propósitos principales “establecer las bases jurídicas para hacer efectivo el derecho a la salud, definir la participación de los sectores públicos, sociales y privado y establecer las bases de operación del Sistema Nacional de Salud” (Díaz, 2001, p. 21).

Como indica Ruíz (1985), la LGS es en donde se da la intención de establecer el derecho a la protección de la salud como una garantía de todos los mexicanos, dando acceso universal a los servicios de salud, entre los que incluye la atención médica, de salud pública o asistencia social.

Entre las finalidades de la LGS destacan “las relativas al desarrollo personal, cuando busca el bienestar físico y mental para el ejercicio pleno de las capacidades de la persona, la prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida” (Lugo, 2015, p. 139). Esta concepción de la salud permitió la interpretación de problemas públicos que afectan el “bienestar” de los mexicanos como materia de atención, entre estos las adicciones.

Dentro de esta ley se oficializa a las adicciones como un problema de salud pública; esto se puede leer en el artículo 3, en las secciones XIX, XX y XXI. Ante el reconocimiento jurídico de las adicciones como un problema de salud pública que debe ser atendido, se produce como consecuencia una estrategia para solucionarlo, la cual aparece en el título décimo primero, capítulo primero sobre alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas, capítulo segundo sobre el tabaquismo y capítulo tercero contra la farmacodependencia.

Tanto el Programa Contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas y el Programa Contra la Farmacodependencia señalaban entre sus propósitos la prevención, tratamiento y rehabilitación de “los alcohólicos” y “farmacodependientes”, así como educar sobre los efectos y consecuencias en las “relaciones sociales”.

En esta primera ley, se promulga la creación del Consejo Nacional Antialcohólico, mientras que el tabaquismo y la farmacodependencia no contaban con dicho apartado en la ley.

Posteriormente en 1985 por decreto presidencial se fusionaron con los Consejos contra la Farmacodependencia y el Tabaquismo para crear el Consejo Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], el cual comenzó sus funciones en 1986. Se establece que el CONADIC se “encargará de promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado pendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las adicciones” (Ley General de Salud, 1984, p. 47).

A su vez, la estrategia consistió en regionalizar el consejo. En 1986 se conforman los Consejos Estatales contra las Adicciones, los cuales son reconocidos como entidades autónomas y presididas por el Gobernador de cada estado, coordinadas por el Secretario de Salud local o los Jefes de los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado, así como un Secretario Técnico que funcionó como enlace con el CONADIC.

Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos históricos que se han desarrollado, el fenómeno de las adicciones sigue en aumento y presenta una baja participación gubernamental de manera operativa, pero compleja en cuestión de regulación, normalización y vigilancia. Esto último ha permitido también que grupos de la sociedad civil desarrollen estrategias que llenen el vacío que deja el gobierno mexicano.

La alternativa de la sociedad civil

A la par del desarrollo institucional por parte del gobierno mexicano, grupos de la sociedad civil comenzaron a brindar espacios de atención a la población con problemas de adicciones a las sustancias ilegales y al alcohol. Entre ellos destacan dos colectivos que se pueden definir como paradigmáticos para el estudio del tratamiento de las adicciones en México: los grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos (A.A.) que comienzan a trabajar en el país entre 1946 y 1956 (CMSG, 2013) y el Centro de Integración Juvenil, A.C. (CIJ), el cual inicia actividades en 1969 bajo el nombre de Centro de Trabajo Juvenil (Fernández, 2019).

Como más adelante se explica, estos dos grupos fueron la base sobre la cual se construyó la atención residencial en México. Hay, sin embargo, contrastes importantes entre ambos grupos. Los miembros de A.A., a diferencia de los del CIJ, desarrollaron una mayor capacidad de adaptación ante las condiciones instituidas que se iban estableciendo en el país, lo que provocó que nuevas expresiones surgieran de esta corriente. Por su parte, el CIJ comenzó a vincularse con instancias gubernamentales, lo que provocó que su modelo se profesionalizara, pero sin ramificaciones.

La población sin atención gubernamental buscó ayuda en Alcohólicos Anónimos, sociedad civil que surgió como alternativa a las sobrepasadas propuestas gubernamentales y paraestatales. A.A. inicia sus operaciones entre 1935 y 1940, bajo el mito fundacional de la sobriedad del fundador del movimiento de A.A.: Bill W. Esta institución se dedicó a la recuperación de las adicciones por medio de la autoayuda de sus miembros.

Rosovsky (2009) señala que los inicios de esta asociación se pueden rastrear en los primeros grupos de autoayuda para alcohólicos que surgieron en Estados Unidos en 1840, entre los que destacan los movimientos cuáquero, los círculos de recuperación de nativos americanos, los Washingtonianos, así como comunidades

basadas en preceptos religiosos como The Drunkards Club y the United Order of ExBoozers (White y Kurtz, 2008) pero que se verían revitalizados con la propuesta terapéutica de A.A.

Como señalan White y Kurtz (2008), A.A. logró diferenciarse de otras propuestas de autoayuda en Estados Unidos debido a factores como la accesibilidad que tuvo con bajos estratos sociales, lo que llevó a que se tuviera una considerable dispersión geográfica. Además de esto, A.A. ha logrado alcanzar longevidad histórica, lo que ha provocado que sean una referencia en la cultura popular y, en algunos casos, inspirar movimientos reformistas sociales e influir en el tratamiento moderno del alcoholismo y otras dependencias a drogas.

Alcohólicos Anónimos tiene como principios elementales los doce pasos y las doce tradiciones escritas por Bill W. (CMMSG, 2008) que están plasmadas en el texto llamado *Libro Grande* o *libro azul*, en el cual se manifiesta que, para cumplir su rehabilitación, los miembros deben aceptar una transformación espiritual y personal. Posteriormente, en 1951, Bill W. agregó los doce conceptos que establecen los principios y procedimientos de servicio de los *enfermos alcohólicos* (CMMSG, 2010).

El *Libro Grande* es una narración de la historia de alcoholismo y la recuperación de su fundador Bill W. escrita por sí mismo. El propósito del libro es “mostrarles a otros alcohólicos *precisamente cómo nos hemos recuperado*” (CMMSG, 2008). Este texto no sólo fue una referencia para las personas que buscan recuperarse sino una herramienta de consulta durante las sesiones de autoayuda.

Entre sus mitos fundacionales se encuentran el “descubrimiento del regalo de la sobriedad”, el cual, como narran White y Kurtz (2008) solo puede ser retenido al compartirse con otros. Compartir el mensaje es uno de los principios nucleares de A.A., ya que para ellos no es fundamental la ayuda profesional, sino que solo se necesita la comunión proveniente de experiencias compartidas entre personas en recuperación y su vulnerabilidad mutua. Este principio construye una cultura

institucional en donde coloca a los sujetos como encargados de la difusión y construcción de nuevas comunidades.

A.A. llegó a México formalmente en 1946 al fundarse el primer grupo en la Ciudad de México. Se trató de un grupo exclusivamente angloparlante que dio cobijo a los tres primeros alcohólicos anónimos del país. En 1956 se abrió el segundo grupo de A.A., el cual se convirtió en el catalizador para que más grupos abrieran en el país debido a la apropiación de las prácticas traídas de los grupos estadounidenses (CMMSG, 2008).

Posteriormente, en 1968 se organiza el IX Congreso Nacional de Alcohólicos Anónimos en donde se acuerda la apertura de la Oficina General de Servicios de A.A. en la República Mexicana y con ello se establece la estructura organizacional de la naciente institución (CMMSG, 2008).

Así pues “durante el periodo de 1964 a 1974, el número de grupos A.A. en México pasó de 36 a 928” (Rosovsky, 2009, p. 23). El grado de relevancia de A.A. en nuestro país ha hecho que México se coloque como el segundo lugar en presencia para la institución debido a sus 15,000 grupos distribuidos en todo el territorio.

Sánchez (2008) señala que algunas de los elementos que favorecieron su proliferación fueron la accesibilidad del programa, su difusión, la aceptación por parte de la población, así como la amplia cobertura en México, tanto en zonas rurales como urbanas. Campillo, Díaz y Romero (2011) afirman que la razón principal es que A.A. llena el hueco en la oferta de tratamiento tanto de instituciones públicas como profesionales.

Aun así, desde 1970 el problema de las adicciones aumentaba de manera progresiva en México, hasta el grado de que los grupos de autoayuda no tenían la capacidad instalada para atender la demanda de atención requerida (Villatoro et al., 2016). Durante la década de 1970 comenzaron a modificarse los hábitos de consumo con la entrada de nuevos tipos de sustancias en el mercado (Fernández,

2019). A pesar de eso, la terapéutica de los 12 pasos de A.A. continuaba siendo vigente para la atención de los nuevos usuarios (CMSG, 2008).

Esta coyuntura es significativa en el tratamiento de las adicciones, tanto para el gobierno como para la sociedad civil, debido al aumento en la prevalencia de nuevas drogas, las cuales ya no podían ser tratadas exclusivamente con grupos de ayuda mutua. La persecución de consumidores y la baja atención que brindaban las instituciones paraestatales llevó a que algunos miembros de A.A. buscaran nuevas estrategias para brindar atención a los nuevos usuarios (Rosovsky, 2009).

La primera división de A.A. se dio en 1975 cuando cerca de mil grupos se desprendieron para crear el movimiento “24 Horas” con el argumento de la ineficiencia del modelo tradicional (Rosovsky, 2009). Una parte considerable de las personas que eran atendidas en estos grupos eran individuos en condición de indigencia debido a los problemas socioeconómicos y relacionales que desarrollaron por su adicción.

Estas particularidades dieron forma a las primeras experiencias de atención residencial que fueron algunas de las respuestas iniciales e instituyentes de esta sociedad civil, que vio una oportunidad de brindar espacios seguros y de refugio para evitar la vida en la calle o la persecución de los nuevos sujetos en condición de adicción.

De esta división en 1975 surgen las instituciones llamadas “anexos” y “granjas de rehabilitación”, una práctica imitada de los grupos estadounidenses (White y Kurtz, 2008). Práctica que se contraponen con los principios de A.A. de: “no proveer servicios de desintoxicación ni de enfermería, hospitalización, medicinas o cualquier tratamiento médico o psiquiátrico [...] no proporcionar servicios de vivienda, alimentación, ropa, dinero, trabajo, ni demás servicios de asistencia social” (CMSG, 2013, p.163) y que fue una de las razones de la formación de respuestas instituyentes a la institución.

Con la diversificación de las estrategias de A.A. se comenzó a formar un tipo de atención de la sociedad civil a las adicciones que sólo existía en México. Esta sociedad civil que tenía las experiencias de la institucionalizada A.A., se transformó a partir de sus propios contextos culturales y construcciones simbólicas para formar sus propias identidades institucionales.

Estos anexos, como señala Rosovsky (2005), eran sitios de resguardo y atención para alcohólicos que no tenían en donde vivir o experimentaban dificultades para mantenerse sobrios solo con asistencia a las juntas de A.A. Estos servicios, cabe destacar, se ofrecían gratuitamente por uno o dos meses. Entre los servicios se encontraba la “desintoxicación, estabilización de la sintomatología psiquiátrica aguda y estabilización psicológica integral (cognición, emoción y conducta)” (Marín-Navarrete et al., 2013).

Las características más relevantes de los *anexos* son: la retribución de las atenciones por medio del servicio de limpieza y apoyo en general dentro del lugar, la adopción de la filosofía de los 12 pasos (pero sin seguir las 12 tradiciones de A.A.), los periodos de atención que podían variar de cuatro semanas a doce meses y sobre todo la heterogeneidad de la oferta en el tipo de la atención.

Además, en algunos casos por la falta de espacio se sufría de hacinamiento y los centros eran dirigidos por individuos que se mantenían sin consumo (Marín-Navarrete et al., 2013).

Por otra parte, las “granjas de rehabilitación” eran institucionalmente similares, la diferencia más relevante era la posibilidad de internarse por periodos más largos que en los “anexos” y que en su mayoría estaban ubicados a las afueras de las áreas urbanas en casas de campo o granjas (Rosovsky, 2005).

A diferencia de los centros que seguían las tradiciones de A.A., “anexos” y “granjas de rehabilitación”, el CIJ (como explica uno de los colaboradores entrevistados durante la investigación) es una de las primeras experiencias de atención a la

farmacodependencia de la sociedad civil en México que contó con el apoyo del Gobierno Federal. El Consejo nace en 1970 como una iniciativa de la organización social Damas Publicistas A.C. (Fernández, 2019). Esta asociación se creó

Esta colaboración institucional se ve materializada a partir de la década de 1980, con la expedición de recursos públicos etiquetados en el ramo de la salud para la manutención de los centros con los que contaba el CIJ. Dicha colaboración continúa vigente.

En 2018, el CIJ recibió un presupuesto de \$23'578,981 (veintitrés millones quinientos setenta y ocho mil novecientos ochenta y un pesos), colocándolo como uno de los sistemas de salud nacionales con menor cantidad de recursos asignados en el Presupuesto de Egresos de la Federación (2017).

Pregunta de investigación

Ante este contexto es que planteamos la siguiente pregunta:

¿Cómo operan las respuestas instituyentes de los dirigentes de centros de internamiento ante el aumento del problema de adicciones y las condiciones instituidas en el Área Metropolitana de Guadalajara en los últimos cuarenta años?

Hipótesis de trabajo

Las respuestas instituyentes como procesos de cambio en el proceso de la *institucionalización* de las estructuras sociales, o *lo instituido*, implica un proceso interno de los sujetos que interceden en este movimiento. No solamente forman parte activa del cambio, sino que se convierten en parte de la institución; esto se da una vez que se consolida su aporte y permanencia en el programa.

Dicho proceso se expresa por medio de las formas de subjetividad que producen dentro de las organizaciones de los dirigentes y por medio de la legitimación que obtienen al institucionalizarse.

Los dirigentes de centros de internamiento entonces atienden el problema de la falta de rehabilitación ante el aumento del número de consumidores y las condiciones instituidas a través de la creación de propuestas de rehabilitación, con el fin de ayudar a otros y a sí mismos, además de recuperar su lugar en la sociedad, convirtiéndose en una institución.

El problema de las adicciones y la rehabilitación que se construyó simbólicamente en el AMG es la base *instituida* sobre la cual los dirigentes responden por medio de sus propias herramientas, creando organizaciones con discursos, prácticas, imaginarios sociales y propuestas de recuperación. Esto los enfrentó con las instituciones dominantes, mientras ellos ejercían su agencia para continuar con su recuperación, mientras ofrecen espacios de atención a otras personas en condición de adicción.

Objetivos

La investigación tiene como objetivo general explicar la complejidad de las respuestas instituyentes de los dirigentes de centros de internamiento por medio de la formación de nuevas institucionalidades.

Los puntos específicos por desarrollar son describir la respuesta instituyente de los dirigentes por medio de su historia de vida, explicar la relación instituido-instituyente que se forma en la relación entre sociedad civil y gobierno y, por último, analizar los procesos de significación de los dirigentes de centros de internamiento en el marco de las nuevas institucionalidades.

Capítulo II. Las adicciones en el contexto de un mundo desbocado: análisis

sociohistórico

El fenómeno de las adicciones se considera como una preocupación pública debido a las implicaciones que tiene en el ámbito microsocial, como lo son: accidentes, homicidios, muertes por sobredosis, o suicidios (Donoghoe y Wodak, 1998). A nivel macrosocial también está presente con afectaciones en las economías nacionales y locales, la estabilidad social o la seguridad nacional (Smart y Sloboda, 2000).

Además, como explica Davenport-Hines (2003) el fenómeno de las adicciones es producto de condiciones estructurales como la globalización, la apertura del mercado mundial, la marginación, la exclusión social y los cambios en las instituciones como la familia.

Para explicar las adicciones partimos del fenómeno más visible de esta problemática: el tráfico de drogas. Como señala Husak (1992), este es un problema moral más que racional.

Los debates que fueron la base para la actual penalización internacional del consumo tenían como fundamento que el uso intenso arruina al ciudadano. Como lo llegó a apuntar un antiguo director de la *Office of National Drug Control Policy* de Estados Unidos, William Bennet “el consumo de drogas -especialmente el consumo intenso- destruye el carácter del ser humano. Destruye la dignidad y la autonomía [...] disminuye la productividad, convierte la virtud en burla” (Oficina Nacional de Control Antidrogas, 1989, p. 7).

En este sentido, este capítulo recorre de manera breve las bases históricas que llevaron a la construcción de las adicciones como objeto de regulación por parte del biopoder y, en consecuencia, los escenarios que desencadenaron la proliferación de los centros de internamiento en el AMG.

Para llevar a cabo esto se partió de dos hitos históricos: la Guerra contra las drogas emprendida por Estados Unidos durante el siglo pasado y el establecimiento de las

Convenciones sobre estupefacientes de la ONU en 1961 y 1988. Sobre estos se narran las repercusiones que tuvieron en América Latina y en particular en México.

La guerra contra las drogas y la regulación de las adicciones

La historia de la regulación de las drogas no se puede entender sin la participación activa que ha tenido Estados Unidos, que desde principios de 1900 ha liderado la guerra antidrogas internacionalmente. Esto debido, como señala Davenport-Hines (2003), a su visión conservadora y por la obligación de defender los “valores norteamericanos”, los cuales contrastan con lo que significaba el uso de drogas: la inactividad, la improductividad, el crimen, las clases obreras y campesinas, el deterioro ético-moral del americano y en general, con los marginados del sistema.

El consumidor de drogas tiene características contrarias al ser estadounidense. Esta fue la excusa para que el gobierno de Estados Unidos, encabezado por Richard Nixon, emprendiera la Guerra contra las Drogas en 1969 (Husak, 1992; Davenport-Hines, 2003).

Nixon, un presidente del ala conservadora estadounidense, y que gobernó durante la *primavera hippie*, criticaba el hedonismo y la gratificación fácil que representaba este movimiento contracultural, al grado de declarar que: “necesitamos una guerra total contra las drogas. Guerra total significa guerra en todos los frentes contra un enemigo con muchos rostros [...]. La guerra contra las drogas es nuestra segunda guerra civil” (Nixon en Davenport-Hines, 2003, p. 406).

Este enfoque fue la base para plantear la prohibición absoluta del tráfico, venta y consumo de drogas “ilegales” en el mundo por medio de dos estrategias: la presión diplomática y la ayuda económica a cambio de la cooperación. Entre las acciones que se emprendieron entre Estados Unidos y México se encuentra la *Operación Intercepción*, lanzada en 1969 y en la que se ordenó el cierre de cuatro mil kilómetros de la frontera México-Estados Unidos para evitar el tráfico de marihuana por la frontera.

Como señala Davenport-Hines (2003), las acciones de Nixon solamente provocaron una mayor producción de droga en Estados Unidos y el fortalecimiento del poder de las grandes organizaciones criminales, como el Cartel de Medellín de Colombia.

Los sucesivos gobiernos estadounidenses se vieron afectados por escándalos que relacionaban el apoyo económico a movimientos insurgentes y contrainsurgentes que se financiaban por medio del tráfico de drogas, entre los que destacan los guerrilleros muyahidines en Afganistán y Manuel Noriega en Panamá.

Aun así, una vez terminada la Guerra Fría (1947-1989) el control de drogas se colocó en uno de los primeros lugares en la agenda de relaciones internacionales de Estados Unidos (Council on Foreign Relations, 1997; Davenport-Hines, 2003). América Latina fue uno de los objetos principales en su política de contención del tráfico de drogas, durante el período de 1986 a 1996, la ayuda a la región pasó de 60 millones de dólares a 134 millones anuales.

A la par, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se constituyó como actor fundamental para establecer las reglas del combate de la venta de drogas, la Convención de las Naciones Unidas en contra del Tráfico Ilícito de Narcóticos y Sustancias Psicotrópicas de 1988 fue el encuadre normativo que mantiene la actual Guerra contra las Drogas (Molano, 2017).

Esta convención formó parte de una serie de acciones supranacionales que emprendió la ONU con el fin de combatir “la magnitud y la tendencia creciente de la producción, demanda y el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas” (ONU, 1988, p. 1).

Como antecedente, las Naciones Unidas realizaron dos ejercicios, en los cuales se pueden observar los cambios históricos que existieron en el combate del tráfico ilícito y sus políticas de regulación.

Tabla 7. Comparativo de las convenciones de las Naciones Unidas sobre el tráfico de narcóticos

<p>Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 (ONU, 1972)</p>	<p>Convención de las Naciones Unidas en contra del tráfico ilícito de narcóticos y sustancias psicotrópicas, 1988 (ONU, 1988)</p>
<p>Justificación</p>	
<p>“Las partes de la Convención se declaran ‘preocupadas por la salud física y moral de la humanidad’ y ‘conscientes de su obligación de prevenir y combatir’ el mal representado por la toxicomanía” (p.12).</p>	<p>“Reconociendo los vínculos que existen entre el tráfico ilícito y otras actividades delictivas organizadas relacionadas con él, que socavan las economías lícitas y amenazan la estabilidad, la seguridad y la soberanía de los Estados” “[...] el tráfico ilícito es una actividad delictiva internacional cuya supresión exige urgente atención y la más alta prioridad” (p. 1)</p>
<p>Delitos</p>	
<p>Artículo 36, párrafo 1, inciso a [...] cada una de las Partes se obliga a adoptar las medidas necesarias para que el cultivo y la producción, fabricación, extracción, preparación, posesión, oferta en general, ofertas de venta, distribución, compra, venta, despacho de cualquier concepto, corretaje, expedición, expedición en tránsito, transporte, importación y exportación de los estupefacientes [...] se consideren como delitos si se cometen intencionalmente y que los delitos graves sean castigados en forma adecuada, especialmente con penas de prisión u otras penas de privación de libertad” (p. 40)</p>	<p>Artículo 3, párrafo 1, inciso a, fracción I “La producción, la fabricación, la extracción, la preparación, la oferta, la oferta para la venta, la distribución, la venta, la entrega en cualesquiera condiciones, el corretaje, el envío, el envío en tránsito, el transporte, la importación o la exportación de cualquier estupefaciente o sustancia sicotrópica en contra de lo dispuesto en la Convención de 1961, en la Convención de 1961 en su forma enmendada o en el Convenio de 1971” (p. 3)</p>
<p>Evaluación de condena</p>	
<p>Artículo 36, párrafo 1, inciso b “No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, cuando las personas que hagan uso indebido de estupefacientes hayan cometido esos delitos, las Partes podrán en vez de declararlas culpables o de sancionarlas penalmente, o además de declararlas culpables o de sancionarlas, someterlas a medidas de tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y readaptación social, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 38” (p. 40)</p>	<p>Artículo 1, párrafo 4, inciso c “No obstante lo dispuesto en los incisos anteriores, en los casos apropiados de infracciones de carácter leve, las Partes podrán sustituir la declaración de culpabilidad o la condena por la aplicación de otras medidas tales como las de educación, rehabilitación o reinserción social, así como, cuando el delincuente sea un toxicómano, de tratamiento y postratamiento” (p. 4)</p>

Tratamiento	
<p>Artículo 38. Párrafos 1 al 3</p> <p>“1. Las Partes prestarán atención especial a la prevención del uso indebido de estupefacientes y a la pronta identificación, tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y readaptación social de las personas afectadas, adoptarán todas las medidas posibles al efecto y coordinarán sus esfuerzos en ese sentido.</p> <p>2. Las Partes fomentarán, en la medida de lo posible, la formación de personal para el tratamiento, postratamiento, rehabilitación y readaptación social de quienes hagan uso indebido de estupefacientes.</p> <p>3. Las Parte procurarán prestar asistencia a las personas cuyo trabajo así exija para que lleguen a conocer los problemas del uso indebido de estupefacientes y de su previsión y fomentarán asimismo ese conocimiento entre el público en general, si existe el peligro de que se difunda el uso indebido de estupefacientes” (pp.41-42.</p>	<p>Artículo 14, párrafo 4</p> <p>“Las Partes adoptarán medidas adecuadas tendientes a eliminar o reducir la demanda ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas con miras a reducir el sufrimiento humano y acabar con los incentivos financieros del tráfico ilícito. Estas medidas podrán basarse, entre otras cosas, en las recomendaciones de las Naciones Unidas, los organismos especializados de las Naciones Unidas, tales como la Organización Mundial de la Salud, y otras organizaciones internacionales competentes, y en el Plan Amplio y Multidisciplinario aprobado por la Conferencia internacional sobre el Uso Indebido y el Tráfico Ilícitos de Drogas celebrada en 1987, en la medida en que éste se relacione con los esfuerzos de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y de entidades privadas en las esferas de la prevención, del tratamiento y de la rehabilitación. Las Partes podrán concertar acuerdos o arreglos bilaterales o multilaterales” (p. 13)</p>

Estos dos marcos normativos son parte de lo que Molano define como la Guerra contra las Drogas: “un proceso social global de medidas y acciones designadas e implementadas para eliminar las actividades de producción, intercambio y consumo de drogas con usos no médicos o científicos” (2017, p. 634).

Tanto para Molano (2017), Davenport-Hines (2003) y De la Fuentes (2015) los orígenes de la internacionalización de la Guerra contra las Drogas tienen un fuerte vínculo con las acciones, discursos y estrategias emprendidas por el gobierno de Estados Unidos, las cuales fueron difundidas a través de la imitación o la imposición.

El combate a las drogas comienza con el objetivo de controlar el tráfico de opio, posteriormente morfina, heroína y cocaína (Lowes, 1966). Esta política es reemplazada con el control internacional de la manufactura y la producción agrícola

(Betham, 1988) que se ve apoyada por los recursos invertidos por Estados Unidos en los países productores (Council on Foreign Relations, 1997) entre los que destacan varios de América Latina.

América Latina, la región de la droga

Según Bergman (2014) la circulación y el uso de drogas ilegales se han convertido en uno de los problemas más graves en América Latina. Se estima que el consumo de cannabis en Centroamérica y Sudamérica afecta a 10 millones 128 mil personas, mientras que 2 millones 940 mil tienen problemas con la cocaína, dos de las drogas con mayor prevalencia en estas regiones (UNODC, 2019). Además, se estima que hay cientos de miles de latinoamericanos que trabajan en la industria ilegal de la producción de drogas (Bergman, 2014).

Asimismo, según datos de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC, 2018) hay un rango promedio de 17 muertes por un millón de habitantes por consumo de drogas en el Caribe, Centro América y Sudamérica, esto sin contar las muertes colaterales, los costos sociales, patrimoniales, demográficos y de la estructura social ocasionados por la violencia del narcotráfico.

Otro factor relevante es el control geopolítico de Estados Unidos en la región, el cual ha sido una de las razones más importantes para que continúe la Guerra contra las drogas. Como señala Davenport-Hines (2003), América Latina era más importante para la Administración para el Control de la Droga (DEA) que los países europeos, esto debido a que los países que conforman esta región han estado intrínsecamente relacionados con el tráfico de drogas a Estados Unidos.

La imposición de políticas prohibicionistas sobre las drogas (Council on Foreign Relations, 1997) bajo presiones diplomáticas, económicas y militares por parte de Estados Unidos han sido factores para el caldo de cultivo perfecto para el establecimiento del ciclo vicioso de marginalización y desorden de uso de drogas (UNODC, 2016).

Davenport-Hines (2003) sentencia que la Guerra contra las drogas no es una lucha entre aliados sino una sociedad desigual en donde Estados Unidos juzga, acredita, empobrece y degrada los derechos humanos en las naciones que estén subordinadas.

El aumento del consumo de drogas a nivel mundial se puede explicar como un problema multifactorial, entre los que se encuentran: “la globalización, el desarrollo económico, las desigualdades sociales, la migración, los cambios en los roles de género y la descomposición familiar” (Villatoro et al., 2012, p. 448).

En México, el problema se ha agravado debido a la transición de ser un mercado de producción y tráfico de droga a un mercado de consumidores, lo que provocó una mayor disponibilidad de drogas en el mercado (Villatoro et al., 2012 y Bergman, 2016).

En cuanto espacios de cuidado a adictos en el país, los Centros de Integración Juvenil (CIJ) cuentan actualmente con 105 espacios de atención ambulatoria, 11 Unidades de Hospitalización y dos Unidades de Tratamiento para Usuarios de Heroína (Centro de Integración Juvenil, 2018). Mientras que en Jalisco se tienen 6 espacios de atención ambulatoria y dos Unidades de Hospitalización, una localizada en Zapopan y otra en Zapotlán El Grande, ambas en el Área Metropolitana de Guadalajara.

Según su último informe de actividades, la Unidad de Zapopan atendió durante 2017 un total de 223 pacientes. En contraste, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (Villatoro et al, 2017) establece que Jalisco es la entidad con mayor incidencia en consumo de cualquier droga.

Tomando en cuenta lo anterior, los adictos en recuperación comenzaron a organizarse autónomamente para dar espacios de atención a otras personas en condición de adicción, desde un modelo de voluntariado y servicio continuo.

Con el tiempo comenzaron a volverse un conjunto heterogéneo que tienen como objetivo impulsar acciones colectivas para influir en el interés material y simbólico de la sociedad. En un principio este espacio podía ser considerado como no institucional, debido a que históricamente no existía un modelo o institución que brindara saberes sobre las adicciones. Pero continuaron hasta llegar a crear esferas autónomas de expresión y gestión de sus intereses sociales particulares y generales desde una institucionalidad (Aranda, 2009).

Después de la década de 1980 (como se apuntó antes) el problema se comenzó a complejizar: aumentaron las drogas ilícitas disponibles, se modificaron los consumos, la población creció, aunado al cambio de paradigma gubernamental en donde se abandonó el modelo del estado de bienestar por uno de corte neoliberal, en donde se transfiere a los ciudadanos las responsabilidades sociales (Olvera, 2003).

Estas condiciones pueden observarse en el crecimiento de la oferta de atención residencial y los grupos de autoayuda. La Central Mexicana de Servicios Generales de A.A. señala que durante 1960 y 1970 tuvieron uno de sus mayores repuntes en la formación de grupos (CMSG, 2008). También, como se dijo antes, durante este periodo el CIJ se vuelve parte de la estructura gubernamental con participación presupuestal para atender el problema de las adicciones.

Como señala el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones (Secretaría de Salud, 2016), en su ejercicio de censo de 2016 se encontraron 60 mil 582 personas registradas en 1,125 Centros de Tratamiento y Rehabilitación No Gubernamentales localizados en 281 ciudades de México. Pero de este total, solamente 275 centros cuentan con reconocimiento de la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC, 2017). Otro dato por señalar es que la mayoría de estos centros se conforman como asociaciones civiles, las cuales están repartidas de la siguiente manera en la república mexicana:

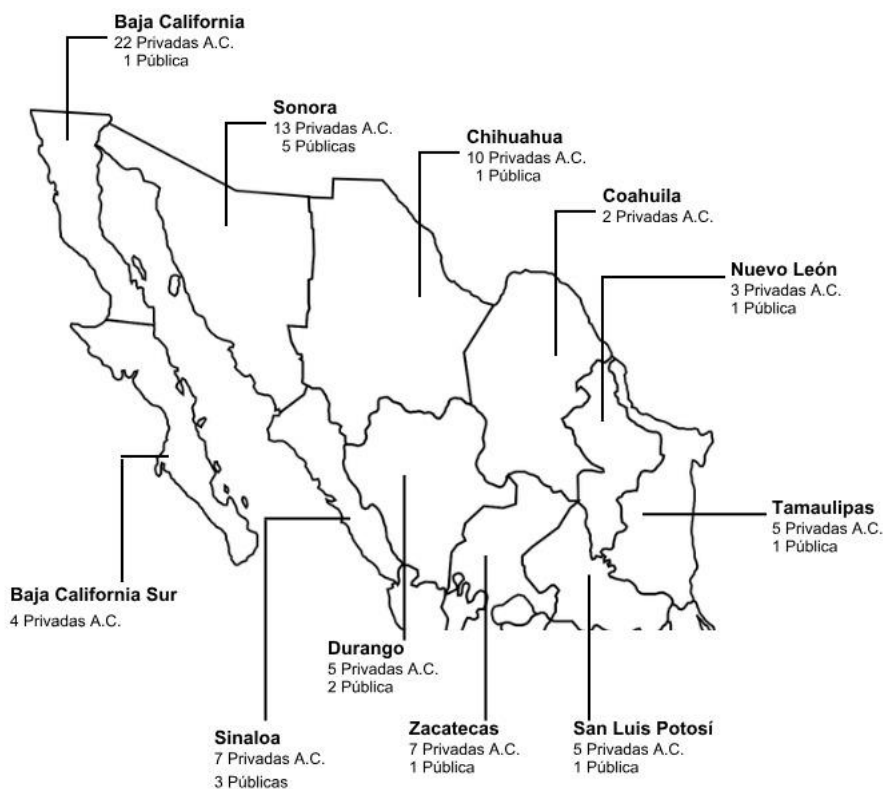


Ilustración 1: Establecimientos especializados en el tratamiento de las adicciones en modalidad residencial reconocidos por la CONADIC (2017). Zona Norte de México. Elaboración propia.



Ilustración 2: Establecimientos especializados en el tratamiento de las adicciones en modalidad residencial reconocidos por la CONADIC (2017). Zona Sur de México. Elaboración propia.

Como se muestra en las ilustraciones 1 y 2 la estrategia de atención gubernamental ha resultado insuficiente para atender la adicción, ya que, del total de los centros de ayuda, solamente 16% de estas instituciones son públicas, cediendo la atención enteramente a la sociedad civil en 11 entidades federativas. Esto, a pesar de que solamente siete estados se encuentran por debajo de la media nacional de incidencia acumulada del consumo de cualquier droga (Villatoro-Velázquez et al., 2017).

El crecimiento del número de estas instituciones durante 1980 y 1990 (y la falta de regulación que tenían) dio paso a que la CONADIC promulgara un anteproyecto de Norma Oficial Mexicana (NOM) para establecer los procedimientos, criterios y las prácticas para la prevención, el tratamiento y el control de las adicciones en México.

Esto se logró con el apoyo de 31 Consejos Estatales contra las Adicciones, además de instituciones federales como la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la Comisión de Derechos Humanos. Contó también con el apoyo de instituciones educativas como la Universidad Nacional Autónoma de México y la Universidad de Veracruz y miembros de la sociedad civil como la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, los Centros de Integración Juvenil, la Oficina Central de Servicio de Grupos 24 Horas de A.A., entre otros (NOM-028, 1999).

La NOM-028-SSA2-1999 se promulgó el 12 de abril del 2000. En ella se establecieron los procedimientos y criterios para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Entre las instituciones reguladas y validadas para el tratamiento se encontraban los centros de internamiento. A diferencia de la Ley General de Salud, la NOM 028 estableció las siguientes características para diagnosticar una adicción o dependencia a alguna sustancia:

“Si en algún momento durante los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

5.1.1 Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia psicoactiva.

5.1.2 Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia psicoactiva, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo.

5.1.3 Cuando se presente síndrome de abstinencia.

5.1.4 Cuando se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia psicoactiva para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (tolerancia).

5.1.5 Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia psicoactiva, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia psicoactiva o para recuperarse de sus efectos.

5.1.6 Persistencia en el consumo de la sustancia psicoactiva a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de bebidas alcohólicas, estados de ánimo depresivos consecutivos a periodos de consumo elevado de una sustancia psicoactiva o deterioro cognitivo secundario al consumo de esta. Debe investigarse a fondo si la persona que consuma la sustancia es consciente, o puede llegar a serlo de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.

5.2. Problemas sociales: psicológicos y de salud, entre otros”. (Norma Oficial 028, 2000)

Este documento normó la atención residencial de las adicciones en México y legitimó e institucionalizó el discurso científico, en específico el vinculado a la medicina, como el orden discursivo de la atención. Esto se puede observar en las definiciones de adicción o dependencia, adicto o farmacodependiente, adicto en recuperación, comunidad terapéutica, consumo, tipo de consumo, grupo de ayuda mutua, participación comunitaria o social, recuperación, síndrome de abstinencia o dependencia, entre otras.

Este documento, además de señalar las modalidades avaladas por el gobierno de México, establece un parámetro sobre la estructura que deben tener los centros de internamiento:

- Área de recepción-información
- Sanitario y regaderas independientes para hombres y para mujeres

- Dormitorios separados por sexo, con camas independientes, y con espacios individuales para objetos personales
- Cocina
- Comedor
- Área para actividades recreativas
- Botiquín de primeros auxilios
- Área de psicoterapia grupal o individual, en caso de que se ofrezca la última
- Área de resguardo y control de medicamentos con acceso restringido a usuarios
- Extintores y señalización para casos de emergencia (NOM-028, 2000)

A pesar del énfasis que se dio al modelo biomédico de las adicciones, este documento contenía algunos saberes provenientes de la sociedad civil como la inclusión de “adictos en recuperación” en los procesos terapéuticos, los cuales son validados al ser colocados a la par de definiciones provenientes de instituciones educativas o internacionales.

Con esto se integró la dimensión cultural del tratamiento de algunos miembros de la sociedad civil como lo fue A.A. y el CIJ, lo que les permitió aportar, en buena medida, a la producción y legitimación de saberes.

La NOM 028 fue modificada en 2009, y como muestra la lista de instituciones participantes, tuvo una mayor colaboración de miembros de la sociedad civil, así como instituciones de educación superior. En esta modificación se acota la relevancia de A.A. en los tratamientos y las especificidades de las definiciones de los modelos de atención. Además, se añadieron procesos clínicos para la atención, como la valoración inicial, la apertura de un expediente clínico y elaboración de la historia clínica, así como la participación de profesionales de la salud para su valoración.

Una de las aportaciones más relevante de la NOM 028 (además de la regulación de los centros de internamiento) fue la división de la estrategia de atención de las adicciones en tres etapas: prevención, atención e investigación.

La prevención se definió como “el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo de sustancias psicoactivas, a disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de dichas sustancias” (NOM-028, 2000, p. 22).

La atención de las adicciones se estableció como una serie de estrategias de tratamiento y rehabilitación para resolver los problemas psicosociales y psiquiátricos que provocan el uso y abuso de sustancias psicoactivas. Los objetivos institucionales que se persiguen con respecto a la atención son lograr y mantener la abstinencia de las personas en condición de adicción, así como el fomento de estilos de vida saludable.

La NOM 028 establece dos tipos de modelos de atención permitidos: ambulatorios o de internamiento. De estos pueden existir cuatro modelos diferentes: profesional, ayuda mutua, mixto o modelos alternativos.

El modelo profesional se caracteriza por ser manejado exclusivamente por profesionales de la salud, además de prestar servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización. Dentro de este modelo puede ubicarse la Unidad Hospitalaria del CIJ y el trabajo de profesionales independientes como psicólogos o psiquiatras que brindan terapias ambulatorias.

Los modelos de ayuda mutua, como se ha mencionado antes, son una oferta de atención proveniente en la mayoría de los casos de agrupaciones de adictos en recuperación, los cuales se reúnen para apoyarse colectivamente y, para posteriormente, resolver sus problemas de adicciones (Marín-Navarrete et al., 2013).

La mayoría de estos modelos utiliza como fundamento los doce pasos de A.A. y entre sus objetivos se encuentra incidir en la conducta, problemas existenciales y emocionales de la persona en situación de adicciones desde la conversación y el acompañamiento.

El modelo mixto es un intento por amalgamar la experiencia de los adictos en recuperación y los saberes de los profesionales de la salud, como psicólogos, psiquiatras, médicos y enfermeras en la rehabilitación en modalidad residencial. Este modelo tuvo como origen la profesionalización de los miembros de A.A., práctica que se emuló de la experiencia del Instituto Betty Ford en Estados Unidos. (Schwarzlose, 2007).

Por último, las instituciones que utilizan el modelo alternativo son definidas en la NOM 028 como aquellas que “brindan servicios de tratamiento a través de diversas técnicas y métodos sin poner en riesgo la integridad física y psicológica del usuario, y que son diferentes a los de la medicina alopática” (2009, p. 20). Esta definición deja abierta a la interpretación los tipos de tratamientos que se pueden brindar, por ejemplo, el temazcal (SEDEREC, s/f), la equinoterapia (González, 2015), la musicoterapia (Guzmán, 2017), entre otras.

Con la promulgación de la NOM 028 se estableció un marco normativo con el propósito de regular la actuación de la sociedad civil, la cual se había desarrollado en el anonimato de su enfermedad y de las instituciones gubernamentales. Los valores institucionales de los adictos en recuperación y las recién creadas instituciones reguladoras como el Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco, provocaron confrontaciones y negociaciones entre ambas que resultaron en estrategias para lograr la supervivencia de las instituciones en proceso de consolidación.

Estrategias gubernamentales en el AMG

Jalisco, como se ha argumentado previamente, es uno de los estados de México con mayor número de personas encarceladas por crímenes contra la salud (Hernández, 2010). Es, además, una de las entidades con mayor incidencia en el consumo de drogas ilegales y alcohol (Villatoro-Velázquez et al., 2017) y la segunda entidad federativa con más centros de internamiento reconocidos por el CONADIC (Comisión Nacional Contra las Adicciones, 2017).

Debido a esto es que se considera relevante el estudio del tratamiento de las adicciones en un estado en donde las dos estrategias gubernamentales tienen mayor repercusión y que posiblemente han empujado a un crecimiento considerable en los grupos que prestan atención al problema.

De los 125 municipios que conforman a Jalisco, es el Área Metropolitana de Guadalajara (AMG) la que concentra la mayor parte de estos tres indicadores antes mencionados. La ciudad de Guadalajara, capital del estado, está en los primeros lugares nacionales de prevalencia en el consumo de sustancias con 22.3%, lo que supera la media nacional que es de 17.2%. En Guadalajara los estudiantes de secundaria son quienes más consumo reportan a nivel nacional con 18.3% de casos (Villatoro-Velázquez et al., 2017).

Además, los encuestados de Guadalajara reportaron los niveles más altos de alguna vez haber consumido de tranquilizantes (9.3% en mujeres, 5% en hombres) y uno de los más altos en alcohol (43.4%), ambos por encima de la media nacional que respectivamente es 4.3% en mujeres, 3.2% en hombres, y 35.5% en el caso del alcohol. Estos datos sugieren que el tema de las adicciones en Jalisco se aproxima a una situación alarmante, detrás de la cual se encuentra un problema complejo que implica a todas las esferas de quien lo padece (Ovejero, 2000).

En el censo del 2018 de los centros en modalidad residencial, realizado por el CECAJ y obtenido por la solicitud de transparencia 05482918, se señala que existen 251 centros registrados en Jalisco. De ese total solamente 38 cuentan con reconocimiento por el CONADIC por su cumplimiento de la NOM 028; 48 se encuentran en proceso de dar cumplimiento y 165 no realizaron trámites de reconocimiento. Es decir, los 38 centros reconocidos representan 15% del total de instituciones que operan en Jalisco.

Por último, a pesar de la sospecha de que no todos los centros de internamiento tienen un funcionamiento adecuado (desde el punto de vista legal y sanitario) estos siguen proliferando al unísono. Y lo siguen haciendo al mismo nivel que aumenta el problema y la respuesta del gobierno sigue siendo ineficiente; por ejemplo, en Jalisco, la estrategia para tratar las adicciones cuenta con tres instituciones de apoyo (Calzada, Petersen y Zwitser, 2018). Con los siguientes establecimientos:

- 21 Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA)
- 8 Centros de Integración Juvenil, A.C.
- Instituto Municipal de Atención a la Juventud Jalisco

Por otro lado, en lo que respecta al Área Metropolitana de Guadalajara, conformada por: Guadalajara, Zapopan, San Pedro Tlaquepaque, Tlajomulco de Zúñiga, Tonalá, El Salto, Zapotlanejo, Ixtlahuacán de los Membrillos y Juanacatlán, se concentra el 78% de los establecimientos especializados en el tratamiento de las adicciones de la entidad. Más aún, solamente en Zapopan y Guadalajara está el 39.4% del total de centros de ayuda (CONADIC, 2017).

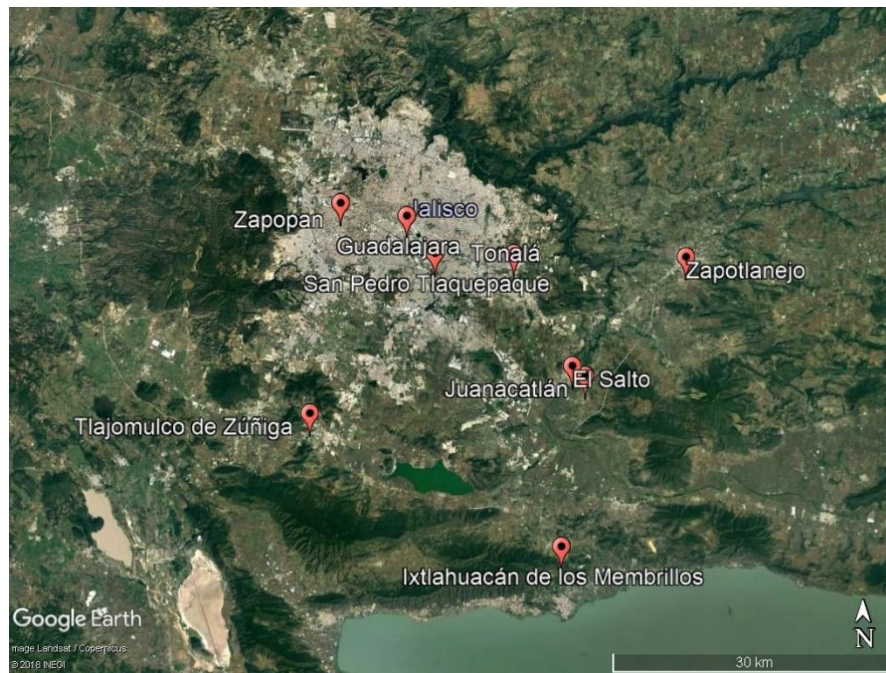


Figura 1: Mapa del Área Metropolitana de Guadalajara. Elaboración propia.

Esta concentración puede explicarse por la densidad demográfica que hay en estos nueve municipios. El AMG tiene una población total de 4 millones 427 mil 618 habitantes (IMEPLAN, 2019) con una densidad promedio de 14 habitantes por hectárea de superficie total.

Otra razón para tal densidad de establecimientos de atención puede ser la distribución de consumidores en estos nueve municipios. El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (2018) señala que en estos nueve municipios residen 33% de los pacientes atendidos en servicios de urgencias médicas relacionadas al consumo o las adicciones.

El fenómeno de las adicciones, además de ser complejo, es un campo fértil para la investigación sociocultural, ya que se puede construir un objeto pertinente desde las dimensiones estructurales o subjetivas del fenómeno. Es posible abordarlo desde la construcción simbólica de la adicción en la sociedad, el gobierno o la opinión pública, o incluso centrarse en el sujeto y su experiencia con la enfermedad.

De todas estas posibilidades, esta investigación se ubica en los sujetos de la sociedad civil que participaron en la solución de un problema que fue relegado por el gobierno mexicano: la atención de las adicciones en la modalidad residencial.

Las razones principales por las que se decidió esto fueron el constante aumento del consumo de drogas en el AMG, la baja participación gubernamental en la atención a las personas en esta situación y conocer las características particulares de los miembros de la sociedad civil que intervinieron en la solución del problema y, lo más importante, la intención de rescatar las historias y los saberes de estos sujetos para conocer cómo es posible solucionar problemas públicos desde su agencia.

Por estas razones es que se decidió abordar la investigación desde una postura cualitativa, para poder recuperar la voz de los sujetos que estuvieron involucrados en el proceso de institucionalización de los centros de internamiento.

Capítulo III: Coordenadas teóricas de lectura

México tiene una larga historia de atención a las adicciones, la cual ha estado atravesada por tres dimensiones: 1) el Estado, como aparato regulador de la sociedad por medio de las instituciones gubernamentales, administrativas y coercitivas (Isuani, 1979). 2) La sociedad civil, como sujetos libres y voluntarios que actúan conjuntamente para contribuir a la solución de los problemas de la sociedad (Olvera, 2000). Y, por último, 3) la biopolítica como la herramienta de control productivo de los miembros de una nación, es decir, la manera en que se politizó la vida (Castro, 2018).

La biopolítica sobrepasa a la figura del Estado-Nación, práctica que se ha instalado desde los niveles supranacionales y como método de presión económica y política por parte de Estados Unidos. La consolidación del biopoder en el área de las adicciones se dio con la promulgación de la Ley General de la Salud, ya que establecía las condiciones de control de la vida por parte del Estado.

Fue durante el adelgazamiento del estado de bienestar y la consolidación de la biopolítica, como política de salud pública, en que la sociedad civil de México y de la AMG, área geográfica de análisis de esta investigación, que comenzó a institucionalizar sus prácticas y discursos por medio de una producción simbólica que se fundamentó en su cultura institucional. Este proceso no fue lineal, ni progresivo, sino que fueron constantes fuerzas instituyentes respondiendo a los procesos instituidos en la sociedad.

La construcción del objeto de investigación que aquí se presenta se realizó a partir de una revisión bibliográfica transversal que ayudó a pensar los abordajes que se han tenido del objeto desde diferentes perspectivas. Las plataformas revisadas para este fin fueron Ebsco, Google Académico, Redalyc, la biblioteca digital de la Universidad de Guadalajara, así como el repositorio digital institucional y la biblioteca “Dr. Jorge Villalobos Padilla, SJ” del ITESO.

La revisión documental tuvo tres líneas de indagación para la construcción del problema de investigación. Primero, se investigó sobre el análisis institucional (Barriga, 1979), el estudio de las instituciones como construcciones sociales y su cultura como procesos socioculturales (Landesmann, Hickman y Parra, 2009).

Segundo, el estudio de las adicciones desde la postura sociocultural en la cual se destaca el análisis de las prácticas culturales de los consumidores, así como de profesionales y sociedad civil que los atiende (Martínez et al, 2016; Martí et al., 2012; y Chávez, 2011). Asimismo, las prácticas de recuperación y su significación en contextos particulares como el trabajo de Anicama, Mayorga y Henostroza (2011). En la revisión de estos trabajos encontramos claves para comprender el proceso de los centros de internamiento, así como sus contextos particulares.

En paralelo se revisó la relación que se ha establecido entre la sociedad civil y el Estado en la resolución de problemas públicos. Los trabajos que destacan son los presentados por Ricardo Fletes (2017) y su análisis de la *Gran Familia de Zamora* y los trabajos de revisión histórica del papel de la sociedad civil en el desarrollo de las sociedades democráticas de José Fernández (2012).

A partir de la revisión bibliográfica, así como la constante revisión del proyecto de investigación, se estableció un plan de búsqueda con los conceptos de *instituyente* e *instituto* como claves analíticas, esto ayudó a dar una fortaleza interpretativa al proyecto, acotar las posturas teóricas y revisar los términos relacionados.

Así pues, este capítulo aborda las discusiones teóricas sobre los tres grandes conceptos que enmarcan al fenómeno de los centros de internamiento, el Estado, la sociedad civil y la biopolítica. Así como el proceso dialéctico de la institucionalización, la herramienta analítica que se utilizó para explicar las respuestas instituyentes que implementaron los dirigentes de centros de internamiento.

El marco estatal de las adicciones

Estado

Para explicar a la sociedad civil que atiende el problema de las adicciones y los sujetos que la conforman es necesario ubicarla dentro del conjunto de estructuras que regulan su existencia: el Estado y el mercado (Ortiz, 2010; Cohen y Arato, 2000).

Como se ha explicado previamente, la intención de esta investigación es entender la participación de los dirigentes de centros de internamiento en la solución del problema público de las adicciones, por ello, se considera pertinente abordar una discusión teórica sobre el Estado, en el cual los miembros de esta sociedad civil actúan.

Así pues, la intención de abordar al Estado como un elemento analítico tuvo como objetivo colocar las características en las que se introduce el fenómeno de los centros de internamiento: regulación gubernamental y ejercicio de prácticas coercitivas (Isuani, 1979). Ambas características ejercidas por instituciones concretas pertenecientes al Estado por medio de procedimientos, análisis y reflexiones del poder, las cuales tienen como objetivo a la población de un espacio determinado (Castro, 2018).

Entonces, al hablar del Estado es necesario clarificar desde donde se habla, por ello, a continuación, se plantean discusiones sobre su complejidad expresadas en tres debates históricos: el primero es el Estado como resultado de un acuerdo entre individuos (contrato social) o por un grupo que se impone sobre otros grupos sociales.

El segundo debate, propuesto por Hegel (2015), en donde el Estado es una dimensión abstracta que abarca otras dimensiones de lo social, como la realidad efectiva (*Wirklichkeit*) de la idea ética (Ávalos, 2010). Y, por último, la conceptualización marxista en donde el Estado es “un aparato separado de la

sociedad, operando a través de sus instituciones gubernamentales, administrativas y coercitivas” (Isuani, 1979, p. 1).

Estos tres debates fueron las bases teóricas de la discusión del Estado como estructura, idea u órgano interventor en las sociedades modernas. Si bien estos debates tienen posturas que se contraponen, las tres se nutren de la evolución conceptual de la idea del Estado, es por esa razón que se decidió mantenerlos como base para la reflexión del trabajo de investigación.

En el primer debate, en donde se establece al Estado como contrato social, se puede comprender como el acuerdo entre individuos para crear una entidad social que ayude a superar las desventajas de un real o hipotético “Estado de naturaleza” (Isuani, 1979).

Dentro de esta perspectiva no se debe confundir el Estado con el gobierno, ya que, bajo este paradigma, el Estado es una conjunción de voluntades en una misma persona, como lo nombra Hobbes, la “Commonwealth” a la que se ceden los derechos a gobernar y se autoricen sus acciones de esa manera (en Orozco, 2009).

Uno de los representantes más importantes de este debate es Max Weber quien define al Estado como:

“Una asociación de dominación debe llamarse asociación *política* cuando y en la medida en que su existencia y la validez de su ordenamiento, dentro de un territorio geográfico determinado, estén garantizadas de un modo continuo por la amenaza y aplicación de la fuerza física por parte de su cuadro administrativo. Por *Estado* debe entenderse un *instituto político* de actividad continuada, cuando y en la medida en que su cuadro administrativo mantenga con éxito la pretensión al *monopolio* de la coacción física *legítima* para el mantenimiento del orden vigente” (Weber, 2016, p. 185).

Para Weber la idea de Estado está relacionada a la dominación, así como al uso de la fuerza legítima y la existencia de la territorialidad en donde se pueda ejercer la dominación. Así pues, se podría considerar al Estado como “un tipo particular de organización política gobernante, caracterizada por el elemento de territorialidad y

por la existencia de un órgano administrativo que monopoliza el uso legítimo de la violencia física” (Isuani, 1979, p. 6).

La posición idealista del Estado abordada en el segundo debate proviene de la obra de Hegel. Esta visión puede ser comprendida como una esfera o dimensión social en la que se da mayor importancia a la díada Sociedad Civil-Estado, ya que éstas, junto con la familia, se contraponen y se convierten en los tres momentos de la vida ética. Hegel señala que:

La sustancia ética es, por tanto, en esta determinación, la sustancia real, el espíritu absoluto, *realizado* [realisiert] en la multiplicidad de la conciencia existente; el espíritu absoluto es la *comunidad* [...]. La comunidad es el espíritu que es para sí, en cuanto se mantiene en el *reflejo de los individuos* -y que es en sí o sustancia en cuanto los mantiene a ellos en sí. Como la sustancia real, es un pueblo, como conciencia real, ciudadano del pueblo (2015, p. 263).

Isuani (1979) señala que dentro de esta concepción de Estado debemos tener en cuenta los cambios intrínsecos a la sociedad, como lo es el ascenso del capitalismo que se erige como un nuevo orden social, con lo que se estableció un nuevo orden social y dinámicas como el individualismo, que se caracteriza por la acentuación de los intereses particulares que se oponen a los de otros individuos y al interés común.

La otra característica que se atribuye al modelo capitalista es el aumento de la desigualdad; esto como resultado de la dinámica del mercado, la cual incrementa las diferencias en la distribución de los bienes. Para evitar la fragmentación de la sociedad, la diferenciación entre lo público y lo privado se convierte en una característica de la sociedad moderna y es en ese momento histórico que el concepto de sociedad civil emerge.

De esta manera el Estado, para la postura idealista, es “el más alto momento de la vida ética, donde lo universal y lo particular se reconcilian, donde reinan la solidaridad y la identidad, donde el hombre está dispuesto a sacrificarse por el bien

de otros” (Isuani, 1979, p. 8). El Estado entonces no es el gobierno, sino una dimensión abstracta de la sociedad.

Por último, la tercera noción sobre Estado es la concepción materialista que lo conceptualiza como un aparato gubernamental, administrativo y coercitivo dentro de una sociedad determinada. Aquí no es una dimensión abstracta de la sociedad, sino una institución concreta y separada del resto de la sociedad. En esta concepción, como señala Isuani (1979), los conceptos como “autonomía” e “intervención” son significativos.

Esta noción está sustentada por el pensamiento marxista y parte de una crítica hacia el concepto de Estado de Hegel, en la que se cuestiona su teoría por ser una ilusión idealista. Esto pasa ya que el Estado, como la trascendencia de la sociedad civil a lo universal, no puede alcanzarse debido a la desigualdad socioeconómica de sus miembros (Isuani, 1979).

Para otros pensadores como Engels (1962), el Estado fue un producto de la división de la sociedad en clases sociales para frenar su antagonismo y que además se estableció como una organización de la clase dominante para frenar a las clases explotadas y oprimidas. No obstante, su funcionamiento no consiste solamente en el uso legítimo de la fuerza, sino en las instituciones de represión de todo tipo. A esto último, Engels le llama poder público o poder del Estado.

El Estado entonces es entendido (partiendo de esta postura) desde el materialismo histórico, en donde sus atribuciones como un aparato separado de la sociedad son operadas a través de sus instituciones gubernamentales, administrativas y coercitivas. Y no sólo eso, sino que además otorga las características de hacerse cargo de la cosa pública, en la cual no hay espacio para otros actores y su acción, y cuando la hay “es interpretada como disfunción, incluso amenaza” (Aguilar, 2006, p. 22).

Si comprendemos entonces al Estado desde esta postura, éste debe estar sostenido en elementos reales y observables (Semaniego, 2005). Para que se considere un Estado debe estar constituido por un territorio, en el cual pueda desenvolver su actividad específica o su poder público, ya que sin una territorialización no es posible incrementar su poder ideológico o militar (Hall e Ikenberry, 1993).

Por último, un Estado debe tener la capacidad de organizarse autónomamente, no puede derivarse de ninguno otro y debe atenerse a su propio derecho. Dentro de esta conceptualización, el Estado hace su propia división y organización de funciones. Pero para que exista un poder de dominación independiente es necesario que su organización esté sobre leyes propias y deben estar plasmadas en la Constitución del Estado (Semaniego, 2005).

El caso particular de los Estados en América Latina se encuentra intrínsecamente relacionado a los cambios sociales que ocurrieron durante las dictaduras militares, la transición a la democracia representativa y la apertura del mercado global (Ortiz, 2010; Cohen y Arato, 2000). En lo que respecta a México, no existió la figura de dictador, pero las condiciones políticas y sociales permitieron que se mantuviera un solo partido en el poder.

La concentración del poder político, la adopción de una retórica obrerista y agrarista, y la aplicación de políticas de bienestar social llevó a México a configurarse como una Estado benefactor durante el periodo de 1940 a 1980 (Revueltas, 1993; Medina, 1998; Vázquez, 2005). Durante este periodo, las instituciones estatales buscaron garantizar los derechos sociales de los mexicanos a través de políticas y programas de carácter redistributivo (Medina, 1998; Farge, 2007).

Es durante esta etapa que el Estado mexicano puede entenderse como parte de la definición del Estado descrito en la postura materialista, pero que se debilitó debido a los cambios internos y el “agotamiento” del modelo a principios de 1980 (Vázquez, 2005; Álvarez, 2017). Como se ha argumentado previamente, a principios de 1980

el Estado comienza a reducir su participación en problemas públicos permitiendo la participación de nuevos actores políticos.

Con la entrada del discurso neoliberal a mediados de 1980 y principios de 1990, se pensaba en “el Estado benefactor como una formación que limitaba la capacidad emprendedora de los individuos [...] defendía la necesidad de un Estado adelgazado y una sociedad responsable de su propio bienestar” (Rose en Leal, 2017).

México buscó afrontar las crisis financieras que vivía con la disminución de la participación gubernamental en la economía al privatizar las empresas paraestatales, acción que se llevó a cabo posterior a las recomendaciones del Fondo Monetario Internacional. Este adelgazamiento modificó las obligaciones que asumió el Estado dentro a los problemas públicos de la sociedad, la cual comenzaba a organizarse a en el país (Leal, 2017).

Con el establecimiento del capitalismo global como modelo de organización social se comenzó a redefinir el papel del Estado y la participación de la sociedad civil en los problemas públicos del país. El fenómeno de las adicciones puede ser un ejemplo del abandono del Estado benefactor a los problemas públicos en México.

Como se mencionó antes, la regulación y la atención de las adicciones, en menor medida, eran obligaciones del Estado, pero el aumento del consumo tuvo como consecuencia la proliferación de grupos de autoayuda y asociaciones civiles. Estos colectivos tomaron el papel de facilitadores de recursos o espacios para la sociedad civil, como sucedió en el caso del CIJ.

Estas condiciones provocaron que grupos de personas se organizaran para dar solución a los problemas que el Estado no podía afrontar. Uno de los más representativos fueron las Damas Periodistas, que lograron que el Gobierno Federal concediera recursos a su asociación civil: el Centro de Integración Juvenil.

Estos grupos comienzan a construirse como miembros activos y políticos dentro de la democracia mexicana, no solamente aportando a la solución del problema sino también incidiendo en la construcción de políticas públicas.

Esta relación puede ser apreciada en la importancia que tomó el CIJ, y en particular Kena Moreno, presidenta del Patronato Nacional, para plantear los métodos de intervención en el problema de las adicciones. Destaca también el papel que tomaron para establecer trabajos conjuntos entre sociedad civil, sociedad en general y gobierno (CIJ, 1978).

Una estructuración sui generis, la sociedad civil contra las adicciones

Como se adelantó en apartados previos, la sociedad civil en México surge por diversas causas entre las que destacan el fracaso del Estado de bienestar (Olvera, 2003), el cual se ve rebasado en sus atribuciones y no puede responder a las expectativas que él mismo generó con relación a los servicios que ofrece a sus ciudadanos.

La necesidad de resolver problemas públicos que no eran atendidos por el Estado (Cohen y Arato, 2000); y la organización de ciudadanos para hacer frente a contingencias naturales, políticas, culturales y sociales (Álvarez, 2017) fueron otros de los factores que propiciaron la organización de la sociedad civil para la atención de las adicciones.

Es entonces que el Estado ajustó su funcionamiento para hacer coincidir las expectativas que se habían generado con el modelo del Estado de bienestar y la realidad en la que se ubicaba. Esta confrontación permitió la inclusión de nuevos actores sociales, mientras que el Estado comenzaba a ubicarse como vigilante y regulador de sus prácticas (Aguilar, 2006).

De la misma manera, Leal (2017) señala que en México la idea de una sociedad que se conforma de individuos autónomos, organizados al margen de los aparatos gubernamentales, es un fenómeno inseparable a la crisis del Estado benefactor.

Idea que estuvo vinculada también a una nueva forma de entender la colectividad y el bien común que sustentaba.

Esta redirección de la responsabilidad, como dice Nikolas Rose (en Álvarez, 2017), busca favorecer la formación de ciudadanos autónomos y responsables, los cuales tengan la capacidad de desarrollarse y ser prósperos sin la necesidad del Estado. Esto se desarrolló aún más después de la crisis económica de 1982, cuando se comenzó a discutir en la esfera pública su poder excesivo y su responsabilidad en los principales problemas de México, por lo que este debía ser acotado por la sociedad (Leal, 2017).

La sociedad civil entonces cobra sentido dentro del proyecto neoliberal del Estado para suplir sus deficiencias con el objetivo de impulsar acciones colectivas orientadas a construir ciudadanía, democratización social, control y su (Aranda, 2009). Una de las características más significativas fue la conformación como un conjunto social heterogéneo en proceso de constitución constante.

Además, entre las discusiones durante la emergencia de la sociedad civil se establece que ésta tiene el propósito de influir en las iniciativas sociales, así como en los intereses materiales y simbólicos de la sociedad, siendo su espacio de acción “la política no institucional, creando esferas autónomas de expresión y gestión de intereses sociales particulares y generales” (Aranda, 2009, p. 66).

Los dirigentes de centros internamiento consultados relatan que este momento histórico como fue similar para ellos, ya que la institucionalización de la atención residencial a las adicciones en México (CMSG, 2008 y Rosovsky, 2009) comenzó al igual que otros movimientos durante el periodo de 1985 y 1993 (Aranda, 2009).

Una vez que los miembros de la sociedad civil institucionalizaron la atención residencial de las adicciones, se dio paso, de manera directa y ya no sólo desde las periferias de la institucionalidad política, al involucramiento en las soluciones a

problemas sociales por medio de la participación del diseño, gestión, seguimiento y evaluación de las políticas públicas (Aguilar, 2006).

Un ejemplo de esto a nivel nacional se puede apreciar en la participación de miembros de la sociedad civil en la elaboración de la Norma 028 y el efecto que tuvo como política pública. Mientras que en el AMG, como relata Capricornio (una de las entrevistadas) los miembros de la sociedad civil participaban en foros y modificaciones de políticas públicas.

Ahora, pasar del concepto abstracto de la sociedad civil a la puesta en práctica como refieren Cohen y Arato (2000) puede ser una tarea compleja por su heterogeneidad. Ya que, como señala Canto “el sentido específico atribuido a sociedad civil es contingente a la situación histórica en la que se utiliza” (2017, p. 181). Por esta razón se utilizaron las tipologías de Ramírez (2013) y Olvera (2003) como marcos de referencia.

Ramírez (2013) propone tres modelos. El primero es de origen europeo, en el que la sociedad civil es designada por la economía social como organizaciones que no pueden considerarse propiamente como no lucrativas, pero que su actividad económica persigue fines sociales comunes. Se establece que estas entidades generan beneficios para sus miembros más que generar utilidades para inversionistas. Ramírez explica que estas organizaciones “dan énfasis a la toma democrática de decisiones, a la gestión autónoma y a la prevalencia del trabajo sobre el capital en la distribución del ingreso” (2013, p. 44).

La segunda aproximación se refiere al *nonprofit*, o sector no lucrativo, siendo esta la que predomina en el sistema de clasificación de las cuentas nacionales y que es promovido por las Naciones Unidas (Anheier, 2005). El rasgo distintivo de esta aproximación que señala Ramírez es “la prohibición de redistribuir utilidades entre sus propietarios [...] cuando existen deben ser reinvertidas en la propia organización” (2013, p. 44). Asimismo, se dejan fuera de esta clasificación las

organizaciones que distribuyen beneficios para sus miembros y los principios democráticos no se encuentran al centro de la discusión.

Por último, el enfoque empresarial social son las organizaciones con formas similares a empresas comerciales pero que persiguen propósitos sociales. Jorge Ramírez determina sus rasgos distintivos como: “a) una actividad continua de producción y venta de bienes y servicios; b) un alto grado de autonomía; c) un nivel significativo de riesgo económico y d) un mínimo empleo de personal pagado” (2013, p. 45).

Mientras que su dimensión social supondría estar caracterizada por:

- a) un propósito explícito de beneficiar a la comunidad o a un grupo específico de personas;
- b) ser una iniciativa promovida por un grupo de ciudadano; c) un poder de decisión no basado en la propiedad del capital; d) una amplia participación de promotores, empleados, cooperantes y beneficiarios en la gestión de la organización, y e) la posibilidad de distribución de utilidades, sin que se busque maximizarlas (Ramírez, 2013, p. 45).

Por su parte, Olvera (2000) presenta ocho tipos de sociedad civil en México, aunque señala que esta tipología no busca ser exhaustiva, éstas son: 1) asociaciones de carácter económico-gremial, 2) asociaciones políticas formales, 3) asociaciones de matriz religiosa, 4) organizaciones civiles, 5) asociaciones de tipo cultural, 6) asociaciones privadas de tipo deportivo y recreacional, 7) asociaciones de tipo urbano-gremial y 8) movimientos y asociaciones de comunidades indígenas.

La sociedad civil que atiende centros de internamiento tiene características que la pueden clasificar como “organizaciones civiles” definidas como “asociaciones libres y voluntarias de ciudadanos, cuyo fin es actuar conjuntamente en el espacio público para contribuir a la resolución de problemas de la sociedad y a llenar los vacíos de atención a las necesidades de la población dejados por la acción del Estado y del mercado” (Olvera, 2000, p. 36).

A su vez, este tipo de sociedad civil se divide en tres modelos: a) asociaciones y movimiento sociales para la defensa de los derechos ciudadanos, b) organizaciones

de desarrollo y servicios a la comunidad y c) asociaciones de asistencia privada. Esta última, está más cercana a la misión de algunos centros de internamiento, ya que como organización no buscan cuestionar el orden establecido ni pretenden modificarlo, sino prestar un servicio social por medio de la asistencia social sin una participación en el campo político (Olvera, 2000).

De esta forma, se considera a la sociedad civil como un conjunto heterogéneo que tiene como objetivo impulsar acciones colectivas para influir en los intereses materiales y simbólicos de la sociedad, siendo su espacio de acción “la política no institucional, creando esferas autónomas de expresión y gestión de intereses sociales particulares y generales” (Aranda, 2009, p. 66).

De igual manera y siguiendo lo expresado en la categorización de Ramírez (2013) del enfoque empresarial social, los centros de internamiento son considerados instituciones de la sociedad civil, ya que se pueden relacionar a los siguientes rasgos distintivos: a) tienen una actividad continua de servicio [atención y rehabilitación]; b) tienen un alto grado de autonomía de manera interna; c) como señalaron tres de los dirigentes entrevistados, existe un alto riesgo económico y d) muchos de estos centros son atendidos por voluntarios.

Mientras que en la dimensión social se encuentran los siguientes elementos: a) persiguen un beneficio a un grupo específico de personas [adictos], b) han sido promovidos históricamente por grupos de ciudadanos ajenos al Estado y c) sus decisiones están basadas en el modelo de atención y la eficacia del tratamiento.

El proceso de institucionalización del tratamiento residencial de las adicciones se da durante la crisis del Estado del Bienestar y es atravesada por la emergencia de la sociedad civil en México en la década de 1980 (Olvera, 2000, Castañeda, 2013 y Leal, 2017). De manera paralela se dio la redefinición política y judicial sobre las adicciones y el incremento de las instancias de la sociedad civil encargada de la atención del problema.

Se trata de una política que se basa en modelos biomédicos y posturas de normalización de la salud, una postura que Foucault llamar el biopoder y su ejercicio mediante la biopolítica.

La biopolítica: normar la atención a las adicciones

Como se explicaba en la introducción al capítulo, el Estado mexicano comenzó a introducir políticas de atención a la salud referentes a las adicciones de la población desde finales del siglo XIX y principios del siglo XX, con la creación de las leyes de salubridad y los institutos de atención a la salud. Pero fue hasta 1974 cuando se estableció la actual diferencia entre la persona que debía ser castigada por el consumo de drogas y la que debía ser tratadas por su enfermedad.

Esta diferencia inauguró la práctica del biopoder en el fenómeno de las adicciones, ya que se comenzó a regular la vida de los ciudadanos en dos vías: la criminal y la médica. Posteriormente, la creación de la Ley General de Salud en 1984 fue el ejercicio del biopoder en forma de política pública. Esto debido a que se normó entre una gran cantidad de temas sobre la atención a las adicciones. Fue así que las adicciones se establecieron como un asunto público, y, en consecuencia, responsabilidad del Estado, la cual representa una práctica de la biopolítica.

Para explicar este fenómeno, nos acercamos al biopoder como señala Castro (2018) como un elemento necesario para el desarrollo del capitalismo, ya que permitió el control de los sujetos en el sentido de la producción y los procesos económicos, siendo esta la estrategia del poder antes de aplicarlo en la esfera pública.

Foucault señala que, una vez establecido el poder democrático dentro de las sociedades modernas, el uso de las leyes y normas es esencial para formar las sociedades normalizadas. Sociedades en las cuales las normas disciplinan a los individuos y que son “el efecto histórico de una tecnología de poder centrada en la vida” (Castro, 2018, p. 61).

La práctica del biopoder a partir del siglo XVIII marca una diferencia con la manera de gobernar anteriormente, ya que los fenómenos que afectan a la población y a la práctica gubernamental se comienzan a racionalizar y, como consecuencia, se solventan desde el gobierno. Entre los fenómenos identificables se encuentran algunos como la demografía de los pueblos, la higiene pública, la vejez y las enfermedades que dejan al individuo fuera del mercado del trabajo (Castro, 2018)

Una característica del biopoder es entonces la capacidad que se transfiere al gobierno para regular fenómenos relacionados a la vida de las poblaciones, a esto Foucault lo llama biopolítica. Las particularidades de la biopolítica (Lemke, 2017) son que los gobernantes pueden disponer de la vida de los súbditos, y con el creciente saber médico/científico sobre el humano, se podrá legislar para tener un dominio de la vida y establecer un saber sobre la misma.

Este control tiene como objetivo impedir o nivelar los peligros producidos por la vida. Para lograr esto es necesaria la regularización de las prácticas y el control de las voluntades de los sujetos como instrumentos de acción. Más aún, para desarrollar estos instrumentos se establecen parámetros de medición, normalidad y anormalidad como concluye Georges Canguilhem (1971).

Las personas en condición de adicción (en su mayoría) transitan por un proceso complejo para desarrollar la enfermedad, durante este proceso aparecen distintas maneras de interacción en sus círculos sociales y sus entornos. La normalización de la que habla Canguilhem es vigilada por las instituciones de regulación, mientras que las instituciones cercanas al sujeto (como la familia) transitan por diferentes etapas de aceptación o confrontación, dependiendo el periodo en que se encuentre la enfermedad: enmascarada, leve, moderada, avanzada, grave y terminal (Nizama, 2015).

Cada una de las etapas de la evolución clínica está acompañada de emociones y maneras de interactuar, pero es en las últimas tres en las que incurren en comportamientos que se juzgan como anormales, las cuales son las conductas

delictivas, la degradación, la agresividad, la deshumanización o la criminalidad en general (Nizama, 2015).

En estas últimas etapas, al sujeto se le exige continuar produciendo o consumiendo, pero se encuentran incapacitada física, emocional o cognitivamente para continuar como un miembro activo de la sociedad. Es durante estas las últimas fases que los sujetos se desprenden de la normalidad y se les aplican correctivos como encarcelamiento, tratamiento o abandono. La persona en condición de adicción se vuelve un anormal ante nuestra cultura.

Hardt y Negri (2002) discuten como una dinámica productiva desarrollada en las sociedades actuales muestran procesos de disolución de los límites entre la economía, la política y la vida humana, a estos procesos le llaman: *producción biopolítica*. Para ellos, no hay nada que se encuentre fuera del campo del dinero; la *producción biopolítica* es “la producción de la vida misma, un proceso en el que cada vez más lo económico, lo político y lo cultural se superponen e intervienen recíprocamente” (Lemke, 2017, p. 88) y la vida determinaría el ciclo de la producción. Esto vincularía la reproducción humana y la producción como procesos necesarios de regular para obtener mayor plusvalía.

Entonces, la búsqueda de una población “normal” es esencial para mantener la producción. Como señala Canguilhem, lo normal desde su raíz etimológica, norma y sugiere dos sentidos de interpretación: “es normal aquello que es tal como debe ser; es normal [...] aquello que se vuelve a encontrar en la mayoría de los casos de una especie determinada, o aquello que constituye ya sea el promedio, ya sea el módulo de un carácter mensurable” (1971, p. 91).

Lo “normal” es una construcción de sentido sociocultural, relacionada más a regularidades y discursos dominantes que circulen en los momentos históricos dados. En un momento histórico particular, la norma es la encargada de permitir algunos tipos de prácticas y acciones; de por medio se imponen redes de legibilidad

sobre lo social que definen los parámetros de los que está o no en la esfera de lo social (Butler, 2004).

Entonces, lo normal está regulado por las instituciones gubernamentales de vigilancia y control, en este caso, la Secretaría de Salud, la Comisión Nacional contra las Adicciones y el Consejo Estatal Contra las Adicciones Jalisco, los cuales son validados por medio de la Ley General de Salud y la Norma 028. A esto hay que sumar a las instituciones de la sociedad civil que ya se han presentado: Alcohólicos Anónimos, por medio de la literatura y las tradiciones, y los Centros de Integración Juvenil, a través de sus vínculos gubernamentales.

Michel Foucault identifica a la medicina como uno de estos discursos dominantes de normalización, ya que se le piensa como la ciencia con “un poder autoritario con funciones de normalización que van más allá de la existencia de las enfermedades y de la demanda del enfermo” (en Castro, 2018, p. 283). Esta regulación es el poder ejercido para constituir formas de ser y vivir de las poblaciones, es decir, el proceso de regulación de la vida de los individuos.

El poder en las sociedades modernas se ejerce entonces desde la norma, que para Foucault (en Castro, 2018) es el mecanismo para imponer una conformidad a alcanzarse, la homogeneización de las conductas, el texto que remite a los actos y conductas de los sujetos a un campo de comparación, diferenciación y de regla a seguir. Por último, la norma impone un espacio de exclusión que es la ya nombrada anormalidad.

Entonces, el ejercicio de la biopolítica en términos de las adicciones y consumo se vio reflejado en el Código Penal Federal, en la Ley General de Salud y la NOM 028, dónde se estableció a las adicciones como *enfermedades* que deben ser tratadas y al tráfico como un *crimen* que debe ser vigilado y castigado.

Las políticas públicas sobre las adicciones que han sido enunciadas durante los pasados apartados, las cuales han sido adoptadas por el Estado mexicano desde

principios del siglo XX, son un ejemplo de lo que Foucault llamaría el “derecho de intervenir para hacer vivir, sobre la manera de vivir y sobre el cómo de la vida” (2014, p. 224) por parte del Estado.

Así pues, con sus normas, la institución produce individuos, quienes, por construcción, son no solamente capaces de reproducir la institución, sino que son quienes están obligados a hacerlo. Mientras que la “ley” produce los “elementos” de manera tal que el funcionamiento de éstos incorpora, reproduce y perpetúa la misma “ley” (Castoriadis, 1986, p. 68).

Adictos en una población oculta

Las personas que integran los centros de internamiento, tanto dirigentes como internos, tienen dos características que los pueden colocar en la categoría de una población oculta: se desconoce el tamaño y límite real de la población y existe una fuerte preocupación por la privacidad, debido a que algunos miembros pueden haber incurrido en conductas ilegales o estigmatizadas (Romero et al., 2003).

Sobre el primer punto (como se discutió en el apartado anterior) no existe un registro claro del número de personas que conforman esta sociedad civil, debido a la falta de censos exhaustivos por parte de las instancias encargadas y el rápido crecimiento de estas instituciones. Además del poco compromiso con el proceso, en mayor medida, en los grupos de autoayuda.

Mientras que, en el segundo punto, podemos establecer que el consumo de drogas está vinculado a una práctica ilegal, sumado al estigma y relación con conductas delictivas a las que se asocian a los sujetos (Tello, 2007; Rengel, 2005; Pascual y Pascual, 2017).

Caso contrario a lo que respecta a las sustancias legales, con las que se pueden encontrar prácticas como disturbios en la vía pública, accidente o disturbios. Estas cualidades de población oculta resultan en un encapsulamiento de la sociedad civil,

lo que plantea una redimensión al nivel metodológico de cómo se da el entendimiento del fenómeno.

Las investigaciones que conciernen a consumo de drogas abordan a los sujetos involucrados como poblaciones ocultas. Lambert y Wayne (1990) señalan que una de las razones es porque son una población de la que se sabe muy poco, y que también se encuentran dispersos en grandes áreas geográficas y comparten sentimientos de estigmatización por las prácticas ilegales en las que participan o participaron (Muhib et al., 2001).

Como se dijo en el apartado anterior, en el AMG predominan los doce pasos como parte del proceso terapéutico de recuperación, por ello, los sujetos que egresan de los centros se interpretaran a sí mismos como “adictos en recuperación”. El sujeto que comienza a apartarse de las conductas adictivas debe buscar nuevas formas de relaciones y una nueva manera de enfrentar la vida (Murcia y Orejuelas, 2014 y Torres, 2014).

Desde esta visión, la recuperación no solo es la abstinencia completa, sino cambiar positivamente el estilo de vida, objetivo que los persigue durante toda la vida (Bethancourt, 2011) y que los ata a una transformación y construcción personal constante (Díaz-Heredia, Muñoz-Sánchez y Durán-de Villalobos, 2012).

El concepto de sobriedad, que es paralelo a la recuperación, supone la ausencia de la “ingobernabilidad emocional con la presencia activa de un conjunto de dones o virtudes” (Di Pardo, 2009, p. 26).

Con todo lo anterior es posible decir que nos encontramos con un proceso antagónico: las adicciones son la pérdida del control sobre el uso de la sustancia que genera dependencia, mientras que la abstinencia es el restablecimiento del autocontrol en la vida del paciente (Flores, 2010).

Este proceso, como señala García (2017), es posible ya que se hace responsable a los sujetos de su recuperación, de modo que puedan restablecer sus relaciones

sociales. Esto mediante la reestructura de la subjetividad del individuo que logre desarrollar la resiliencia (Orozco, 2016).

Los “adictos en recuperación”, como lo señala la literatura especializada, se encuentran en una constante revisión de su personalidad para no volver a su conducta adictiva. Esta situación los vuelve a colocar como una agrupación vulnerable debido a la constante vigilancia por haber sido adicto, por mantenerse sobrio y por no dejar el programa de rehabilitación.

Este trabajo de investigación trata de tejer los entramados teóricos por medio de una postura interdisciplinar y con el propósito de mantener a la comunicación como proceso al centro de la producción cultural. Esto con el fin de aportar conocimientos nuevos tanto al estudio de las adicciones, como al de la investigación de la comunicación desde una revisión sociocultural.

La investigación está inscrita en el marco de la Maestría en Comunicación de la Ciencia y la Cultura bajo la línea de *Subjetividad, Cultura y Poder*, debido a que los procesos que cruza el objeto de investigación conciernen a un momento sociohistórico particular, en el cual los sujetos producen sentido sobre sus propias prácticas y lugar en el entramado social y desde donde construyen su propia subjetividad o subjetividades.

Al analizar el fenómeno con estas claves de lectura se conceptualiza a la comunicación como un proceso de producción de sentido dentro de contextos culturales particulares, como lo es el escenario de la rehabilitación en el AMG.

El problema de las adicciones ha sido abordado de manera recurrente desde metodologías cuantitativas (Ortiz y Ortiz-Márquez, 2018; Levounis, Zerbo, y Aggarwai, 2016; Matali, Simons et al., 2018; Castro-Fornieles, 2013; Adams et al., 2012). Sobre esta base se encontraron en su mayoría investigaciones desde la biología y neurología que indagan sobre la relación entre sustancias, cerebro y cuerpo (Serrani, 2013; Ceric et al, 2008). Así como la prevalencia y drogas de

impacto en consumidores (Cravioto, De la Rosa, y García-de la Torre, 1998; Borges et al, 2001; Infante y Rubio-Colavida, 2004).

Mientras que desde la postura sociocultural se abordaron temas como la capacidad de agencia en el adicto para superar su condición (Hernández, 2017; Morcillo, 2016; Molina, 2013). Esta perspectiva incluye, en la discusión del tema de las adicciones, factores sociales y culturales a los propuestos por las discusiones biológicas, la cual, como menciona Apud y Romaní (2016), es el camino que tomó el estudio del fenómeno para futuras investigaciones.

Uno de los aspectos más relevantes de la revisión bibliográfica es la pertinencia de una investigación de carácter cualitativo dentro del estudio de las adicciones. El estado del conocimiento se basó en las experiencias en América Latina debido a las similitudes en el desarrollo del fenómeno de las drogas y los tratamientos a personas en condición de adicción. De esta vertiente destacan los trabajos enfocados en la experiencia antropológica en los centros de internamiento.

Análisis institucional: instituciones vivas, los centros de internamiento

El constante ejercicio del biopoder por parte del Estado mexicano, así como los constantes cambios en el fenómeno de las adicciones provocó que la sociedad civil que atendía este problema estuviera en una continua innovación de sus prácticas, sus discursos y sus propuestas. Este fenómeno es conceptualizado por el análisis institucional como prácticas instituyentes (Lapassade, 1999; Lourau et al., 1973).

Así pues, la intención de abordar el estudio de las instituciones partió de analizar las prácticas instituyentes de los centros de internamiento que, al igual que otras instituciones de la vida social (como la escuela, hospitales, familia, entre otras), tenían un empeño de prolongar su existencia ante los cambios de la sociedad. Esta institución funciona y está constituida por agentes que ejercen las prácticas instituyentes (Barriga, 1979). Sujetos como los dirigentes, los adictos en recuperación o los profesionales de la salud.

El análisis institucional pone a los sujetos como actores activos dentro de estos organismos, como interventores en el espacio institucional. Estos son los encargados de impulsar los cambios en *lo instituido* a partir de la modificación de prácticas, discursos e imaginarios en las instituciones (Fernández, 2006).

Esta propuesta ayudó a conceptualizar a los sujetos dentro del cambio institucional y no solo como parte de una institución vertical e inmóvil. Como ejemplo de esto, Landesmann, Hickman y Parra (2009) exponen la función que los actores tienen en la constitución de instituciones, por medio de la transmisión del legado generacional, los procesos de identificación institucional y los vínculos entre historia institucional y construcción identitaria.

El planteamiento de estas autoras parte de recuperar la historia de los sujetos involucrados en la transformación de las fundaciones para narrar la historia de las instituciones, esto por medio de la *historia oral*.

En un primer momento, la criminalización de las personas en condición de adicción provocó que organizaciones como los grupos de autoayuda cambiaran para dar cobijo a estos sujetos. Con esto no solo se reacondicionó la atención de las adicciones, sino que se comenzó a gestar un cambio en las instituciones de recuperación de las adicciones en el país.

Este nacimiento y desarrollo de la institución se dio como producto del cruce de instancias sociales, sintagmáticas y simbólicas de la sociedad. Esto como producto de la dialéctica entre lo instituido y lo instituyentes, que da lugar al proceso de la institucionalización (González, 1983) y en lo sucesivo a la nueva institución. Es este proceso el que se buscó entender durante la investigación por lo que se consideró pertinente el uso del análisis institucional como marco teórico referencial.

Como se ha descrito, el análisis institucional conlleva un proceso en diferentes etapas que involucra diversos actores en su formación. Se trata entonces, como lo mencionan Lourau et al (1973), de una herramienta que permite analizar la sucesión

de etapas a nivel microsocial (con efectos que alcanzan mayores niveles) en la que está colocado el fenómeno instituyente de los centros de internamiento.

Instituido, instituyente e institucionalización: producir la institución

Este trabajo se centra en la capacidad creadora de los sujetos, en específico, en su capacidad instituyente que tienen dentro del proceso de institucionalización. La institucionalización se entiende como un proceso dialéctico en el que tanto *instituyente* como *instituido* operan como fenómenos indivisibles para la producción de las instituciones de la sociedad.

Por un lado, es en *lo instituyente* en donde los sujetos pueden tener espacios de acción para constituir prácticas, discursos y propuestas, ya que es “la capacidad de los seres humanos para evaluar sus propias instituciones y dirigir el curso de estas, esa capacidad que hace posible reformular el marco instituido” (Quintero, 2013, p. 221).

Por otro lado, *lo instituido* es “aquello que está establecido, el conjunto de normas y valores dominantes, así como el sistema de roles que constituye el sostén de todo orden social” (Schvarstein, 1992, p. 26).

Son las normas vigentes de una sociedad, lo que Lourau llama el “estado de hecho confundido con el estado de derecho” (1991, p. 126). En otras palabras, *lo instituido* son las condiciones en donde las prácticas instituyentes pueden ser posibles y sin las cuales no existiría en los términos conocidos dicha práctica (Mañero, 1990).

La institucionalización es entonces el resultado de la acción instituyente de los sujetos, lo que provoca la integración e interiorización por parte de la sociedad, las instituciones y la ideología dominante. Éstas, a su vez, reconocen y legitiman estas prácticas y discursos como forma social “normal” en una nueva institución (Carbajosa, 1984, Lourau, 1991). Este último momento transforma a lo instituido hasta que llegue un nuevo punto de contraposición que provoque la intervención de los sujetos.

Entonces, las partes que integran este proceso: *lo instituido* y *lo instituyente* son siempre complementarios y antagónicos, además de que ambas se encuentran tanto en el nivel vertical como en el horizontal del proceso social. Señala Carretero (2008) que esta contraposición es lo que gobierna toda estructuración social y es lo que posibilita una regeneración incesante del cuerpo social por medio de la creación y recreación de las instituciones de la sociedad.

Este es el proceso que Castoriadis (1986) llama la institución de la sociedad, el cual se da mediante la institucionalización al integrarse las normas y los modelos sociales por parte de los individuos. Como explica Lourau, “institucionalización no es la actividad social instituyente desplegada por los miembros de la sociedad, por los usuarios de las instituciones: consiste en la acción integradora de la sociedad, de las instituciones y de la ideología dominante, respecto de los individuos” (1991, p. 127).

Es así como la institución se concreta como resultado del proceso de institucionalización y se produce como una red simbólica socialmente sancionada, que existe en una sociedad determinada y que por medio de lo instituido se ejerce en los sujetos. Pero no es totalmente coercitivo, ya que también es en donde hay espacio para que lo *instituyente* funcione como una incesante multiplicidad de creaciones culturales, para una constante auto creación y auto institución de formas culturales siempre nuevas (Carretero, 2008). Acciones que son normadas durante el proceso de institucionalización, recreando el ciclo de la institución.

Institución

Hasta el momento se ha utilizado a la institución como un concepto clave tanto para la investigación como para esta corriente de análisis, la cual se conceptualizó para este proyecto de investigación como una dimensión abstracta e intrínseca a la sociedad y, en particular, como una obra humana, que:

sobrepasa toda producción posible de los individuos o de la subjetividad; como una red simbólica, en la que se combinan un componente funcional y un componente imaginario. La

institución no es una creación de individuos designables sino del imaginario colectivo anónimo e instituyente o poder instituyente (Cabrera, 2004, p. 11-12).

Los centros de internamiento se entienden como instituciones debido a que, a pesar de la diversidad de propuestas provenientes de la subjetividad de sus dirigentes, mantienen una red simbólica compartida. Los conceptos de adicción, rehabilitación, atención y tratamiento se encuentran presentes sin importar el modelo al que se suscriban. También comparten un objetivo ideal común: la rehabilitación de personas en condición de adicciones.

Otra de las características de la institución es que la red simbólica es el resultado de un proceso social de construcción histórica, hecha de los modelos, las funciones, los medios, los objetivos y todo aquello que constituye la existencia concreta, formal e inmediata de la sociedad (Lapassade, 1975, Barriga, 1979; Castoriadis, 1999; y Cabrera, 2004).

Para entender la constitución de los centros de internamiento se reconstruyó el contexto sociohistórico de los centros de internamiento como estrategia metodológica. Esto desde la voz de los actores que participaron en las instituciones, así como de la literatura académica que ha recuperado los momentos históricos de estas instituciones.

Lapassade (1999) propone tres niveles de análisis de la realidad social. El primer nivel es el *grupo*, definido como el nivel de “la base” y la vida diaria. Desde este nivel del sistema social ya hay *institución* debido a las normas, el control y “las funciones que hay para mantener el orden y organizar el aprendizaje y la producción” (Lapassade, 1999, p. 16).

Es en la base de la sociedad en donde las relaciones humanas son regidas por instituciones, y los vínculos de producción, dominación, poder y explotación toman sentido y se relacionan a los sujetos.

El segundo nivel es la *organización*, entendido como un grupo de grupos con un régimen regido por nuevas formas y llevado a cabo en la mediación entre la base (la sociedad civil) y el Estado. Este nivel es en donde las instituciones adquieren formas jurídicas y organizaciones burocráticas se dan mecanismos de retransmisiones y envío de órdenes.

Por último, el tercer nivel es el del Estado, en donde se concentran los dos niveles anteriores y en el que se da a las instituciones fuerza de ley. Así, según Lapassade, “lo instituyente se halla del lado del Estado, en la cumbre del sistema” (1999, p. 18).

Es entonces en el primer nivel de la realidad social en donde se ubican los sujetos de esta investigación: los dirigentes de centros de internamiento. Es en este nivel en donde los sujetos hacen uso de su capacidad creadora o instituyente para modificar las instituciones y proponer cambios a las estructuras establecidas de la sociedad, o lo instituido.

Lo instituido es el deber por cumplir, el modelo a seguir, la norma que ajusta la conducta, es la institución vuelta práctica y el sujeto vuelto parte de la institución, “es cauce de facilidad, sendero hecho para caminar orientado a metas bien precisas” (Barriga, 1979, p. 25).

Así, la institución surge de una relación dialéctica con la naturaleza cambiante del ser humano y el modelo establecido de la normalidad, por medio del proceso de *institucionalización*. Este proceso es la capacidad de rebelarse contra el aprisionamiento de la norma, llevado de su espontaneidad creadora. La institución no se define solo como un conjunto de reglas alienantes exteriores al individuo, sino que incluye la dinámica contingente de lo instituyente.

Centros de internamiento: proceso instituyente.

Los centros de internamiento se configuraron en un contexto histórico particular: la criminalización del consumo y la medicalización de la adicción, el aumento en el

consumo de las drogas, la diversificación del consumo y la complicación del proceso adictivo.

Es ante estas condiciones que los entonces miembros de grupos de autoayuda, profesionales de la salud y actores sociales, buscaron solucionar esta problemática, lo cual fue logrado por medio de la creación de una nueva institución: los centros de internamiento.

Los centros de internamiento surgen como una necesidad del sistema social, lo que Lourau et al. (1973) llaman *instituyente originario* de donde surge una institución necesaria por el momento histórico, en este caso separar a las personas con adicciones y de la gente normal.

Estas instituciones comenzaron a configurarse como instituciones ante la escasez de espacios para tratar la adicción debido a la desatención del problema por parte del Estado mexicano. Estas instituciones se establecieron en el nivel de la organización como lugares en donde las personas en condición de adicción podían reinsertarse en la vida social después de pasar por un proceso de rehabilitación (Gaete, 2007).

La rehabilitación se coloca como uno de los componentes imaginarios centrales de estas instituciones, concepto que se comparte entre la gran mayoría como el objetivo de la institución.

Señalan Odgers y Galaviz (2016), la rehabilitación es concebida como un tiempo de espera, en donde el interno, por medio de la intervención terapéutica, pasa de la adicción a la sobriedad por medio de la abstinencia.

Como más adelante se muestra, la mayoría de los centros en el AMG siguen el modelo de los doce pasos de Alcohólicos Anónimos como componente funcional para su práctica. Este modelo tiene como principio que el interno se conciba como una persona enferma e ingobernable (CMMSG, 2008), la cual debe avanzar por doce

pasos para llegar no a recuperarse, sino a ser un adicto en recuperación “solo por hoy”.

Si bien estos dos componentes son compartidos por la mayoría de las organizaciones que conforman a esta institución, existe una amplia variedad de opciones de tratamientos disponibles en México. Cada una de ellas tiene sus maneras de concebir a la adicción, al adicto y a la recuperación, debido a que cada uno de los miembros de la vieja era transitó por una historia institucional diferente.

Esta diversidad de propuestas de recuperación permite pensar a la rehabilitación no como un hecho privado que corresponda solo a los sujetos involucrados, sino como un fenómeno de orden sociocultural (Guerrero, 2003).

Los centros de internamiento como instituciones son propensas al análisis sociocultural ya que son descritos como dispositivos contruidos para aislar y retener a los internos con la finalidad de lograr el cese en el consumo de drogas por medio del hacinamiento y en algunos casos de castigo (Odgers y Galaviz, 2016; Balladares, 2014).

Como establecimientos de tratamiento, los centros de internamiento tratan de recuperar a los sujetos por medio de prácticas basadas en los imaginarios de los fundadores de la vieja era sobre la recuperación. Principios que han desarrollado por su formación y su historia de vida, medidas por los contextos culturales en donde creció cada uno de los dirigentes. Estos imaginarios se componen de mitos, leyendas, ideologías, teorías, expectativas y supuestos desarrollados en la cultura institucional de cada modelo.

Entonces, los que producen esta nueva institución son los ciudadanos organizados, quienes por medio de la transmisión discursiva y la interacción interpersonal institucionalizan sus imaginarios. Estas prácticas son el principio para constituir a los centros de internamiento como instituciones, las cuales tienen como espacio para operar el nivel simbólico de la vida social (Fernández, 1994), construyendo

identidades e imaginarios entre sus miembros y en lo sucesivo, hacia la sociedad, creando el estilo institucional de los centros de internamiento.

Una vez establecido el estilo institucional, los actores que transitan por la institución comienzan a generar productos materiales y simbólicos para afianzar la existencia y reproducción de su organización, esto es la *cultura institucional* (Fernández, 1994).

Esta cultura institucional se divide en dos niveles de complejidad; el primero refiere a las producciones internas de la institución: lenguaje, objetos inmateriales, representaciones, producciones simbólicas, conocimientos, juicios personales y concepciones sobre los resultados posibles deseables.

El segundo nivel de complejidad se refiere al funcionamiento y autorrealización de la institución: modelo institucional, tarea institucional, modo de ser y actuar, ámbito de operación, tarea en términos de poder-autonomía, tipos de resultados, caracterización de la institución deseada, concepciones de la realidad que abarcan, representación acerca de la institución y la novela institucional.

El estilo y la cultura institucional forman la identidad de la institución, que es la manera en que se representan a sí mismos, la manera en que afrontan la realidad, sus imaginarios y lo más importante sus utopías. En palabras de Lidia Fernández:

la identidad institucional constituye una definición consensuada de lo que el establecimiento es, a la que concurren a) la definición de su función [...], b) la definición de lo que ha sido [...], c) la definición de lo que va siendo según queda visto en la recurrencia de la acción que conforma su estilo (1994, p. 11).

Ahora, una de las maneras de acercarnos a estos saberes es por medio del análisis de la memoria colectiva de los centros de internamiento en el Área Metropolitana de Guadalajara, para así encontrar “las representaciones sociales de las instituciones [...] portadoras de complejos simbólicos e imaginarios capaces de movilizar

identificaciones en los sujetos, construir núcleos de pertenencia y donde se puedan anclar las identidades” (Landesmann, Hickman y Parra, 2009, p. 38).

Esto por medio de la reconstrucción de la novela institucional (Fernández, 2004) que se entiende como una producción cultural que sintetiza el registro que da cuenta del origen y los problemas en la vida de la institución, con énfasis en los acontecimientos críticos y en los personajes claves de la vida institucional (Fernández, 2006).

Estos personajes claves desde la postura de Hickman (2003), Fernández (1994) y Landesmann, Hickman y Parra, (2009) son sujetos con una experiencia amplia de la institución y que han vivido dentro de ella por un tiempo considerable.

La importancia de los sujetos en la investigación surge del vínculo que existe entre la historia institucional y la biografía de los sujetos, los cuales “ligan su trayectoria biográfica personal con la historia institucional y la institución adquiere sentido para el sujeto porque se entrecruzan y entrelazan con su biografía personal” (Bufi, 2008, p. 6).

Es por ello por lo que se considera relevante abordar la figura del adicto, para comprender quién es y cómo interpreta la realidad que comenzó a modificar para solventar su enfermedad.

La construcción de los centros de internamiento como respuesta instituyente de la sociedad civil como objeto estudio partió de la problematización de las adicciones como un fenómeno cultural, político y económico, el cual está mediado por las relaciones de poder del Estado, el mercado y la sociedad civil. Esta relación se encuentra mediada por el ejercicio de la biopolítica por parte de las instancias gubernamentales (de manera local) y el biopoder (por las instancias supranacionales).

Es en el espacio institucional en donde se establecen relaciones de saber y poder entre los sujetos que viven el fenómeno de las adicciones y las instituciones que lo

norman. La aceptación, voluntaria u obligada, de las adicciones como una enfermedad crearon un espacio, no solo de acción, sino también de producción simbólica, para la sociedad.

Es entre la relación de las instituciones dominantes y la sociedad civil que este espacio comienza a ser apropiado, primero de manera simbólica con la institución de los anexos y posteriormente con la institucionalización de los centros de internamiento.

Esta investigación toma como fundamento las dos posturas de normalización de las adicciones que son la criminalización (Boiteux, Corda, y Pérez, 2015) y la medicalización (Ley General de Salud, 1984). Ambos fundamentos llevaron a la realización de prácticas particulares por parte de la sociedad civil, que se tocaban entre el tratamiento de un enfermo y la rehabilitación de un criminal. Estos procedimientos conformaron una institución que busca reinsertar en la vida social a los internos, pero que vive en el anonimato por estar conformada por una población oculta.

Entonces, los centros de internamiento son el ejercicio instituyente por parte de la sociedad civil, la cual, por estar ubicada en un contexto sociohistórico determinado produjo una institución con características médicas y carcelarias, pero constituida desde principios de comunidad y sociabilidad. Herencia que adoptó de su fundamentación en los doce pasos de Alcohólicos Anónimos.

Los centros de internamiento son resultado del proceso dialectico de la institucionalización. Por un lado, están las condiciones instituidas por la Central Mexicana de Alcohólicos Anónimos (y el gobierno mexicano) que llevaron a la sociedad civil a producir respuestas creativas a las normas y prohibiciones de estas instituciones. Este continuo proceso a través de cuarenta años llevó a la creación de una institución con valores, discursos y saberes, que conocemos como centros de internamiento.

Capítulo IV: Recolección de saberes: la metodología

En este capítulo se aborda los tres componentes de la metodología de esta investigación. En el primero se explica el enfoque cualitativo desde donde se realizó la investigación, esto debido al interés de indagar en las prácticas instituyentes de nuestros colaboradores desde su subjetividad.

Segundo, se abordan los métodos que se utilizaron para acceder a las historias de vida y los momentos claves en que los sujetos constituyeron sus modelos de atención, cuando desarrollaron sus culturas institucionales, significados y sentido particular y la manera en cómo instituir sus proyectos afecto su capacidad de agencia. Tercero, se explican las técnicas e instrumentos que se utilizaron para recolectar los saberes, así como los criterios de construcción del referente empírico.

Es así que esta investigación se aborda desde una postura cualitativa por dos razones. La primera es tratar de explicar las respuestas instituyentes de personas que han sido adictas o han sido afectadas por conductas adictivas, las cuales han tratado de solventar esta problemática por sus propios medios y, en el camino, recuperarse o capitalizarse (económica o socialmente).

Y la segunda, para generar conocimiento en un área con poca producción académica, esto desde una perspectiva de los sujetos que estuvieron involucrados en el proceso histórico de la institucionalización de los centros de internamiento. Lo anterior desde sus experiencias en torno a las adicciones, la rehabilitación, las instituciones gubernamentales y de la sociedad civil (Stern, 1980).

La selección de una postura cualitativa tiene como propósito, como señalan Orozco y González (2012), acceder a las relaciones de significado que los sujetos atribuyen a un fenómeno. Esto se logra por medio de interpretaciones comprensivas y sucesivas para “encontrar las estructuras profundas que generan acción y significado” (Flick, 2007, p. 31).

Los significados se recogieron desde una perspectiva horizontal, en donde los colaboradores fueron centrales para construir la investigación. Fue por medio de su voz que se logró señalar espacios, momentos y a otros colaboradores claves en la historia de la atención a las adicciones en el AMG (Corona, 2012).

La investigación estableció un constante espacio de reflexión, tanto para el investigador como para los sujetos, en donde se les reconoció en todo momento su posición como expertos del fenómeno de la rehabilitación. En esta dinámica, quien investigaba funcionó como facilitador de las narrativas (Pozzi, 2008).

En el sentido de ser un facilitador, la metodología interpretativo-cualitativa, como explica Gómez (2015b), tiene como objetivo recuperar la voz de los sujetos que se implican en el estudio y que dan cuenta de los procesos de significación, simbolización y comunicación de los participantes, además de rescatar la subjetividad del investigado y la implicación del investigador.

Como se ha establecido en apartados anteriores, la investigación trató de explicar las respuestas instituyentes de los dirigentes de centros de internamiento, pero como señala Castoriadis (1986), para explicar estos procesos es necesario reconocer las condiciones de *lo instituido*. Esta condición que se encuentra en los contextos sociales estructurados, en los momentos que las *instituciones* se forman y se crean los espacios de diálogo y negociación entre los sujetos y *lo instituido*.

Para este acercamiento a la complejidad de esta realidad se hizo uso de diversas estrategias de recolección de datos al confluir distintos métodos. Uno de ellos, como explica Gómez (2015a): el cruce metodológico.

Para esta investigación entonces se integraron dos perspectivas metodológicas: la hermenéutica, con el objetivo de rescatar las formas simbólicas y la histórica, a partir de la historia oral, con la cual buscamos recuperar la voz de los que no han formado parte de la historia oficial y la trayectoria instituyente de los individuos como sujetos sociales (Long, 2007).

Con estos dos métodos de corte cualitativo (y por medio del cruce metodológico) se buscó atender a lo ya contado en los grandes relatos de la historia, pero en particular, acercare a los sujetos que hicieron y continúan haciendo a las instituciones, las voces de los “héroes desconocidos”, los dirigentes de centros de internamiento.

Así pues, el objeto de estudio de la investigación involucra a los sujetos como motores de los cambios de las instituciones de la sociedad por medio de prácticas instituyentes; en el caso particular de esta investigación: los centros de internamiento.

Los dirigentes (en la mayoría de los casos) por medio de su experiencia como adictos, y posteriormente como adictos en recuperación, crearon procesos de significación que con el tiempo se reflejaron en sus culturas institucionales. Es por eso que para acceder a estos saberes se necesitó una metodología que permitiera observar y analizar consecuentemente la manera en cómo afectó el ejercicio del biopoder y el proceso de institucionalización de la sociedad civil y el Estado a la conformación del actual modelo de atención residencial de las drogas en el país o en la AMG.

El primer momento del proceso de investigación fue establecer a la hermenéutica como la herramienta para analizar los significados que suceden y sucedieron en la interacción colectiva de los sujetos. Lo anterior, como dice Thompson (1993) se encuentra reflejada en la memoria de los sujetos, una memoria construida de historias individuales que confluyen en lugares y momentos históricos determinados. Algunos de estos que se pudieron detectar fueron: la promulgación de la LGS, la creación del CECAJ y la aplicación de la NOM 028.

Una vez determinada la hermenéutica como herramienta de análisis, se procedió, por medio del método de la historia oral, a indagar en los sujetos que pudimos identificar que se encontraban participando en estos momentos históricos. Estos

fueron los ya nombrados dirigentes de las corrientes más relevantes de atención en la modalidad residencial del AMG.

Entre las razones por las que se consideraron como relevantes son que la mayoría de estos dirigentes estuvieron involucrados en el auge de la sociedad civil de atención a las adicciones; han transitado además por cuarenta años de regulación de las adicciones en el país en tres diferentes condiciones: adictos, adictos en recuperación y dirigentes de instituciones. Otra razón importante fue que todos ellos se encontraban activos durante el periodo de la investigación.

Es entonces por medio del método de la historia oral que se buscó dar cuenta de la experiencia de los sujetos que se involucraron en el desarrollo del tratamiento y que continúan dando forma al fenómeno. El interés principal fue conocer sus trayectorias, sus relaciones con las instituciones dominantes y la manera en que ejercieron su capacidad de acción para resolver el problema de las adicciones. Todo esto con la finalidad de recoger sistemáticamente la *doxa* para analizar la relación entre la biografía del sujeto y la historia de la institución (Landesmann e Ickowicz, 2015).

Por estas razones es que se decidió trabajar desde un enfoque cualitativo, ya que la naturaleza del objeto y los sujetos involucrados obligó a indagar y explorar mientras se iba construyendo el mismo, todo dentro de un continuo proceso de interpretación de la realidad que iba siendo observada.

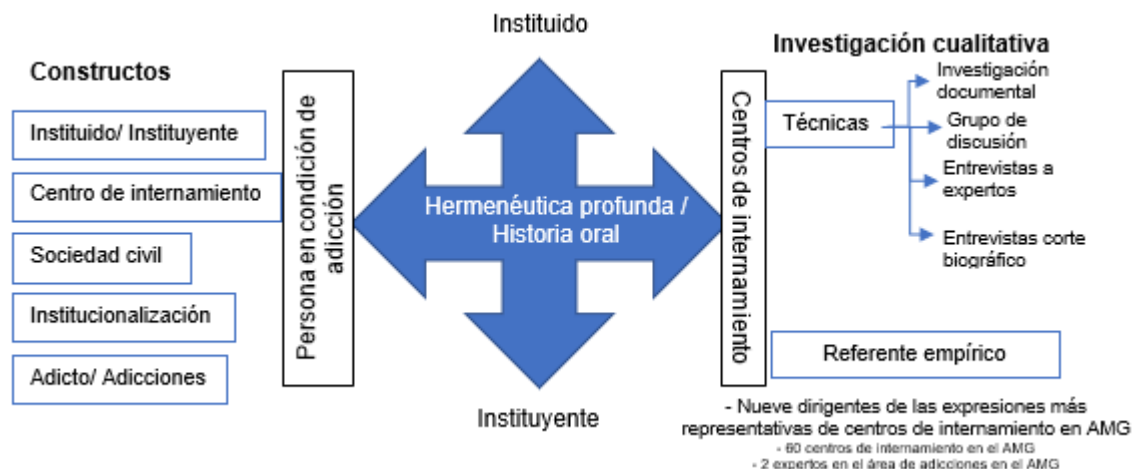
La investigación, como se relata más adelante, partió de posturas generales del fenómeno, pero a lo largo de la exploración del campo y los sujetos que lo viven, se logró delimitar y concretar el objeto de investigación (Orozco y González, 2012).

Gracias a la flexibilidad del enfoque cualitativo es que se pudo construir el fenómeno en conjunto con los colaboradores, lo que permitió un acercamiento holístico de las adicciones. Así pues, la decisión de construir la investigación desde un enfoque

cuantitativo no sólo respondió a efectos prácticos, sino que era una necesidad para atender el fenómeno de las adicciones.

Con la intención de presentar gráficamente la ruta metodológica que se siguió para la realización de este proyecto de investigación se realizó un mapa heurístico, el cual tiene como objetivo delimitar las suposiciones que se plantearon para acercarse a la realidad social y los fenómenos socioculturales de los cuales el objeto de estudio era participe (Gómez, 2011).

En la figura 2 se muestran el proceso instituido-instituyente como el constructo central, el cual es analizado en los procesos de institucionalización de los centros de internamiento y la atención del problema de las adicciones en su contexto sociohistórico.



Cuarenta años de Centros de Internamiento en el Área Metropolitana de Guadalajara: La respuesta instituyente de la sociedad civil.

Figura 2. Mapa heurístico. Elaboración propia.

Hermenéutica profunda y lo sociocultural

La decisión de utilizar la hermenéutica profunda como marco metodológico fue que este acercamiento permite identificar y analizar las posibilidades de los individuos

de resistir al poder de las instituciones y de dar forma a estas instituciones (Krüger, 2016).

Este objeto de análisis se puede definir como una construcción simbólica, la cual requiere ser interpretada desde los contextos sociohistóricos en los que está ubicada.

Además de la coherencia teórico-metodológica, la otra razón de la elección parte del propósito de acceder a las maneras en que los sujetos producen, transmiten y reciben las formas simbólicas en contextos determinados (Thompson, 1993). Esto para poder explicar (por un lado) la participación de los sujetos en el nacimiento de las instituciones y (por otra parte) el papel de las estructuras para dar forma a las instituciones.

Fue así como este método no solamente permitió analizar los medios subjetivos de producción simbólica de los actores, sino que los posicionó en contextos y procesos históricamente específicos y socialmente estructurados.

Este enfoque ayudó a identificar estas formas simbólicas de los sujetos, como lo son: opiniones, creencias y juicios sostenidos sobre el objeto (*doxa*) como parte de un proceso complejo de producción y reproducción de sentido en su experiencia institucional (Fuentes, 1998).

Como explica Cuellar (2004), las formas simbólicas, así como las formas de transmisión y recepción, necesariamente se encuentran mediadas por relaciones de poder ejercidas en los aparatos institucionalizados, el cual es otro factor relevante en el fenómeno estudiado.

De esta forma se ayuda a visibilizar los dos niveles del objeto de estudio: la subjetividad de los actores y el momento sociohistórico en el que se encuentran ubicados.

Como señala Raúl Fuentes, los objetos de estudio desde la perspectiva sociocultural necesitan dar cuenta de “las relaciones entre hechos sociales objetivos

e interpretaciones subjetivas no directamente observables” (1998, p. 63). Esto con la intención de mantener un balance en la determinación del sentido de esas prácticas situadas estructuralmente.

En el análisis institucional, Renée de la Torre (2006) sostiene que el análisis hermenéutico tiene la función de estudiar a las instituciones para determinar las asimetrías y diferencias que son relativamente estables y que mantienen el orden social y a la cultura dominante en las estructuras sociales objetivas.

Tanto de la Torre como Krüger (2016) sostienen que la propuesta de hermenéutica profunda debe iniciar desde los sujetos a nivel de la interacción, para posteriormente comprender el nivel estructural. Por ello, el primer momento del trabajo de campo partió de los miembros de la sociedad civil.

John B. Thompson (1993) propone la “hermenéutica profunda” como una metodología que busca mantener un balance entre los hechos sociales objetivos y las interpretaciones subjetivas no directamente observables por medio del proceso de interpretación, mediado por una gama de métodos explicativos u “objetivantes”. Este método es pertinente para objetos de investigación que están constituidos, en la misma medida, por la fuerza y el significado de las instituciones y los sujetos que lo conforman.

Los centros de internamiento (como se pudo identificar) están mediados por estructuras operantes socio históricamente, como lo son las dos posturas sobre las adicciones: la medicalización y la criminalización. Por su parte, las *instituciones* que se establecieron que regulan el fenómeno de las adicciones para este modo de atención residencial son: la Central Mexicana de Alcohólicos Anónimos, los Consejos de Adicciones, la Secretaría de Salud y el Poder Judicial.

Estas instituciones funcionan como los marcos de producción simbólica, las cuales se han encargado de producir significados para dar forma a las prácticas y saberes sobre la adicción y su atención.

Para entender y describir estas relaciones, la hermenéutica profunda establece que es necesario analizar tres dimensiones temáticas de un proceso interpretativo complejo. Estas son, como sintetiza Fuentes (1998) y Cuellas (2004): a) el *análisis sociohistórico*; b) *el análisis formal o discursivo* y c) *la interpretación y reinterpretación*.

La dimensión sociohistórica, como señalan Fuentes (1998) y Pile (1990), está concentrada en las circunstancias históricas y sociales en las que los sujetos actúan e interactúan. Por ello es necesario analizar las características institucionales desde su contexto geográfico e histórico. Esta dimensión tiene como objetivo reconstruir las condiciones de producción, de circulación y de recepción de las formas simbólicas (Cuellar, 2004), haciendo énfasis en la relevancia de las condiciones sociales e históricas en donde se desarrolla el fenómeno analizado.

Para entender el entorno sociohistórico en el cual los centros de internamiento se gestaron, desarrollaron y reprodujeron, fue necesario conocer las condiciones de acción institucionales y estructurales (Pile, 1990) que posibilitaron los contextos socioculturales; para esto se utilizaron tres técnicas: *investigación documental*, *grupo de discusión* y *entrevista con expertos*.

La siguiente fase de la *hermenéutica profunda* es el *análisis formal o discursivo*, el cual analiza la organización interna de las formas simbólicas, patrones y relaciones. Este análisis tiene como objetivo separar las formas simbólicas en temas con significados específicos para encontrar el contenido y significados de la *doxa* de los entrevistados.

Como lo describe Thompson, “los objetos y las expresiones significativas que circulan en los campos simbólicos son también construcciones simbólicas complejas que presenten una estructura articulada” (1993, p. 312).

Para el fin de esta investigación, Para unir y analizar todos los puntos de la investigación (y como se adelantó en la introducción del apartado) se combinaron

los métodos de hermenéutica profunda e historia oral. Como resume el propio Thompson, la narración puede considerarse como un discurso que recuenta una serie de sucesos o “que cuenta una historia”. Esta historia, a pesar de exhibir una “trama” puede diferir en la sucesión temporal de hechos; los personajes pueden ser reales o imaginarios, pero al estudiar la estructura narrativa “podemos identificar los recursos narrativos específicos que operan dentro de una narración particular” (Thompson, 1993, p. 418).

Tanto Thompson (1993) como Cuellar (2004) señalan que la riqueza de las narrativas se da en identificar los patrones, personajes y “papeles básicos” que hay en común en conjuntos de narraciones y poder observar la estructura que subyace entre ellos. Por medio de las narraciones, los grandes relatos históricos se han vuelto humanos, sustituyéndolos por narraciones personales en donde se devuelve el foco al sujeto como actor central de la historia (White, 1978 y Aurell, 2006).

Para esta etapa de la metodología se revisaron las 9 entrevistas transcritas de los dirigentes con los que se tuvo contacto. En un primer momento se identificaron metáforas constantes en los discursos de las personas consultadas, agrupándolos en temas similares de los que hablaban. Para realizar este ejercicio se utilizó el programa Atlas.ti y se realizó una codificación abierta de las metáforas.

Para la última fase de la propuesta metodológica, que es la *interpretación y reinterpretación* (la cual tiene como objetivo la síntesis), se busca construir creativamente un sentido global de los comportamiento o acontecimiento observados. La interpretación tiene como objetivo reconstruir la dimensión referencial de las formas simbólicas, de la que Giménez explica que “es lo que se presenta y lo que se dice acerca de lo representado, apoyándose en los resultados de los dos momentos analíticos precedentes” (1993, p. 62).

Esta fase, como indica Fuentes (1998), tiene como fin examinar, separar, deconstruir, develar los patrones y recursos que constituyen una forma simbólica o discursiva y que operan en ella. Pero este proceso exige un nuevo movimiento de

pensamiento: la síntesis. Así, por un lado, se presenta el sentido interpretado por el investigador, mientras que, por el otro, se contrasta metódicamente con los análisis sociohistóricos y discursivos y con la interpretación de la *doxa*.

Una vez recabado y organizado todo el material oral (las narrativas y argumentos de los dirigentes) se procedió a la construcción de categorías. Estas se formaron a partir de las agrupaciones temáticas del análisis hermenéutico, resultando en tres grandes categorías: 1) el ethos de lo instituyente, 2) los matices de lo instituyente y entre el conflicto y 3) la negociación.

La *hermenéutica profunda* fue el andamiaje metodológico que ordenó el trabajo de campo, el posterior análisis de datos y la presentación de resultados. Como presenta Thompson y rescata Fuentes, la reflexividad es la pieza fundamental para caminar por la ruta metodológica. Por esta razón se planteó cruzar esta metodología con la historia oral, debido a las particularidades de los sujetos que participaron en el proyecto, su proceso de reconocimiento y la posible pérdida de sus saberes si no se rescataban desde sus narrativas como fuentes históricas alternativas a los grandes relatos (Gonzales y Naranjo, 1986).

Por ello, se determinó la pertinencia de utilizar el método de la *historia oral* para dar mayor peso a los colaboradores de esta investigación. En el siguiente apartado se presenta la metodología y su función dentro de la investigación.

Historia oral, historia hecha de personas

Como se adelantó en la introducción, la historia oral es una propuesta que viene a rescatar las voces de los sujetos no reconocidos por los grandes relatos, los “héroes olvidados” que formaron parte de la constitución de las historias institucionales. La historia oral viene a cubrir un vacío en la historiografía contemporánea (Gómez, 2015a).

Este enfoque, orientado en el actor, ofrece explicaciones sobre los procesos de construcción y reconstrucción social (Long, 2007) desde escenarios microsociales,

los cuales facilitan procesos de revisión de conceptos más amplios como lo son las estructuras y las relaciones micro-macro.

Para poner al actor al centro de la investigación, es necesario estudiar cómo se producen, reproducen, consolidan y transforman las diferencias en la vida social, identificando los procesos que llevaron a esa heterogeneidad. Teniendo en cuenta que tanto los significados, valores e interpretaciones son construcciones culturales que se interpretan de acuerdo con las posibilidades de los actores (Long, 2007).

Por esta razón, la historia oral y el enfoque orientado en el actor, no puede partir desde un sujeto particular. Este enfoque va a plantear un diálogo entre un relato biográfico y uno colectivo, pero con protagonismo del actor y su papel de constructor de la historia. Para, de esta manera, dar cuenta de los niveles de conciencia de esos actores al protagonizar la historia (Pozzi, 2012), los cuales se encuentran en un proceso de modificación de su realidad por medio de su capacidad como actores.

Durante el transcurso de la investigación, se pudo observar la falta de legitimidad que existía dentro de las instituciones de internamiento y en donde existía un gran deseo de expresar las historias y experiencias por parte de los dirigentes. Personas que habían sido olvidados por los grandes relatos y que eran rescatados por medios de comunicación y producciones propias.

Por ello, se planteó el uso de la historia oral como un método desde el cual los sujetos cuenten sus vivencias, experiencias, formas de entender y significar, así como comprender las instituciones creadas y que los forman, además del conflicto *instituido e instituyente* que hay entre ellos.

Long explica que incluso en una conversación breve se revelan aspectos de su red significativa de relaciones sociales, así como los andamios personales con los que los actores categorizan, codifican, ordenan, sistematizan y otorgan significado a sus experiencias (2007, p. 116).

La historia oral se presenta como una perspectiva de construcción del conocimiento y como una metodología que se potencia desde la interdisciplinariedad. Si bien está asentada en el campo de la historia, ha recibido aportes desde la sociología, la antropología, la psicología, y la hermenéutica (Hinojosa, 2012), lo que ha propiciado que sea una propuesta abierta y flexible (Lara y Antúnez, 2014).

Esta propuesta, como indican Rodríguez, Luque, y Navas (2014) es rica en aprendizaje y conocimientos de sucesos, acciones, procesos y circunstancias que son relatadas y recogidas a través de la voz. La interpretación es entonces de la historia, las sociedades y las culturas en proceso de cambio a través del registro de la memoria y las experiencias de los protagonistas (Thompson, 2000).

La historia oral es una propuesta para abrir los grandes relatos a nuevos sujetos sociales y a nuevas escalas de observación por medio de las memorias y las experiencias de los protagonistas que están fuera de la historia (Hinojosa, 2012). Esta redimensión de la historia nos invita a complejizar la observación, abriendo la dicotomía entre el sujeto y la estructura. Así, la historia oral establece la perspectiva del sujeto como una biografía social (Santamarina y Marinas, 1995).

La propuesta de esta investigación es construir por medio de testimonios orales recogidos sistemáticamente (a través de entrevistas) una relación entre biografía del sujeto y la historia de la institución. Con lo que se combina la experiencia personal y los procesos sociales; esto para escribir la historia institucional desde los sujetos (Landesmann, Hickman y Parra, 2009 y Landesmann e Ickowicz, 2015).

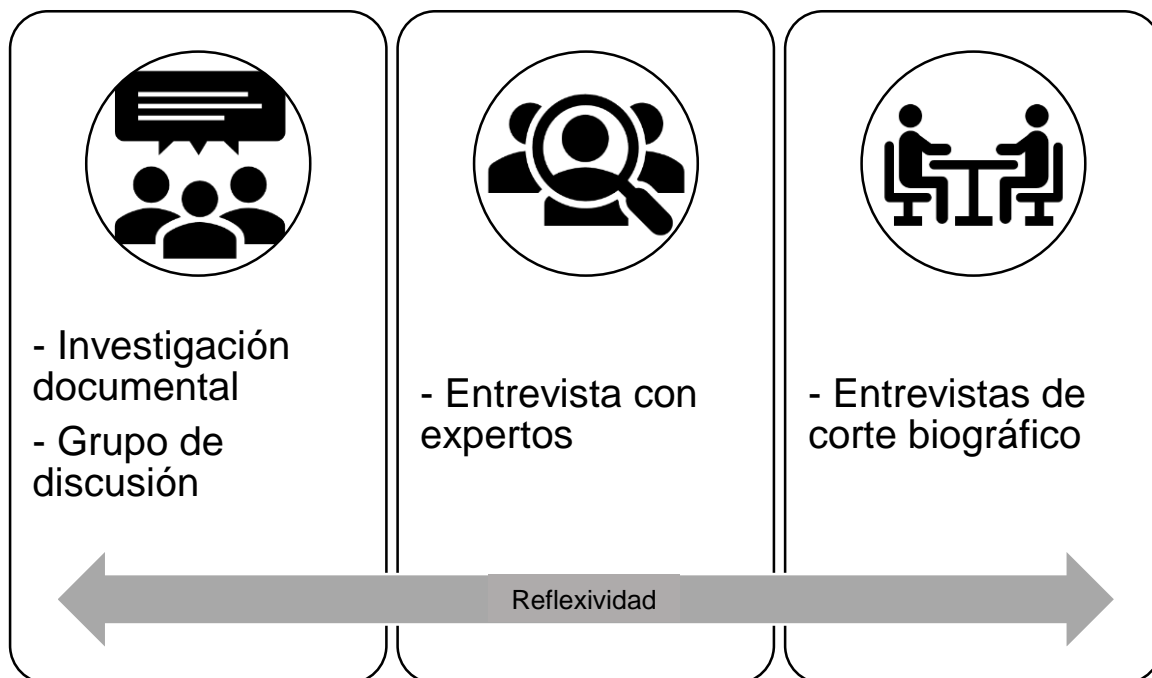
Las fuentes orales son de gran relevancia para “estudiar los entrecruzamientos de las vidas y trayectoria individuales con los procesos grupales y societales” (Parra, 2015, p. 275). Fue gracias a este acercamiento que la oralidad ayudó a revelar la relación que existe entre lo particular y lo general del fenómeno social.

La historia oral nos permitió el acercamiento a los actores y a recoger de “viva voz” sus relatos, experiencias, memoria, recuerdos, sucesos, testimonios íntimos y

anécdotas, todo como materia prima para reconstruir los procesos de históricos (Parra, 2015). Su legitimación como método cualitativo está vinculado al rescate de las vivencias “de personajes destacados de la historia o testigos fundamentales” (Mateo, 2004, p. 123), lo que ayudó a explicar momentos históricos determinados y coyunturales.

Caja de herramientas

Para realizar este proyecto se combinaron metodologías que se dividieron en tres etapas, cada una con sus propias técnicas de recolección de información:



A continuación, se narra el proceso que se llevó a cabo para el análisis de la información.

Investigación documental

Esta técnica se entiende como la indagación en fuentes de información denominadas Unidades Conservatorias de Información, que incluyen a “personas, instituciones, documentos, cosas, bibliografías, publicaciones, estados del arte,

estados del conocimiento, tesis, bases de datos y fuentes electrónicas situadas en la red web” (Rojas, 2011, p. 281).

La investigación documental tiene como característica particular otorgar sentido a documentos que fueron escritos con una intención distinta, para producir conocimientos nuevos sobre el momento en que se produjeron y para comprender los espacios discursivos que existían en el momento en que los actores lo enunciaron (Cortés y García, 2003).

Si bien la literatura sobre la investigación documental señala una amplia gama de recursos que sirven de materialidad para esta estrategia, la propuesta es reducir los documentos para indagar en el proceso de institucionalización. Proceso en donde las respuestas instituyentes tomaron lugar para convertirse en lo instituido que tenemos actualmente sobre las adicciones.

Como señalan Cortés y García (2003) los materiales documentales que se pueden utilizar para un proyecto como este son: documentos históricos, documentos estadísticos, documentos oficiales y prensa.

Para la selección de documentos relevantes, Gómez (2002) propone un establecimiento de temporalidad, especificidad de la temática y descriptores generales para la consulta. Para efectos de esta investigación presentamos los siguientes:

Tipo de documento	Nombre	Temática	Descriptor	Temporalidad
Documentos históricos	- Código Penal Federal (1931)	Marco legal nacional	Conjunto de normas jurídicas punitivas del Estado Mexicano en materia penal	1931 - 2018
	- Ley General de Salud (1984)		Reglamentación del derecho a la protección de la salud que tienen todos los mexicanos como dicta el cuarto artículo de la Constitución.	1984 - 2018
	- Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 (ONU, 1972)	Marco legal internacional	Tratado internacional contra la manufactura y tráfico ilícito de drogas que conforma la política global de control de drogas.	1961-1988
	- Convención de las Naciones Unidas en contra del tráfico ilícito de narcóticos y sustancias psicotrópicas, 1988 (ONU, 1988)			

Documentos estadísticos	- Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco [1993, 1998, 2002, 2008, 2011 y 2016]	Uso y características de consumidores	Particularidades y constantes históricas en el consumo de drogas en México	1993 - 2016
	- Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (Villatoro-Velázquez et al, 2015)	Uso y características de consumidores en condición de estudiantes	Personificación de nuevos actores en el ámbito del consumo	2015
	- Censo de centros de internamiento de Jalisco (CECAJ, 2012)	Características de centros de internamiento en Jalisco	Oferta de centros de internamiento reconocida por el gobierno	2012
Documentos oficiales	- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999	Conjunto de procedimientos y criterios para prevención, tratamiento y control de las adicciones	Documento de regulación de los centros de internamiento.	1999-2009
	- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009			2009-2018

Tabla 8. Descripción de documentos revisados durante la investigación documental. Elaboración propia basada en Gómez (2002).

Grupo de discusión

A la par de la investigación documental se llevó a cabo un grupo de discusión, que como describen Morgan y Krueger (1988), sirve para orientarse en un nuevo campo, así como para generar hipótesis de segundo orden basadas en las ideas de los informantes. Se trata de una pieza fundamental para comprender la *doxa* del fenómeno de los centros de internamiento, ya que como presentan Penalva, Alaminos, Francés y Santacreu (2015), los grupos de discusión consisten en la creación de una situación experimental, en la que los sujetos reproducen los discursos socialmente vigentes y el objetivo del investigador es poder captarlos y analizarlos.

Como señala Ortí (1986), el carácter pragmático y microsociológico del grupo de discusión ayuda a apuntar conclusiones hacia fenómenos colectivos más amplios y representativos para toda la sociedad. Para encontrar una representatividad es necesario seleccionar el formato grupal que se adecue a las necesidades de la investigación. Para lo anterior, Gordo y Serrano (2008) presentan cuatro formatos: *entrevista en grupo, grupo focal, grupo de expertos y/o profesionales y grupos de discusión*.

Cada uno de estos formatos propone una forma de discusión; para el fin de esta investigación y con la finalidad de encontrar la *doxa* y los saberes expertos se utilizó el formato de *grupo de discusión* y la forma de discusión fue la *conversación*, que se basa en un trato mutuo que comporta una construcción conjunta de sentido (Gordo y Serrano, 2008).

La razón de seleccionar esta técnica fue que los investigadores ayudarían a ver la manera en que se producen discursivamente los “problemas” relacionados a las adicciones (Reekie, 1994); mientras que los miembros de la sociedad civil aportarían la experiencia de las prácticas, dificultades y discursos que se desenvuelven en la realidad (Bacchi, 2016). A continuación, se hace una descripción de las personas participantes en este grupo de discusión:

Actor social	Descripción
Polaris	Dirigente de un centro de internamiento, consejero en adicciones y adicto en recuperación
Meteoro	Fundador de una expresión de rehabilitación en México, con más de 28 años de experiencia en el campo y adicto en recuperación
Sagitario	Consejera en adicciones y adicta en recuperación
Virgo	Terapeuta en adicciones, investigadora, funcionaria pública y con más de 20 años de experiencia en el campo de las adicciones
Luna	Académica de una institución de educación superior y terapeuta
Planeta	Académica de una institución de educación superior y miembro de un equipo de investigación sobre adicciones

Tabla 9. Descripción de los participantes del grupo de discusión.

Para el ejercicio se siguió la propuesta de Gordo y Serrano (2008) con tres puntos centrales: presentación, provocación inicial y discusión conversacional. De la discusión se grabó el audio y sucesivamente se transcribió para ser revisada y analizada. El ejercicio se dividió en seis partes:

- 1) Presentación de los participantes
 - a. Exposición de la intención del ejercicio
 - b. Breve presentación de la investigación
- 2) Ronda de preguntas dirigidas a los miembros de la sociedad civil y los investigadores:
 - a. Entrada a la conversación
 - i. ¿Cuál ha sido su papel en torno a las adicciones?
 - ii. ¿Cuál es su perspectiva de la política pública sobre adicciones?
 - b. Incitación general
 - i. ¿Cómo se han construido las políticas públicas en México en torno a las adicciones?
 - c. Incitación particular
 - i. ¿Qué deberían regular las políticas públicas en México en torno a las adicciones?
 - d. Preguntas *ad hoc*

- i. ¿Cómo es la relación con el Estado desde la posición de las A.C.?
 - ii. ¿Cómo son vistas las adicciones desde la postura de las A.C. y el trabajo profesional?
- 3) Discusión entre los miembros de la mesa y retroalimentación
- 4) Conclusiones

Entrevista a expertos

Una de las primeras limitantes que encontramos durante la investigación documental y el grupo de discusión, es que los centros de internamiento, así como la experiencia de la sociedad civil que los dirige, forman parte de una historia oculta por su posición de personas en condición adicciones, lo que provoca que sea olvidada por el conocimiento formal (Galaviz y Odgers, 2014).

Por esta razón, no es posible encontrar una “historia” del tratamiento de adicciones en el Área Metropolitana de Guadalajara. En este primer momento se descubrió la importancia de colocar a la *historia oral* como una propuesta de ordenamiento de los saberes de los sujetos involucrados y que se consideraron como expertos en el tema. Como explica Walter, “una persona es atribuida como experta por la virtud de su rol como informante” (en Meuser y Nagel, 2009, p. 18).

Por esta razón se entró al campo de estudio por medio de entrevistas a expertos con el fin de: 1) entablar un primer contacto con miembros de la sociedad civil 2) establecer vínculos y 3) conocer las propuestas y los personajes del fenómeno en el Área Metropolitana de Guadalajara.

Meuser y Nagel (2009) mencionan que para determinar la categoría de experto debe existir una rigurosidad mayor que solo el criterio del propio investigador. Para ello señalan las siguientes características: que tengan la autoridad institucional de construir la realidad, el conocimiento se transforme en hegemónico en cierto contexto organizacional y funcional en el campo de la práctica y ser influyente en la estructuración de condiciones de acción de otros actores de una manera relevante (Bogner y Menz en Meuser y Nagel, 2009).

Para esta investigación se consultó a dos expertos en el tema de las adicciones. Ambas entrevistas se realizaron el 9 de octubre de 2018 y los colaboradores fueron informados del propósito de la entrevista, que serían grabados para recabar la información y se les hizo entrega de un formato de consentimiento informado. La entrevista a Virgo se realizó en su consultorio y tuvo una duración de una hora. En el caso de Meteoro, la entrevista tuvo lugar en la oficina de uno de sus grupos de autoayuda y tuvo una duración de dos horas.

El propósito central de las entrevistas fue visibilizar los saberes en tres temas centrales:

1. Institucionalización de centros de internamiento (*instituciones sociales o estructura social*).
2. Historia de la oferta de tratamiento (el escenario *espaciotemporal*)
3. Instituciones encargadas de regular y vigilar las prácticas (*campos de interacción*)

Para no perder de vista la vigilancia epistemológica de la que hablan González y Orozco (2012), se incluyeron dos partes del fenómeno; Virgo representado lo instituido (normas, valores y procedimientos) y Meteoro, lo instituyente (arreglos institucionales, coactividad e imaginario social) del fenómeno:

Expertos	Autoridad institucional	Establecer conocimiento hegemónico	Estructurar condiciones de acción
Virgo	Exdirectora de una clínica privada	Experiencia de más de veinte años en el campo profesional del tratamiento de las adicciones.	Referente en el campo profesional del tratamiento de las adicciones en el AMG
Meteoro	Líder de una de las organizaciones de atención a las	Presidente del consejo interno de la organización	Fundador y líder moral de la expresión de rehabilitación.

adicciones más
prolíferas de Jalisco

Tabla 10. Descripción de expertos entrevistados. Elaboración propia basado en Meuser y Nagel (2009)

Una vez detectadas algunas de las *instituciones sociales* que regulan el fenómeno, el *escenario espaciotemporal* en el cual se ha desarrollado y *los campos de interacción*, se planteó realizar una serie de entrevistas a centros de internamiento del AMG para respaldar o refutar las tesis de los expertos. Para esto se realizaron 60 entrevistas semiestructuradas por teléfono, las cuales fueron registradas en una grabadora y posteriormente transcritas y analizadas, las entrevistas tuvieron lugar en el periodo de octubre a noviembre de 2018 con una duración promedio de diez minutos.

La entrevista semiestructurada sirvió para decidir libremente sobre la presentación de diversos temas y el modo de formular las preguntas; esto debido a que las culturas de los entrevistados y los contextos de las llamadas exigían una mayor flexibilidad en el tratamiento del cuestionario (Corbetta, 2010). A continuación, se presentan las preguntas que se realizaron a los centros de internamiento, con las que se pretendió encontrar el tipo, características y frecuencias en la oferta que hay en el AMG:

Pregunta

-
1. ¿Quiénes son?
 2. ¿Qué ofrecen?
 3. ¿Cuál es la duración del internamiento?
 4. ¿Cuál es el costo?
-

1. ¿Hay reglas?
2. ¿Cómo son las instalaciones?
3. ¿Qué tipo de población atienden?
 - a. Edades
 - b. Tipo de adicción
4. ¿Cuál es el método de trabajo?
 - a. Actividades
 - b. Equipo de trabajo
5. ¿Tienen una postura espiritual?
6. ¿Hay requisitos para el ingreso?

Tabla 11. Preguntas para las entrevistas semiestructuradas.

Como se dijo anteriormente, este ejercicio nos ayudó a identificar las instituciones que regulan el fenómeno: el uso de la terapéutica de Alcohólicos Anónimos, la acreditación de instancias gubernamentales, las prácticas religiosas y los modelos de atención. Además de los *medios técnicos de inscripción y transmisión* de las formas simbólicas, los cuales aparecieron con la diversidad de la oferta en el AMG.

La convergencia de estas técnicas dio paso a la construcción del referente empírico: nueve entrevistas a representantes de las corrientes más recurrentes y más nombradas durante la investigación.

Entrevista a profundidad, corte biográfico

Los nueve entrevistados de esta investigación forman parte de un fenómeno social por lo que, como se explicó previamente, se encuentran marginados en su papel dentro de la sociedad. Esta marginación los deja de lado de la historia que da forma a lo social. A pesar de esta marginación, los entrevistados están ávidos de compartir sus saberes, sus historias y sus proyectos, los cuales podrían desaparecer una vez que ellos hayan muerto. El ejemplo más claro es la experiencia de Nova y su centro de internamiento, que alguna vez fue referente para las personas en condición de adicción, y al que ahora le resulta complicado permanecer abierto.

La decisión de elegir la entrevista a profundidad para acercarnos a estos nueve personajes se tomó con el propósito de transcribir sus historias, las cuales fueron parte del desarrollo de la rehabilitación en la modalidad de internamiento del Área Metropolitana de Guadalajara. Se generó, además, un espacio en donde ellos tuvieran la libertad de expresar lo que desearan.

Así pues, el último momento del trabajo de campo fue pensado al acercamiento biográfico de los dirigentes de los centros. Siguiendo la propuesta de García, Gil y Rodríguez (1996), el método biográfico se integró como testimonio subjetivo que recoge tanto los acontecimientos como las valoraciones que la misma persona tiene sobre su existencia.

Este acercamiento, como menciona Enríquez (2002), busca alejar el proyecto de los grandes relatos y acercarlo a la producción de significado del sujeto dentro de las relaciones de poder, como último receptáculo de este fenómeno estructural.

Como propone Fuentes (1998), la *hermenéutica profunda* exige un continuo regreso a la formulación y a la revisión de las herramientas, por esta razón, y gracias al desarrollo de la relación que se estableció en las pasadas etapas de la ruta metodológica, se pudo planificar un acercamiento posterior con los dirigentes de centros de internamiento con una *entrevista a profundidad*.

Este tipo de entrevista idealmente debe crear un clima propicio en que el entrevistado se sienta cómodo y sea capaz de expresarse con libertad, con el propósito de comprender la acción social a partir de un monólogo del entrevistado y su contexto social. Por medio de este tipo de entrevista es que se trata de llegar al conocimiento de un problema colectivo a través de la construcción de discursos (Penalva et al., 2015).

El objetivo de esta técnica es conocer (por medio de la reconstrucción de su vida) la historia institucional y las relaciones que se desarrollaron entre sus prácticas y la institucionalización de respuestas *instituyentes* que se dieron en la atención a las adiciones en la modalidad de rehabilitación por medio de internamiento.

Penalva et al. (2015) proponen tres elementos técnicos básicos en la investigación mediante la entrevista a profundidad: la guía de la entrevista, la muestra y los medios de registro.

La guía de la entrevista se construyó en dos apartados: pregunta principal y puntos de apoyo. Los ítems que se desarrollaron fueron: la historia de los dirigentes, sus memorias como experiencia institucional, la relación con lo *instituido*, la historia de los centros de internamiento y saberes e imaginarios.

Pregunta principal	Preguntas y puntos de apoyo
<u>Trayectoria personal en centros de internamiento</u>	<ul style="list-style-type: none">• ¿Tiempo de sobriedad? o ¿años de participación en centros de internamiento o grupos?

<p>¿Cómo comenzó a participar / trabajar en los centros de internamiento?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ¿En cuántos y cuáles ha participado? ● ¿Cuál ha sido su participación en los distintos centros o grupos? ● ¿Cuál ha sido su puesto?
<p><u>Construcción histórica de la experiencia</u> ¿Cómo surge el centro de internamiento?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ¿Cuándo comenzó el centro? ● ¿Por qué comenzó? ● ¿Qué los motivó? ● ¿Quiénes comenzaron? ● ¿Dónde iniciaron? ● ¿Cuántos internos tenían? ● ¿Cómo eran las instalaciones? ● ¿Cómo se financiaban? ● ¿Se desprende de otro centro? ● ¿Cuál se imaginaba que iba a ser el aporte diferente frente al problema de las adicciones? ¿Por qué? ● ¿Cómo se capacitan? ¿cómo se han capacitado a lo largo de la historia?
<p><u>Relaciones institucionales/la organización</u> ¿Cómo ha sido el funcionamiento del centro de internamiento?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ¿Cuáles han sido los principales problemas con los que se ha enfrentado? ● ¿Cómo ha ido aumentando el número de internos? ● ¿Cómo es su relación con otros centros? ● ¿Cómo se ha ido capacitado? ¿Con quién es y por qué? ● ¿Cuáles cree que sea los principales logros que han tenido? ● ¿Cuáles han sido sus principales problemas con el gobierno? ● ¿Cuál es la relación con AA?
<p><u>Coactividad</u> ¿Cómo es su relación con el gobierno?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ¿Qué apoyos recibe del CEAJ? ● ¿Cuál es su relación con el CONADIC? ● ¿Ha tenido amenazas de cierre? ¿Cómo es su relación con el gobierno? ● ¿Qué trámites gubernamentales realizaron al iniciar? ● ¿Cuál ha sido su relación con el gobierno, y otros centros de internamiento?
<p><u>Histórico de los centros de internamiento</u> ¿Cómo comenzaron los centros de internamiento en Guadalajara o el Área Metropolitana de Guadalajara?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ¿Cuáles fueron los primeros centros de internamiento? ● De los que conoce, ¿cuáles son los que tienen mejores resultados? ¿Por qué? ● ¿Qué tomaría de cada centro que conoce para mejorar el trabajo que se hace en su centro?
<p><u>Saberes e imaginarios</u> ¿Nos podría ayudar a clarificar algunos conceptos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ¿Qué son las adicciones? ● ¿Qué es un adicto?

	<ul style="list-style-type: none"> ● ¿Qué características debiera tener una persona que trabaje con adictos? ● ¿Cuál debiera ser el papel de los profesionales? ● ¿Cuál es el papel del gobierno? ● ¿Cuál debería ser su papel? ● ¿Qué es un centro de internamiento? ¿Por qué es importante que existan los centros de internamiento? ● ¿Cuál sería el funcionamiento ideal de un centro de internamiento? ● ¿Cuál debiera ser el papel del gobierno frente a los centros de internamiento ya existentes? ● ¿Qué cambios haría en la política pública sobre adicciones?
<p><u>Funcionamiento del centro</u></p> <p>¿Qué ofrece el centro?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ¿Cuál es la población que atienden? ● ¿Qué modelo de tratamiento tienen? ● ¿Cuánto dura? ● ¿cuál es la relación con la familia? ¿Cuándo y cada cuánto tiempo puede visitarlo la familia? ● ¿Cómo son las instalaciones? ● ¿Atienden a hombres y mujeres? ● ¿Qué edades? ● ¿Qué problemas atienden? ● ¿Cómo está organizado el día a día? ¿Qué actividades realizan los internos? ● ¿Qué personal tienen? ● ¿Trabajan el ámbito religioso? ● ¿Cuál es el costo?

Tabla 12. Cuestionario de entrevista a profundidad

Como sugieren Penalva et al. (2015) el criterio de selección de los participantes debe ser claro. Para este trabajo, la muestra es de carácter representativo, esto tomando en cuenta los resultados del análisis sociohistórico y la representatividad que se dio por las características obtenidas en la muestra de las entrevistas semiestructuradas.

Por otra parte, las tres características para un correcto muestreo que proponen los autores son: diversidad de discursos como elemento temático, variables sociodemográficas y la accesibilidad. Se realizó un cuadro de características a priori más relevantes de los sujetos a entrevistar como sugieren Penalva et al (2015). En

este esquema se incluyen las siguientes variables: costo de internamiento, propuesta espiritual, tipo de tratamiento y periodo de inicio:

Número de entrevistas

	1980 – 1995	1995 - 2018	Total
Gratuito, costo de recuperación	2	2	4
Católico, cristiano	1	1	2
Clínica, comunidad terapéutica	2	2	3

Tabla 13. Tipos de centros de internamiento (variables: costos; características del centro y año de creación). Elaboración propia basado en Penalva et al. (2015, p. 45)

Las entrevistas se realizaron entre octubre de 2018 y enero de 2019. Al igual que con el grupo de discusión, se grabó el audio de cada una de las entrevistas y a cada persona y se le entregó un formato de consentimiento informado, así como una breve explicación de la finalidad del proyecto de investigación y la promesa de regresar los resultados del proyecto.

A continuación, se presenta una tabla con las descripciones de la historia y las características de los centros de internamiento de cada uno de los entrevistados:

Entrevistado	Historia	Características del centro
<p>Nova</p> <p>Representante del modelo de “anexo”</p>	<p>El entrevistado es un adicto en recuperación con más de treinta años de sobriedad. Él ayudó a construir el centro de internamiento, gracias a su profesión como albañil.</p> <p>La motivación que tuvo para ayudar a fundar el centro fue mantenerse sobrio y brindar un espacio de resguardo para las personas que padecían una adicción y vivían en la indigencia.</p> <p>Para él, el gobierno solamente puso más trabajo a los dirigentes sin aportar grandes cosas.</p>	<p>Es el centro de internamiento más viejo del AMG.</p> <p>En sus palabras, debido al modelo que siguen, no han podido hacer frente a las nuevas adicciones.</p> <p>El lugar tiene un área de dormitorio, cocina, bodega, sala de reunión y auditorio.</p> <p>Debido a que es gratuito, se mantienen de dádivas de las personas. La comida la recogen del mercado de abastos y en muchos casos está en estado de descomposición. El día de la visita no tenían ningún paciente</p>
<p>Mercurio</p> <p>Modelo 24 Horas “disciplinar”</p>	<p>El entrevistado es un adicto en recuperación y tiene más de treinta años de sobriedad. Es el fundador de una de las corrientes de rehabilitación más citadas y antiguas del AMG.</p> <p>La motivación que tuvo para fundar el centro fue aportar más a la recuperación de las personas, ya que, para él, las propuestas eran insuficientes.</p> <p>Es heredero de los grupos de autoayuda formados en Guadalajara en los períodos de 1970 y 1980.</p>	<p>Es una de las expresiones más antiguas del AMG, además de unas de las más exitosas durante 1990, cuando tuvieron cerca de 60 centros en Jalisco.</p> <p>El lugar es una casa de tres pisos, con dos espacios adecuados como “tribuna”. Dos áreas de dormitorio y dos oficinas para los dirigentes.</p> <p>Es un centro de internamiento para mujeres que, a decir de Mercurio, sigue la tradición A.A.</p> <p>Se atienden a más de veinte personas y se da hogar a los hijos de las internadas.</p>
<p>Nebulosa</p> <p>Modelo Minnesota</p>	<p>La directora formó parte de una familia con varios miembros que padecieron problemas de adicciones. Su padre es el fundador del centro.</p> <p>La motivación de abrir un centro de internamiento está vinculada a la experiencia que tuvo su padre en otra institución y decidió traerla al AMG.</p>	<p>Es uno de los centros de internamiento más grande y en mejores condiciones de los visitados.</p> <p>El lugar se encuentra dividido en hombres y mujeres. Cuenta con comedor y cocinero, los internos tienen sus propias habitaciones.</p>

	<p>Es heredera del Modelo Minnesota que trajo su padre después de haber egresado. Su propuesta está dirigida a personas con ingresos económicos altos.</p> <p>Le parece insuficiente el control que tiene el gobierno sobre los centros de internamiento.</p>	<p>El centro atiende pocos pacientes, lo que ha provocado una crisis financiera. Por esta razón, tiene planeado abrir un centro de internamiento para personas de bajos recursos.</p> <p>El tratamiento tiene un costo de 160 mil por cuarenta días de tratamiento.</p>
<p>Marte y Calíope Católico y trabajo con barrios</p>	<p>Marte es un presbítero católico- Cuenta con más de cincuenta años de experiencia en la atención a las adicciones en colonias populares de Guadalajara.</p> <p>Su motivación fue la “misión” que decidió emprender después de formarse durante el Concilio Vaticano II de ayudar a los pobres y a las personas abandonadas por el “sistema”.</p> <p>Su propuesta está enfocada en el barrio en donde está ubicada su parroquia.</p> <p>Calíope es uno de los fundadores del centro. Comenzó como ayudante del Padre Marte en el primer momento del proyecto, ahora funge como “director”.</p>	<p>El lugar está dividido en tres secciones: patio de la entrada con un guardia en la puerta, edificio central de dos pisos, la parte inferior tiene un comedor grande y una sala de estar para diez personas. En la parte superior se encuentran los dormitorios. Y, por último, un patio al final de la casa.</p> <p>El centro de internamiento tenía cerca de cinco o seis internos al momento de la visita.</p> <p>Además del centro de internamiento cuentan con una “granja” para la desintoxicación de los sujetos, posterior a eso los internos se integran al centro.</p> <p>No permiten a más de 20 internos y se cobra 100 pesos por semana.</p>
<p>Andrómeda Modelo cristocéntrico</p>	<p>Adicto en recuperación con veinte años de sobriedad. Es el fundador del centro, y se rige bajo una propuesta cristiana, religión que él profesa desde 1992.</p> <p>La motivación que tuvo para empezar su centro de internamiento fue ofrecer una opción “más humana” a las personas en condición de adicción, esto bajo una postura “cristocéntrica”.</p>	<p>El centro es una casa de dos pisos. La oficina del dirigente se encuentra apartada de la parte principal de la casa. Cuenta con un comedor y las habitaciones de los internos se encuentran en el segundo piso.</p> <p>Se tiene una “cuota de recuperación” de doscientos pesos a la semana y se tiene previsto que el internamiento tenga una duración de seis meses</p>

<p>Estrella</p> <p>Modelo "Paraestatal"</p>	<p>Es director de la clínica, es psicólogo de profesión y cuenta con más de treinta años en el campo de la terapia de adicciones.</p> <p>Ha formado parte de los centros "paraestatales" toda su carrera profesional.</p> <p>No hace expresa su motivación para participar en este campo.</p> <p>Considera que el gobierno debería abrir más clínicas como la que él dirige para atender a la población.</p>	<p>La clínica tiene espacio para 20 pacientes y cuenta con un personal de profesionales de la salud entre los que se encuentran: médicos, enfermeras, psiquiatras y psicólogos.</p> <p>El centro tiene lista de espera de hasta cuatro meses, atienden a todo tipo de población.</p>
<p>Rover</p> <p>Cobijado en la comunidad terapéutica</p>	<p>Es adicto en recuperación que, posterior a su experiencia en una comunidad terapéutica, decidió formarse como psicólogo y es ahora el director del área psicológica del centro. Tiene diez años de sobriedad.</p> <p>El director de la institución es un adicto en recuperación.</p> <p>Su motivación es mantenerse sobrio mientras "ayuda a otros" a tratar su problema con las adicciones.</p> <p>Durante sus años de adicción fue internado en "anexos" y centros de internamiento.</p>	<p>El centro de internamiento es mixto y cuenta con cuatro módulos de atención: hombres, mujeres, niños y área deportiva.</p> <p>Es uno de los centros más grandes de los que se visitaron. Cuenta con piscina, un "jardín japonés", un domo adecuado como gimnasio, tres edificios para las habitaciones de los internos y área de consultorios.</p> <p>Es de los pocos centros con convenios con el DIF para atender niños en situación de calle con problemas de adicciones. El espacio cuenta con alberca, rodeo para caballos y una pequeña granja con animales.</p>
<p>Júpiter</p> <p>Modelo "comunitario"</p>	<p>Es adicto en recuperación, tiene más de veinte años de sobriedad.</p> <p>Su motivación para iniciar el centro de internamiento fue la sugerencia de su padrino de abrir un espacio de recuperación para los miembros de la agrupación.</p>	<p>No se visitó el centro de internamiento debido a que la entrevista se realizó en las oficinas de su padrino.</p> <p>A partir de su narración es posible establecer que el centro está dividido en dos: una "clínica" para personas de ingresos económicos altos y una "granja" para el resto de la población.</p>
<p>Nadir</p>	<p>Es adicto en recuperación, tiene más de quince años de sobriedad.</p>	<p>No se visitó el centro de internamiento debido a que este modelo no cuenta con un espacio específico de</p>

Cuarto y quinto paso	El motivo por el que abrió el grupo fue para evitar que sus hijos volvieran a la adicción. Actualmente es el dirigente de una expresión del cuarto y quinto paso.	internamiento ya que el lugar en donde se realiza el retiro tiende a cambiar dependiendo el dinero que acumulen los padrinos. Normalmente están ubicados en cabañas del Bosque de la Primavera.
----------------------	---	--

Tabla 14. Descripción y caracterización de entrevistados

Durante la construcción del referente empírico se planteó entrevistar a un funcionario del gobierno para conocer la postura oficial del tratamiento de las adicciones. Pero al avanzar en el trabajo de campo, y luego de un primer análisis de la información, se encontró disparidad entre los datos que se recuperaban de los funcionarios. Por esta razón las entrevistas se utilizaron como referencia para cruzar perspectivas de los nueve dirigentes y buscar que se aporte complementariedad al estudio.

Entrevistado	Historia	Características
Capricornio Primera generación de funcionarios (1997-2007)	Es terapeuta en adicciones y forma parte del Programa Nacional de Atención a las Adicciones. Durante más de diez años fue funcionaria del Gobierno de Jalisco en el área de las adicciones. Tiene más de treinta años de experiencia en el tratamiento y la administración pública en el tema del consumo, adicción, personas en condición de adicciones y centros de internamiento.	Forma parte de los Centros de Atención Primaria (CAPA), una de las estrategias federales para combatir las adicciones. Brindan exclusivamente atención ambulatoria y profesional. De ser necesario derivan a los sujetos que lo necesiten a instituciones paraestatales.

<p>Libra</p> <p>Segunda generación de funcionarios (2007-2018)</p>	<p>Psicólogo y funcionario público con más de veinte años de experiencia en el área de las adicciones.</p> <p>Forma parte de la institución gubernamental encargada de vigilar las prácticas de los centros de internamiento en Jalisco.</p>	<p>La institución a la que pertenece es la encargada de regular las prácticas y discursos sobre las adicciones en Jalisco.</p> <p>Esta institución forma parte de la red a nivel nacional que atienden el tema.</p>
---	--	---

Tabla 15. Descripción y caracterización de entrevistados complementarios

Análisis de la *doxa*, última pieza de la hermenéutica profunda

Una vez que se recabaron y transcribieron las 9 entrevistas a los dirigentes de los centros se pasó a hacer una revisión de los prejuicios que se pudieran tener de la información de cada una de las entrevistas, ejercicio que propone Gómez (2005).

Este primer momento ayudo a identificar en las entrevistas dos niveles de observación. Primero el subjetivo, que habla del sujeto y su posición dentro de la institución; el segundo fue el institucional, que enunciaba su relación con las instituciones ajenas a la propia. Esto ayudo a agrupar los enunciados de los entrevistados en secciones manejables y comparables.

Entre las tendencias en las respuestas de los dirigentes sobre la experiencia al frente de los centros de internamiento aparecieron las etapas temporales. Esta fue una de las características que más marcaba diferencia entre los entrevistados y que se tuvo prevista al momento de la selección de los casos.

Por esta razón, a quienes dirigen los centros de atención se les dividió en dos grupos: los representantes de la vieja y la nueva era. Esta separación se realizó “de acuerdo con lo que predominaba en sus discursos para identificarlos dentro de un ámbito contextual” (Castañeda, 2019).

Entrevistado	Año de creación del Centro de Internamiento	Grupo
Nova	1989	Vieja era
Mercurio	1989	Vieja era
Nebulosa	1995	Nueva era
Marte y Calíope	1980	Vieja era
Andrómeda	2008	Nueva era
Estrella	1988	Vieja era
Rover	2008	Nueva era

Júpiter	1998	Nueva era
Nadir	2004	Nueva era

Tabla 16. Clasificación de los entrevistados por periodo histórico

El grupo de la vieja era se integró con los dirigentes que iniciaron su centro de internamiento en la década de 1980, mientras que los miembros de la nueva tienen como característica haber iniciado entre 1990 y 2000. Esta diferenciación fue explorada a profundidad durante la construcción de las categorías de análisis, las cuales se pueden leer en el siguiente capítulo.

Una vez identificadas las particularidades de los sujetos, y los niveles sobre los cuales se trabajaría, se dio paso a la codificación de los datos. Debido a la naturaleza de los sujetos entrevistados y la escasa literatura sobre sus prácticas, se trabajó por medio de la codificación abierta, un proceso analítico en que se identifican los conceptos y se descubren las propiedades y dimensiones de los datos (Strauss y Corbin, 2002).

Nivel	Código	Descripción
Subjetivo	Biografía	Historia de vida del fundador del centro de internamiento, así como su relación con la función, transformación y sobrevivencia de su modelo.
	Prácticas	Enunciación de las prácticas que ejercen dentro de sus centros de internamiento, la manera en cómo se relacionan entre pares y la manera en cómo las conciben.
	Valores	La enunciación de valores de los dirigentes, estos pueden ser por medio de metáforas, críticas o posturas sobre conflictos éticos.
Institucional	Instituciones dominantes	Identificación por parte de los dirigentes de las instituciones que regulan y controlan. Proponen maneras de atender los centros de internamiento.

Normas y leyes

La manera en que los dirigentes identifican la regulación de sus prácticas y discursos.

Tabla 17. Libro de códigos

Esta primera codificación se realizó a manera de prueba con la transcripción de un heredero y un fundador. En este ejercicio se identificaron subcódigos que agrupaban de manera más clara las opiniones, creencias y juicios de los entrevistados sobre lo institucional y su papel en la institucionalización de los centros de internamiento.

Nivel	Código	Subcódigos
Subjetivo	Biografía	Sujeto
		Institución
	Prácticas	Terapéuticas
		Convivencia
	Valores	Del centro
		Del dirigente
Institucional	Instituciones dominantes	Gobierno
		Alcohólicos Anónimos
		Centros de internamiento
	Normas y leyes	Regulación
		Prohibición
		Evaluación

Tabla 18. Libro de códigos y subcódigos

Una vez definidos los códigos, se dio paso a la codificación abierta utilizando Atlas.ti. Terminada la codificación de las nueve entrevistas, se reunieron los recortes de la evidencia para elaborar las categorías de análisis. El resultado de la primera categorización fue el siguiente:

- Padrino y ejercicio de poder
- Lo instituido
- Prácticas y respuestas
- Relación de confrontación

- Misión del centro de internamiento

Esta primera categorización permitió una reinterpretación y replanteamiento del análisis, ya que se puso énfasis en las relaciones institucionales en las que los dirigentes estaban inmersos, pero dejaba fuera la capacidad de agencia del sujeto.

Por lo anterior, se dio paso a la *codificación axial* en donde se reconstruyeron las categorías con base en preguntas concretas: ¿cuándo se crearon los centros de internamiento?, ¿por qué se crearon?, ¿con qué capacidades contaron para hacerlo?, y ¿cuáles eran las condiciones?

Estas interrogantes permitieron reagrupar y replantear las categorías que aparecieron en la primera categorización (Strauss y Corbin, 2002). Lo que resultó en las siguientes categorías y subcategorías:

Categoría	Subcategoría
<p>Los matices de lo instituyente</p> <p>Esta categoría comprende los diferentes tipos de respuestas que emprendieron los miembros de la sociedad civil, sus particularidades y características, así como la manera en que rompen entre ellas para proliferar o morir.</p>	<p>Historia de vida</p> <p>Esta subcategoría sirvió para visibilizar las particularidades de los fundadores/padrinos, que son el referente a los tipos de modelos que se crean para hacer frente al problema de las adicciones.</p>
	<p>Innovar para salvarse</p> <p>Esta subcategoría describe las acciones, discursos, proyectos y soluciones particulares de cada uno de los modelos que emprenden los miembros de la sociedad civil para irrumpir lo instituido.</p>
<p>El ethos de lo instituyente</p> <p>Esta categoría de análisis aborda las características del proceso instituyente que realizó la sociedad civil que dirige los centros de internamiento, las causas de su nacimiento, las diferentes respuestas que surgieron, las negociaciones que se debieron entablar con los instituido y los mitos fundacionales que se establecieron para las nuevas instituciones.</p>	<p>Génesis de lo instituyente</p> <p>Esta subcategoría sirvió para analizar las causas y razones por las cuales los dirigentes o fundadores desarrollaron las respuestas instituyentes.</p>
	<p>Las diferentes caras de lo instituyente</p> <p>Esta categoría dio cuenta de los tipos de respuestas instituyentes que desarrollaron los miembros de la sociedad civil ante lo instituido y las instituciones dominantes.</p>

Entre el conflicto y la negociación

Esta categoría aborda los conflictos que tuvieron lugar en la génesis, establecimiento y proliferación de los centros de internamiento, así como las negociaciones, concesiones y simulaciones que entablaron los miembros de la sociedad civil.

El otro como enemigo

Esta subcategoría describe cómo los dirigentes crean enemigos para entablar un conflicto para depositar las fallas de sus modelos y las carencias que tienen como institución.

Entre lo instituido y lo instituyente

Esta subcategoría da cuenta del proceso continuo de negociación, aceptación y lucha entre los miembros de la sociedad civil y lo instituido: el problema de las adicciones, la central mexicana de A.A. o el Gobierno.

Simulación

En esta subcategoría se analiza la capacidad de las instituciones de acatar o no las condiciones instituidas, pero sin atacar la autoridad de la institución. Lo anterior puede ser la aplicación de la normativa solo en temas enunciativos.

Tabla 19. Descripción de categorías y subcategorías de análisis

El camino de la investigación: recorrer los centros de internamiento

Como se ha mencionado previamente, las características del fenómeno de las adicciones y de los dirigentes de centros de internamiento hizo que el proceso de investigación no fuera lineal, sino un continuo regreso a los documentos, al campo y a los sujetos. Este apartado tiene la intención de narrar la manera en que se llevó a cabo el trabajo de campo de la investigación, con sus idas y vueltas al campo y a la teoría.

Entonces, como lo indica el marco metodológico, la reconstrucción sociohistórica del fenómeno de los centros de internamiento en el AMG es esencial para determinar las circunstancias históricas y sociales en las cuales el fenómeno se desarrolla (Thompson, 1993). Por esta razón, como primer momento se reconstruyó el contexto de los centros de internamiento en el AMG por medio del grupo de discusión, las dos entrevistas a expertos y las 51 entrevistas hechas a instituciones que se denominaban a sí mismas como centros de internamiento.

El primer momento cronológico de la investigación fue el grupo de discusión (que como se indicaba en el apartado de las técnicas de investigación) sirvió para construir hipótesis de trabajo (Morgan y Krueger, 1988).

Entre los hallazgos hechos durante este ejercicio se encontraron los siguientes:

1. La sociedad civil tiene un alto grado de participación frente a la incapacidad del Estado por combatir el problema de las adicciones,
2. Desde la postura de los miembros de la sociedad civil, el Estado no conoce el problema de las adicciones,
3. La sociedad civil de atención a las adicciones está constituida por adictos en recuperación y
4. Existen dos posturas sobre las adicciones y su tratamiento: la criminalización y la medicalización.

La tabla 20 muestra algunas de las intervenciones que tuvieron los participantes durante el grupo de discusión:

Participante	Enunciado
Meteoro	Algo que tiene el Estado, el Estado hizo lo mismo desde hace 40 o 50 años, [...], a nivel internacional y a nivel nacional o local, municipios, estado y federación negaron, minimizaron el problema y lo escondieron por mucho tiempo
Meteoro	Traemos un retraso de 40 o 50 años en este tema, hay un retraso porque nunca se atendió porque a nadie le intereso, porque se dejó a organismos no Gubernamentales que atendieran este pendiente.
Meteoro	Dice el artículo cuarto constitucional que es una garantía dar salud a la población, o sea que quien está obligado a dar salud es el Estado, y está desde los años 50, principios de los años 50, está debidamente catalogado el alcoholismo y la drogadicción como una enfermedad pública incurable. [...], ¿quién es un enfermo adicto? Y ¿quiénes son y quién no lo son?
Meteoro	[el adicto] es un ser humano bueno, que sí se le criminaliza por el uso, lo va a agarrar la policía y lo va a ver como un delincuente. La policía no sabe tratar a un enfermo, se le trata como a un borracho y los va a tratar a todos iguales.
Meteoro	Igual no hay manera de saber la nobleza de un ser humano que ocupa una rehabilitación, que ocupa un internamiento, y que a esto los únicos de los únicos que se han dedicado es la Sociedad Civil, el Estado no conoce cómo.
Meteoro	La sociedad civil está haciendo lo que le corresponde al Estado.
Meteoro	[...]por mucho que el Estado tenga, tiene miedo y no ha hecho nada. Y la gente sin nada ha hecho mucho, y esa gente que yo conozco, sin nada ha ayudado por legiones de marginados y excluidos que vienen productos de una desigualdad, totalmente imposibilitados.
Virgo	es un asunto que está muy rebasado, el Estado jamás va a poder atender a la cantidad de gente que requiere ayuda o que ya está en rehabilitación.

Virgo	[...] el fenómeno ha sido atendido por las mismas personas que tienen ese problema. Está en eso, lo han dicho ya de manera empírica, pero no lo han dicho de manera conceptual y hasta muy recientemente los profesionales lucran ahora con la intervención profesional.
Virgo	Lo que yo sí creo es que es importante es que se comprendan, la conjunción de esfuerzos, eso es lo que puede generar un cambio. Y mientras no trascendamos quién sí lo sabe, quién lo salva, quién sabe qué, si no nos vamos a ayudar, no vamos a ayudar.
Polaris	Además, nos persiguen, además nos meten al bote por ayudar, además nos llenan de una normatividad escandalosa para funcionar. Yo no sé, hay que pedir permiso para ayudar.
Meteoro	[...] no te apoyan, no le dan dinero a la gente para que dignifique sus albergues, los cierran, sí los consignan, sí los meten a la cárcel por privación ilegal de a libertad [...]
Luna	[...] el Estado estrictamente llega a arreglos con la sociedad civil, en cualquiera de sus manifestaciones, para compartir responsabilidades porque siempre el Estado, cualquiera que sea, le ha quedado grande los paquetes de la educación, de la salud, de la infraestructura.
Polaris	[...] una política pública que está vigente, por un lado, hay una ley que dice que el alcoholismo es una enfermedad y que el adicto es un enfermo, y luego por otro lado, está una que lo castiga. O sea, te vendo alcohol y luego porque te emborrachas te castigo y te meto la cárcel.
Polaris	Se rebasa todos los sentidos, en vez de reconocer su labor [de los centros de rehabilitación] y ayudarlos, llega el Estado y los castigan, los hacen delincuentes y los meten a la cárcel por hacerles su trabajo.

Tabla 20. Enunciados hechos durante el grupo de discusión

Una vez revisado el material (y con base en la hipótesis de trabajo) se decidió seleccionar a los dos participantes del grupo de discusión con mayor experiencia en el campo de las adicciones para ampliar y explorar estos cuatro hallazgos. Para este fin se realizaron las dos entrevistas, ambas se realizaron el 9 de octubre de 2018. Los colaboradores fueron informados del propósito de la entrevista, que serían grabados con el fin de recabar la información y se les hizo entrega de un formato de consentimiento informado.

La entrevista a Virgo se realizó en su consultorio y tuvo una duración de una hora, en el caso de Meteoro la entrevista fue en la oficina de uno de sus grupos de autoayuda y tuvo una duración de dos horas.

Virgo nos ayudó a identificar algunas de las expresiones de centros de internamiento más representativas en el AMG, así como las historias y sujetos

involucrados con ellos. Entre estas estaban el modelo Minnesota, los anexos, el modelo paraestatal, el modelo católico y el cuarto y quinto paso.

A partir de esta entrevista se pudo señalar que había tendencias en la atención a las adicciones en la modalidad residencial en el AMG, supuesto que sería corroborado durante las entrevistas telefónicas a los 51 centros de internamiento. Además de esta afirmación, Virgo nos señaló el papel que órganos reguladores, como el CECAJ y CONADIC, comenzaron a desarrollar durante 1990 y 2000, información que se utilizó para ubicar a las instituciones que ejercieron como órganos administrativos del Estado en el caso de las adicciones.

Por su parte, Meteoro narró la historia de las primeras experiencias de institucionalización de centros de internamiento en el país y, como consecuencia, su importación a Jalisco. Entre sus afirmaciones destacaron la baja participación que tiene el gobierno, las razones morales para atender el problema de las adicciones, la normalización de los centros de internamiento y su persecución, además de la relevancia de la literatura de A.A. para fundamentar la cultura de estas instituciones.

A la par de las entrevistas, y en colaboración con miembros del equipo de investigación sobre Adicciones del ITESO, se realizaron 51 entrevistas telefónicas a centros de internamiento en el AMG, las cuales fueron registradas en una grabadora y posteriormente transcritas y analizadas. Las entrevistas tuvieron lugar durante el periodo de octubre a noviembre de 2018.

En la figura 3 se pueden observar los centros de internamiento contactados, así como la concentración de estas instituciones en los municipios de Guadalajara y Zapopan. Otra de las regularidades que encontramos fue la baja incidencia de centros reconocidos por el CECAJ; solamente 15 de los entrevistados afirmó tener la aprobación de esta institución para operar.

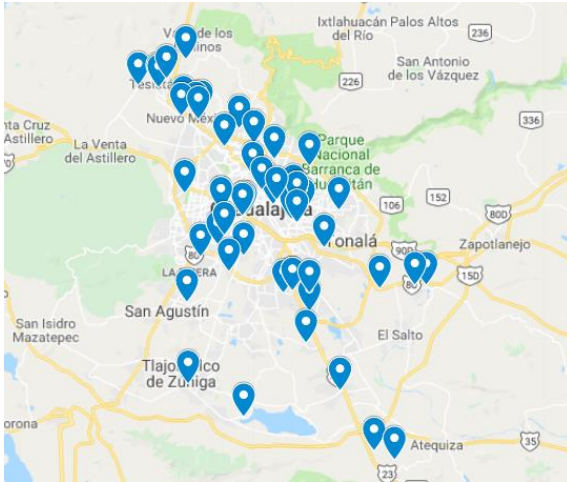


Figura 3. Mapa de centros de internamiento contactados en el Área Metropolitana de Guadalajara

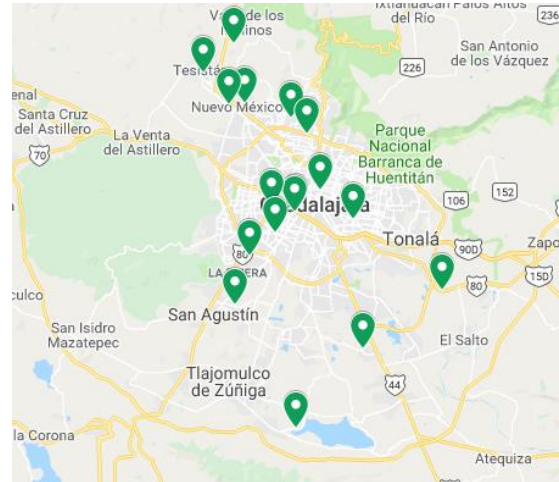


Figura 4. Mapa de centros de internamiento del Área Metropolitana de Guadalajara con reconocimiento de CECAJ

Asimismo, encontramos que la duración promedio de los procesos de internamiento es entre 3 y 6 meses. 76% de los centros son exclusivos para hombres y más de 80% son para personas de 18 a 59 años. La mayoría se consideran como “espirituales” pero sin hacer referencia a una religión, y los costos varían de cero a 60 mil pesos mensuales.

Este primer momento de la investigación de campo ayudó a definir los tres niveles del contexto socio histórico (Pile, 1990), así como el nivel de los elementos estructurales de los centros de internamiento, en donde existen tres instituciones dominantes: A.A., CECAJ y CONADIC que posicionan dos perspectivas sobre las adicciones: la criminalización y la medicalización.

El nivel de las condiciones institucionales: modelos, prácticas y discursos. Y, por último, el nivel de la acción, el contexto en el cual los dirigentes saben que actúan y el contexto en el cual interactúan.

Con esta información recabada (sumado al cruce con la investigación documental) se dio paso a la construcción del referente empírico de la investigación. Como se presentó en la tabla 13, la elección de los individuos se realizó por muestreo de

carácter representativo. Las citas para las entrevistas se hicieron por teléfono y se realizaron durante el periodo de octubre de 2018 a enero de 2019, todas se efectuaron en los centros de internamiento:

Entrevistado	Fecha de entrevista	Municipio
Nova	16/10/2018	Tlajomulco
Rover	2/11/2018	Tlaquepaque
Nebulosa	8/11/2018	Zapopan
Estrella	8/11/2018	Guadalajara
Nadir	11/11/2018	Tonalá
Mercurio	16/01/2019	Guadalajara
Marte	18/01/2019	Guadalajara
Júpiter	28/01/2019	Tlaquepaque
Andrómeda	31/01/2019	Zapotlanejo

Tabla 21. Cronograma de entrevistas

En la mayoría de los casos las entrevistas estuvieron acompañadas de recorridos a los centros de internamiento, en donde se describían los espacios, las terapéuticas y las personas que eran atendidas. Esta información no se utilizó para esta investigación debido a su densidad (y la falta de sistematización) pero se encuentra registrada en el diario de campo.

A la par de las entrevistas, y por la constante mención por parte de los colaboradores y nuestra intención de equilibrar las posturas, entrevistamos el 23 de noviembre de 2018 a dos funcionarios públicos de Jalisco: Capricornio y Libra, en las instalaciones del CECAJ.

Las entrevistas fueron transcritas en su totalidad para su análisis e interpretación, los cuales se presenta a continuación.

Capítulo V. Resultados

Este capítulo presenta el análisis realizado a las entrevistas de corte biográfico hechas a los nueve dirigentes de los centros de internamiento. A partir de su historia de vida se recuperaron los niveles de acción, institución y estructura del contexto sociohistórico que originó a los centros de internamiento como instituciones. Es por esta razón que se enfatizó en el nivel de la institución; nivel en donde se producen, y difunden las formas simbólicas entre los sujetos que conforman a las instituciones, y en donde se produce y reproduce la institución por medio de las respuestas instituyentes ante lo instituido.

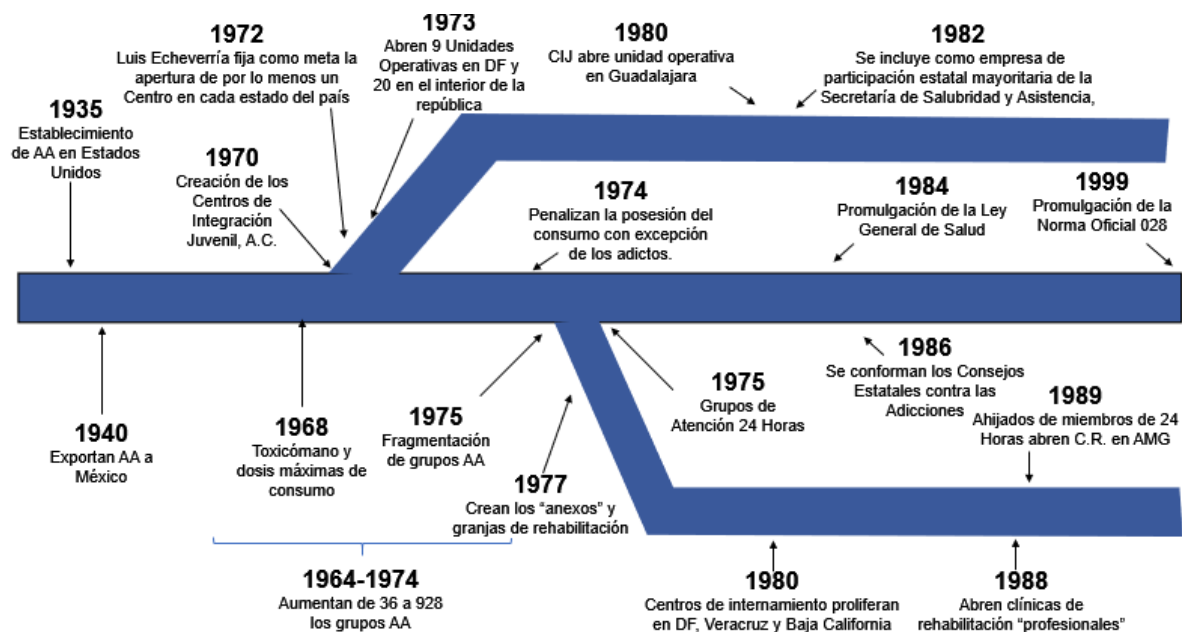
Las respuestas instituyentes forman parte del proceso de institucionalización que permite que las instituciones experimenten un ciclo de cambio constante entre las condiciones establecidas por los factores estructurales, institucionales y subjetivo, y la capacidad creadora de sus miembros (Lourau et al., 1973). Explicar y comprender este proceso puede permitir entender la manera en que las instituciones se forman y actúan sobre la vida de los sujetos y como éstos crean y modelan a estas instituciones desde su agencia.

Los matices de lo instituyente

Esta categoría describe la historia institucional y las principales características de los modelos que consideramos representativos del AMG, esto se realizó por medio de la reconstrucción histórica de las experiencias de vida de los dirigentes. De forma general, podemos afirmar que la identidad de los centros de internamiento tiene como base el mito fundacional y los significados sobre el fenómeno de las adicciones y la recuperación.

Entonces, por medio de esta reconstrucción de la historia institucional se trató de mostrar las particularidades de las respuestas de lo instituido, personificadas en los entrevistados como un fenómeno de la memoria colectiva. La figura 5 muestra algunos hitos en la historia del desarrollo de la sociedad civil que atendió y, en algunos casos, atiende el fenómeno de las adicciones en el AMG.

Figura 5. Historia de la sociedad civil que atiende las adicciones en el AMG



Fuente: Elaboración propia con datos de Rosovsky (2005), CIJ (2012) y entrevistas a informantes.

La figura 5 muestra tres líneas que divergen, la línea central representa el trabajo unilateral en la atención a las adicciones en México, la cual era atendida por grupos de autoayuda que seguían el modelo de Alcohólicos Anónimos traído de Estados Unidos y de algunas instituciones de salud públicas (Código Sanitario, 1926).

En 1968 se presentó el primer cambio estructural a la concepción de las adicciones y su tratamiento, este cambio llevó a la sociedad civil a proponer una respuesta al establecimiento de la adicción como una enfermedad, pero con una restricción que podía convertirlo en un delincuente si sobrepasaba la cantidad máxima de sustancias establecida (ver tabla 1).

Ante la normalización de las adicciones y el aumento del consumo de sustancias ilegales en el país surgieron dos respuestas de parte de la sociedad civil: la creación de los Centros de Integración Juvenil (CIJ) en 1970 (Fernández, 2019) y la proliferación de los grupos de autoayuda de AA entre 1964 y 1974 (CMSG, 2013).

Durante los primeros años del CIJ, el gobierno mexicano cedió algunas responsabilidades de la atención a las adicciones a esta institución. En 1982, durante el auge de la sociedad civil mexicana (Aranda, 2009), el gobierno incluye a los CIJ como una empresa de participación estatal. Esta relación, como relataron Meteoro, Venus, y Capricornio, dieron forma a la modalidad de atención de parte del gobierno.

A la par de la institucionalización de los CIJ, las leyes mexicanas continuaron con la normalización de prácticas restrictivas del consumo y la adicción con la penalización de la posesión de sustancias ilegales en 1974. Este momento, como señala Rosovsky (2005), la Central de Servicios Generales Mexicanos de A.A. (CMSG, 2013) y la mayoría de los entrevistados, dio paso a un cambio institucional dentro de la Central Mexicana de A.A., lo que provocó la separación de miembros que veían insuficiente la terapéutica de los grupos de autoayuda.

La promulgación de la Ley General de Salud significó la aplicación de la biopolítica dentro del ámbito de las adicciones, esto porque regresaba la responsabilidad al Estado de salvaguardar la salud de los mexicanos. El ejercicio de la biopolítica se vio acompañado de la institución de los Consejos Estatales contra las Adicciones, instituciones reguladoras y normalizadoras del proceso de atención, recuperación y prevención de las adicciones, y que posteriormente se volvieron centrales para la práctica de los centros de internamiento.

Tanto la separación de los miembros de A.A. como la promulgación de la Ley General de Salud fueron dos momentos centrales para la conformación del escenario en el cual surgieron las instituciones que conoceremos como centros de internamiento. Esta categoría (como se adelantó) tiene como propósito reconstruir la novela institucional (Fernández, 2004) de los modelos de atención que se consideraron por la investigación como representativos de las expresiones en el AMG.

La clasificación, como se presentó en la tabla 13, tuvo como propósito caracterizar las prácticas y discursos que encontramos más recurrentes durante la elaboración del mapa sociohistórico. La clasificación se elaboró a partir de un proceso inductivo de los datos recopilados durante la primera etapa de la investigación y se replantearon una vez terminado el análisis de las entrevistas.

Esta reorganización de la clasificación se basó en tres criterios: las prácticas que desarrollaron, el sentido que daban a dichas prácticas y la manera en que produjeron las formas simbólicas (Fuentes, 1998); esto lo observamos en sus mitos fundacionales, cultura institucional e identidad institucional (Landesmann, Hickman y Parra, 2009). A continuación, se presentan los resultados de esta categoría.

Marte y el catolicismo en los barrios marginados

A principios de la década de 1970 y después del Concilio del Vaticano II y, como relató Marte: “a los jóvenes nos sacudió [el Concilio] y a las autoridades ya superiores pues no, había ya mucha crítica [de parte de los jóvenes] y quizá, aunque fueran Jesuitas, les pareció muy atrevido estar con los pobres, salir a los pobres, etcétera ¿no?”. Marte se forma en el Vaticano justamente en la ebullición de las reformas propuestas de ese Concilio, esta experiencia lo marca con un principio: “ayudar a los pobres”.

Como señala Gómez (2015) en los años de 1960 y 1970, la iglesia católica comenzó a emprender acciones de intervención en barrios marginados del AMG, esto con el fin de cumplir con la obligación que declaraba el Concilio. La iglesia católica se coloca como una de las mayores promotoras de la intervención social en áreas marginadas del AMG, en donde el vacío o inexistencia institucional deja cabidas para la acción de religiosos como Marte, los cuales desde la *institución eclesiástica* instituyen una nueva *organización* de miembros de los barrios.

La experiencia de Marte y su propósito de ayudar proviene de este cambio estructural de la iglesia católica. Recuerda que su primer contacto con la comunidad en la que desarrollará su proyecto se da después de tratar de aplicar lo aprendido

en el Vaticano II en un contexto en el que no se lo permitieron, hasta llegar a su comunidad:

yo llegué aquí después de un año de estar en una parroquia rica, no digo el nombre eh, y como venía castigado de allá de Roma, corrido, entonces este, yo dije: “Bueno, voy a portarme bien y a aplicar lo que yo aprendí del Vaticano II”, con los pobres ¿no?

En América Latina se gestó una nueva praxis llamada *pastoral liberadora*, definida como “praxis pública, crítica y práctica transformadora de la realidad” (Floristán, 1998, p. 273). Como apunta Gómez (2015) lo que caracteriza a esta pastoral es el trabajo con las bases sociales acompañado de crítica a las condiciones que generan la injusticia social.

Ante este panorama, Marte regresa a México: “mi plan era irme después de diácono, estar dos o tres años de diácono en una parroquia de las más alejadas y si está un compañero mío, mejor, para quedarme ahí, para conocer a la gente pobre, por el Vaticano II”.

Marte se enfrenta a una *institución eclesiástica* y una configuración social particular en Guadalajara: los planteamientos del *Concilio Vaticano II* eran interpretados como principios “comunistas”, esto le logra la expulsión de su congregación pero le abre paso a ser enviado a una de las colonias más pobres de Guadalajara. Marte recuerda:

Entonces llegué aquí, ya estaba aquí y yo le ayudaba a la madre E., me decía: ‘Oye, padre, mira aquí está un borrachito, está caído, ayúdame’, ella tenía una pasión por ayudar a los necesitados, y luego nos dimos cuenta de que los grupitos de reflexión iban disminuyendo, y caímos en la cuenta de que no venían ya las personas porque sus hijos estaban en la droga, angustiados.

La iglesia católica desde mediados del siglo pasado participa en múltiples apoyos a las comunidades marginadas de Jalisco (De la Rosa, 1979) y, como narró Marte, las adicciones son uno de los problemas más recurrentes.

Debido a la particularidad de su formación y su “deseo de ayudar”, buscó *innovar para salvar* a sus feligreses, como él recuerda, un problema que se recrudecía año

con año. Es por medio de talleres de formación y charlas de ayuda, que posteriormente se institucionaliza en uno de los primeros centros de internamiento para personas con problemas de adicciones en el AMG.

Como rescata Gómez (2015), el Concilio Vaticano II fue la base para que la iglesia católica asumiera una lucha contra la pobreza y para denunciar las políticas económicas y sociales que empobrecen a “los marginados, excluidos, desechables e invisibles” (Richard, 1984, p. 11).

Marte es parte del movimiento que trata de cambiar las prácticas *instituidas* de la iglesia a la que pertenece, para pasar de una relación de manutención del *estatus quo* a una dinámica horizontal en las relaciones entre el pueblo, la jerarquía católica y su papel en la liberación de la miseria (Morello, 2013).

Podemos encontrar en Marte uno de los más críticos al “sistema político” del país, más que a las instituciones que funcionan a través de él: “siento que eso ya es una propuesta del grupo que tiene el poder político y la gente pobre les estorba hasta cierto punto [...] lamentablemente ese es el sistema que vivimos”.

Marte trata de encontrar en su crítica al sistema social una explicación al aumento de las drogas, al aumento de la “destrucción” de los sujetos por sustancias como la metanfetamina. Su proyecto gira en torno a la crítica del modelo y el apoyo “reflexivo” de los internos, separándose del modelo de autoayuda de las agrupaciones de A.A. y del modelo profesional Minnesota. Su propuesta es pues un cambio moral y crítico hacia el sistema en el que opera el sujeto.

A mediados de 1980, se da el paso de ser una *organización barrial* a una *organización civil*, cuando Marte y su equipo de trabajo definen objetivos de sus prácticas. Ya no es la “ayuda a los pobres”, sino la atención de las adicciones, pasan de ser ejercicios dispersos y eventuales a una institución con identidad, reglas, normas y un espacio físico para contenerla.

Marte señala que nunca imaginó que las adicciones serían su “misión” pero que después de cincuenta años en la atención del problema, sería “Dios quien lo puso

en este camino” y como concluye su colaborador sobre Marte: “No quería, no... no, le ponía cruz, a las pandillas, así a los drogós. Pero ya en el caminar se dio cuenta de que, de que ahí estaba su misión”.

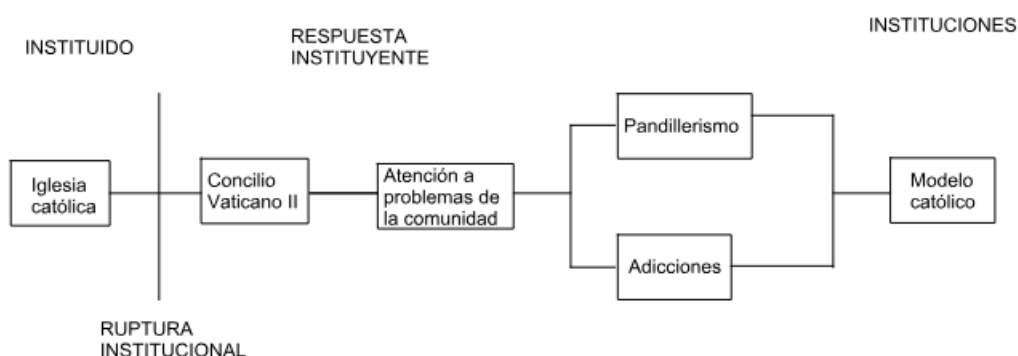


Figura 6. Proceso de institucionalización del modelo católico en el AMG

El modelo católico estuvo encarnado con otras luchas sociales, las cuales tenían como vínculo los oficios de la parroquia, en donde se personificaba el liderazgo del párroco en turno. Este modelo aún mantiene coherencia con la propuesta comunitaria del movimiento del Concilio Vaticano II como mito fundacional y la misión católica como cultura institucional.

Esta coherencia ha permeado en sus prácticas, las cuales se enfrentan a un cambiante fenómeno de las adicciones que repercute en las características del consumidor y la conciencia que tiene de buscar ayuda. Pero, a pesar de esto, el modelo se mantiene con el principio de no internar en contra de la voluntad, la gratuidad, la recuperación por medio de la toma de conciencia y el continuar con la creación de una comunidad católica.

Mercurio y los grupos de 24 horas

Mercurio es uno de los personajes más enigmáticos de la investigación. Para comenzar es uno de los personajes más referidos por los entrevistados ya que reconocen su posición como fundador del campo de la rehabilitación por medio del internamiento en el AMG, pero también es objetivo de críticas y señalamientos.

Nuestro colaborador egresó de un grupo de autoayuda de Alcohólicos Anónimos en 1981 para comenzar con el modelo de atención llamado *24 horas*, él mismo señala: “soy un alcohólico, soy fundador de grupos AA [...] que comenzó en 1981 por una inquietud [...] los grupos tradicionales que sesionan una vez al día o 3 o 4 y nosotros es junta tras junta las 24 horas”.

El relato de Mercurio ayuda a afirmar que el desarrollo del movimiento de recuperación en Jalisco fue similar al desarrollo histórico que Rosovsky (2009) presenta de la Central Mexicana de Servicios General de A.A., mismo que se rescata en el libro *Alcohólicos Anónimos en México. Segunda parte* (Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, 2013) editado por la misma Central Mexicana.

Mercurio recuerda que sus últimos meses de alcoholismo se asemejaba a lo que llama “teporocho”: “la palabra teporocho [...] son personas que en ese tiempo a causa del vicio no hacían más que beber y andar vagando, durmiendo en cualquier lugar, que lo en lo personal así me tocó vivir”. Su experiencia lo empujó a comprender que su adicción no podía controlarse con los “grupos tradicionales” de una hora y media de A.A.

Después de la fundación de la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos en 1969, algunos grupos comenzaron a fragmentarse, lo que dio lugar al nacimiento de “corrientes” del Movimiento de A.A. en nuestro país. Mercurio, al igual que los otros sujetos que se separaron para crear el movimiento “24 horas”, argumentaba que “el mensaje era insuficiente”, que se necesitaba hacer más en el proceso de recuperación que “terapias de una horita” no podían resolver.

Además de esto, como señala Briseño, “la mayoría de los individuos provenían de un contexto socioeconómico bajo; que a causa de su alcoholismo lo habían ‘perdido todo’” (2013, p. 48).

Alcohólicos Anónimos como modelo de recuperación tuvo problemas para introducirse en México durante los primeros años de existencia; “los alcohólicos mexicanos tenían ciertas dudas de que un programa que nació en Estados Unidos, para una sociedad con características tan diferentes a las nuestras, pudiera funcionar en nuestro país” (Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, 2013, p. 14).

Las constantes respuestas instituyentes de sus miembros para adecuarse al contexto sociocultural mexicano provocaron fragmentaciones e innovaciones en la manera en que se conceptualiza la terapéutica de A.A, la cual, como se explica en el *Libro Grande* (Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, 2008) es patrimonio de la humanidad, siempre y cuando no se modifiquen sus tradiciones o pasos.

El modelo de *24 horas* es una de las aportaciones de la cultura mexicana a la terapéutica de A.A. (Briseño, 2013) y es resultado de la respuesta *instituyente* a la naciente biopolítica del gobierno mexicano de persecución de la anormalidad de las adicciones y el cambio en los ámbitos de consumo del país.

Como explica Briseño, la razón por la cual los miembros argumentaban el nacimiento de nuevas corrientes era que “las sesiones tradicionales, mismas que tenían una duración de una hora y media, no era suficientes para los adictos que atendían” (2013, p. 48). A esto agrega Mercurio: “yo solicité la luz verde, para, con más necesidad de estar en más juntas, apadrinando, en servicio, que sigue sucediendo hasta la fecha”.

Aunado a esto, entre 1983 y 1984 se comenzaron a confrontar grupos internos de la Central Mexicana de Servicios Generales (CMSG, 2008) por la concentración de poder por parte del gerente y la administración central. Entre las políticas que

implementaron estaba el cobro de entrada a la III Convención Nacional de A.A., esto los confrontó con grupos que no tenían recursos para asistir.

Estos factores fueron propicios para que Mercurio y otros miembros de A.A. dieran paso a una nueva *institución* que compartiría en el núcleo de su identidad la terapéutica de A.A. pero que sería rechazada por la CMSG, *institución social* que representa a A.A. en México. Esta desvinculación con la *institución* los hace volver a los mitos fundacionales para mantener su identidad de A.A. Mercurio explica al respecto: “tons como yo tomaba todos los días eran insuficientes 1 o 2 juntas al día y escuchar a algunos compañeros, la necesidad te va impulsando, entonces hicimos igual, simulando a los iniciadores”.

Mercurio comienza a reclutar miembros en las calles, así sea en contra de su voluntad: “no les íbamos a preguntar si se querían recuperar, los metíamos al grupo”. Esta práctica se vuelve innovadora en la recuperación, ya que ante la pérdida de un lugar para vivir y la ley que comenzaba a perseguir a los consumidores, se necesitaba un lugar de refugio.

Esta corriente, a diferencia de los entonces “Grupos Tradicionales”, se caracterizaba por el uso de la violencia verbal como terapéutica, la difusión “del mensaje” en medios de comunicación y por tener espacios que se conocen como “anexo”. Estos lugares se destinaban para que miembros que no tuvieran donde vivir o presentaran dificultades para mantenerse sobrios pudieran refugiarse (Briseño, 2013).

Mercurio habla sobre la necesidad del “amor adulto” para superar la “enfermedad”: “es como una culebra [la adicción] que traemos dentro dormida pero cuando despierta ¿qué va a pedir? alcohol o droga y es cuando debe entrar el programa, las juntas, el apadrinamiento, la asesoría y hablar fuerte en ocasiones, eso no es faltarles al respeto, ellos mismos se lo faltaron ya, perdieron el respeto”.

A diferencia de Marte, Mercurio se formó en una *institución* dedicada a la recuperación de las adicciones con prácticas, identidad e imaginarios establecidos,

por lo que el proceso de *institucionalización* partió de la negociación con sus valores como miembro de A.A. y su necesidad de un modelo funcional para su adicción.



Figura 7. Proceso de institucionalización del modelo 24 horas en el AMG

El modelo de 24 horas muestra un arraigo a su mito fundacional, inspirado en la historia del fundador de A.A., Bill W., pero que, paradójicamente, está negado por la institución que representa internacionalmente al movimiento de A.A. (CMSG, 2013), por lo que continuamente regresa a los fundamentos de las doce tradiciones para validar su identidad institucional: estar inscrito a la tradición de A.A.

Nova, el anexo y la precariedad

Nova es un alcohólico en recuperación que junto con su padrino comenzó en 1989 la construcción de un centro de internamiento para tener un lugar para guarecerse, en sus palabras:

En ese tiempo había muchas necesidades, había mucha gente que, pues que no teníamos en donde guarecerse, andábamos por las calles durmiendo y... empezó esa inquietud, de tener un lugar en dónde tenerlos, ayudarlos, ¿verdad?

El modelo de *anexo* es el más complejo de definir ya que, como señala la literatura especializada, su “principal característica es su heterogeneidad, ya que la mayoría de ellos ofrece una diversidad de servicios residenciales que varían en duración” (Marín-Navarrete et al., 2013, p. 473).

Entre las características principales que se pueden identificar son: seguir el programa de 12 pasos, algunos pueden estar influenciados en religiones, son grupos enteramente de autoayuda y algunos pueden funcionar basados en la represión o dirección forzada (Rojas, Real, García-Silberman y Medina-Mora, 2011).

Los anexos como relataron los entrevistados son inmuebles *anexos*/contiguos a grupos de autoayuda en donde los miembros podían guarecerse. Con el paso del tiempo la idea de anexo se complejiza hasta tener una descripción difusa como expuso Rover: “el anexo se le conoce como las llamadas granjas donde solamente te internan ahí por un consumo de sustancia sin conocer el tratamiento que vas a recibir adentro y se les conoce de ayuda mutua”.

La experiencia de Nova es similar a la que narró Mercurio: “yo comencé en medio de 1989, está este lugar en el que estamos ahorita se originó de... de un grupo de A.A. de ahí éramos nosotros, o los que somos fundadores de este lugar”. Pero a diferencia de Mercurio, Nova y su padrino no tenían un principio al cual vincularse, su idea de ayuda era experiencial: “no sabía cómo atender un paciente así, yo tenía mucho miedo, cuando me quedaba a dormir aquí con ellos me daba mucho miedo que se me fueran a morir porque venían muy jodidos”.

El único objetivo que tenían era buscar un lugar para “guarecerse” y de ser posible tratar de ayudar de buena voluntad. La historia de Nova se relaciona con la edificación donde se resguarda su modelo, ya que al igual que este, ambos nacen de la nada y de la improvisación: “y empezamos, esto era puro cerro, [...]”

empezamos a hacer ladrillo, a picar ladrillo, y también venía gente que nos apoyaba. [...] Yo la verdad empezaba a sentir así gozo”.

El centro se abre en la periferia de la ciudad de Guadalajara en el municipio de Tlajomulco de Zúñiga. Como se expuso en el primer capítulo, la atención de las adicciones es un fenómeno que se ha centralizado en las dos principales ciudades de Jalisco: Guadalajara y Zapopan, como explica Nova, la razón para abrirlo ahí fue para ayudar a la gente de su pueblo y porque un ejidatario les “regaló” el terreno.

Nova y su padrino egresan de un “grupo tradicional” de A.A. pero debido a su adicción y la diferencia geográfica que existía entre su casa y el grupo, no podía permanecer sobrio. Fue entonces que decidieron establecer su propio grupo y un espacio *anexo* para “refugiarse”.

Al no tener un marco de referencia sobre la rehabilitación, Nova y su padrino forman parte de una porción de la sociedad civil que tiene claro el objetivo que persiguen: atender el problema de las adicciones. Debido a que no tienen un referente de atención claro, hacen frente a las problemáticas que surgieron durante la evolución histórica de los anexos con base en su experiencia y adaptándose a las diferentes condiciones.

Nova señala: “por un tiempo en que hubo mujeres era más problema todavía, era problemón entre hombres y mujeres, pero había que ayudar, hacer lo posible cuidándolos y muchas cosas”. También habla de que atendían a personas con problemas psiquiátricos severos o consumos diferentes al alcohol.

Además de aceptar a cualquier población, el *anexo* partía de prácticas coercitivas hacía los usuarios. Nova no hablará de esto abiertamente, pero puede interpretarse de sus declaraciones: “como en el 95-96 más o menos empezamos a recibir capacitaciones y a decidir lo que teníamos que hacer y empezó a bajar así de membresía porque como era a puerta abierta, era por su propia voluntad”.

Una vez que se regulan los centros, las prácticas comenzaron a cambiar: “empezamos a entender que cada uno toma decisiones sobre su vida y hemos

recibido cursos de tutorías, de muchas cosas que nos han ofrecido, pero que también nos restringen mucho”.

Nova y su padrino comienzan a trabajar en la atención a las adicciones de manera fortuita una vez que se desprenden de un grupo de autoayuda y como él explica, toda su práctica se basa en la prueba y el error. Sus prácticas rompen con la centralización de la atención y la propuesta monolítica que la recuperación que proponía A.A.

El modelo del *anexo* es uno de los más prolíficos durante 1990 hasta finales de esa década, como Nova mencionó: “híjole, está difícil, yo tenía todos los archivos, archivos muertos y de todo [...] mucha gente al principio no se registró, pero yo calculo que en el 2000 y más o menos el promedio era como de 10 mil gentes”. La innovación de los anexos no sólo fue el comienzo del internamiento como se conoce actualmente, sino también las prácticas de dominación y control sobre los internos que aún se practican en algunos centros.

Al respecto nos contaba Júpiter sobre estos métodos:

Júpiter: sigue siendo el bote chilero, porque te aplican.... En maratónicas veinticuatro, cuarenta y ocho horas... sí...

Entrevistadores: (Ríen)

P: Pues es que hay una manifestación del poder superior en estos maratones, sale porque sale...

Entrevistadores: (Ríen)

Júpiter: Se te sale el chamuco a que sí

P: Sale porque sale

J: La auténtica inducción a la derrota

Los *anexos* instituyen prácticas de dominación para la recuperación que no habían aparecido en los modelos que les sucedían, así como conductas que debían tomar los internos frente a la recuperación.



Figura 8. Proceso de institucionalización del modelo de anexo en el AMG

El modelo del anexo nace como una de las primeras respuestas al ejercicio del biopoder en las adicciones en México, pero a lo largo de su historia comienza a complejizarse su identidad institucional, ya que el concepto de “anexo” se relaciona con los tratamientos más precarios y disciplinarios en el imaginario colectivo, como señalaron la mayoría de los entrevistados.

Nova apunta durante la entrevista pistas que delimitan la identidad institucional del modelo anexo. Para comenzar tienen como principio la manutención del centro por medio de donaciones de los internos por medio de la séptima, un principio tomado de la séptima tradición de A.A. que dice “los grupos de A.A. deben mantenerse completamente con las contribuciones voluntarias de sus miembros” (CMSG, 2018, p. 353). Además de esto, el funcionamiento operativo es obligación de los miembros que cumplen un “servicio”. Estas particularidades tienen como base un fundamentalismo a las doce tradiciones de A.A.

Estos fundamentos llevaron a crear una cultura institucional basada en el servicio y la manutención solidaria, por lo que fueron espacios para personas sin o con baja capacidad monetaria, pero también en donde se desarrollaron prácticas

disciplinarias más complejas debido a la obligatoriedad del servicio como parte de la terapéutica de recuperación.

Estrella y el modelo paraestatal

La historia de Estrella comienza con su contratación por medio del modelo de competencia de plazas en 1988, práctica que contrasta con las realizadas por los otros centros de internamiento que tienden a ser autocráticos.

El modelo paraestatal es la expresión más clara de la atención gubernamental, la cual cuenta con dos tipos de unidades: atención ambulatoria y tratamiento residencial, que son clínicas de desintoxicación para pacientes internados (Quintana, s/f).

Estrella explica que este modelo funciona en red con las otras dos instituciones: “la mayoría vienen por otro centro, por los centros de consulta externa”; continúa diciendo que “ellos detectan, atienden a una persona y dicen ‘sabes qué éste... esta persona no puede ser atendida en consulta ambulatoria, tiene que ser hospitalizado’”.

Este modelo nace debido a la organización de una porción de la sociedad civil que buscaba disminuir el abuso de drogas entre jóvenes; en 1970 abrió su primer centro en donde se dieron labores de prevención y tratamiento a la “farmacodependencia”.

Durante este primer ejercicio se comenzó a colaborar con funcionarios de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia (Quintana, s/f). Es en 1982 que el modelo paraestatal es incluido en los organismos sectorizados de la Secretaría de Salud, con el carácter de institución de Participación Estatal mayoritaria, dando paso a un modelo público de atención dirigido por un grupo de la sociedad civil.

Así lo recuerda también Estrella: “es una asociación civil desde su fundación, por la señora K. en 1969 junto con el grupo de Damas Publicistas de México, fundan [el modelo] en la Ciudad de México y muy pronto empieza a crecer, aquí en Guadalajara se abrió en el 73 el primer centro”.

El modelo paraestatal se ha mantenido cercano a los tres niveles de gobierno como describió Estrella sobre la construcción de la unidad clínica:

Estaba como presidente municipal el actual gobernador y él otorgó 2 millones por presidencia municipal de Guadalajara [...], finalmente el presidente municipal [de Zapopan], él nos dio otros dos millones de pesos [...] Secretaría de Salud nos dio todo el mobiliario y equipamiento de la unidad.

El modelo paraestatal nace desde la sociedad civil, como el resto de las expresiones, pero a diferencia de éstas, se institucionalizaron con ayuda del gobierno mexicano, adoptando modelos burocráticos y recursos públicos para su funcionamiento. De la misma manera, cumplen con la obligación gubernamental de brindar espacios de recuperación gratuitos o accesibles para la población, como explica Estrella:

En el de niños no pagan nada, Centros de Integración Juvenil, DIF Jalisco y la Secretaría de Salud Jalisco se hacen cargo de todos los cargos operativos de esa unidad [...] En el caso de la de adultos sí tienen, pero si son canalizados por el médico familiar del IMSS o del ISSSTE no pagan absolutamente nada. El tratamiento es gratuito y hasta el año antepasado tuvimos también el pago por Seguro Popular, éramos la única institución que estaba avalada para atender pacientes con problemas de adicción y que ellos nos pagaban los gastos de hospitalización de estas personas.

Al igual que las prácticas de Marte y Mercurio, el modelo paraestatal inicia en un espacio en donde no hay una *institución pública* de referencia que produzca o haga circular las formas simbólicas. Entonces se apropió de modelos externos para irse constituyendo como *institución* y utilizaran las redes de influencia para gestionar recursos. Esto lo explica Estrella:

[...] en cada una de las localidades debe haber un patronato que también, a su vez, así como el patronato nacional hace gestiones a nivel federal, los patronatos estatales o locales hacen gestiones con sus gobiernos del estado o con sus gobiernos municipales.

El modelo paraestatal se mantiene en constante innovación para mantenerse vigente en la escena política mexicana, desde producción de conocimiento hasta mejora continua de su personal.

Estrella y el modelo que representa viene a *instituir* las prácticas de la sociedad civil dentro del ejercicio gubernamental, como se explicaba en el segundo capítulo, el gobierno comienza a dejar algunas responsabilidades sociales, las cuales son cubiertas por miembros de la sociedad civil, que a su vez se vinculan con el gobierno para poder sobrevivir.

Este modelo *instituye*, en conjunto con el ejercicio de la biopolítica por parte del gobierno, la práctica biomédica como mejor método para la recuperación. A esto dice Estrella: “[...] este, eh para mí sí yo creo que el modelo médico es el que te puede, en un momento dado, ofrecer muchas más alternativas de solución a un problema”.



Figura 9. Proceso de institucionalización del modelo paraestatal en el AMG

El modelo paraestatal nace como una respuesta instituyente de la sociedad civil que logra institucionalizar su estilo de tratamiento a sus relaciones político/administrativas, y que posteriormente logró vincularse con la esfera gubernamental (Fernández, 2019). Este modelo no solo se estableció como un referente para el tratamiento de las adicciones, sino que ha sobrevivido al cambio del contexto sociopolítico mexicano, adaptándose a las nuevas necesidades y administrando los recursos económicos y culturales que esta relación histórica le ha heredado.

Nebulosa y el modelo Minnesota

Nebulosa es hija de un adicto en recuperación. Su historia en la atención de las adicciones se forma alrededor de su experiencia con las adicciones:

Tiene que ver con mi papá, mi padre es un recuperado, él inició a una edad muy tardía a los 34 años comenzó con alcohol [...] fueron 12 años más o menos, obviamente las dosis fueron incrementando, fue un infierno la casa.

La historia de Nebulosa comienza cuando lleva a su padre a un centro de internamiento en el centro del país, pero que no es suficiente, como ella relata:

Y posteriormente se internó en una clínica en.... hacía el norte, y afortunadamente él salió y abrió la clínica a los seis meses de haber egresado de esa institución y yo después les preguntaba a las terapeutas, no sé si estaba más loco mi papá o ustedes que hicieron caso y se los trajo.

El modelo que Nebulosa y su padre importarían de la clínica del norte es el modelo Minnesota y Betty Ford, ambas expresiones nacidas en Estados Unidos, las cuales se caracterizaban por la profesionalización de su personal, en sus palabras: “nosotros empezamos con el modelo Betty Ford, que es muy parecido al modelo Minnesota, pero nosotros fuimos adecuando, este...más tipos de terapias alternativas”.

El modelo Minnesota fue creado durante la década de 1940 en el Hospital Estatal Wilmar en Minnesota, Estados Unidos e inicialmente comenzó como un programa de atención al alcoholismo, pero que también fue adecuado para el tratamiento del abuso y dependencia a las drogas. Como señala Rodríguez (2009) este modelo está basado en el programa de los doce pasos de A.A. pero incluye el trabajo “profesional” de psicólogos y psiquiatras.

Este modelo fue de los primeros en incluir la idea de la adicción como una enfermedad y “no responsabilizar al enfermo por ello, ‘el enfermo no es culpable’, defendiendo el tratamiento humanitario para los adictos” (Rodríguez, 2009, p. 323).

Estos dos principios del modelo Minnesota se encuentran presentes en la narrativa de Nebulosa: “la institución les paga la carrera de psicología, porque no nada más es la buena voluntad, [...] otro requisito para que los operadores estén con nosotros es que tengan respaldo psicológico”. La profesionalización de la terapia no es solamente un principio de las instituciones del modelo Minnesota, sino un valor agregado para mantener una oferta profesional.

Aunque Nebulosa hace hincapié en la diferencia de su modelo, la fuerza *instituida* de A.A. en el AMG delimita algunas prácticas y discursos del modelo Minnesota, como ella misma señala: “sí, sí seguimos el programa de los 12 pasos, cuando sale el paciente sí somos muy incisivos ‘tienes que ir a grupos de autoayuda, sólo no vas a poder’”.

Actualmente Nebulosa se encuentra en un proceso de expandir su oferta terapéutica, pasar de ser un centro dirigido a “un universo socioeconómico alto” para diversificar a la población atendida, como ella explica: “en febrero estamos haciendo una clínica de 10 mil hectáreas, en donde vamos a poder ayudar a personas de escasos, muy escasos recursos”.

El modelo Minnesota basa su *identidad institucional* a la profesionalización del tratamiento y la atención “exclusiva”, pero que debido a la ampliación de la oferta de modelos de tratamiento ha sido obligado a replantear su identidad. Lo anterior sin desarraigarse del mito fundacional que dio inicio a este modelo: “una atención diferente y profesional”.

Como ella explica, ha comenzado un proceso *instituyente* para restablecer su modelo por medio de *la masificación*. En sus palabras: “eh...sí, pero...ha bajado un poco, lo que pasa es que han abierto muchos lugares en donde se dicen ser clínicas, y son realmente centros, entonces...prácticamente predominan el 80% que atienden al pobre”.



Figura 10. Proceso de institucionalización del modelo Minnesota en el AMG

El modelo Minnesota tiene como mito fundacional la creación de una propuesta profesional con altos estándares de calidad que, en consecuencia, es dirigida a un público con la capacidad económica suficiente para hacerle frente. Este mito está integrado en la cultura institucional y en los discursos que se producen sobre las adicciones y su recuperación, en particular, la invalidación de otros modelos y la separación entre tipo de consumidores; por un lado, los que tienen la capacidad de “delinquir”, y por el otro, los que necesitan un espacio digno para recuperarse.

Júpiter y la fuerza instituyente del movimiento comunitario

Con el modelo que representa Júpiter, por ser de los más recientes y haber nacido en el AMG, es posible reconocer su genealogía. Para comenzar, nace de uno de los padrinos de Júpiter, quien formó parte de la Central Mexicana de Servicios Generales de A.A. y durante su proceso de recuperación recorrió diversos modelos de los centros de internamiento en el AMG, Veracruz y la Ciudad de México.

Por su parte, Júpiter llega en 1998 a la agrupación para tratar recuperarse. En aquel momento la agrupación era solo un grupo de autoayuda, pero “vieron la necesidad” de contar con un espacio para que “el recurso humano” se quedara. Como también expuso su padrino Meteoro, ellos “nacen” de un grupo de autoayuda de 12 pasos del movimiento de A.A., pero explica que “tiene muy claro cuál es su objetivo, pero tiene muy claro lo que no hace”.

Continua Meteoro: “A.A. no tiene expedientes, no da consultas, no tiene asesoramientos espirituales, no tiene...como diríamos, un refugio, no tiene lugares para dormir, no tiene lugares que alimenten a la gente, no tiene alimentos, no tiene nada de eso”.

Es por medio de Júpiter que el proyecto de su padrino de abrir un centro se ve materializado, como él mismo expresó: “en 1996 llegué, en 1998 aproximadamente no era mi sueño, era sueño de mi padrino y entonces yo lo acompañé”.

La expresión que representa Júpiter es una de las más nuevas, y la cual hereda múltiples prácticas de otras instituciones de rehabilitación, debido a que el fundador de la corriente, Meteoro, forma parte del primer periodo de la historia de los centros rehabilitación del AMG.

Júpiter relató la experiencia de sus padrinos y cómo ayudó a formar la expresión de la que forma parte: “mi padrino Meteoro, ya él ya tenía sus añitos trabajando en [el centro de Nova], él ya venía trabajando anteriormente con algunos centros, incluso allá en Valle de Juárez, muy de manera totalmente informal”. En una de las entrevistas iniciales, Meteoro comentó sobre su experiencia con las primeras expresiones de internamiento en el país:

E: ¿Tu padrino era de 24 horas?

M: Era de hora y media primero y después lo anexaron ya sobrio, ya después de cuatro o cinco meses sobrios, entre comillas, se lo llevaron a una granja porque se estaba volviendo loco por la falta de tratamiento adecuado.

E: Claro. ¿Pero él es de los fundadores de 24 horas?

M: Él no, su padrino [...]

Esta intrincada relación entre padrinos y ahijados tiene una fuerte repercusión en la manera de abordar las adicciones de Júpiter y el modelo que representa; como él dice, “el papel del padrino” es fundamental para su propuesta. Júpiter explica: “mis

ahijados empezaron a ver que yo me apadriné, eso es la base que nos fortalece a nosotros, el apadrinamiento formal, más porque si hay apadrinamiento formal, nombre, el servicio lo haces con gusto y la catarsis fluye sola”.

El padrino es un miembro en recuperación pero que cuenta con experiencia y tiene un papel relevante en la recuperación, ya que asume la responsabilidad de otra persona y provee de ayuda a los internos que enfrentan dificultades (Chipana, 2016). Este vínculo no solo ayuda al sujeto, sino que fortalece la sobriedad del padrino, ya que al ayudar a otro se ayuda a sí mismo (Alcohólicos Anónimos, 1984).

Para esta corriente, el padrino no sólo es una figura de autoridad sino una manera de construir una comunidad, los padrinos son parte de la vida de los sujetos, como explica Júpiter, incluso en “partes en donde no te conviene incluirlo, donde no quiere incluirlo”. El padrino es un engranaje y anclaje que conectará al sujeto, que perdió su lugar en la sociedad, con una comunidad de recuperados, personas en condición de adicciones y familiares para reintegrarse a la sociedad:

El apadrinamiento ha traído unidad, nos ha traído muchísima fortaleza en las cuestiones de no caer en nuestras creencias porque las fracturas y la *desunidad* que se dio en un tiempo entre nosotros pues es producto de creencias, de locuras, de la misma enfermedad, entonces el apadrinamiento te aterriza.

Las características de este centro no es solamente la importancia del padrino en la recuperación o la creación de comunidad, sino la flexibilidad al interactuar con lo *instituido*.

Una vez que CECAJ tomó fuerza en Jalisco, se abrieron a aceptar las regulaciones: “[las autoridades] no sabían que existía, porque nunca lo di de alta pues ni me molestaron”; continúa Júpiter: “hasta que empezamos a través de tiempo a recibir las sugerencias de mi padrino Meteoro, ‘vamos a seguir las normas, vamos a hacer lo necesario, vamos a cumplir’”.

Su capacidad de incluir las experiencias en otras instituciones y su apertura a nuevas propuestas, además del rígido respeto al padrino y la creación de una comunidad, hace que esta expresión sea una expresión *instituyente* más diversa.



Figura 11. Proceso de institucionalización del modelo comunitario en el AMG

Debido a las características del proceso de institucionalización del modelo comunitario, fue posible que se estableciera una la cultura institucional basada en la flexibilidad y apertura “democrática”. Como narra Júpiter, es uno de los pocos modelos que cuenta con un consejo encargado de tomar decisiones que afecten a la comunidad.

Además de la organización interna, el modelo comunitario diseñó un proceso de recuperación que integró diferentes etapas para los miembros. El primer momento es la experiencia en los centros de internamiento, que funcionan como contacto inicial con la cultura institucional, el segundo son las casas de medio camino, en donde se trata de reintegrar al sujeto a la vida en sociedad, pero acompañado de la comunidad y, por último, posterior a la alta, se debe asistir a los grupos de autoayuda del modelo para continuar con la recuperación.

Este proceso reafirma continuamente la identidad institucional en cada uno de sus miembros, lo que provoca una fuerte vinculación al proceso de rehabilitación y, en consecuencia, al modelo comunitario.

Rover y la comunidad terapéutica

Rover es el encargado del área de psicología del centro de internamiento en donde trabaja. El director de este centro es egresado de la expresión de Júpiter, esta confrontación se ve recurrente en su discurso.

Rover relató que desde temprana edad entró al mundo del consumo y la rehabilitación, lo que lo hace uno de los personajes con mayor recorrido institucional; estuvo en comunidades terapéuticas, grupos de autoayuda de A.A. y anexos.

La defensa de Rover del modelo de comunidad terapéutica y apoyo al proyecto en donde se desempeña, se debe a que su formación como psicólogo partió de su experiencia con un padrino que le recomendó “ayudar para ayudarse”:

Caigo yo hace 10 años a una comunidad terapéutica con Meteoro, un cuate del CECAJ, él es de la comunidad y me presenta ese modelo y de ahí surge mi idea de estudiar psicología a pesar de que ya tenía muchos problemas, también andaba buscando algo para recuperarme, y pensé en meterme a psicología.

El modelo de comunidad terapéutica es uno de los tratamientos más complejos de entender. Por un lado, es el modelo aprobado por el CECAJ el cual, siguiendo las palabras de Libra, “fue una propuesta hecha para no quitarles todo el poder al padrino”. La comunidad terapéutica es un modelo en donde recuperados y profesionales conviven en la terapia en un entorno que se asemeja a una “sociedad”, como describe Capricornio.

Por otro lado, según palabras de Rover, es un modelo que no da “buenos resultados”. Explica que: “el índice de comunidad terapéutica es muy bajo, de 100, una recuperación de 2”. La razón de la defensa del modelo de Rover, o por lo menos la que enuncia, parte de su experiencia como adicto en recuperación. “En aquellos lugares [anexos] de 100 una recuperación de 10, en base al miedo porque sabes que si caes y vuelves a ese lugar te espera lo peor, entonces tienen buen índice, pero el trato no es lo adecuada”.

El término de comunidad terapéutica como señalan Del Pozo y Gómez (1999) se acuñó en hospitales psiquiátricos del Reino Unido en la década de 1950. Es hasta 1960 que se introduce en el tratamiento para los sujetos dependiente de drogas; el concepto base de este modelo era la autoayuda, así que en sus bases pueden encontrarse los doce pasos de A.A.

Pérez (2010) señala que entre las aportaciones de este modelo destacan: precisar el tratamiento del paciente *in situ*, conviviendo en la estructura diseñada para tal efecto. El personal trabaja en equipo, conciben propuestas y elaboran conjuntamente planes individuales de los internos, así todo el equipo conoce los objetivos y el desarrollo del paciente. La estructura y forma de trabajar confía en los recursos de las personas por medio de un trabajo interpersonal y se trabaja el contexto familiar.

Rover señala que una comunidad terapéutica “es un complemento de muchos profesionales. Está el trabajo social, la abogada, los psicólogos, la nutrióloga, la enfermera, la psiquiatra y los acompañantes terapéuticos y el área administrativa por supuesto” que trabajan en conjunto para ayudar al paciente.

La comunidad terapéutica es el modelo que trata, por lo menos discursivamente y en la literatura, de crear espacios de convivencia en donde se comparta una “cultura” en común para crear pertenencia, afecto, convivencia y valores en los sujetos (Molina, 2011), tratando de regresarles el lugar que perdieron en la sociedad. Todo esto por medio de escenarios y reglas que establece la Comunidad Terapéutica, donde entran miedos, prejuicios, convivencias, relaciones sociales y estructuras que se comparten entre los miembros.

Al igual que los otros modelos, el constante cambio social de México ha hecho que pierdan las formas “puras” de los modelos, como señalan Llorente y Fernández (1999, p. 330) las comunidades terapéuticas contemporáneas han desarrollado y evolucionado significativamente, “actualmente el término comunidad terapéutica resulta genérico y poco preciso”.

Si bien podemos aceptar a partir de lo que presenta la evidencia que ningún modelo ha permanecido “puro”, si podemos encontrar un núcleo base que guíe las prácticas de los centros, por lo menos en lo que revelan los dirigentes.

Comas (2008) destaca doce rasgos y componentes más relevantes de la metodología de la Comunidad Terapéutica: es un centro residencial, tiene una duración determinada, se orienta hacia un colectivo social con un perfil concreto, el ingreso es voluntario, existe un equipo técnico multidisciplinar, tratan de reproducir una vida cotidiana real y es una fuente de aprendizaje social.

Comas (2008) continúa: el equipo técnico debe desarrollar una serie de procedimientos, su objetivo es ayudar a los residentes a construir de forma racional un proyecto de vida alternativo, los internos deben adoptar responsabilidades crecientes y progresivas, debe existir una coordinación técnica entre las redes generales y debe existir una evaluación continua.

La innovación de Rover es la validación por parte de instituciones públicas ante la enorme cantidad de ofertas de atención en el mercado. Fue uno de los dirigentes que más énfasis hace al reconocimiento que tiene por las instancias gubernamentales por cumplir con la reglamentación; “dentro de Jalisco hay muchas comunidades terapéuticas, pero 5 son las que están acreditadas por el CECAJ, CONADIC y CENADIC y esta es una, esta fue evaluada con 98.5 entonces es un buen promedio”.

Rover concluye lo siguiente cuando se le pregunta qué centros de internamiento son los que no funcionan: “los únicos lugares que no funcionan son los que no existen, si hay un lugar que está funcionando es porque está funcionando”, una expresión que refleja el espíritu de la nueva era y su posición ante la recuperación.



Figura 12. Proceso de institucionalización comunidad terapéutica en el AMG

El modelo de la comunidad terapéutica a diferencia de otros se encuentra en un dilema entre la prescripción al modelo traído por el CECAJ y el mito fundacional de sus fundadores. Este dilema se vio impactado en la indefinición de una cultura institucional, ya que recuperan prácticas de modelos más represivos como el anexo y de convivencia como el comunitario, pero sin inscribirse en ninguno de estos.

Por esta razón se encuentran en un continuo intento por integrar sus propias tradiciones y prácticas, para establecer una identidad institucional que surja de ellos, y no de la definición gubernamental de la comunidad terapéutica. Es uno de los modelos que ofrecen la mayor cantidad de ofertas terapéuticas, como la equinoterapia, el deporte o la autoayuda.

Andrómeda y el modelo cristocéntrico

El cristianismo como régimen moral en México está vinculado al renacimiento de las personalidades, como explica González (2016). Para Andrómeda, su nacimiento como cristiano surge de lo que cataloga como “milagro”. Andrómeda era dueño de un prostíbulo y a causa de un accidente en automóvil decidió volverse cristiano para remendar los errores de su vida:

Quando el señor me levanta de la silla de ruedas sin haber sufrido un solo día para ir a rehabilitación, yo entrego mi vida enteramente a él y empiezo un proyecto de rehabilitar. Sentía una carga con las personas, que yo antes ganaba dinero vendiéndoles alcohol, nunca vendí droga.

Andrómeda no lo relata en la entrevista, pero sí en el libro en el que escribe su biografía, los problemas individuales y familiares que enfrentó con las adicciones. En su libro relata que perdió a su familia a causa de sus adicciones y que gracias a eso “decide entregar su vida al servicio”, además que la muerte de uno de sus familiares se debía a la bebida compulsiva.

Galaviz y Odgers (2014) señalan que el crecimiento de los centros de rehabilitación evangélicos puede explicarse por el crecimiento del pentecostalismo, el cual ha acercado a la población una “conceptualización evangélica de la salud y la enfermedad, como al vacío que ha dejado el Estado, al desatender las necesidades de salud de esta población”,

En la década de 1990 y como resultado de la transnacionalización de ministerios evangélicos de “rehabilitación de adictos” que proceden de Estados Unidos y Europa, el movimiento pentecostal comienza a tomar fuerza en América Latina debido a la composición sociocultural de nuestro país: su relación con la religión y los preceptos morales del catolicismo, como lo explica Algranti y Mosqueira (2018).

Desde la postura del cristianismo, la etiqueta de adicto deriva de la inhabilidad de cumplir con los roles “tradicionales” que se les otorga a los sujetos, lo que provoca una baja jerarquía en su comunidad. La conversión al pentecostalismo ofrece un ritual de paso para dejar atrás una “adolescencia permanente” que contribuye a que los sujetos cumplan su objetivo de ser “verdaderos hombres/mujeres” por medio de la guía cristiana, los cuales ejercen como consejeros matrimoniales para encauzar a la familia hacia Cristo (González, 2016, p. 58).

Andrómeda representa uno de los modelos más cercanos a las creencias morales de la religión, gran parte de su terapéutica está basada en la Biblia, aunque al igual que Nebulosa, describe que el programa de A.A. es nuclear en su terapéutica.

Una estrategia no explícita para resolver las contradicciones entre religioso y laico es no reconocer el carácter religioso de los centros de internamiento, calificado

dentro del universo de las actividades realizadas por la sociedad civil que ofrecen “terapias alternativas”.



Figura 13. Proceso de institucionalización del modelo cristocéntrico en el AMG

El modelo cristocéntrico tiene como mito fundacional el “renacimiento espiritual” y la lucha contra los vicios de la sociedad moderna, estos principios son validados por las creencias evangélicas.

Estos principios, a su vez, delimitan la identidad institucional y dan orden a las prácticas del modelo, el cual no sólo busca rehabilitar al interno de su enfermedad, sino restablecer su rol “tradicional” en la sociedad como “verdadero hombre/mujer”, el cual perdió durante su tiempo como adicto.

La inclusión de la religión como herramienta de recuperación brinda rituales, prácticas y discursos al modelo cristocéntrico, el cual es amalgamado con las tradiciones de los grupos tradicionales de A.A. Este modelo recupera supuestos morales del cristianismo evangélico sobre la adicción como “[...] los borrachos, ni los maldicientes, ni los estafadores, heredarán el reino de Dios” (1 Corintios 6:10) o establece la adicción como una limitante para ejercer como dirigentes de la iglesia “porque es necesario que el obispo sea irreprochable, como administrador de Dios [...] no dado al vino, no pendenciero, no codicioso de ganancias deshonestas” (Tito 1:7).

Así pues, el modelo cristocéntrico desarrolló su cultura institucional basado en no sólo recuperar al sujeto, sino solventar las “carencias morales” del sistema que lo rodea por medio del ejercicio de la religión como dispositivo.

Nadir, el cuarto y quinto paso

La experiencia de Nadir es una de las más recientes de los entrevistados. Con tres años de haber iniciado con su proyecto es un ejemplo de la emergencia del cuarto y quinto paso como opción de rehabilitación.

Como explica Pérez (2015) el cuarto y quinto paso se caracteriza por realizar un retiro con el objetivo de alcanzar la “catarsis”, la cual busca ayudar a los sujetos a liberarse de su adicción, con base en el paso 4 y 5 de la tradición de A.A., en el cual se busca hacer un “inventario de las cosas que han marcado y que ahora los lleva a desahogarse con el alcohol”. El autor señala que esta experiencia debe ir de la mano con un “despertar espiritual.

El cuarto y quinto paso del programa de A.A. dice: “sin ningún temor, hicimos un inventario moral de nosotros mismos [...]. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas” (Pérez, 2015, p. 67), los dos pasos que son la base ideológica de esta expresión de rehabilitación, la cual se traduce en prácticas como la “tribuna”, la “catarsis” y el “inventario moral” como se explicaba previamente.

El inventario moral es una manera de profundizar en la parte espiritual del programa de A.A. Este modelo traído a México en 1993 sería una nueva expresión *instituyente* del programa de A.A., en donde los miembros no solamente buscarían un espacio para resolver su problema con las adicciones, sino que crearían un ritual para afrontar sus fracturas con la sociedad o las “faltas morales” en las que incurrieron durante su enfermedad.

El cuarto paso se refiere a “sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos”, mientras que el quinto “admitimos ante un Poder Superior, ante

nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestros defectos” (Grupo Luz de Vida, 2016).

Este modelo no solamente forma parte de los símbolos y sentidos compartidos de A.A. sino que los transforma y los adecua para convertirlos en su propio *mito fundacional*. La organización se basa en principios establecidos de los doce pasos de A.A. pero abren espacios para “lo espiritual”, una necesidad de restablecer las conductas *anormales* en las que se vieron involucrados.

El cuarto paso, como expresó Nadir, es la base del proceso de recuperación de “hacer un inventario moral de nuestros vicios”. La otra base del proceso es la “espiritualidad”, como continúa Nadir:

Elige lo que creas que es superior a ti, si es una silla, porque estás enojado con Dios o con tu Dios, elige esa silla. ¿Para qué? Para que te dé el valor de sacar lo que tiene y podamos analizar cuál fue el problema que viviste en tu cuarto paso.

Esta expresión se establece en México en 1991 cuando el movimiento de A.A. tuvo mayor impacto en el país como señalan García, Anderson y Humphrey (2015). Según el mito fundacional que rescata Arguez (2009), en 1991 un miembro de A.A. junto a su padrino el Viejo Sabino, después de experimentar en grupos tradicionales de A.A. en la Ciudad de México, deciden profundizar en la parte espiritual de los doce pasos, centrados en el inventario moral mencionado en el cuarto paso, mientras que se utilizó el quinto paso como sustento discursivo a la práctica.

Nadir, al igual que la mayoría de los miembros de la nueva era, es un adicto en recuperación, tiene 14 años de sobriedad y también experimentó la vida en un *anexo*. Nadir explica por qué decide iniciar:

la razón fue mi hijo, tengo tres hijos alcohólicos/drogadictos cuando esto se inició fue porque mi hijo se separó y no quería que volviera al alcohol y la droga, entonces fue la formación de este grupo...ese fue el fin, bueno más bien fue mi miedo que cayera de vuelta, por eso formé el grupo.

El cuarto y quinto paso se caracteriza por la “experiencia”, una modalidad de internamiento que tiene una duración de 1 a 3 días y en donde se busca resolver los “problemas emocionales” que han afectado al sujeto por medio de “inventarios”, como explica Nadir:

Hacer un inventario, entonces, sí, si nos damos cuenta, la mayoría sino que todos los que existimos en esta humanidad hemos tenido alguna marca en tu vida que te ha causado mucho dolor, y la mayoría de las veces es desde una niñez, entonces, esta experiencia te trabaja una parte de psicología, sí, en lo que el compañero te decía "hacemos un cuarto paso" ese cuarto paso es trasládase a tu niñez y vamos hilando, y vamos hilando

Cuarto y quinto paso es una de las expresiones con un mayor número de prácticas ritualizadas, los nuevos miembros antes de participar en la “experiencia” deben asistir a juntas de preparación (Grupo Luz de Vida, 2016) con el objetivo de tener plena conciencia del trabajo que se realiza (Cerón, 2010).

Posterior a esto, y como explica Nadir, la experiencia se debe realizar en lugares apartados de la civilización, se debe asegurar el anonimato del participante, brindar seguridad y confianza, además de un espacio libre de prejuicios para que los miembros puedan realizar el inventario moral.

La experiencia es “encontrar” el origen de los “defectos de carácter que se han descoyuntado”, esto por medio de la relación de estos defectos con los siete pecados capitales del credo católico. Una vez encontradas las razones por las que se “descoyuntó” el carácter, los miembros pueden seguir con el programa de recuperación de A.A. y asistir a grupos de autoayuda (Cerón, 2010).

Cuarto y quinto paso es una expresión sustentada en dos cosas: prácticas y normas establecidas. A diferencia de otras expresiones, “amor y servicio” no utilizan su *mito fundacional* como principio de cohesión entre sus miembros, sino que se organizan a través de la práctica de la “experiencia” y del principio del “inventario moral”.



Figura 14. Proceso de institucionalización del cuarto y quinto paso en el AMG

El cuarto y quinto paso, a diferencia de los otros modelos, no cuenta con un espacio físico que contenga a la institución, este modelo se encuentra en su identidad y cultura institucional. La identidad está intrínsecamente relacionada a las doce tradiciones de A.A. y la interpretación que los miembros han hecho de éstas. Entre sus principales características se encuentran aceptarse como “enfermos emocionales” que se encuentran “descoyuntados” y que encontrarán la solución de su enfermedad en un “poder superior”.

Al igual que el modelo cristocéntrico, el cuarto y quinto paso retoma prácticas y discursos de los movimientos pentecostales carismáticos en donde se recuperan “el vivo canto, testimoniar los dones espirituales, testimonios personales, oraciones de sanación y una informalidad no-litúrgica” (Spittler, 2009, p. 57).

Si bien las prácticas y los discursos de “sanación” se asemejan, lo que el cuarto y quinto paso logra como instituyente es combinar la terapéutica de A.A. con las prácticas pentecostales carismáticas.

Entonces, la cultura institucional del cuarto y quinto paso se construyó por lo que asumen sobre sí mismos y el método para recuperarse, y las prácticas ritualizadas de la “experiencia”. Así pues, sin importar en donde se realice una “experiencia”, el método, las prácticas y los discursos son los mismos en esencia.

El ethos de lo instituyente: el mito fundacional y la nueva era

Como se explicó en el apartado anterior, los centros de internamiento son instituciones conformadas fundamentalmente por la sociedad civil en el AMG, las cuales se han construido histórica, cultural y socialmente, mediante disputas internas y negociaciones y un continuo movimiento entre lo *instituido* y lo *instituyente*.

Durante los periodos históricos señalados en el primer capítulo, los dirigentes han desarrollado ideas, valores y creencias sobre la recuperación con el fin de dar sentido a su vida dentro de la institución. Como expone Weber (1995), han establecido un modo de aprehender el “espíritu” como grupo de individuos, el cual opera en las prácticas y las acciones de sus miembros (Montero, 2012).

Los centros de internamiento son producto de los procesos de *institucionalización*, explicados en el apartado anterior, y los ejercicios del *biopoder*, que se muestran en la tabla 1. Como se narró durante los dos primeros capítulos, los ejercicios del biopoder se intensificaron a finales de 1980 y principios de 1990 (Galaviz y Odgers, 2014), con la regulación de las adicciones y el posterior establecimiento de la salud como un problema público.

Para entender los procesos históricos de *institucionalización* ya presentados indagamos en el sistema de normas que estructuró a estos grupos sociales, la manera en que se regularon sus modos de vida y sus funcionamientos (Lapassade, 1974). Para explicar las razones por las cuales los dirigentes pasaron de ser sujetos a miembros de la sociedad civil por medio de la institucionalizaron de sus modelos de atención.

Con la intención de resolver esto, desarrollamos la categoría del *ethos de lo instituyente* con el propósito de describir las cualidades morales, valores y virtudes (Montero, 2012) que los dirigentes atribuyen a sus centros de internamiento y la manera en que se constituyeron como instituciones.

El *ethos* es entendido como la actitud de los centros de internamiento ante sí mismos y ante los otros, es la manera en que estas instituciones hacen y actúan en el campo de las adicciones (Chapela y Cerda, 2010). Como se narró en la sección anterior, cada uno de los dirigentes representa una cultura institucional diferente, lo que en consecuencia llevó a identificar principios y valores particulares en la práctica de rehabilitación de cada uno de los modelos. La pregunta para responder en este apartado es ¿cuál es el *ethos* de los centros de internamiento?

Hablar de los centros de internamiento es hablar de la historia de un problema social atravesado sincrónica y diacrónicamente por diversas posturas políticas nacionales e internacionales, religiosas, académicas, organizativas y sociales, que impactaron en la recuperación de muchas y muchos consumidores, que después de su paso por estas instituciones se conforman como actores sociales (Gómez, 2015).

Como se planteó en el capítulo I, los sujetos en condición de adicción al perder su capacidad de ser productivos en el sistema económico, y al no tener control sobre su voluntad (Tello, 2007; Rengel, 2005; Pascual y Pascual, 2017), son despojados por parte de la sociedad de su capacidad de actoría (Hernanz, 2015). Pero como hemos narrado, después de atravesar un proceso de recuperación, y como poco a poco se constituyen como padrinos, fundadores o practicantes, comienzan recuperar una capacidad de acción particular (Bethancourt, 2011).

Los entrevistados son un ejemplo de cómo algunos (en mayor o menor medida) participan en la conformación de las instituciones, las prácticas, objetivos, ideales, reglas, identidades y discursos que las conforman (Fernández, 2006). Este proceso ayuda a recuperar su papel como actores sociales en la misma sociedad que alguna vez los marginó y a la que buscan reincorporarse. Los centros de internamiento son el inicio de nuevas organizaciones y nuevas maneras de pensar a las poblaciones ocultas.

Los relatos de los dirigentes no obedecen una línea temporal, ya que las confrontaciones y rompimientos escapan al intento de una cronología sincrónica,

como indica Gómez (2015), pero es posible hablar del tiempo de la creación de los centros de internamiento, del surgimiento de las expresiones, del tiempo de los grupos, de los agentes externos, de la conflictividad, su negociación entre el gobierno y los otros miembros de la sociedad civil, las distintas generaciones de dirigentes o la institucionalización de las instancias de control como lo es el CONADIC, el CECAJ o la misma Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.

Como se adelantó, los entrevistados hacen referencia a tres periodos diferentes en la práctica de la rehabilitación vía internamiento, La primera se da finales de 1980 que se identifica con los inicios de las organizaciones que se convertirán en centros de rehabilitación. El segundo, de 1994 al 2000, con el establecimiento e institucionalización de los modelos y finalmente en la década de 2000, que es caracterizada con la muerte y el fortalecimiento de algunas expresiones.

En la etapa del “establecimiento” notaremos las fracturas más importantes por la fragmentación de la CMSG y la aparición de los Consejos Estatales Contra las Adicciones, los cuales buscan la *normalización* de la atención de las adicciones que se traduce en lo que algunos de los dirigentes llaman: “perder la libertad” en su práctica.

Nova, Mercurio, Marte y Estrella son iniciadores de los movimientos que después son seguidos por los otros dirigentes; ellos establecieron *principios* y *valores* sobre la recuperación que traducen de sus experiencias en los grupos de autoayuda. Estos son los primeros intentos de institucionalizar la práctica de la rehabilitación por medio del internamiento.

Posteriormente, Nebulosa y Júpiter comenzaron sus expresiones en un momento en que las instituciones de regulación inician la normalización de la rehabilitación. Algunas de las prácticas del primer periodo se institucionalizan mientras que otras se vuelven disruptivas del modelo normalizado. Este proceso fue clave para que

algunas de las instituciones se fortalezcan bajo la vigilancia de las instancias gubernamentales y otras sean perseguidas.

El último periodo contiene el presente de todas las expresiones, en donde las que cuentan con una menor flexibilidad y posibilidad de adaptación tuvieron dos caminos: buscar estrategias *instituyentes* para hacer frente a las nuevas necesidades sociales o mantenerse en su propuesta *instituida* y comenzar a decaer.

Los entrevistados, los cuales están inmersos en estos periodos, se encuentran ante la rigidez de la definición de los centros de internamiento desde la Norma 028, la cual los define como instituciones “carácter de público, privado o social, fijos o móviles, [...] que proporcionan servicios para la atención específica de personas con consumo perjudicial o adicción a sustancias psicoactivas [...] operan bajo un modelo de atención profesional, de ayuda mutua o mixto” (2009, p. 18).

Esta descripción deja de lado la riqueza cultural y subjetiva que atraviesa a estas instituciones; espacios desde donde se construye sentido, se organizan saberes, se regulan prácticas y se desarrollan procesos de socialidad entre los miembros, lo que Castoriadis (1986) llama significaciones imaginarias sociales.

Desde la enunciación para los investigados, los centros de internamiento suelen tener una diversa gama de nombres: “anexos”, “clínicas”, “hospitales”, “centros de internamiento”, “granjas”, “centros de recuperación”, entre otros, cada uno de ellos, (como se explicó previamente) tiene cualidades y procesos particulares para tratar las adicciones.

En resumen, las expresiones de rehabilitación vía internamiento son más complejas que la organización que propone el gobierno mexicano por medio de la Norma 028. El contexto sociocultural en el que se desarrollan y producen contribuyó a impulsar las instituciones y sus prácticas, con o sin la validación del gobierno.

Como señalan Lourau et al. (1973), lo *instituyente* es contingente a la configuración de las instituciones dominantes en periodos históricos determinados. Como hemos argumentado, en el fenómeno del tratamiento de las adicciones en AMG, los

matices de lo instituyente tienen un *génesis* en la potencia creadora de sus dirigentes durante las fracturas institucionales o las regulaciones normativas gubernamentales.

Esta potencia creadora de los dirigentes se convierte en un proceso de *institucionalización* en donde aparecen *mitos fundacionales* que los miembros establecieron para darle sentido histórico y de pertenencia a su institución y desde donde se comienza a *gestar lo simbólico* del tratamiento de las adicciones en la modalidad residencial en el AMG. A continuación, mostramos este proceso:

Toda institución tiene su historia (Belmonte y Gadano, 2007) y de esta historia es de la que están hechos sus objetivos, sus maneras de relacionarse con *el otro* y desde donde se construye su identidad institucional. El momento de la aparición de los centros de internamiento nos habla de la tensión que existió entre lo *instituido* y lo *instituyente* y que resultó en la *institucionalización* de nuevos modelos y la modificación de viejos.

Los centros de internamiento en el AMG surgen durante la modificación del Código Penal Federal y la promulgación de la Ley General de Salud, leyes que vinieron a normar el derecho a la salud y, posteriormente, a establecer a la medicina como discurso dominante sobre las adicciones.

Como explica Michel Foucault (1994), este fenómeno fue una característica del Estado moderno, ya que el derecho individual a la salud se convirtió en un problema público que debía ser atendido por el Estado. La razón, como argumenta Foucault, es el derecho a “ininterrumpir el trabajo” (Castro, 2010, p. 282) como objeto de la macroeconomía nacional, la salud del sujeto se vuelve esencial para mantener la productividad del mercado.

Estos momentos llevaron a miembros de grupos de autoayuda, actores sociales y miembros de la sociedad civil, a buscar soluciones desde su actoría al creciente problema de las adicciones y el ejercicio de la biopolítica. Algunos de ellos, basados en el principio del “servicio” de A.A. vieron insuficiente lo que hacían las instituciones

dominantes y el gobierno, lo que los llevó a emprender nuevas estrategias de atención.

Entre estas estrategias se encontró el establecimiento de centros de atención residencial; esto provocó un enfrentamiento entre algunos miembros con la Central Mexicana de Servicios Generales de A.A. (CMSG) y la sucesiva separación y creación del Movimiento de 24 horas de A.A. Lo anterior debido a que la Central Mexicana argumentaba que se hacía un “mal uso” de las tradiciones heredadas por el fundador del movimiento, Bill W. (CMSG, 2013).

Entonces, los dirigentes identifican un problema social y en consecuencia deciden dar inicio a un proceso de participación para solventar la necesidad identificada. La tabla 20 muestra un ejemplo de esto:

	Entrevistado	Inicio	Necesidad
Génesis de lo instituyente	Mercurio	[...] así me tocó vivir los últimos meses de mi alcoholismo hasta no llegar a la corriente 24 Horas del Grupo Guadalajara	[...] ahí [Grupo Guadalajara es] donde yo solicité la luz verde, para, con más necesidad de estar en más juntas, apadrinando, en servicio. [Antes] el mensaje era insuficiente.
	Nova	Yo comencé en medio de 1989, esta, este lugar en el que estamos ahorita se originó de... de un grupo de AA [...]	Había mucha necesidad [...] I: ¿y cómo se les ocurrió la idea de poner el centro? Nova: ¿cómo les comentaba al principio de decir que hacemos con esta gente... Teníamos la esperanza de ayudar porque en ese tiempo lo único que había era el albergue “los reyes” [...] y estábamos trabajando nosotros.
	Júpiter	Yo llego en 1996 al grupo, de Chapalita [...] nosotros sesionábamos de ocho a ocho y de ocho a diez, y se cerraban las puertas del grupo.	Empezamos a vernos en la necesidad porque empiezan a llegar a este grupo chamacos de quince, dieciséis, dieciocho años egresados de otros [...] y nosotros no tenemos donde meternos

Tabla 22. Fragmentos de entrevistas a Mercurio, Nova y Júpiter

Las dos características de estos sujetos para iniciar su propio centro de internamiento son: permanecer sobrios y “hacer más” por el problema. Como se

planteó en el programa de los doce pasos, la ayuda mutua o realizar actividades de servicio es fundamental para fortalecer la recuperación y mantener la sobriedad (Polcin y Zembre, 2004).

El servicio es el principio sobre el cual se sostiene A.A., no solamente para mantener a la institución viva, sino porque para procurar la recuperación “*tenemos que llevar el mensaje, pues, de no hacerlo, nosotros mismos podemos marchitarnos y aquellos a quienes no se les ha comunicado la verdad puede perecer*” (CMMSG, 2010)

Ambas características que presentan los entrevistados parten del principio de A.A. de que “sólo un alcohólico podía ayudar a otro alcohólico; pero solo logra mantenerse sobrio a sí mismo” (Alcohólicos Anónimos, 2007, p. 9). Las doce tradiciones son una guía implícita a las acciones de los dirigentes, la cual tiene como piedra angular “llevar el mensaje al alcohólico que sufre” (CMMSG, 2010, p. 247) como señala la quinta tradición.

La sobriedad puede ser mantenida por medio del “servicio”, un proceso para mediar las conductas “egocéntricas” propias del adicto y la manera de mantener vivo el mensaje (CMMSG, 2018). Los principios de ayudar, de usar el servicio como herramienta de regulación y la transmisión del mensaje, aprendidos durante su experiencia como miembros de grupos de autoayuda de A.A. les sirvieron a los dirigentes como base moral para incursionar en lo que ellos interpretaron como la solución del problema de las adicciones.

Los primeros dirigentes afirmaron que había desconocimiento de cómo lograr la rehabilitación, pero emprendieron sus “misiones” con la “esperanza de recuperar” o “darles un espacio para guarecerse” a las personas en condición de adicción. Como explican Marte y Nova la demanda superaba a la oferta de rehabilitación, Nova recuerda: “en ese tiempo había muchas necesidades, había mucha gente que, pues que no tenía en donde guarecerse, andaba por las calles durmiendo y... empezó esa inquietud, de tener un lugar en dónde tenerlos, ayudarlos”.

Estos tres mitos fundacionales, en congruencia con los tres valores citados de A.A., ayudan a concretar una misión de las nacientes instituciones. Los dirigentes responden al principio *instituido* de no atender a las adicciones fuera de las prácticas reconocidas de A.A. con la interpretación de estos tres discursos fundacionales de A.A. Como narra Júpiter: “es como aquí decimos ¿no? ¿Qué se necesita para abrir un grupo? Pues dos resentidos y una cafetera ¿no? Con eso abres un grupo”.

Entonces, abrir un centro de internamiento es la fuerza *instituyente* de los dirigentes ante el ejercicio del *biopoder* que la ley mexicana y la crítica a la insuficiencia de lo *instituido* en A.A., pero con el rescate de los valores de la institución dominante para validar la naciente institución. Así pues, los centros de internamiento se configuran como un producto de las necesidades sociales y culturales de la época.

Mientras más aumentaba la “destrucción” provocada por las adicciones, los sujetos comenzaron a perder sus bienes, se encontraban ante un panorama de indiferencia institucional y social. Esta situación planteó la necesidad en algunos sujetos de dar espacios para resguardarse como explica Nova: “había mucha gente que, pues que no teníamos en donde guarecerse, andábamos por las calles durmiendo”.

Ante este panorama surgen cuatro representantes de expresiones que, como muchas otras, se mantienen hasta la fecha: Mercurio, Marte, Estrella y Nova. Este grupo de dirigentes forman parte de la vieja era de centros de internamiento en el AMG, la cual se caracteriza por los momentos históricos en los cuales surgen, las posturas que tienen ante el consumo y los consumidores y la misión que tienen como centros.

Los mitos fundacionales son los planos para encontrar las cualidades morales, de valores y virtudes entendidas como la “relación con uno mismo y cuyo elemento central está basado en la subjetivación (ética) y las ‘prácticas de sí’” (Florián, 2006, p. 64).

Entonces, el *ethos* es una relación entre el dirigente y la institución que representa para dar una orientación y modo de existencia a ésta. La tabla 21 recopila estas posturas éticas:

Dirigentes	Cita	Moral	Valores	Virtudes
Marte	<ul style="list-style-type: none"> - “[...] nosotros no estábamos para lucrar” - “no lo manejamos ni como paciente, ni como enfermo, ni como atarantado, es un joven que se le está ofreciendo un espacio para que él venga a reflexionar junto con el evangelio” - “Pero ya en el caminar se dio cuenta de que, de que ahí estaba su misión” 	Compromiso social	<ul style="list-style-type: none"> - Solidaridad - Respeto - Vocación 	<ul style="list-style-type: none"> - Gratuidad - Horizontalidad - Responsabilidad
Mercurio	<ul style="list-style-type: none"> - “[...] por qué no buscas otras personas con ese problema y trata de ayudarlos”. - “aquí se llegaba a juntar por semana 120 mil pesos, teniendo 2000 albergados, pero nunca para guardar, sino para seguir haciendo agrupaciones” - “un adicto debe quedarse y debe forzarle, en una de esas le aprende, pero si lo dejan salir, a la semana se va a ir a una cantina” - “La solvencia económica les otorga una libertad de ejecución y creación de sus propias estrategias” 	Compromiso social	<ul style="list-style-type: none"> - Vocación - Sometimiento - Libertad 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilidad - Eficiencia - Autodeterminación
Nova	<ul style="list-style-type: none"> - “no teníamos en donde guarecerse, andábamos por las calles durmiendo y... empezó esa inquietud, de tener un lugar en dónde tenerlos, ayudarlos” - “nunca hemos cobrado si usted nos puede ayudar, adelante, pero decir que tienen que pagar tanto, no” 	Compromiso social	<ul style="list-style-type: none"> - Vocación - Solidaridad - Respeto 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilidad - Gratuidad - Horizontalidad

Ethos de lo instituyente

	- “primeramente, la voluntad de ayudar y tratándolos adecuadamente”			
Estrella	<p>- “hacíamos recorridos comunitarios, entrevistas con informantes clave, entrevistas comunitarias, en fin, a gente nos iba dando su opinión en relación con cómo veían el problema de las drogas y cómo veían la apertura de un centro de integración en su comunidad”</p> <p>- “Esos son los grandes logros, me entristece muchísimo saber, a pesar de tantos años, que bueno que no pierdas la sensibilidad, porque sí me duele cuando me comentan que hay algún paciente que ya recayó, eso me duele”</p> <p>“Los que sí creo que no, no deberían de existir son los que no aceptan ayuda de profesionales, esos sí creo que no, porque han demostrado pues que, este, pues a través de castigos, vejaciones, humillaciones y todo eso, pues no, no, no se soluciona todo el problema adictivo”.</p>	Compromiso social	<ul style="list-style-type: none"> - Vocación - Solidaridad - Profesionalismo 	<ul style="list-style-type: none"> - Compromiso - Empatía - Eficacia
Nebulosa	<p>- “es una clínica para un universo socioeconómico alto, sin embargo, ayudamos a personas de escasos recursos”</p> <p>- “predominan el 80%, que atienden al pobre...a la población, son adictos recuperados que actuando</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilidad social - Cientificismo 	<ul style="list-style-type: none"> - Profesionalización - Libertad 	<ul style="list-style-type: none"> - Trato profesional - Respeto

	<p>con la experiencia no es lo mismo, no tienen el respaldo científico”.</p> <p>- “entonces no existía clínicas], más que anexos que los detenían encontrar de sus voluntades”</p>			
Júpiter	<p>- “Cuando tu abres un centro de tratamiento pues lógicamente lo que buscas es ayudar, sobre todo cuando ya entendiste que a través de ayudar te ayudas ¿sí?”</p> <p>- “aquí por ejemplo con nosotros en su gran mayoría nos hemos dado cuenta de que quizás durante años anteriores fuimos algo exclusivos y eso nos costó, ahora somos más inclusivos ¿sí?”</p> <p>- “Muchas gentes nos juzgó, mucha gente nos criticó de borregos, nos criticó de que no teníamos la libertad de decidir”</p> <p>“conservemos ciertas autonomías en las cuestiones terapéuticas que nos han dado resultados y que no vamos a modificar a comunidad terapéutica”</p>	<p>- Responsabilidad social</p>	<p>- Sometimiento</p> <p>- Profesionalización</p> <p>- Libertad</p>	<p>- Disciplina</p> <p>- Trato humano</p> <p>- Autodeterminación</p>
Rover	<p>- “este tratamiento cobramos 15 mil pesos al mes y la realidad es que debería de ser gratuito. Pero nos vemos en la necesidad de cobrar”</p> <p>- “nosotros a pura terapia, yo soy cristiano, pero no les hablo del cristianismo, les hablo de psicología”</p>	<p>- Responsabilidad social</p> <p>- Cientificismo</p>	<p>- Libertad de credo</p> <p>- Profesionalización</p>	<p>- Apertura dogmática</p> <p>- Trato humano</p>

	- “necesidad que tiene la sociedad de la recuperación del consumo de sustancias sin tener conocimiento de cómo se curaban las personas”			
Nadir	- “la razón fue mi hijo, tengo tres hijos alcohólicos/drogadictos cuando esto se inició fue porque mi hijo se separó y no quería que volviera al alcohol y la droga” - “Nos mantenemos con nuestras propias contribuciones, que es la séptima”	- Compromiso social	- Solidaridad - Vocación	- Empatía - Compromiso
Andrómeda	- “cuando las personas llegan, les decimos que no han llegado a un centro de rehabilitación sino a una clínica” - “Con nosotros es una cuota directa para evitar que el interno salga y correr el riesgo de que se nos vaya” - “estamos trabajando en este proyecto para rehabilitar a las personas, pero a manera correctiva”	- Cientificismo - Responsabilidad social	- Sometimiento - Profesionalización	- Corrección de conductas - Atención clínica

Tabla 23. *Ethos* de las expresiones de atención residencial

Como se aprecia en la tabla 23, existe un cambio en el propósito del centro de internamiento. Los primeros dirigentes trabajan bajo un *compromiso social* de ayudar a “los necesitados y en escena de búsqueda de justicia social” (Sánchez, 2015, p. 123).

Mientras que la siguiente generación establecen otros valores intermedios entre la ayuda a los necesitados y su labor como mediadores en el problema de las adicciones; su propósito era ayudar, pero con una remuneración de por medio, una posición más cercana a la *responsabilidad social* de las empresas modernas, basado en el aprovechamiento de las oportunidades y los riesgos derivados del desarrollo económico y social (Solís, 2008).

Si bien comparten algunos valores como la solidaridad o la búsqueda de la libertad, estos son rescatados de los principios de A.A. y retomados por los dirigentes. Esta diferencia de principios, valores y propósitos nos permite ubicar una diferencia cualitativa entre este grupo heterogéneo de entrevistados.

Podemos hablar de dos *ethos* de lo instituyente: vieja era, que comparten una moralidad de compromiso y un período histórico común y la nueva era, que de igual modo comparten una moralidad de *responsabilidad* ante el problema de las adicciones. A continuación, se explicitan estas dos subcategorías.

Vieja era

A principios de los ochentas y como documenta Rosovsky (2009), los grupos de A.A. se fragmentan en organizaciones “24 horas”, que se caracterizan por hacer sesiones diarias continuamente. Las agrupaciones “24 horas” cambiaron los modelos tradicionales e incorporaron a sus instalaciones habitaciones llamadas “anexos” para que los alcohólicos que no tenían en dónde vivir o tenían dificultades para mantenerse sobrios pudieran alojarse gratuitamente.

Estas agrupaciones son el primer nivel de organización que señala Lapassade (1999): grupos a nivel de la base y la vida diaria; éstos comenzaron a crear normas,

control y funciones para mantener el orden y sucesivamente organizar el aprendizaje y la producción simbólica.

Nova y Mercurio, así como los padrinos de Rover, Júpiter y Nadir explican que experimentaron el internamiento en estas agrupaciones, y en los casos de Nova y Mercurio aún recuperan algunas de sus prácticas. Dice Mercurio: “hay que saber dividir, los grupos tradicionales que sesionan una vez al día o 3 o 4 y nosotros es junta tras junta las 24 horas”.

Como relataron los miembros de la vieja era, sus propuestas nacieron debido a un “compromiso social” o la “necesidad de ayudar” a resolver el problema de las adicciones. Este compromiso social es para los católicos “compromiso cristiano”, para los adictos recuperados “regresar al programa” y para los centros cercanos al gobierno su “obligación”.

Se regula su vida en la institución por estas declaraciones de valores, las instituciones se constituyen bajo un principio de “labor social”, por lo que la mayoría de las expresiones que conforman a la vieja era son gratuitas o de bajos costos.

Las poblaciones atendidas, como se señala, eran las paradigmáticas que apunta Rosovsky (2009), adictos sin hogar o gente que toman y viven en las calles. Marte les nombra “jóvenes drogos”, mientras que Mercurio “teporochos” y Nova “locos y enfermos”; estas son las primeras poblaciones que, a su decir, fueron internadas y con las que se experimentaron los modelos que se *institucionalizaron* y que posteriormente se *criticaron* por las siguientes generaciones.

Los “jóvenes drogos” o “chavos banda” a los que se refiere Marte, son jóvenes pertenecientes a pandillas en los barrios marginados de Guadalajara, los cuales, en palabras del entrevistado, “se volverán el problema más importante para su parroquia”. Agregó: “[fuimos] casa por casa a conocer cuáles eran las necesidades de las familias y de ahí surge la necesidad de la problemática más que de droga, de pandillas y de tantas muertes que había diario en las confrontaciones”.

Ramos relata en su historia sobre el AMG que las zonas de la periferia del centro de Guadalajara comenzaron a poblarse por ciudadanos que migraban de municipios del sur de Jalisco y que “a través del tiempo sufrió el embate de ciertos grupos sociales que los mismos habitantes designaban con los nombres de pandilleros, vagos, teporochos” (2008, p. 9).

Estos “jóvenes drogos”, o como Rossana Reguillo (1991) los nombra “chavos banda”, son una expresión de la marginalidad y represión que viven algunas colonias del Área Metropolitana de Guadalajara. Reguillo agrupa las características de los “chavos banda” en consumidores y vendedores/compradores de drogas, con baja escolaridad, con edades entre 17 a 23 años, trabajadores en oficios en el mismo barrio y con una estética particular.

Mientras que las causas más comunes de persecución eran: disturbios en la vía pública, lo que englobaba el consumo de alcohol o drogas y pleitos; el robo, portar pistolas o navajas, la compraventa de drogas y frecuentemente la detención por solo estar reunido en “una esquina”.

Marte recuerda que su participación en el proyecto se debe a la identificación que tuvo con los “chicos drogos” y su afinidad con esta población, él mismo menciona: “tenía mucho pegue” con ellos. Relata también que su estética tuvo relación con esta afinidad: “pantalón de mezclilla todos gastados, cabello lacio pero largo y ahora no sé cómo les llaman... tuve aceptación”.

El *mito fundacional* del modelo de Marte está vinculado al apoyo comunitario y la resolución de problemáticas de la comunidad, parte del proyecto que él emprendió como religioso.

El *mito fundacional* tiene como fin fundamentar el *cómo* y, en consecuencia, dar cuenta del *por qué* la institución ha llegado a ser realidad (Oelker, 2003). El mito no proviene de una recuperación reflexiva, metódica o razonada, sino de la emoción y la experiencia del origen. Explica Jaspers que “los mitos solucionan las tensiones

existenciales por el relato de una historia y no a través del conocimiento racional” (en Oelker, 2003, p. 72).

Mercurio relató que los primeros sujetos que fueron atendidos por su expresión fueron “teporochos”. El “teporocho” es un nombre dado a las personas que viven alcoholizados y, como explican Natera, Tenorio, Figueroa y Ruíz expresa: “a person whose primary night-time residence is either in publicly or privately operated shelters, or on the streets, in doorways, train station and bus terminals, public plazas and parks, [...] and other well-hidden sites known only to their users” (2002, p. 19).

Mercurio establece este primer sujeto como parte de su *mito fundacional*, ya que como agrega: “esto comenzó con lo que le llamamos *la operación teporocho* igual como comenzó Bill W y el Dr. Bob, recogiendo personas que estaban en la calle”. El *Libro Grande* (CMMSG, 2008) recopila las primeras experiencias de los fundadores de A.A. y los primeros miembros de la organización; estas experiencias, por su universalidad, pueden ser interpretadas y explicadas desde la subjetividad de los lectores quienes las pueden utilizar como recurso hermenéutico para avalar sus argumentos.

El entrevistado es uno de los sujetos más arraigado a los “valores” *instituidos*, en este caso a Alcohólicos Anónimos, y trata de encontrar paralelos entre su expresión y las prácticas de esta institución para arraigar su *identidad institucional*.

Entre estas primeras prácticas que emprendieron los miembros de la vieja era se encuentra la “conversación con la población” para conocer los principales problemas de las colonias y partir de la experimentación de lo que podría funcionar, como comenta Nova: “no sabía cómo atender un paciente así, yo tenía mucho miedo, cuando me quedaba a dormir aquí con ellos me daba mucho miedo que se me fueran a morir”.

La característica más recurrente de la vieja era es que sostienen la existencia de su propuesta o el mito fundacional (Kaës, 1989). Los miembros de la vieja era establecen códigos morales vinculados a la buena voluntad, como la inauguración

de un nuevo modelo de apoyo social. En ese sentido los cuatro muestran una narrativa que cimienta sus prácticas a la atención del desvalido y a la construcción desde las instituciones dominantes y con esto crean una *cultura institucional*:

- “Dar esperanza de recuperar”
- Seguir con el trabajo de Bill W.
- “Brindar refugio y ayudar a los adictos”
- “Buena voluntad”

El *ethos* de lo instituyente de la vieja era se basa en producir respuestas *instituyentes* frente al ejercicio de la biopolítica establecida por el gobierno mexicano en la Ley General de Salud y el Código Penal Federal. En establecer valores sobre sus prácticas, ya sean de índole espiritual o social, lenguajes o maneras de nombrar y concebir a los usuarios y métodos de atención, ya sean las prácticas coercitivas, los ejercicios espirituales o el uso de los doce pasos de A.A (Montes y Manero, 2012).

Estas respuestas *instituyentes* pasan a ser normalizadas, tanto por miembros de la sociedad civil como por parte de instancias gubernamentales, lo que produce los modelos de atención mencionados en el apartado anterior, lo cuales se convirtieron en *lo instituido* para la siguiente generación de dirigentes.

Los miembros de la vieja era tienen un importante componente ideológico sobre las virtudes de la atención a los desvalidos sin la búsqueda del enriquecimiento. Aprovechan lo *instituido* para construir desde ahí nuevas formas de atender el problema de las adicciones. Tanto la literatura de A.A., como los principios del Concilio Vaticano II, sirven como compás moral y son transmitidos a la siguiente generación.

Nueva era

A diferencia de la vieja era, los miembros de la nueva era se enfrentaron a una institución ya formalizada y al poder gubernamental ya establecido. Los proyectos

de la nueva era son los sucesores del proyecto de los fundadores, definido por Kaës como el “beneficiario y servidor de los vínculos de transmisión en los cuales él se forma” (en Jaroslavsky, 2009, p. 69). Sus funciones son mantener la institución viva por medio de la transmisión y su reconfiguración para evitar su decadencia.

Es así que en la nueva era surgen durante estos sucesos históricos que se dan a mitad de 1990, años en los que estos dirigentes comienzan a desarrollar sus propuestas. La ventaja de estos nuevos dirigentes es que tienen una experiencia cercana al consumo y la rehabilitación, desde las agrupaciones o por relación personal o familiar.

La experiencia que tienen del internamiento es central para definir las nuevas propuestas. Como señala Nebulosa, ella y su padre abren su centro para brindar una oferta para personas de niveles económicos altos, debido a que ante las únicas opciones en el AMG eran “anexos”. La tabla 22 muestra la experiencia que vivieron los dirigentes, así como la reflexión que resultó de su proceso:

Dirigente	Evidencia
Nebulosa	“Fueron varios intentos en aquel entonces no existía clínicas, más que anexos que los detenían encontrar de sus voluntades, obviamente en situaciones muy deplorables
Júpiter	Sin referencia.
Andrómeda	“Llevé a un hermano a internar a un CREA y cuando lo visité vi que el mal trato y la forma hostigosa no era lo más viable y en mi mente apareció la posibilidad de abrir un centro, aparecieron muchos proyectos ‘yo lo haría así’”
Rover	“[...] cuando vino a Guadalajara hace 14 o 15 años que yo vine, obviamente viene de más atrás, pero la dinámica que hacían era puro chilango pura persona prepotente, humillante y funcionó su terapia [...] Yo era una persona muy soberbia y gracias a que en un anexo me pusieron a lavar todos los baños con la mano, hoy soy humilde y no me interesa nada”.
Nadir	“Yo sí me interné con mis hijos en un centro de rehabilitación, de mala muerte, lógico. Vi la clase de comida que les daban, vi el castigo que les daban porque yo los sufrí, vi en la pocilga en donde me acostaron, con chinches, porque yo lo viví, viví tres meses”

Tabla 24. Experiencia con centros de internamiento

Los miembros de la nueva era no parten de un principio de atención al prójimo, sino como un proceso de bienestar individual. El *mito fundacional* se basa en “evitar el mismo trato que recibieron durante su etapa como personas en condición de adicción.

Así pues, al igual que sus antecesores hicieron ante el gobierno, los miembros de la nueva era emprenden una lucha por el *poder-saber* contra sus antecesores para intervenir sobre las formas de decisiones, de los modelos y de las prácticas que ocurren dentro de los centros de internamiento (Martínez y Cubides, 2012). Es justo ahí en donde se desarrolla la capacidad de acción: criticar el modelo y formarse a partir de él.

Las primeras prácticas que estos implementan son más diversas a las realizadas en la vieja era, destacan la búsqueda de *profesionalización, certificación y mejora del modelo*. Aquí las prácticas comienzan a desvincularse del *compromiso social* “puro” que decían tener. Este rompimiento con los *valores institucionales instituidos* es una de las principales confrontaciones entre ambas generaciones.

Díaz, Salamanca y Carmona señalan que lo *instituyente* se vuelve una dimensión política cuando se reconoce la condición conflictiva de las relaciones humanas y se trabaja “porque no se asuma al otro como enemigo, sino se le considere un adversario” (2012, p. 53), lo que nos demuestra una división entre la misma sociedad civil, una fragmentación que los divide en una amplia cantidad de propuestas.

El comienzo del cobro, y la idea de recibir alguna remuneración económica, se ve justificada con la certificación de los programas, la profesionalización de los encargados de la atención, la mejora continua del modelo y la inclusión de prácticas innovadoras. La mayoría de los miembros de la nueva era argumentaron que ya no era viable mantenerse de donaciones.

Esto lo explica Nebulosa al hablar de los perfiles profesionales que tiene en su clínica y que a la par critica los modelos de *autoayuda* de otras propuestas. Este punto es central porque hace una diferencia entre los centros de autoayuda de “servicio” y los profesionales que laboran en una clínica. De la misma manera Andrómeda señala: “yo estoy gastando un redondeo de *equis* pesos a la semana por salarios y tienen que salir de las cuotas de recuperación para seguir dando un servicio profesional”.

Las prácticas innovadoras son otro motivo para abandonar este valor instituido, ya que para la administración de “equinoterapia” de Rover, la ambulancia y servicios de emergencia de Nova, los espacios para las experiencias de Nadir o el uso de tecnología ecológica de Andrómeda son necesarios ingresos fijos. Todas estas prácticas diversificaron la oferta y dieron un valor agregado al modelo de los entrevistados.

El *ethos de lo instituyente* es la construcción y reconstrucción de las propuestas de rehabilitación en un cambiante contexto cultural que periódicamente va modificando la manera de concebir la adicción, debido a los nuevos planteamientos “científicos” sobre nuevas sustancias y las conductas que modifica.

Los dirigentes de los centros tienen entonces el objetivo de afianzar su propuesta por medio de un *mito fundacional* que dote de sentido a su práctica, una necesidad de cambio que les permita afrontar la realidad compleja de las adicciones y una postura de confrontación con *el otro* para consolidar su modelo. Ese es el motor de cambio que hace que las instituciones no permanezcan inertes.

El mito fundacional es pues un movimiento creador que *instituye* por medio de la idea de fundación, identidad, investidura y autoridad (Pavan, et al., 2014). Este mito es parte central para definir quiénes son y cómo son los centros de internamiento desde su propia narrativa. El mito fundacional que más se repite en la nueva era es: nacimos para crear un mejor modelo.

Con respecto a la autoridad, como indica Júpiter, la certificación y la búsqueda del reconocimiento institucional es una de sus características para obtener un reconocimiento por medio de la validación gubernamental. Todos los entrevistados en algún momento buscaron formar parte de las capacitaciones, revisiones y certificaciones del CECAJ para darle formalidad gubernamental a su propuesta terapéutica.

El reconocimiento institucional que buscan los miembros de la nueva era puede ser una manera en que los dirigentes traten de reinsertarse en la sociedad que los excluyó durante su adicción (Llinares y Lloret, 2010). Los dirigentes al continuar con el estigma de ser adictos en recuperación se enfrentan a un bajo reconocimiento social por su pasado, que puede ser reinterpretado con la validación que otorgan las instituciones gubernamentales de vigilancia.

Andrómeda comentó que: “nosotros tenemos capacitación regular, 3 o 4 cursos por parte del CECAJ, anuales, todo el personal”; mientras que Nadir asegura: “sí hemos tenido entrenamiento que son los libros gubernamentales, que es el CECAJ, nos ha prestado algo de su conocimiento”.

El saber del CECAJ es aceptado por los miembros de la nueva era debido a la necesidad de ser reconocidos como agentes de cambio en la problemática de las adicciones; a diferencia de la vieja era, éstos no tienen la autoridad de haber sido precursores, por lo que desarrollaron otras estrategias para validar sus conocimientos.

Esta aceptación le otorga la capacidad de enunciar la verdad a la institución gubernamental, así como regular para delimitar las prácticas y saberes que los centros de internamiento pueden realizar. El dispositivo de control se erige una vez que la nueva era acepta, por decisión u obligatoriedad, que el CECAJ pueda dictar el régimen de verdad autorizado (Foucault, 1992).

Los miembros de la nueva era reconocen que en algún nivel han estado involucrados con experiencias de rehabilitación, ya sean propias o ajenas, y esta

experiencia de familiares, como son los casos de Nébula, Andrómeda y Nadir, o propios como lo son Júpiter y Rover, los llevó a desear un proyecto que cubriera las carencias de lo ya *instituido*

Señala Rover:

Pero si es necesario el psicólogo porque se ven más los avances terapéuticos, ellos lo proyectan, te dan una dinámica diferente a diferencia de un ex adicto, él te entiende porque te habla de su vida que ha vivido pero el psicólogo hace dinámicas que a veces el ex adicto no puede entender.

La nueva era surgió como una respuesta a lo *instituido*, como un reclamo a la manera en cómo se concentraba el saber y se practicaba la recuperación, estos sujetos se encontraban entre lo propuesto por el gobierno y lo aprendido en su experiencia como recuperados o familiares de recuperados.

Mientras que las prácticas trataran de desvincularse de las “viejas prácticas”, lo que en el siguiente apartado reconoceremos como el *padre abandonado*. Algunos de los miembros de la nueva era se vuelven detractores del modelo de donde nacen y son la respuesta a los errores del pasado por dos razones: la certificación del Estado y los “métodos humanos de tratamiento”.

La fuerza instituyente de los dirigentes de centros de internamiento está hecha de su propia historia, la cual se va tejiendo con las necesidades que fueron encontrando en su vida como adictos y, posteriormente, adictos en recuperación. Los dirigentes de centros de internamiento se enfrentaron a constantes fuerzas de regulación, gubernamentales o de la misma sociedad civil, pero por medio de un fuerte vínculo al mito fundacional primigenio de A.A. y Bill W. se mantuvieron cohesionados para lograr proyectos de recuperación sin importar dichas imposiciones.

La posterior incorporación de normas, conceptos y leyes por parte de los miembros de la nueva era demuestra la capacidad de transformación de estas instituciones, que tienen como valor institucional: la recuperación propia y ajena de sus miembros.

Esto sin importar las concesiones que realicen a las instituciones dominantes, ya que como señala el Libro Azul de A.A., solo a través del servicio se puede lograr la sobriedad.

Estos dos valores máximos son los que conforman el *ethos* de lo instituyente, el anclaje a su historia individual y la negociación continua para lograr la sobriedad. La virtud del dirigente reside en su deseo de seguir recuperado y no olvidar porque debe ayudar a los otros adictos.

Entre el conflicto y la negociación

Los dirigentes de centros de internamiento se encuentran en una constante tensión con las diferentes instituciones que participan en la atención de las adicciones en el Área Metropolitana de Guadalajara: los otros centros de internamiento, el CECAJ, el CONADIC y la CMSG de AA. Es mediante este conflicto y negociación que los centros de internamiento se encuentran en un constante cambio y adaptación, lo que resulta en nuevas institucionalizaciones o en simulaciones para seguir viviendo.

Los conflictos, negociaciones y simulaciones son tan necesarios como el *mito fundacional* o los *valores y lenguajes institucionales* para que los centros se mantengan abiertos y en una lucha continua para seguir existiendo.

Los conflictos se traducen en procesos de cambio y adaptación constante. Todo lo anterior favorece la conformación de lo que llamaremos “nuevas institucionalizaciones”, ya que se recrean nuevas normatividades, habituaciones, identidades que permanecen a lo largo del tiempo. Que han recreado formas novedosas de entender al adicto, a las adicciones y al tratamiento.

Como señala Pinto-Escamilla (2016) la sociedad no es una entidad cerrada, sino un espacio en constante tensión entre lo estructurado-instituido y lo estructurante-instituyente, en donde se encuentran los sujetos que transforman o crean las instituciones y con ellas nuevos campos de significaciones. Es en esta tensión en donde los dirigentes, desde su capacidad de agentes sociales, fungen como motor

de cambio y auto creación de nuevas instituciones, que se tradujeron en nuevas ofertas de centros de internamiento.

El *conflicto* es una manera en cómo los dirigentes reafirman su modelo como una respuesta a lo *instituido*, y de la misma forma una amalgama invisible entre todas las instancias que se constituye alrededor del cuestionamiento al otro.

Como señala Castoriadis (1989) la relación entre *instituyente e instituido* son parte de la movilización de la vida social, lo *instituyente* es lo que permite concebir a la sociedad como una constante auto creación y auto institución de formas culturales nuevas. Este apartado está integrado por cuatro tópicos:

- a) el otro como enemigo,
- b) entre lo instituido y lo instituyente,
- c) simulación y
- d) nuevas institucionalidades.

El otro como enemigo

Durante las entrevistas con los informantes al indagar en sus relaciones de colaboración con otros centros de internamiento estos manifestaron juicios y valoraciones, en la mayoría de las veces, negativas de los otros modelos. Mientras que posicionaron su modelo como una contraparte positiva a los vicios, errores y problemas que les adjudicaban al resto de las instancias. A pesar de la insistencia, los dirigentes afirmaron que había nulos espacios de participación conjunta.

Por lo cual, este apartado se construye alrededor del hallazgo de que los dirigentes reafirman su actividad y la existencia del centro al que están adscritos a partir de colocar a otros que están al frente de instancias parecidas como “enemigos”.

Los dirigentes se saben vulnerables ante las propuestas del gobierno que representa la autoridad, por esta razón, aceptan, discuten e interiorizan prácticas a pesar de rechazarlas discursivamente. Entre los tres configuran esta manera no

“armónica lineal” en que viven, sobreviven y muchas veces, mal viven las instancias de internamiento de los adictos.

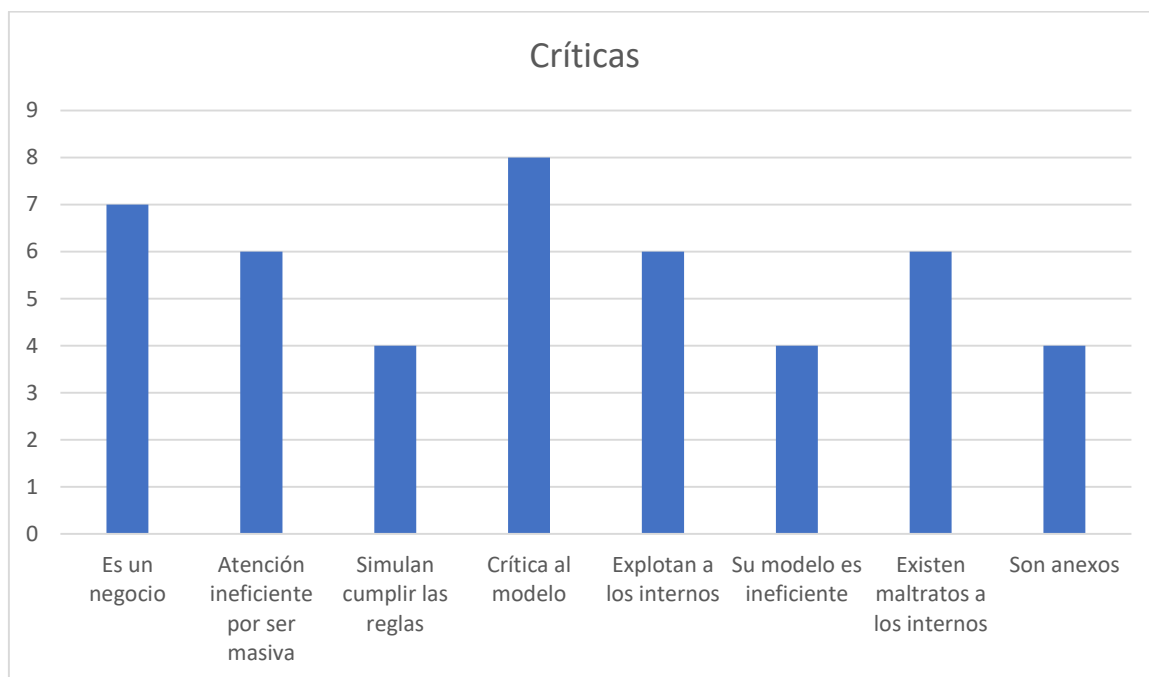


Gráfico 3. Críticas hechas por los entrevistados a otros modelos terapéuticos

Entre las críticas que tienen un mayor número de menciones se encuentran “es un negocio”. Los dirigentes señalan que los *otros* modelos procuran un mayor interés a la búsqueda recursos (privados o públicos) de los centros que al tratamiento de las personas; esta valoración moral parte de la idea que señala el Padre Madrid de “servir al necesitado” y no lucrar con la enfermedad, como concluye Nebulosa.

La masificación es uno de los señalamientos que más se encuentran en los dirigentes que buscan diferenciarse de viejas prácticas de los centros de internamiento. Andrómeda compara las prácticas de los centros de internamiento con la idea de “humanizar el tratamiento”, señala que “hay centros que rebasan las 100 personas no dan un trato humano, humanidad es conocer la intimidad de la persona para dar un trato individualizado”. La masificación es entonces una condición que no permiten un trato “humano” con los internos y que en consecuencia es deficiente.

Las normas, las reglas y las recomendaciones que hace el CECAJ a los modelos son unas de las maneras que la mayoría de los dirigentes utilizan para evaluar el servicio de sus “enemigos”, Nebulosa señala: “y la gran mayoría de lugares lo que hacen es que van por una enfermera, dos o tres días te hacen *détox* y no hay nadie”. Esta intervención la cierra con la afirmación de “nosotros tenemos incluso ambulancia”, posicionando su capacidad como centro frente al *otro*.

La crítica al modelo del “enemigo” es un conjunto de declaraciones heterogéneas, entre ellas destacan las que hacen la mitad de los dirigentes sobre el modo de abordar al interno y la terapéutica para recuperar, por ejemplo, la carga en el testimonio como sentencia Marte o el protagonismo del padrino sobre el usuario, que denuncia Rover.

Entre otras de las críticas que aparecen con mayor frecuencia se encuentran las dirigidas a las características particulares de los modelos, por ejemplo, la aplicación de la comunidad terapéutica, como recuerda Mercurio: “[Las comunidades terapéuticas] no es más que un remedo de A.A., dicho de otras maneras, y yo fui con el director de allá, [...] dije que era una copia de A.A. nomás hecho para rechazar a los gringos y favorecer a Sudamérica, pues caí de su gracia”. O lo que respecta al manejo de lo “espiritual”, dice Andrómeda: “la mayoría dicen ser espirituales porque dicen que el programa de A.A. es espiritual, no saben aclarar, es más, ni conocen la palabra espiritual lo señalan como algo religioso”.

En estas críticas, los dirigentes colocan sus significados como verdades (Foucault, 2013) sobre el resto de los modelos; sólo ellos son capaces de aplicar “modelos espirituales” de manera “correcta” o sólo ellos pueden certificar la eficiencia de un modelo. Los dirigentes ejercen su capacidad de enunciadores de la verdad para validarse como los que ostentan el modelo que realmente ejerce la espiritual o las enseñanzas de A.A.

La eficiencia es uno de los mitos que solidifican a la institución, la mayoría de los dirigentes afirmaron que sus modelos tienen una eficiencia mayor al 50% de recuperación; esto en contraposición del *otro* que es ineficiente y solo sirve para “engañar” a las familias y a los internos.

Ahora, la explotación de los internos es otra de las constantes en la mayoría de las críticas de los dirigentes, la cual se mantiene como un rumor dentro de las declaraciones de los dirigentes. En algunos casos mientras estos afirmaban la existencia de explotación, modulaban su voz para no ser escuchados. Entre los tipos de explotación más recurrentes se encuentran la “sexual”, del cual son las mujeres los objetos de esta crítica.

El maltrato es una de las críticas paradigmáticas de los dirigentes, la mayoría muestra una postura de juicio a esta práctica y sirve para diferenciarse entre “buenos” y “malos”. El maltrato tiene dos formas: físico y psicológico, en ambos casos están fuertemente relacionados con el modelo del *anexo*, casi como sinónimo de “lugar en donde se maltrata”. Tanto el Padrino Nadir, Rover, Nebulosa y el Padre Marte vincula la idea del modelo de *anexo* con el maltrato tanto físico como psicológico.

Nova es uno de los miembros de la vieja era que mejor puede retratar el movimiento de tensión debido a su basta historia como miembro de centros de internamiento. Este pasa de la confrontación con la Central Mexicana de Alcohólicos Anónimos (1989), las propias dudas de su modelo de centro de internamiento (1989-1995) hasta la imposición del CECAJ como institución reguladora (1995-2005). En este proceso de confrontación, Nova acepta e incluye las propuestas del *otro*:

Siguieron las revisiones del gobierno y todo empezó a cambiar y empezamos a hacer expedientes y ya no era lo mismo no había la misma libertad ya había muchas restricciones [...] empezamos a acatar lo que ellos decían, empezamos a ir al CECAJ.

La construcción del *otro como enemigo* forma parte de una estrategia de reafirmación de los dirigentes y sus modelos. Como concluye Kaës (2005), la

realización simbólica de la afiliación son los referentes identificatorios y que dan pertenencia al conjunto desde la participación de ideales comunes.

Las instituciones que son creadas por los dirigentes se mantienen unidas por los mitos fundacionales, los sentidos compartidos, las posturas morales sobre la recuperación, pero también por la identificación de un enemigo, el gran mal (Kaës, 1989). Sobre este se crean ideales comunes que sirven para dar forma a la identidad institucional desde la cual los miembros se identifican como parte de la organización.

Además, para algunos de los dirigentes la construcción del *otro como enemigo* se presentó como un orden discursivo (Jager en Herrera, 2013), ya que ayuda a desvincularse de las acusaciones de la sociedad de las prácticas represivas y así, simbólicamente, la institución que funciona mal está fuera de ellos.

El conflicto tiene como intención “identificar a los sujetos con la grupalidad, la cual asume la manera en que capta un problema y rechaza conceptual, afectiva y comportamentalmente la postura opuesta y a las personas que lo sostienen” (Martín-Baró, 1983, p. 130). Los sujetos polarizados reducen la percepción del grupo rival a estereotipos, categorías simplistas y rígidas, esto para mantener una mínima identificación con el otro, así como una caracterización negativa del orden moral.

Encontramos tres polarizaciones más recurrentes en las entrevistas a los nueve dirigentes: a) adictos pero diferentes, b) el Estado no nos ayuda, c) la negación del padre.

Constantes	Descripción
Somos diferentes	Los dirigentes hacen énfasis en señalar los vicios, errores y escándalos de las diferentes expresiones con las que conviven, esto desde una postura de juicio moral y en contraparte reivindicativo de su propuesta; esto en un marco de competencia y necesidad de sobresalir del resto.

El Estado no nos ayuda	Para los dirigentes el Estado tiene una compleja relación con los centros de internamiento ya que es el encargado de regular, vigilar, reconocer y castigarlos; además de no “apoyar” a los que hacen “su labor”.
La negación del padre	En su mayoría los dirigentes egresaron de una institución de internamiento, de la cual aprendieron prácticas, discursos y delimitaron su identidad como “adictos”, pero una vez que se vuelven “dueños” de su modelo, tienden a negar y olvidar al formador.

Tabla 25. Constantes de críticas sobre centros de internamiento

Entre lo instituido y lo instituyente: somos diferentes

A lo largo de las entrevistas con todos los dirigentes aparecieron las evaluaciones a otras expresiones, esto pudo ser por sugerencia del entrevistador o de manera espontánea. Los dirigentes se muestran atentos de manera “evaluativa” de los pasos del *otro diferente*, esto funge como motor de afirmación de que se hacen las cosas bien o como una autoevaluación para no caer en los mismos errores.

Esta vigilancia constante parte del hecho de que “todos se conocen” como afirma el Padre Marte y su mano derecha Calipso. La diferencia se hace entre *instituciones* del mismo orden; los dirigentes se atribuyen creaciones culturales (Carretero, 2008) que sólo les pertenecen a ellos y que, en contraposición a las otras expresiones, ellos son mejores.

La continua confrontación no es solo una manera de conceptualizarse como una mejor opción frente a los otros, sino como parte de la movilidad continúa entre propuestas y expresiones. La constante evolución y adaptación por medio de la vigilancia al otro es lo que permite que no se solidifiquen las estructuras sociales (Maffesoli, 1981).

Una de las diferenciaciones más importantes es en ámbito de los *valores* institucionales, por ejemplo, Calipso pone sobre la mesa las conductas de explotación que dice haber observado, entre ellas, la sexual:

Esos son los que están haciendo tanto daño, [Centro A] y los anexos, porque empezaron con propósitos muy buenos, pero como le empezaron a echar, a meter puras personas resentidas o había una posibilidad de que, pues aquí hay ganancia, hay negocio, se aventaron. Y ellos son los que han desvirtuado en sí

En lo sucesivo, el Padre Marte complementa a Calipso centrando el propósito de su modelo en la ayuda católica, en una misión centrada en el prójimo y que reniega la ganancia sobre la atención del sujeto, de esta manera, el negocio se vuelve uno de los factores para desvirtuar los modelos.

Ambas instancias tienen como propósito ayudar a la persona en condición de adicto, pero en las maneras de abordar denotan la forma de percibir la condición de la adicción. Por un lado, el Padre Marte considera la adicción como una condición que precariza la vida de los sujetos vulnerables, por ello, cobrar una cuota para lucrar es considerado una contradicción al valor católico de ayudar a los desfavorecidos sobre el cual se mantiene su proyecto.

Por el otro lado, como afirma Calipso “ya vieron que nosotros no estábamos para lucrar... era más que nada un compromiso cristiano [...] Y ya fui platicando con algunos de ellos y más fuertemente te das cuenta de que... esto es un negocio”. Esta crítica muestra el *estilo institucional* (Fernández, 1994) del centro de internamiento del Padre Marte. Estos silogismos aparecen en todas las entrevistas: la contraposición *del otro* como reafirmación de las instituciones.

Otro de los factores que más evalúan son los *métodos institucionales* de atención, el caso particular es la respuesta al aumento de demanda frente a una oferta sobrepasada. La masificación apareció como una constante en las entrevistas, pero no sólo eso, sino que también es uno de los señalamientos más recurrentes por parte de medios de comunicación cuando se tratan noticias sobre centros de internamiento (Notimex, 2015; Ornelas, 2016; Milenio digital, 2016; Martínez, 2016; Rello, 2014 y El Informador, 2016, 2018).

En ambos casos, la valoración siempre es negativa debido a que privan de un correcto seguimiento a los internados, lo que repercute en su recuperación, al

respecto el Padre Marte comenta: “pero como son internados masivos, que lo mínimo que tienen son cincuenta jóvenes, de cincuenta a doscientos [...] aquí no aceptamos más de veinte para que la atención sea personal”.

En este sentido agrega Estrella: “en un albergue sí pueden a lo mejor recibir 100, 200 personas, a lo mejor, algo así, en inmuebles hasta más pequeños que este, pero como nosotros queremos que la atención sea muy personalizada”.

Madrid señala que su modelo tiene un factor de identificación debido a la diferencia, la cual sirve como un espacio para establecer el *estilo institucional* de su modelo: se basa en la atención personalizada y "clínica". El otro no solamente es una herramienta discursiva desde donde el dirigente puede establecer posicionamientos morales, sino también son una estrategia para reafirmar su identidad como institución.

Por último, la tercera crítica más recurrente va en el sentido de los “métodos de hacer las cosas” (Montes y Manero, 2012) en específico, el maltrato como práctica terapéutica. El abuso físico y psicológico (como se describió al comienzo del capítulo) fue una de las primeras prácticas *instituidas* en los modelos de atención, pero con la evolución del tratamiento cayó en estigma de las prácticas de los centros de internamiento.

A pesar de esto, el CECAJ (2015) en su último censo cuantificó los tipos de tratamiento que se realizaban en Jalisco como estrategia terapéutica en donde un .4% de los encuestados declaró que utilizaba una terapia aversiva o castigos físicos (Barcia, 2000) por condicionamiento.

Nebulosa es una de las más firmes críticas del modelo de castigos físicos, remontando estas prácticas a las instituciones referidas como “anexos”, instituciones que se convierten en la “caja negra” de los centros de internamiento. Como expresa a continuación: “porque la gran mayoría ahorita están disfrazadas de que son comunidades terapéuticas y siguen siendo anexos, sigue habiendo maltrato

[...] Pero la gran mayoría hay mucho maltrato, no nada más verbal sino también psicológico y sigue existiendo”.

La mayoría de los dirigentes reprueban “discursivamente” el castigo físico a pesar de que algunos de ellos aceptan que es uno de los mecanismos más eficientes, como lo describe Rover:

El índice de recuperación más alto lo encuentras en este tipo de grupos eh, el índice de comunidad terapéutica es muy bajo, de 100, una recuperación de 2 y en aquellos lugares de 100 una recuperación de 10, en base al miedo porque sabes que si caes y vuelves a ese lugar te espera lo peor, entonces tienen buen índice, pero el trato no es la adecuada.

Los centros de internamiento sin importar cual, manejan diferentes niveles de disciplina, puede ser por medio de horarios de actividades, maneras de dirigirse a los otros, o la capacidad de decidir sobre sus propias acciones.

Estas conductas se aprenden y replican por medio de un sistema de premios y castigos. Como explica Foucault: “al imponer al culpable un castigo del mismo tipo y de la misma gravedad del crimen [...] la pena adopta la forma de un contraataque. [...] El beneficio del delito se reduce brutalmente a cero” (2016, p. 293). El señalar al otro como instituciones represivas que infligen castigos punitivos para la recuperación puede ser una manera de distanciarse de las prácticas represivas.

Por último, la crítica al modelo es la principal característica para evaluar por los dirigentes de centros de internamiento. Nebulosa señala que ha comenzado a perder usuarios debido a la oferta precarizada de atención: “sí, pero...ha bajado un poco, lo que pasa es que han abierto muchos lugares en donde se dicen ser clínicas, y son realmente centros”.

Nebulosa en su condición de heredera tienen su modelo intrínsecamente relacionado a su *identidad institucional* debido a la falta de otros espacios de validación. Dentro de la crítica aparece la necesidad de una nueva propuesta a la baja de usuarios que ha experimentado el modelo y que surge como *respuesta instituyente* al modelo Minnesota y su predilección por usuarios de con una alta

capacidad económica. Nebulosa como lo declara abrirá un nuevo establecimiento para “personas pobres” pero con el mismo modelo clínico que utiliza en su centro.

La otra crítica con respecto a las otras instituciones es la que Andrómeda señalará: “los centros C [son] mucho personal y mantenimiento, en donde no dan el resultado por el dinero que están gastando y en nosotros no gastan ni un cinco y les damos mucho más resultado, por todo eso somos muy importantes”.

La crítica no será únicamente al *otro*, sino que se dirigirá al gobierno y los procedimientos *instituidos* en la relación con la sociedad civil que atiende las adicciones. Los dirigentes afirmaron que *el Estado no los ayuda* y solamente establece normas, procedimientos y castigos, pero sin estímulos para continuar con su trabajo.

Simulación: el Estado no nos ayuda

En ese sentido, para los dirigentes de centros de internamiento el Estado es representado como un objeto simbólico del biopoder, que encarna el poder político y la normatividad que se cierne sobre ellos y la sociedad.

Esta institución es el enemigo culpable de la corrupción en los organismos gubernamentales, del crecimiento de las adicciones, de la incapacidad para atender el problema de las drogas y quien permite el abuso de los *otros* centros de internamiento. Pero también, es la institución que otorga el reconocimiento a estas instancias por medio de su “instrumento burocrático”: el Consejo Estatal Contra las Adicciones de Jalisco (CECAJ).

Rover ejemplifica a esta institución “traslucida”, la cual no aparece cuando es necesario pero lo suficiente “omnipotente” para vigilar a todos y que, por medio de su inacción, permite los abusos de los *otros*: “¿si son 32 [centros] estamos hablando que todas las demás son clandestinas, pero por qué el gobierno permite esto?”; en el mismo sentido Nebulosa señala: “[...] yo no sé por qué el gobierno no se da cuenta que delinquen, comenten homicidios, están intoxicados, no los rehabilitan”.

El reclamo a un Estado como figura discursiva, lo desdibuja y coloca la declaración de los dirigentes como una posición política; la desacreditación de la capacidad de cumplir su función es una lucha por el ejercicio del poder (Foucault, 1992) por parte de los dirigentes por la capacidad de rehabilitar desde su modelo.

La otra representación del Estado en las narrativas de los dirigentes es en la forma de dos instituciones: el CECAJ y el modelo paraestatal. Por un lado, el modelo paraestatal es el instrumento gubernamental paliativo para tratar las adicciones, pero insuficiente, como menciona Marte: “[atención a mujeres] no hay, en Jalisco no hay, el único que es el Centro de Integración Juvenil es mixto y las experiencias que me han platicado no son muy buenas”.

Por otro lado, al CECAJ se le reconoce el poder que ejerce sobre ellos en forma de:

- Regulación
- Certificación
- Vigilantes de la norma
- Legitimación del saber sobre las adicciones

Esta capacidad del CECAJ de dar orden al campo de los centros de internamiento se puede entender desde la postura de Michel Foucault del poder como una capacidad de subjetivación:

esta forma de poder que se aplica a la inmediata vida cotidiana que categoriza al individuo, le asigna su propia individualidad, lo ata en su propia identidad, le impone una ley de verdad sobre sí que está obligado a reconocer y que otros deben reconocer en él (Foucault, en Dreyfus y Rabinow, 1982, p. 245).

Regulación

Una de las diferencias más importantes que hay entre ambas eras es que los miembros de la vieja era se forman en un momento histórico en el que el gobierno regulaba mayoritariamente desde una postura de criminalización al consumo, es por esto que se posicionaron procesos de vigilancia como señala Nova, Marte y Mercurio: “el gobierno dejaba hacer”, “no había tantas trabas” o “el gobierno solo

vino a regular”. Entonces, los centros de internamiento nacen en un momento de libertad gubernamental, lo que permitió que la oferta fuera propuesta desde su subjetividad.

La conformación del Consejo Nacional de las Adicciones, y sus adjuntos Consejos Estatales, son una de las aplicaciones del dispositivo de la Ley General de Salud (1942), la cual se encarga de “proponer y evaluar los Programas Nacionales contra el Alcoholismo y Abuso de Bebidas Alcohólicas, el Tabaquismo y la Farmacodependencia” (Diario Oficial de la Nación, 1986, p. 16). Este fue un primer intento del gobierno por regular las prácticas de atención en el país.

Tanto el CONADIC como el CECAJ son las instituciones encargadas de ordenar los discursos y aplicar normas de acción bajo el establecimiento de una “escritura disciplinaria” (Foucault, 2002). Nova y el Padre Marte ilustran como el CECAJ, por medio de la instauración de prácticas burocráticas, como la elaboración de expedientes médicos, comenzaron a cambiar el modo de percibir el tratamiento y su relación con el gobierno. Ya no se aceptaba como una práctica desde la experiencia, sino con parámetros “medibles” para mostrar resultados a la autoridad.

Algunos de los miembros de la nueva era (1996-2018) comienzan a intervenir como dirigentes en el área de la rehabilitación a la par que CECAJ ha institucionalizado su capacidad de ejercer el poder, gracias al establecimiento de la Norma 028, y como indica uno de los funcionarios que participó en su implementación “[el objetivo de la Norma era] darle control, así. Bien dice ahí precisamente para evitar que se formaran establecimientos donde pues hay maltrato, casi secuestro [...] pues esto es una enfermedad”.

La regulación tuvo como principio controlar las prácticas de los centros de internamiento, ordenar los saberes en una visión patógena de la adicción, la cual “debía” ser tratada con parámetros de orden clínico. La postura no es sancionar a los individuos sino controlarlos para neutralizar su estado peligroso, modificar sus disposiciones delictuosas y a no cesar hasta obtener el cambio (Foucault, 2002).

El punto cúlspide de la regulación fue el intento por homogeneizar los modelos de atención en comunidades terapéuticas, las cuales son aceptadas por algunos de los miembros de la nueva era, como señala Rover: “[el fundador del centro] empieza a buscar ayuda para mejorar y llega el CECAJ y le brinda ayuda y empieza a hacer comunidad terapéutica”; Andrómeda añade: “después nos preparó el CECAJ en lo de las Comunidad terapéuticas”.

Los miembros de la vieja era como Mercurio desacreditan este modelo al decir que solo es “un remedo de AA, dicho de otras maneras”, por otra parte está Júpiter, quien afirma no seguir el modelo de comunidad terapéutica debido a que es ineficiente, pero simula hacerlo para evitar conflictos con el CECAJ.

Entonces, los miembros de la vieja era experimentaron la regulación como una forma de limitar su poder sobre las prácticas en los centros de internamiento y fue por esto que se tuvieron que alinear a las propuestas del CECAJ para evitar la persecución y continuar con su propuesta.

Por el contrario, la mayoría de los miembros de la nueva era tomaron a la regulación como una manera de validarse y alejarse del *otro*, siendo el proceso de regulación la práctica y tomando el CECAJ como la institución que legítima; en este sentido, el reclamo al Estado se vuelca a la falta de apoyo y no a la regulación de los modelos.

Los dirigentes reconocen en el CECAJ su capacidad de subjetivación, pero responden desde la crítica radical (diferenciación), simulación o incorporación de elementos de las propuestas performativas, en algunos casos negándolas. Mercurio comenta “la autoridad ya nos obligó a tener psicólogo que no sirven nada... que no sirven para nada para mí, pero hay que tenerlo”.

El CECAJ y el CONADIC como instituciones tienen como propósito la creación de políticas y estrategias para el combate de las adicciones. Estas instituciones concentran los saberes, las prácticas y la manera de aplicarlos, siendo la representación de lo *instituido*.

Ante esto, los dirigentes tienen tres posibles respuestas *instituyentes*: aceptarlo y usarlo para validar sus programas (*incorporación de elementos de las propuestas performativas, en algunos casos negándolas*); negarlo y desacreditarlo para validar sus propios saberes (*crítica radical*) y, por último, aceptarlo, pero no aplicarlo (*simulación*).

Entre los dirigentes que entran en la primera categoría se encuentra el Padrino Nadir que señala: “sí hemos tenido entrenamiento que son los libros gubernamentales, que es el CECAJ”, y lo más importante, Nadir hace explícito que durante las capacitaciones de CECAJ se delimitan las definiciones de “qué es una droga, qué es una adicción” y cómo tratarlo, pero nunca las hacen explícitas durante la entrevista a pesar de la insistencia.

De esta manera, el CECAJ se vuelve una institución que por medio de discursos médicos, académicos y políticos forma las relaciones de saber/poder en el área de las adicciones. Como trabajó Michel Foucault en su libro *Vigilar y Castigar*, este "saber" particular sobre el “cuerpo que no es exactamente la ciencia de su funcionamiento, y un dominio de sus fuerzas que es más que la capacidad de vencerlas: este saber y este dominio constituyen lo que podría llamarse la tecnología política del cuerpo” (2002, p. 22).

El tratamiento se vuelve un tema político en el cual se regulan sus verdades y se legitiman saberes desde posiciones de saber que están en contraposición de las propuestas por algunos dirigentes, en particular los miembros de la vieja era, como lo explican Mercurio y Nova, lo que éstas instituciones enseñan son “cosas que nosotros ya sabemos”.

Esta confrontación que se hace al nivel institucional entre los que aceptan los posicionamientos políticos del CECAJ y los que no acatan o no pueden acatar, se ve reflejado en la acreditación como mecanismo de validación institucional y que la mayoría de los miembros de la nueva era exponen como logro.

Para Nebulosa y Rover las certificaciones sirven para desvincularse del *otro*, como una forma de validación institucional, como dijo Rover: “dentro de Jalisco hay muchas comunidades terapéuticas, pero 5 son las que están acreditadas por el CECAJ, CONADIC y CENADIC y esta es una, esta fue evaluada con 98.5 entonces es un buen promedio”. Rover hace una apología al reconocimiento recibido por las instancias reguladoras, las cuales lo reconocen como parte de un conjunto exclusivo de instituciones.

Como señaló Retamozo (2009), la emergencia de nuevos sentidos que signifiquen relaciones sociales en un orden social histórico implica la medicalización de las relaciones sociales y las sitúa en el terreno de la disputa por la legitimidad. La pérdida de la identidad como creadores de saberes (vieja era) y el ejercicio del poder por parte del Estado volvió vulnerables a los dirigentes en la autorrealización, lo que llevó a la emergencia de nuevos sentidos: acreditación como legitimación de su práctica.

Para los dirigentes, el Estado es una entidad abstracta que no trastoca sus prácticas sino es para perseguir o regular y que está definido por su “ineficiencia” y “abandono”. Como señala Gupta (2015) el discurso que socava la credibilidad del estado permite atacar la idea que se tiene sobre él y, de esta forma, proponer su construcción simbólica y abrir un espacio para los dirigentes de constituirse como ciudadanos.

Esta crítica que hacen al Estado no solamente ayuda a colocar su posición como ciudadanos, sino que “permite crear posibilidades para la acción política” (Gupta, 2015, p. 133). Las “deficiencias” del gobierno, como institución política, dan la justificación necesaria para que los dirigentes continúen en el campo de la rehabilitación: mientras el gobierno no se haga cargo de las adicciones, es la obligación de los adictos en recuperación de continuar con su “servicio.

Nueva institucionalización, el padre negado

Algunos de los sujetos de esta investigación estuvieron internados y posteriormente sirviendo en los centros que existen actualmente en el AMG. El servicio es un concepto de la literatura de A.A., el cual se entiende como la participación activa en labores de apoyo o atención al grupo que se pertenece (Wilson, 1939). Paradójicamente, la mayoría no menciona durante la entrevista que “ahí fueron formados”, por el contrario, son en contra quienes expresan mayores críticas, por esta razón hablamos del “padre negado”.

Esta negación dio como resultado una ruptura entre pasado y presente, en donde se desconocen y niegan los saberes aprendidos y en contraposición se encuentran vivos en los modelos de los dirigentes.

Esto lo podemos ver en Rover, él comenzó su consumo problemático desde los catorce años, desde entonces estuvo internándose en diferentes propuestas de rehabilitación, entre las que destacan las propuestas de Nova, Júpiter y Mercurio. Con quién enuncia la mayor cantidad de críticas es en contra el modelo de Júpiter: “aquí trabajamos el modelo mixto y es comunidad terapéutica antes de eso era anexo, ¿por qué un anexo? porque vienen de un [Centro B]”, después agrega que “en un anexo el tratamiento es pura terapia y literatura A.A. casi desde que te levantas y la disciplina es muy rígida, muy compleja. [...] allá sí tiene maltrato psicológico y físico”, y cierra con el reconocimiento del padre, una vez que expone todas sus deficiencias, “en un momento yo me la creí porque yo estuve en un [Centro B]”.

Esta negación como (Belmonte y Gadano, 2007) señalan es parte de la fuerza instituyente de los miembros de la nueva era, quienes perciben de los *padres fundadores* lo *instituido*, la fuerza establecida que concentra las deficiencias de los modelos que quieren abandonar: castigos, maltratos, falta de profesionalización, etc.

Como conclusión podemos decir que más de la mitad puede nombrar una anécdota en donde se juzguen las prácticas de las otras tradiciones y en respuesta presenten su tradición como reivindicación de la atención residencial a las adicciones.

Podemos ver al Padrino Nadir como habla de los centros de internamiento y reafirman su posición como modelo: “estamos fuera pues de maltratar a la gente, porque viene mucha gente de partes que...pos los tratan mal, en realidad por eso dicen...dice la hermana ‘amor y servicio’, es servir y dar amor”.

El *otro* no solo representa todo lo que no es la institución, sino que también visibiliza los componentes de *lo instituyente* y las características de lo *instituido*. Dentro de cada una de las críticas de los dirigentes al otro, se pueden apreciar los matices de las ofertas, los dirigentes se confrontan, pero buscan puntos de acuerdo con las prácticas instituidas.

Reconocen de estas prácticas que, a pesar de alguna vez estuvieron institucionalizadas y validadas, son moralmente inadmisibles para un proceso de recuperación, pero reconocen su lugar en la historia y lo que significaron para mantener vivos los proyectos, las instituciones y a quienes las habitan (Romo y Gómez, 2015).

Capítulo VI. Conclusiones

Sociedad civil: resquicio de atención

La sociedad civil en México, como se ha argumentado en apartados anteriores, ha sido una herramienta para la atención de problemas sociales que el Estado no ha podido o querido atender, por esta razón, éstos son relegados o apropiados por la sociedad organizada.

El caso de las adicciones se vuelve relevante porque no solamente se posiciona como un problema público a atender, sino que pasa por una serie de condiciones políticas, económicas, culturales y morales que lo configuran como un *metaproblema* que se busca solucionar con el ejercicio del biopoder por parte de instituciones gubernamentales nacionales e internacionales.

En este contexto, los miembros de la sociedad organizada hacen frente a un problema que rebasan las dimensiones de su individualidad: no pueden evitar ser encarcelados por el consumo, no pueden incidir en la producción de políticas públicas, no pueden regular el mercado del consumo, no pueden modificar los imaginarios de adicción y adicto y no pueden cambiar la necesidad de producción del sistema.

Ante la pregunta expresa de si realizaban una acción política al recuperar a personas en condición de adicción, todos los entrevistados responden negativamente, por lo que se puede interpretar que ninguno aceptaba su trabajo como un trabajo político. Esto a pesar de que entre sus relatos hablaban de “ayudar al prójimo”, “solucionar los problemas de la comunidad”, “hacer su parte”, entre otras.

Esta negación de *lo político* puede estar relacionado con la confrontación antagónica que desarrollan con el gobierno como institución estrictamente reguladora e ineficiente en su obligación como proveedora del derecho a la salud. Pero a pesar de su repulsión al gobierno, en la mayoría de los casos había una continua negociación y necesidad de validación de las prácticas.

A partir de las entrevistas pudimos concluir que, aun así, los dirigentes tienen la capacidad de incidir en su entorno próximo por medio de la atención brindada a los sujetos que se recuperan en cada una de las expresiones, como dijo Meteoro: “esta es una guerra perdida, pero hay pequeñas luchas que podemos ganar”.

Los grandes proyectos de intervención no se encuentran en sus discursos, con excepción de Marte por su formación cercana a la teología de la liberación, sino en la atención a los otros.

Los miembros de la sociedad civil desarrollan su actividad en un contexto en donde las adicciones son conceptualizadas como una enfermedad que vuelve “anormales” a quienes la padecen. Los adictos son sujetos que hacen frente a una serie de consecuencias biopsicosociales que afectan su mente, cuerpo y lugar en la sociedad como resultado de la adicción. Y que además como sujetos son normados por medio de leyes, códigos, penas y tratamientos para lograr “arreglarlos” y posteriormente regresarlos a la “vida productiva” de la sociedad.

Las personas que padecen un problema con las adicciones se encuentran en un límite legal entre la persecución y la atención, además del proceso de convertirse en anormales para la sociedad, así como otras condiciones que no se alcanzaron a revisar con mayor profundidad, son las que provocan que los sujetos permanezcan ocultos y, en consecuencia, se dificulte el acceso para su atención.

Como se pudo observar durante la investigación, los que lograron mayor acceso al sujeto en condición de adicción son otros sujetos que lidian con el mismo problema. Este proceso se dio gracias a las capacidades de asociación que desarrollaron por medio de su experiencia común como miembros de Alcohólicos Anónimos en donde compartieron un marco de producción social de sentido.

Posteriormente, se dio lugar a los procesos de reinterpretación de prácticas aprendidas y la creación de nuevos saberes por parte de los dirigentes de la vieja era, las instituciones dominantes y, en lo sucesivo, los dirigentes de la nueva era.

Alcohólicos Anónimos como institución tuvo una enorme relevancia en la creación de procesos de atención en el AMG. El *Libro Azul* no solamente fue fundamento para la actuación de sus miembros, sino que funcionó como texto interpretativo para el desarrollo de futuras prácticas como lo fueron el modelo del 4 y 5 paso y el modelo cristocéntrico.

El marco de producción de sentido que compartieron los dirigentes de la vieja era sirvió para establecer prácticas como la tribuna, el encierro, los pasos de rehabilitación y discursos que circulan dentro de los centros de internamiento, por ejemplo: la adicción como enfermedad emocional, la sobriedad como bien máximo de la recuperación.

Posterior a la experiencia en A.A., vino el periodo de reorganización (1980-1994) en donde el proceso dialéctico de la *institucionalización* comienza a gestarse, ya que los miembros de la sociedad civil materializan las instituciones de rehabilitación por la vía de internamiento con las características que hoy conocemos.

Estas primeras instituciones se dan en un contexto de poca regulación gubernamental, en donde los dirigentes comienzan la apropiación de las prácticas y discursos de las instituciones dominantes, como A.A. Esto dio como resultado los primeros centros de internamiento que tenían como característica ser instituciones coercitivas, basadas en la experiencia de sus fundadores e instituidas bajo principios de “buena voluntad”.

La incursión de otros actores y la instauración de normas de regulación a la atención de las adicciones, así como los nuevos centros de internamiento cambiaron su ethos. Los dirigentes representantes de la nueva era dejaron la “buena voluntad” y el uso de experiencia como valores centrales de sus modelos para cambiarlos por “servicios de calidad” y profesionalización de la atención. Los cambios atendieron al nuevo ejercicio del biopoder sobre las adicciones, se comenzó a medicalizar la atención y en consecuencia los dirigentes debieron acatar la disposición para seguir existiendo.

Entonces, la sociedad civil que atiende el problema de las adicciones durante 1980 hasta 2018 ha realizado continuamente acciones políticas para sobrevivir, por ejemplo, negociar con instituciones gubernamentales u organismos de beneficencia. Pero no han buscado introducirse a procesos que involucren la arena política/electoral de manera directa, sino que abogan por solucionar su problema de adicciones primordialmente y dejar a las instituciones que les afectan en la periferia de su agencia, ya que como la mayoría menciona “es un proceso que dura toda la vida”.

Es necesario señalar que los ocho modelos aquí presentados no agotan la discusión sobre las prácticas de tratamiento de las adicciones, pero sí se propone como una categorización de los saberes de los fundadores y dirigentes de las dos eras.

Cabe resaltar que una de las mayores limitantes para lograr una completa revisión de los modelos fue la característica de clandestinidad de los centros de internamiento que no permitió que hubiera un acercamiento a su totalidad.

Aun así, se encontraron regularidades entre las posturas que los dirigentes expresaban sobre la rehabilitación, las instituciones dominantes, las adicciones y sobre sí mismos. Estas regularidades nos pueden hablar de las particularidades de esta sociedad civil, a saber, el consumo y recuperación del uso de sustancias adictivas por parte de la mayoría de los colaboradores.

En mayor o menor medida, los dirigentes tenían un capital económico considerable. Ya sea que contaban con los recursos económicos para construir instalaciones para la recuperación o provenían de redes de apoyo importantes que tenían la capacidad de aportar al proyecto del centro de internamiento. En ambos casos, existían instalaciones lo suficientemente equipadas para albergar a una docena de personas como mínimo.

Otro punto a destacar es que la sociedad civil que atiende el problema de las adicciones es diversa en prácticas, discursos, valores, percepciones y condiciones económicas, pero comparten raíces históricas que contribuyeron a su

establecimiento como instituciones y en consecuencia están hermanados a la causa de la atención.

Centros de internamiento: respuestas instituyentes

Para dar respuesta a la hipótesis de la investigación regresemos a la pregunta de investigación: ¿Cómo operan las respuestas instituyentes de los dirigentes de centros de internamiento ante el aumento del problema de adicciones y las condiciones instituidas en el Área Metropolitana de Guadalajara en los últimos cuarenta años?

Las respuestas instituyentes de los dirigentes de centros de internamiento en el AMG se definen por dos posibles razones: 1) la búsqueda de un lugar en la sociedad por parte de los dirigentes y 2) el objetivo de mantenerse sobrios mientras “ayudan” a otros.

Esta búsqueda se afirma por medio de dispositivos que ejercen los dirigentes, en donde se establecen órdenes discursivos por medio del sentido compartido que se da sobre el tratamiento, la adicción y la recuperación y las prácticas que se desarrollan a partir de este, en una relación dicotómica entre saberes y prácticas que crean discursos sobre los centros de internamiento.

Debido a esta formulación de órdenes discursivos, las instituciones dominantes como lo son la Central Mexicana de Alcohólicos Anónimos de Jalisco (en el primer momento de la institucionalización de los centros de internamiento) y el Consejo Contra las Adicciones de Jalisco (en los años posteriores) se vieron en la necesidad de adaptarse al cambio institucional que formularon los dirigentes.

El CECAJ regula las prácticas y los órdenes discursivos, mientras los apropia por medio de procesos de “certificación” y “capacitación” y los regula mediante prácticas de “vigilancia”, las cuales castigan y premian con el reconocimiento institucional. Este reconocimiento tuvo como beneficio formar parte de las instituciones avaladas por el Estado para ejercer como centro de internamiento.

Dicho reconocimiento institucional coloca a los dirigentes dentro del reconocimiento que perdieron en la sociedad. Aunque hay una diferencia generacional entre la vieja y la nueva era. Los primeros dirigentes repudian y denuncian las prácticas del CECAJ, ya que ellos se consideran los únicos capacitados para “ejercer la verdad”, esto al preceder al CECAJ como institución dominante.

Caso contrario con la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, la cual fue reconocida por los dirigentes de la vieja era como una institución medular para su formación, ya que tuvo la capacidad de imponer una ley de verdad sobre la adicción y la recuperación.

Mientras que el Estado se reconoció como una institución que no hizo lo suficiente para atender la necesidad de las personas en condición de adicción, Alcohólicos Anónimos se erigió como una institución en la cual los primeros dirigentes pudieron refugiarse.

Ahora, los modelos que nacen posterior a la emergencia del CECAJ se enfrentaron a procesos instituidos por los dirigentes de la vieja era. Los miembros de la nueva era no solo recogieron las experiencias de las instituciones dominantes, sino que se desarrollaron en espacios en donde prácticas disciplinarias, terapéuticas y comunicativas ya estaban establecidas por los sujetos que los antecedieron.

Estas prácticas son negadas por los dirigentes de la nueva era, quienes buscan afianzarse a las instituciones dominantes, como el CECAJ, del mismo modo que hicieron los dirigentes de la vieja era con las instituciones de su periodo. Esto los dotará de la capacidad de imponer la ley de verdad sobre los otros. Pero, a diferencia de la Central Mexicana, el CECAJ impone castigos sobre aquellos que no se rijan bajo sus procesos, ejerciendo el poder como microfísica y regulando voluntades por medio de la violencia simbólica.

Esta imposición instituyó las prácticas del CECAJ, lo que dio espacio para otro tipo de respuestas instituyentes de parte de los dirigentes: la simulación y la innovación. Por un lado, los dirigentes lucharon por permanecer reconocidos por el Estado, pero

desde sus propias expresiones de recuperación. Por el otro, los dirigentes trabajaron por encontrar espacios nuevos para actuar en la rehabilitación con nuevas propuestas, lo que les permitió permanecer vigentes en el campo de las adicciones.

La otra respuesta instituyente que se identificó tiene una relación causal a la agencia de los sujetos frente a las instituciones. El andamiaje institucional se vuelve para los dirigentes un referente, un proceso para replicar prácticas y crear conocimientos, pero no el fin último de la institución. El fin es personal y propio: mantenerse sobrios.

La sobriedad es conceptualizada de distintas maneras por cada una de las expresiones, cada una es el ejemplo de una comunidad con significados particulares. En algunos casos la sobriedad es mediada por la comunidad, mientras que en otros son el redescubrimiento del ser, la resolución de los traumas pasados, el reencontrar la espiritualidad o la reconstrucción de la “vida”.

Lo que ordena a estos discursos es la necesidad de permanecer en contacto constante con su “enfermedad”, “padecimiento”, “herencia” para no olvidar la complejidad de su problema y solamente por medio del ejercicio de su agencia es que pueden mantenerse sobrios.

Proceso dialéctico: instituido, instituyente e institucionalización

Pensar el problema de las adicciones desde la postura de los encargados de atenderla da espacios para conocer los procesos de *institucionalización* en un tema con matices políticos, económicos, morales y culturales como es la atención a las adicciones.

Una de los faltantes dentro de la investigación especializada sobre las adicciones era la recuperación y su dimensión sociocultural y, de manera particular, el rescate de las voces de los sujetos que participaron y participan en los procesos de *institucionalización* de la recuperación.

Analizar las instituciones en donde se gesta la atención permitió establecer *instituciones dominantes* durante periodos históricos, así como la identificación del momento en que las prácticas del *biopoder* comenzaron para normalizar, en un primer momento, el consumo y sucesivamente el tratamiento de las adicciones. También se pudieron observar las condiciones *instituidas* en los ámbitos legales, políticos y culturales.

Por último, fue posible diseccionar las respuestas *instituyentes* de los dirigentes de los centros de internamiento para conocer factores que llevaron al cambio y modificación de las instituciones, y así observar patrones de actuación dentro del proceso de *institucionalización*.

Las respuestas *instituyentes* se dieron debido al establecimiento de las dos posibilidades de la *biopolítica* de las adicciones: medicalizar o criminalizar. La cultura de la rehabilitación que se había desarrollado en el AMG se confrontó a una rigidez institucional que en un primer momento dejó las responsabilidades de atención a la sociedad civil, para posteriormente regular sus prácticas.

El proceso de *institucionalización* se ha mantenido en los modelos de la nueva era, los cuales se encuentran en una constante modificación de prácticas, valores y discursos. Esta flexibilidad ha permitido que se mantengan vigentes y tengan una mayor aceptación por parte de la sociedad.

Mientras que los modelos de la vieja era han quedado sedimentados en sus prácticas y valores que no empatan con las nuevas necesidades de un problema que se ha diversificado. Esta inflexibilidad ha provocado que algunos pierdan legitimidad por mantenerse anclados a viejas prácticas, que no tengan espacios de intervención política y que comience a disminuir el número de personas que atienden.

Investigar desde lo oculto

La reflexividad fue un factor esencial para comprender cómo se configuraban los centros de internamiento como instituciones, las personas en condición de adicciones como consumidores y el adicto en recuperación, además del constante regreso a la historia de la atención para construir el análisis sociohistórico del fenómeno.

La nutrida participación de colaboradores durante todo el proceso de la investigación no sólo aportó a su construcción, sino que abrió posibilidades de hipotetizar sobre el fenómeno y establecer múltiples preguntas que debían ser respondidas.

Lo más importante fue la apertura de estos colaboradores y su necesidad por ser escuchados y legitimados por instituciones que tuvieran la capacidad de hacerlo: universidades, gobierno o las instituciones dominantes.

El acercamiento a diez personajes que fueron esenciales en la construcción de una sociedad civil tan nutrida y extensa como lo es esta, fue una oportunidad inmejorable para comprender de viva voz de los gestores de los movimientos sus razones, sus motivaciones y sus procesos.

La reconstrucción de sus saberes no solamente representó un proceso de historización de la oralidad, sino que permitió reconstruir sistemáticamente la historia de la institucionalización de los centros de internamiento. Además de categorizar las ofertas de tratamiento, por medio de su historia, sus prácticas y sus discursos, para su posible análisis posterior.

Es relevante mencionar que durante el proceso de realización de esta investigación uno de los colaboradores murió, dejando en este proyecto uno de los pocos registros que existen de su experiencia como fundador de un movimiento de recuperación.

Reflexividad

La presente investigación fue para mí un cambio paradigmático en la manera de pensar las relaciones sociales dentro de la realidad que nos rodea. Escribir esta tesis replanteó mi posición como investigador frente a fenómenos hechos de personas en condición de vulnerabilidad, la responsabilidad que acepté al solicitar su contribución y la responsabilidad que tengo al interpretar sus narraciones.

Las respuestas que me dieron no sólo significaron escuchar las historias de sujetos olvidados por las grandes narraciones históricas, sino que adquirí la responsabilidad de mantener su memoria viva en un texto que haga justicia a la enorme aportación que han hecho durante cuarenta años a la recuperación de otros sujetos en condición de adicciones.

Asimismo, me aportó un espacio para la deconstrucción de mi manera de percibir la investigación y la relevancia de posicionar a los sujetos, sujetos como yo, al centro de los movimientos instituyentes de la vida social. Destaco la relevancia que puede tener la oralidad en la investigación social al dar voz a historias tan complejas y ricas de conocimientos como las que aparecen en las poblaciones ocultas.

Debido a la limitación que implica la construcción de un proyecto de investigación en un contexto institucional, quedaron espacios vacíos y lo más importante: preguntas sin resolver, y que sin duda pudieron aportar a una mayor comprensión del problema de las adicciones en un contexto tan particular como lo es el AMG.

Quizá la deuda más grande fue el lugar de las mujeres como sujetos vulnerables durante todo el proceso de la adicción, desde el consumo hasta la recuperación. Lo dejo como un tema pendiente al que pediría que se pueda seguir trabajando por la necesidad de entender la vulnerabilidad y capacidad de resiliencia que generan las mujeres en estos contextos.

Otro de los aspectos que no se alcanzaron a integrar en el trabajo son las prácticas dentro de los centros de internamiento, las cuales, desde una postura etnográfica,

nos podría ofrecer una caracterización más amplia del *ethos* de los dirigentes y sus culturas institucionales.

Esto debido a que no solamente se acercaría a las discursividades, sino que se contrastaría con las prácticas de los sujetos involucrados y las relaciones simbólicas que se producen en la interacción uno a uno entre institución-sujetos y sujetos-sujetos. Estas deudas quedan pendientes, pero abiertas a posibles futuros proyectos de investigación.

Referencias bibliográficas

Adams, Z.W., Kaiser, A.J., Lynam, D.R., Charnigo, R.J. y Milich, R. (2012). Drinking motives as mediators of the impulsivity-substance use relation: pathways for negative urgency, lack of premeditation, and sensation seeking. *Addictive Behaviors*, 37, 848–55.

Aguilar, R. (2006). *Las organizaciones de la sociedad civil en México: su evolución y principales retos*. UNAM: México.

Alcohólicos Anónimos (1984). *Respuestas y preguntas sobre el apadrinamiento*. Alcohólicos Anónimos: México.

Alcohólicos Anónimos (2008). *Alcohólicos Anónimos. El relato de cómo muchos miles de hombres y mujeres se han recuperado del alcoholismo (tercera edición)*. Nueva York: A.A.

Alcohólicos Anónimos (2010). *Alcohólicos Anónimos llegan su mayoría de edad (segunda edición)*. Nueva York: A.A.

Algranti, J. y Mosqueira, M. (2018). Sociogénesis de los dispositivos evangélicos de “rehabilitación” de usuarios de drogas en Argentina. *Salud Colectiva*, 14 (2), 305-322.

Althusser, L. (1967). La querrela del humanismo. Recuperado el 8 de abril de 2018 de: <http://files.intervencionalthusser.webnode.cl/200000036-4225d431fe/16175197Althusser-Louis-La-querrela-del-humanismo-1967%5B1%5D.pdf>.

Álvarez, L. (2017). *Pueblo, ciudadanía y sociedad civil. Aportes para un debate*. México: Siglo XXI.

Álvarez, L. (2017). Pueblo, ciudadanía y sociedad civil: apuntes para la reflexión sobre la dimensión de “lo social” en el siglo XXI. En Lucía Álvarez, *Pueblo, ciudadanía y sociedad civil. Aportes para un debate*. México: Siglo XXI.

Alvarez-Monjaras, M., Mayes, L., Potenza, M., y Rutherford, H. J. (2018). A developmental model of addictions: integrating neurobiological and psychodynamic theories through the lens of attachment. *Attachment y Human Development*, 1–22.

Anheier, K. (2005). *Nonprofit Organizations. Theory, management, Policy*. Londres: Routledge.

Anicama, J., Mayorga, E., y Henostroza, C. (2001). Calidad de vida y recaídas en adictos a sustancias psicoactivas de Lima Metropolitana. *Rev-Psicoactiva*, 19, 7-27.

Apud, I. (2013). *Ceremonias de ayahuasca: entre un centro holístico uruguayo y el curanderismo amazónico peruano*. Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires.

Apud, I., y Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas*, 16 (2), 115-125.

Aranda, J. (2009). La sociedad civil en México, 1985-2005: de las organizaciones a los movimientos de resistencia y espacios de autonomía social. *Contribuciones desde Coatepec*, (17), 65-93.

Argaez, R. (2009). *Nacimiento de Movimiento Grupos 4 y 5 paso*. Recuperado de <https://vdocuments.mx/historia-nacimiento-experiencias-4to-y-5to-paso.html>

Aurell, J. (2006). Hayden White y la naturaleza narrativa de la historia. *Anuario filosófico*, 39 (3), 625-648.

Ávalos, G. (2010). Actualidad del concepto de Estado de Hegel. *Argumentos*, 23 (64), 9-33.

Bacchi, C. (2016). Problematizations in Health Policy: Questioning How “Problems” Are Constituted in Policies. *SAGE Open*, 6(2), 1-16.

Balladares, R. (2014). *Reforma al reglamento que regula los centros de recuperación para tratamiento a personas con adicciones a sustancias psicoactivas, en la vulneración y transgresión a los derechos humanos constitucionales*. Tesis de maestría. Magister en Derecho Constitucional. Ambato, Ecuador. Universidad Regional Autónoma de los Andes.

Barcia, D. (2000) *Tratado de psiquiatría*. Madrid: Aran.

Barriga, S. (1979) *El análisis institucional y la institución del poder*. Recuperado el 10 de noviembre de 2018, de <http://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/374/369>.

Belmonte, V. y Gadano, C. (2007). Entre lo instituido y lo instituyente. *Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Universidad Nacional del Comahue*, 13, 113-126.

Bentham, M. (1998). *The Politics of Drug Control*. London/New York: MacMillan Press Ltd St. Martin's Press Inc.

Berger, P. y Luckmann, T. (1986). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

Bergman, M. (2016). *Drogas, narcotráfico, y poder en América Latina*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.

Bethancourt, B. (2011). *Ansiedad y Depresión en Adictos en Recuperación. Estudio realizado en grupo de Narcóticos Anónimos zona 1 Quetzaltenango*. Tesis de Licenciatura, Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

Boiteux, L., Corda, A. y Pérez, C. (2015). *La regulación de la posesión y la criminalización de los consumidores de drogas en América Latina*. México: CEDD.

Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C., Medina, M., Natera, G. y Tapia, R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: Drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental*, 24 (4), 3-19.

Briseño, P. (2013). *Internados: El Grupo Jóvenes 24 Horas A.A. en el contexto de las instituciones totales*. Tesis licenciatura, Universidad Autónoma del Estado de México, México.

Buñi, S. (2008). *Ecós de Babel. Procesos de institucionalización y construcción identitaria en el Centro de Enseñanza de Lenguas Extranjeras de la Universidad Nacional Autónoma de México*. Tesis doctoral, DIE- Cinvestav. Recuperada de <http://biblioteca.cele.unam.mx/SiteOld/tesis/autor/tesis357.htm>

Cabrera, D. (2006). *Lo tecnológico y lo imaginario: las nuevas tecnologías como creencias y esperanzas colectivas*. Buenos Aires: Biblos.

Calzada, R.; Petersen, A. y Zwitter, G. (2018). *¿Qué política de drogas?* Conferencia llevada a cabo en el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente, México.

Campillo, C.; Díaz, R. y Romero, M. (2001). La responsabilidad del médico en el tratamiento del enfermo alcohólico. En R. Tapia-Conyer (ed.) *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. México: Manual Moderno, 187-191.

Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.

Canto, M. (2017). De nuevo la sociedad civil. En Lucía Álvarez, *Pueblo, ciudadanía y sociedad civil. Aportes para un debate*. México: Siglo XXI.

Canto, R. (2010). "Políticas públicas. Más allá del pluralismo y la participación ciudadana" en Luis Aguilar (Ed.) *Políticas públicas*, México: Siglo XXI.

Carbajosa, D. (1984). El análisis institucional como teoría crítica de las formas sociales. *Revista Mexicana de Sociología*, 46, (1), 263-271.

Carretero, A. (2003). Una aproximación a la sociología de lo imaginario de Michel Maffesoli. *Sociológica*, 18 (53), 101-119.

Carretero, E. (2008) Religiosidades instituyentes. Religiones instituidas. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 18, s/p.

Castañeda, L. (2013). Una mirada a las organizaciones de la sociedad civil en México. Pertinencia de su estudio desde la administración. UNAM: México.

Castañeda-Vasconcelos, P. (2019). *Construcción ideológica del acoso sexual callejero. Delimitaciones y posicionamientos de varones del Área Metropolitana de*

Guadalajara. Tesis de Maestría, Maestría en Comunicación de la Ciencia y la Cultura. Tlaquepaque, Jalisco: ITESO.

Castoriadis, C. (1986). *Los dominios del hombre. Las encrucijadas del laberinto*. Barcelona: Gedisa.

Castoriadis, C. (1989). *La institución imaginaria de la sociedad. Vol. 2 El Imaginario social y la institución*. España: Tusquets.

Castro, E. (2008). *Diccionario Foucault. Temas, conceptos y autores*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Castro-Fornieles, J. (2013). Child and adolescent psychiatry: the need for training and development. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6, 57-59.

Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos (1984). *"Transmítelo". La historia de Bill Wilson y de cómo llegó al mundo el mensaje de Alcohólicos Anónimos*. México: Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.

- (2008). *Alcohólicos Anónimos*. México: Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.
- (2010). *Alcohólicos Anónimos llega a su mayoría de edad*. México: Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.
- (2013). *Alcohólicos Anónimos en México. Segunda parte*. México: Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.
- (2018). *Como lo ve Bill. La manera de vivir de AA*. México: Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.

Centro de Integración Juvenil [CIJ] (2012). *Manual de organización específico de Centros de Integración Juvenil, A.C.* México: Secretaría de Salud.

Cerón, S. (2010) *¿Qué es 4° y 5° paso?* [Blog]. Hacienda La Esperanza 4° y 5° Paso. Recuperado de: <http://haciendaesperanza.blogspot.com/> el 05 de junio de 2018.

Chapela, M. y Cerda, A. (2010). Ethos, conocimiento y sociedad. *Reencuentro*, 57, 18-24.

Chávez, A. (2011). *Condiciones jurídicas de los centros de rehabilitación para alcohólicos y drogadictos de la provincia de Santa Elena*, Tesis licenciatura, Universidad Estatal Península de Santa Elena. Recuperada de <https://repositorio.upse.edu.ec/xmlui/handle/46000/507>.

Chipana, M. (2016). *Afrontamiento y espiritualidad en adultos varones pertenecientes a Alcohólicos Anónimos (AA)*, Tesis licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.

Código Nacional de Procedimientos Penales. Diario Oficial de la Federación, México, 17 de junio de 2014.

Código Penal Federal. Diario Oficial de la Federación, México, 14 de agosto de 1931.

Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación, México, 8 de junio de 1926.

Cohen, J. y Arato, A. (2010). *Sociedad civil y teoría política*. México: Fondo de Cultura Económica.

Comas, D. (2008). La metodología de la comunidad terapéutica: una apuesta al futuro. *Revista española de drogodependencia*, 33 (3), 238-254.

Comisión Nacional Contra las Adicciones (2017). *Directorio Nacional de Establecimientos Especializados en el Tratamiento de las Adicciones en Modalidad Residencial Reconocidos por la Comisión Nacional Contra las Adicciones*. México: Secretaría de Salud.

Consejo Estatal Contra las Adicciones Jalisco [CECAJ] (2016). *Censo en Centros de Tratamiento Residencial Contra Adicciones*. Jalisco: Secretaría de Salud Jalisco.

Consejo Estatal Contra las Adicciones Jalisco [CECAJ] (2018). *Informe Anual de Actividades 2017*. Jalisco: Secretaría de Salud Jalisco.

Consejo Estatal Contra las Adicciones Jalisco [CECAJ] (2019). *Resultados SISVEA 2018*. Jalisco. Jalisco: Secretaría de Salud Jalisco.

Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación [CONAPRED] (2010). *Estigma y discriminación hacia las y los usuarios de drogas y sus familiares*. México: CONAPRED.

Corbetta, P. (2010). *Metodología y técnicas de investigación social*. España: McGraw-Hill.

Córdova-Contreras, R. e Idrovo, Á. (2010). Medición de la vulnerabilidad: el caso de la adicción a drogas ilícitas en Chihuahua, México. *Región y sociedad*, 22 (49), 239-263.

Corona, S. (2012). Notas para construir metodologías horizontales. En Corona, S. Y Kaltmeier, O. (Coords.). *En diálogo. Metodologías horizontales en Ciencias Sociales y Culturales*. España: Gedisa, 85-110.

Cortés, G. y García S. (2003). *Investigación documental*. México: Escuela Nacional de Biblioteconomía y Archivonomía.

Council on Foreign Relations (1997). *Reflexiones sobre el control internacional de las drogas. Nuevas directivas para a política norteamericana*. México: Fondo de Cultura Económica.

Cravioto, P.; De la Rosa, B. y García-de la Torre, T. (1998). Las adicciones en la mujer. *Gaceta Médica de México*, 134(2), 257-260.

- Cristiano, J. (2009) Imaginario instituyente y teoría de la sociedad. *Revista Española de Sociología*. (11) 101-120.
- Cuellar, J. (2004). *Los migrantes mexicanos en California: 2004. Testimonios de sus afanes y luchas*. Tesis licenciatura, Universidad de Sonora, México.
- Davenport-Hines, R. (2003). *La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas, 1500-2000*. México: Fondo de Cultura Económica.
- De la Fuente, R. (coord.) (2015). *Marihuana y salud*. México: Fondo de Cultura Económica.
- De la Rosa, M. (1979). La iglesia católica en México. Del Vaticano II a la CELAM III (1965-1979). *Cuadernos políticos*, 19, 88-104.
- De la Torre, R. (2006). *La ecclesia nostra: el catolicismo desde la perspectiva de los laicos: el caso de Guadalajara*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Del Poso, L. y Gómez, C. (1999). Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro. *Adicciones*, 11 (4), 329-336.
- Delaplace, D. (2014). *Drogas y derechos humanos en la Ciudad de México 2012-2013*. México: Centro de investigación Aplicada en Derechos Humanos.
- Di Pardo, R. (2009). La sobriedad como bien. *Desacatos*, (29), 173-178.
- Díaz, A. (2014). Medicalización de la sociedad y desmedicalización del arte médico. *Arch. Medicina Interna*, 36 (3), 123-126.
- Díaz, A., Salamanca, L., y Carmona, O. (2012). Biopolítica, Subjetividad Política y “Falsos Positivos”. En C. Piedrahíta, A. Díaz y P. Vommaro, (Comp.), *Subjetividades políticas: desafíos y debates latinoamericanos*. Bogotá: Universidad Distrital Francisco José de Caldas.
- Díaz, L. (2001). *Bioética, salud y derechos humanos*. México: Porrúa.
- Díaz-Heredia, L.; Muñoz-Sánchez, A.; y Durán-de Villalobos, M. (2012). Recuperación de la adicción al alcohol: una transformación para promover la salud. *Aquichan*, 12(2), 122-133
- Donoghoe, M. y Wodak, A. (1998). “Health and social consequences of injecting drug use”. En Stimson, G. (coord.) *Drug injecting and HIV infection: Global Dimension and Local Response*. New York: Taylor and Francis.
- Dreyfus, H. y Rabinow, P. (1982). *Michel Foucault: Beyond structuralism and hermeneutics*. EUA: University of Chicago Press.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22 (2), 91-96.

El Informador (10 de marzo de 2018) Nuevo abuso en centro de rehabilitación; rescatan a 81 adolescentes en El Salto. *El Informador*. Recuperado de <https://www.informador.mx/jalisco/Nuevo-abuso-en-centro-de-rehabilitacion-rescatan-a-81-adolescentes-en-El-Salto-20180310-0016.html>

El Informador (19 de mayo de 2016) Sin control, crecen centros de rehabilitación. *El Informador*. Recuperado de <https://www.informador.mx/Jalisco/Sin-control-crecen-centros-de-rehabilitacion-20160519-0200.html>

Enciso, F. (2015). *Nuestra historia narcótica. Parajes para (re) legalizar las drogas en México*. México: Debate.

Engels, F. (1962) [1845]. Las fuerzas productivas y las formas de cambio y de propiedad. En Marx, C. y Engels, F. *Escritos económicos varios*. Grijalbo: México. 126 – 149.

Enríquez, E. (1989). “El trabajo de la muerte en las instituciones”, en Kaës, René. *La institución y las instituciones. Estudios psicoanalíticos*, Buenos Aires, Paidós.

Enríquez, E. (2002). El relato de vida: interfaz y vida colectiva. En *Perfiles Latinoamericanos*, 21, 35-47.

Farge, C. (2007). *El Estado de bienestar. Enfoques*, XIX (1-2), 45-54.

Fernández, C. (coord.) (2019). *50 años de atención a las adicciones en México. La experiencia de Centros de Integración Juvenil*. México: CIJ.

Fernández, J. (2012). *El despertar de la sociedad civil. Una perspectiva histórica*. México: Editorial Océano de México.

Fernández, L. (2004). “Prólogo”, en E. Remedi (coord.), *La institución: entrecruzamiento de textos*, México: Plaza y Valdés.

Fernández, L. (1994). *Instituciones educativas*. Buenos Aires, Paidós.

Fernández, L. (2006), “El objeto. Institución: dramática y patologías institucionales”, en M. Landersmann (coord.), *Instituciones educativas. Instituyendo disciplinas e identidades*, México: Juan Pablos.

Fletes, R. (2017). *La Gran Familia de Zamora*. Michoacán: Grijalbo.

Flick, U. (2007) Las narraciones como datos. *Introducción a la investigación cualitativa*. España: Editorial Morata.

Flores, D. (2010). El autocontrol y las adicciones. *Elementos: Ciencia y Cultura*, 17 (77), 3-7.

Florián, V. (2006). La ética del cuidado de sí. Moral y ética de Foucault. *Franciscanum. Revista de las ciencias del espíritu*, 144, 59-70.

Floristán, C. (1998). Teología práctica. Teoría y praxis de la acción pastoral. Salamanca: Sígueme.

Foucault, M. (2013) [1973]. *El orden del discurso*. México: Tusquets.

- (1975) [2002]. *Vigilar y castigar*. Argentina: Siglo XXI.
- (1977). Historia de la medicalización. *Educ. Med. Salud*, 11 (1), 3-25.
- (1980). The confession of the flesh: a conversation. In C. Gordon, *Power/knowledge, selected interviews and other writings, Michael Foucault*. New York: Pantheon Books.
- (1994). *Dits et écrits: 1954-1988. III 1976-1979*. París: Gallimard.
- (2014), *Defender a la sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- [1969] (2010). *La arqueología del saber*. México: Siglo XXI.
- [1974] (1976). *Historia de la locura en la época clásica. Tomo I*. México: Fondo de Cultura Económica.
- [1976] (2011). *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. México: Siglo XXI.

Franco, A. (2017). *En Números, documentos de análisis y estadística. Estadísticas sobre el Sistema penitenciario estatal en México*. Aguascalientes: INEGI.

Fuentes, R. (1998). *La emergencia de un campo académico: continuidad utópica y estructuración científica de la investigación de la comunicación en México*. Jalisco: ITESO.

Fuentes, R. (2003). "La producción social de sentido sobre la producción social de sentido: hacia la construcción de un marco epistemológico para los estudios de comunicación". En VassalloDeLopes, M.I. (coord.). *Epistemologia da Comunicação*. São Paulo: Edições Loyola.

Gaete, T (2007) Representaciones sociales de psicólogos sobre el consumo de drogas, consumidores y tratamientos: el juicio psicológico. *Revista de Psicología*, 16, (2), 53-77.

Garcia, A., Anderson, B., y Humphreys, K. (2015). Fourth and Fifth Step Groups: A New and Growing Self-Help Organization for Underserved Latinos with Substance Use Disorders. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 33(2), 235–243.

García, E.; Gil, J. y Rodríguez, G. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.

García, M. (2017). *Proyecto para el desarrollo de habilidades sociales en personas drogodependientes adultas*. Tesis de licenciatura, Universidad de Valladolid, España.

Giménez, G. (1994). "La teoría y el análisis de la cultura. Problemas teóricos y metodológicos", en Jorge A. González y Jesús Galindo (coords.). *Metodología y cultura*. Conaculta: México.

Gómez, H. (1999). *El consumo de drogas en México: diagnóstico, tendencias y acciones*. D.F: Secretaría de Salud-Consejo Nacional contra las Adicciones.

Gómez, N. (2002). Tendiendo puentes. Una propuesta metodológica desde la investigación educativa de corte interpretativo. *Revista Electrónica Sinéctica*, 21, 44-51.

- (2015a). Introducción. En Noemí Gómez (coord.) *Agentes y lazos sociales. La experiencia de volverse comunidad*. Tlaquepaque: ITESO, 15-25.
- (2015b). Conversaciones sobre transdisciplina. En Gómez, N. y Arboleda-Gómez, R. (coords.), *Diálogos sobre transdisciplina: los investigadores y su objeto de estudio*. Jalisco: ITESO, 45-74.

Gómez, N.; Salguero, H.; Cervantes, S.; Sánchez, A. (2015). Las comunidades eclesiales de base. Agentes en el proceso de movilidad social de los sectores vulnerables. En Noemí Gómez (coord.) *Agentes y lazos sociales. La experiencia de volverse comunidad*. Tlaquepaque: ITESO, 25-51.

Gonzales, E. (2016). *Hombres de esperanza: transformación de la identidad masculina en la rehabilitación evangélica a la farmacodependencia (Tijuana, B.C.)*. Tesis maestría, El Colegio de la Frontera Norte: Tijuana.

González, E., Naranjo, C. (1986) La historia oral, instrumento de análisis social, algunas aportaciones recientes. *Revista de indias*, 46 (177), p. 292- 309.

González, F. (1983). Análisis institucional y socioanálisis. *Tramas*, 18, pp. 51 – 72.

González, V. (2015). *Terapias asistidas con animales: equinoterapia y la importancia de la inclusión familiar a la intervención*. Tesis pregrado, Universidad de la República: Uruguay.

Gordo, Á. y Serrano, A. (2008). *Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social*. Madrid: Pearson Educación.

Gramsci, A. (2010) [1970]. *Antología. Selección, traducción y notas de Manuel Sacristán*. México: Siglo XXI.

Grimaldi, N., Alvira Domínguez, R., y Herrero López, M. (2008). *Sociedad civil: la democracia y su destino*. Pamplona: EUNSA.

Grupo Luz de Vida (2016). *Grupo Luz de Vida*. Recuperado el 4 de junio de 2018 de <https://glv.mx/>

Guerrero, A. (2003). Adicciones: medicalización y negligencia institucional. *Revista Liberaddictus*. Revisada el 4 de diciembre de 2018 de

<https://www.liberaddictus.org/varios/829-adicciones--medicalizacion-y-negligencia-institucional.html>

Guerrero, I. y Kalman, J. (2010). La inserción de la tecnología en el aula: estabilidad y procesos instituyentes en la práctica docente. *Revista Brasileira de Educação*, 15 (44), 213-229.

Gupta, A. (2015). Fronteras borrosas: el discurso de la corrupción, la cultura de la política y el estado imaginada. En Philip Abrams, Akhil Gupta y Timothy Mitchell, *Antropología del Estado*. México: Fondo de Cultura Económica, 71-144.

Guzmán, R. (2017). *Musicoterapia para promover mejores procesos de metacognición en personas con conductas adictivas, realizado en la ciudad de Bogotá, Colombia*. Tesis maestría, Universidad Nacional de Colombia: Colombia.

Hall, J. y Ikenberry, G. (1993). *El Estado*. Madrid: Alianza Editorial.

Hardt, M. y Negri, A. (2002). *Imperio. El nuevo orden del mundo*. Paidós: Barcelona.

Heckathorn, D. (1997). Respondent-Driven Sampling. A New Approach to the Study of Hidden Populations. *Social Problems*, 44(2), 174–199.

Hegel, G.W.F. (2015) [1807]. *Fenomenología del espíritu*. Fondo de Cultura Económica: México.

Hernández, A. (2010). “La legislación de drogas y situación carcelaria en México” en Transnational Institute y Washington Office on Latin America, *Sistemas sobrecargados. Leyes de drogas y cárceles en América Latina*. WOLA: Amsterdam, pp. 61-72.

Hernández, B. (2009) Marco jurídico en materia de adicciones. Reflexiones sobre un consumo que consume. *Amicus Curie*, 2, 1-5.

Hernández, L. (2017). La adicción: un goce secreto del exterminio del sujeto. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(1).

Hernanz, M. (2015). Adolescente y nuevas adicciones. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35 (126), 309-322.

Herrera, S. (2013). *De la comunicación del progreso a la comunicación de la armonía. Las transformaciones en los discursos sobre las relaciones sociedad/naturaleza en el escenario de las exposiciones universales (1851-2010)*. Tesis doctoral, Doctorado en Estudios Científicos Sociales. Tlaquepaque, Jalisco: ITESO.

Hickman, H. (2003). “Procesos de institucionalización, trayectorias e identidades. El caso de la psicología experimental en la Universidad Nacional Autónoma de México (1960-1985)”, tesis doctoral en Pedagogía, México, FFyL-UNAM.

Hinojosa, R. (2012) La historia oral y sus aportaciones a la investigación educativa. *Revista de Investigación Educativa de la Rediech*, 5, 57-65.

Husak, D. (1992). *Drogas y derechos*. México: Fondo de Cultura Económica.

Infante, C. y Rubio-Colavida, J. (2004). La prevalencia del consumo de tabaco en España. *Adicciones*, 16 (2), 59-73.

Instituto Metropolitano de Planeación [IMEPLAN] (2019). *Nuestra ciudad*. Recuperado de <https://imeplan.mx/en/ciudad>.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2016) *Encuesta Nacional de Calidad e Impacto Gubernamental 2015*. México: INEGI.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas*. México: INPRFM.

Isuani, Aldo, (1979). *El Estado y las políticas de seguridad social hacia el trabajo: el caso argentino*, Tesis de Doctorado, Universidad de Pittsburg.

Jaroslavsky, E. (2009). Entrevista a René Kaës. *Revista de Psicoanálisis e Intersubjetividad*, 5, 63-73.

Jellinek, G. (1999). *Teoría general del Estado*. Inglaterra: Oxford University Press.

Kaës, R. (1989). Realidad psíquica y sufrimiento en las instituciones. En R. Kaës, J. Bleger, E. Enríquez, F. Fornari, P. Fustier, R. Roussillon y J.P. Vidal, *La institución y las instituciones. Estudios psicoanalíticos*. Argentina: Paidós.

- (2005). *Sufrimiento y psicopatología de los vínculos institucionales*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Kaplún, G. (2014). La integralidad como movimiento instituyente en la universidad. *InterCambios*, 1, 44-51.

Krüger, S. (2016). Understanding affective labor online: a depth hermeneutic reading of the My 22nd of July webpage. *Ephemera. Theory & politics in organization*, 16 (4), 185-208.

Lambert, E. y Wayne, W. (1990). Introduction. En Elizabeth Lambert (ed.) *The collection and interpretation of Data from Hidden Populations*. Estados Unidos: National Institute on Drug Abuse.

Landesmann, M. y Ickowicz, M. (2015). *Historias, identidades y culturas académicas. Cuestiones teórico-metodológicas. Liderazgos, procesos de afiliación, transmisión e innovación*. México: Juan Pablos Editor.

Landesmann, M., Hickman, H. y Parra, G. (2009). *Memorias e identidades institucionales: fundadores y herederos en psicología Iztacala*. México: Juan Pablos Editores.

Lapassade, G. (1999) [1974]. *Grupos, organizaciones e instituciones. La transformación de la burocracia*. Granica Editors: Barcelona.

Lara, P., Antúñez, A. (2014) La historia oral como alternativa metodológica para las ciencias sociales. *Revista de Teoría y Didáctica de las Ciencias Sociales*, 20, 45-62.

Leal, A. (2017). De pueblo a sociedad civil. El discurso político después del sismo de 1985. En Lucía Álvarez, *Pueblo, ciudadanía y sociedad civil. Aportes para un debate*. México: Siglo XXI.

Lemke, T. (2017). *Introducción a la biopolítica*. México: Fondo de Cultura Económica.

Levin, L. (2011). La construcción de la adicción como problema de conocimiento neurobiológico y las perspectivas de tratamientos. Una crítica al modelo médico hegemónico. *Redes*, 17 (32), pp. 95-132.

Levounis, P.; Zerbo, E. y Aggarwai, R. (2016), *Guía para la evaluación y el tratamiento de las adicciones*. Elsevier: Barcelona.

Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación, México, 7 de febrero de 1984.

Linares, M. y Lloret, M. (2010). ¿Existe el estigma en los drogodependientes? Proceso de construcción de un estigma. *Revista de análisis transaccional y psicología humana*, 62, 115 - 133.

Liset, M. (2018). El discurso pedagógico sobre la educación de jóvenes y adultos en debate: entre instituido y lo instituyente. *Revista Utopías*, 24, 1- 11.

Llorente, J. y Fernández, C. (1999). Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro. *Adicciones*, 11 (4), pp. 329-336.

Long, N. (2007). *Sociología del desarrollo: una perspectiva centrada en el actor*. México: CIESAS.

Lourau, R. (1979). *El Estado y el inconsciente. Estado de sociología política*. Barcelona: Editorial Kairós.

Lourau, R.; Bernard, M.; Evrard, P.; Ville, P.; Gavarini, L.; Savoye, A.; Hess, R.; Lapassade, G.; Bruce, P. y Cosson, P. (1973). *Análisis institucional y socioanálisis*. México: Nueva Imagen.

Lowes, P. (1966). *The genesis of international narcotics control*. Genève: Librairie Droz.

Lugo, M.E. (2015). *El derecho a la salud en México. Problemas de su fundamentación*. México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Maffia, D., Colace, P., Lerena, S. (2011). El ocultamiento de las mujeres en el consumo de sustancias psicoactivas. *Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones*. P. 1-52

Marconi, M. (1997). "La discriminación psico-social de pacientes toxicómanos portadores de VIH y enfermos de SIDA". Ponencia en "Cursos de Formación en Toxicomanías para personal sanitario". Madrid, Unión Sindical Obrera y Plan Nacional sobre Drogas.

Marina González, P. (2001). ¿Es posible un tratamiento diferente de las adicciones? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (79), 9-16.

Marín-Navarrete, R., Benjet, C., Borges, G., Eliosa-Hernández, A., Nanni-Alvarado, R., Ayala-Ledesma, M., Fernández-Mondragón, J., y Medina-Mora, M. (2013). Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud Mental*, 36 (6), 471-479.

Márquez, S., y de la Vega, R. (2015). La adicción al ejercicio: un trastorno emergente de la conducta. *Nutrición Hospitalaria*, 31 (6), 2384-2391.

Martí, J.; Carballo, J.; Cárceles, I.; García, A.; Gómez, R. (2012). Tratamiento psicosocial de las adicciones basado en el modelo matriz en un centro público: un estudio piloto. *Salud y drogas*, 12 (2), 253-272.

Martín-Baró, I. (1983): Polarización social en El Salvador, El Salvador, *Estudios Centroamericanos*, ECA, pp. 129-143.

Martínez, J. (18 de mayo de 2016). FGE realiza operativo en tres centros de rehabilitación del AMG. *Milenio*. Recuperado de <https://www.milenio.com/policia/fge-realiza-operativo-centros-rehabilitacion-amg>

Martínez, K.; Pacheco, A.; Echevarría, L. y Medina-Mora, N. (2016). Barreras en la transferencia de la tecnología: Un estudio cualitativo de las intervenciones breves y los centros de atención a las adicciones. *Salud mental*, 39(5), 257-265.

Martínez, M. y Cubides, J. (2012). Acercamiento al uso de la categoría de "subjetividad política" en procesos investigativos. En Claudio Piedrahita, Álvaro Díaz y Pablo Vommaro (comp.), *Subjetividades políticas: desafíos y debates latinoamericanos*. Bogotá: Universidad Distrital Francisco José de Caldas.

Matali, J.; Simons, J.; Pardo, M.; Lleras, M.; Pérez, A. y Andión, O. (2018). Propiedades psicométricas de la versión española de Marihuana Motives Measure en población adolescente consumidora. *Adicciones*, 30, (4), pp. 282 – 291.

Mateo, E. (2004) La recuperación de la memoria: la historia oral. *Revista TK, Asnabi*, 16,123-144

Medina, I. (1998). Estado benefactor y reforma del Estado. *Espiral*, 4 (11), 23-45.

Melchor, Z y Melchor, B. (2019) Acciones de salud pública en Jalisco, 1917-1943: creación de organismos, vacunación y estadística. *Intersticios Sociales*, 16, 159-186.

Menezes, H.; Ferreira, R.; Pereira, P.; Vila Nova, M.; Machado, A.; Simões, E. (2019). The Theoretical-Methodological Conceptions of Jonh Thompson: Production Analysis and Its Contribution for the Nursing Research Field. *Revista Fund Care*. 11 (3), 607-612.

Meuser, y Nagel, (2009) The Expert Interview and Changes in Knowledge Production. En Alexander Bogner; Beate Litting y Wolfgang Menz (coords.), *Interviewing experts*. Nueva York: ECPR.

Milenio digital (19 de mayo de 2016) Cierran tres centros de rehabilitación más en Tonalá. *Milenio Jalisco*. Recuperado de <https://www.milenio.com/estados/cierran-tres-centros-de-rehabilitacion-mas-en-tonala>

Mohr, J. W., y Neeley, B. (2009). Modeling Foucault: Dualities of power in institutional fields. In R. Meyer, K. Sahlin-Andersson, M. Ventresca, y P. Walgenbach (Eds.), *Ideology and organizational institutionalism, (research in the sociology of organizations* (27), pp. 203–256.

Molano, G. (2017). A view from the South: The Global Creation of the War on Drugs. *Contexto Internacional*, 39, (2), 633-653.

Molina, A. (2011). El método de Comunidad Terapéutica para drogodependiente: un análisis desde las Ciencias Sociales. *Revista Adicción y ciencia*, 1 (4), pp. 1-12.

Molina, A. (2013). Personas, emociones y adicciones: Más allá del cerebro. *Revista adicción y ciencia*, 3 (1), 1-5.

Montero, A. (2012). Los usos del ethos. Abordajes discursivos, sociológicos y políticos. *Rétor*, 2 (2), pp. 223-242.

Montes, V. y Manero, R. (2012). Algunos referentes teóricos sobre el concepto de institución. *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*, 16, pp. 1-13.

Morcillo García, J. (2016). *Inteligencia emocional y prevención de recaídas en pacientes en tratamiento por dependencia a la cocaína*. Tesis doctoral, Universidad Miguel Hernández, España.

Morello, G. (2013). El Concilio Vaticano II y su impacto en América Latina: a 40 años de un cambio en los paradigmas en el catolicismo. *Revista Mexicana De Ciencias Políticas Y Sociales*, 49(199), pp. 81-104.

Morgan, D. y Krueger, A. (1998). *The Focus Group Kit*, (6 vols.). California: Sage.

Muhib, F.; Lin, L.; Stueve, A.; Miller, R.; Ford, W.; Johnson, W. y Smith, P. (2001). A Venue-Based Method for Sampling Hard-to-Reach Populations. *Public Health Reports*, 116, 216–222.

- Murcia, M. y Orejuelas, J. (2014). Las comunidades teoterapéuticas y psicoterapéuticas como tratamiento contra la adicción a SPA: una aproximación a su estado del arte. *Revista CSE Psicología*, 7 (2), 153-172.
- Natera, G.; Tenorio, R.; Figueroa, E. y Ruiz, G. (2002). Espacio urbano, la vida cotidiana y las adicciones: un estudio etnográfico sobre alcoholismo en el centro histórico de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 25 (004), 17-31.
- National Institute on Drug Abuse [NIDA] (2018). *Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción*. Estados Unidos: NIH.
- Nizama, M. (2015). Innovación conceptual en adicciones (Primera parte). *Revista Neuropsiquiatría*, 78 (1), 22-29.
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999. Diario Oficial de la Federación, 15 de septiembre de 2000.
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009. Diario Oficial de la Federación, 21 de agosto de 2009.
- Notimex (11 de octubre de 2015). Rescatan a 49 víctimas de explotación laboral en Iztapalapa. *Milenio*. Recuperado de <https://www.milenio.com/estados/rescatan-49-victimas-explotacion-laboral-iztapalapa>
- Notley, C. (2005). Four groups of illicit substance users amongst the adult 'hidden' nonproblematic community. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 12, 279–290.
- Odgers, O. y Galaviz, G. (2014). “Estado laico y alternativas terapéuticas religiosas. El caso de México en el tratamiento de adicciones”. *Debates do Ner*, 15 (26), pp. 253-276.
- Odgers, O. y Galaviz, G. (2016). Entre la espera y la esperanza: construcción de la esperanza en internos de centros de rehabilitación para usuarios de drogas. *Revista Nuevo Mundo, Mundos Nuevos*. Revisado el 2 de junio de 2018 de <https://journals.openedition.org/nuevomundo/68925>
- Oelker, D. (2003). Mito, literatura, identidad: (A propósito del relato “los advertidos”, de Alejo Carpentier). *Atenea*, 487, pp. 69-91.
- Oficina Nacional de Control Antidrogas (1989). *National Drug Control Strategy*. Estados Unidos: The White House.
- Olvera, A. (2003). *Sociedad civil, esfera pública y democratización en América Latina: México*. México: Universidad Veracruzana.
- Organización de las Naciones Unidas. (1972). *Convención única de 1961 sobre estupefacientes*. Copenhague: ONU.

Organización de las Naciones Unidas. (1988). *Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas*. Copenhague: ONU.

Organización Mundial de la Salud (1994). *Glosario de términos y de alcohol y drogas*. España: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: MEDITOR.

Ornelas, V. (19 de mayo de 2016). Van por estrategia para abordar problemática de centros de rehabilitación. *Milenio Jalisco*. Recuperado de <https://www.milenio.com/politica/van-por-estrategia-para-abordar-problematica-de-centros-de-rehabilitacion>

Orozco, G. y González, R. (2012). *Una coartada metodológica Abordajes cualitativos en la investigación en comunicación, medios y audiencias*. México: Tintable.

Orozco, M. (2016). *Conductas resilientes en pacientes en proceso de rehabilitación por el consumo de cocaína*. Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Machala, Ecuador.

Orozco, S. (2009). Thomas Hobbes y la geometría del estado: anotaciones sobre el estado de naturaleza desde la historia de la ciencia. *Estudios de Filosofía*, (39), 153-175.

Ortí, A. (1986). La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirecta, y la discusión de grupo. En Manuel García; Jesús Ibáñez y Francisco Alvira (comps.), *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Editorial.

Ortiz, M. y Ortiz-Márquez, M. (2018). Factores de riesgo en adicciones y su relación con actividades deportivas y recreativas. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deportes y recreación*, 34, 71-79.

Ortiz, S. (2010). Sociedad civil. En Eduardo Villareal y Víctor Martínez (coords.), *(Pre) textos para el análisis político. Disciplinas, reglas y procesos*. México: FLACSO.

Ovejero, A. (2000). La adicción como búsqueda de identidad: una base teórica psicosocial para una intervención eficaz. *Intervención Psicosocial*, 9(2), 35-48.

Parra, G. (2015). "Académicos universitarios de los años sesenta en la universidad nacional autónoma de México: estudio de la formación de una identidad generacional". En Monique Landesmann y Marcela Ickowics, *Historias, identidades y culturas académicas. Cuestiones teórico-metodológicas. Liderazgos, procesos de afiliación, transmisión e innovación*. Juan Pablo Editor: México.

- Pascual, M., y Pascual, F. (2017). El estigma en la persona adicta. *Adicciones*, 29 (4), 223-226.
- Pavan, J.; Ferreyra, L.; Biganozol, P.; Mangeaud, A. y Nates, S. (2014) Dinámicas institucionales en situaciones de cambio: entre el cuestionamiento y las improntas de mitos fundacionales. *Revista iberoamericana de educación superior*, 5(14), 99-109.
- Pedrero, E. y Ruiz, J. (2014). Perspectiva histórica y estado de la cuestión. In E. J. Pedrero Pérez y J. M. Ruiz Sánchez de León (Eds.), *Neuropsicología de la Adicción*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Peele, S. (1985) The pleasure principle in addiction. *Journal of Drug Issues*. 15(2), 193-201.
- Penalva, C.; Alaminos, A.; Francés, F. y Santacreu, Ó. (2015). *La investigación cualitativa. Técnicas de investigación y análisis con Atlas.TI*. Pydlos ediciones: Ecuador.
- Pérez, C. y Azaola, E. (2012). *Resultados de la Primera Encuesta realizada a Población Interna en Centros Federales de Readaptación Social*. Aguascalientes: Centro de Investigación y Docencia Económica.
- Pérez, C. y Meneses, R. (2014). *La guerra contra las drogas y el procesamiento penal de los delitos de drogas 2012-2016*. Aguascalientes: Centro de Investigación y Docencia Económica.
- Pérez, C. y Silva, K. (2013). *El Estado frente al consumo y los consumidores de drogas ilícitas en México*. Aguascalientes: Centro de Investigación y Docencia Económica.
- Pérez, F. (2010). Origen alemán de la comunidad terapéutica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30 (105), pp. 145-149.
- Pérez, M. (2015). *Uso de palabras altisonantes en la rehabilitación de un grupo de alcohólicos anónimos*. Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma del Estado de México, México.
- Pile, S. (1990). *Depth hermeneutics and critical human geography. Environment and Planning D: Society and Space*, 8(2), 211–232.
- Pinto-Escamilla, R. J. (2016). La Paragua. Institución instituyente en la autonomía de Cherán. Tesis de maestría, Maestría en Filosofía y Ciencias Sociales. Jalisco: ITESO
- Polcin, D. y Zemore, S. (2004). Psychiatric Severity and Spirituality, Helping, and Participation in Alcoholics Anonymous During Recovery. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 30, 577-592.

- Portero, G. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? *Cuaderno Médico Forense*, 21 (3-4), 96-104.
- Pozzi, P. (2008). "Historia oral: repensar la historia". En Gerardo Necochea y Pablo Pozzi, *Cuéntame cómo fue: introducción a la historia oral*. Buenos Aires: Editorial Imago Mundi.
- Pozzi, P. (2012) Esencia y práctica de la historia oral. *Revista Tempo e Argumento*, 4(1), p. 61-70.
- Quiceno, J., y Vinaccia, S. (2007). La adicción al trabajo "workaholism". *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI (2), 135-142.
- Quintana, G. (s/f). *Propuesta de comunicación educativa para el programa Orientación Preventiva Infantil de Centros de Integración Juvenil, A.C., Hermosillo*. Universidad de Sonora: México.
- Quintero, J. (2013). Legitimidad del poder instituyente: límites de la validez en la ley de víctimas y restitución de tierras. *Praxis filosófica*, 36, 203-224.
- Raikhel, E. y Garriott, W. (eds.) (2013) *Addiction Trajectories*. London: Duke University Press,
- Ramírez, A. (2013). La droga, el contexto y el Estado. Jóvenes de estratos sociales medios y altos y su consumo recreativo en tres municiones de El Salvador, *Policía y Seguridad Pública*, 2 (3), pp. 145-208.
- Ramírez, J. (2013). *Organizaciones no lucrativas y voluntariado en México*. Universidad de Guadalajara: México.
- Ramos, J. (2008). Conociendo la historia de Talpita, barrio bravío de Guadalajara. *Gaceta Municipal*, 91, 9-11.
- Reekie, G. (1994). Reading the problem family: Post-structuralism and the analysis of social problems. *Drug and Alcohol Review*, 13, 457-465.
- Reglamento Federal de Toxicómana. Diario oficial de la Federación, México, 17 de febrero de 1940.
- Reglamento Federal de Toxicomanías. Diario Oficial de la Federación, México, 27 de octubre de 1931.
- Reguillo, R. (1991). *En la calle otra vez: las bandas. Identidad urbana y usos de la comunicación*. Tlaquepaque, Jalisco: ITESO.
- Rello, M. (2014). Disminuyen los recursos de centros para adictos. *Milenio Jalisco*. Recuperado de <https://www.milenio.com/estados/diminuyen-los-recursos-de-centros-para-adictos>

Rengel, D. (2005). La construcción social del 'otro'. Estigma, prejuicio e identidad en drogodependientes y enfermos de SIDA. *Gazeta de Antropología*, 21, 1-14.

Retamozo, M. (2009). "Lo político y la política: sujetos políticos, conformación y disputa del orden social" En: *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. 206, p. 69-91.

Revueltas, A. (1993). Las reformas del Estado en México: del Estado benefactor al Estado neoliberal. *Política y cultura*, 3, 215-229.

Richard, P. (1984). La Iglesia de los pobres en el movimiento popular. *Concilium*, 96, 331-340.

Rodríguez, A. (2009). Aspectos teórico-metodológicos, de las comunidades terapéuticas para la asistencia de la drogodependencia: sus comienzos. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*. Universidad de Jujuy, 37, pp. 317-327.

Rodríguez, A.; Luque, R. y Navas, A. (2014) Usos y beneficios de la historia oral. *Reidocrea*, 3, 193-200.

Rojas, E.; Real, T.; García-Silberman, S. y Medina-Mora, María (2011). Revisión sistemática sobre el tratamiento de adicciones en México. *Salud mental*, 34, pp. 352-365.

Rojas, I. (2011). Elementos para el diseño de técnicas de investigación: una propuesta de definiciones y procedimientos en la investigación científica. *Tiempo de educar*, 12 (24), 277-297.

Romero, M.; Rodríguez, E.; Durand, A.; Aguilera, R. (2003). Veinticinco años de investigación cualitativa en salud mental y adicciones con poblaciones ocultas. Primera parte. *Salud Mental*, 27(1), 76-83.

Romo, R. y Gómez, N. (2015). Sujetos, prácticas e institución: Aproximaciones a diversos constructos identitarios en dos universidades mexicanas. *Espiral (Guadalajara)*, 22(64), 221-254.

Rosen, D. y Zepeda, R. (2015). La guerra contra el narcotráfico en México: una guerra perdida. *Revista Reflexiones*, 94 (1), 153-168.

Rosovsky, H. (2009). Alcohólicos Anónimos en México: fragmentación y fortaleza. *Desacatos* (29), enero-abril, 13-30.

Ruiz, J. (1985). El derecho a la protección de la salud y la responsabilidad del Estado. *Salud Pública México*, 27, (1), 3-9.

Sánchez, A. (2008). Alcohólicos Anónimos, qué es y cómo funcionan: análisis y fundamentos. *Anuario de investigación en adicciones*, 9 (97), 1-8.

Santamarina, C. y Marinas, J.M. (1995). Historias de vida e historia oral. En J. M. Delgado y J. Gutiérrez (eds.). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.

Schvarstein, L. (1992). *Psicología social de las organizaciones*. Buenos Aires: Paidós.

Schwarzlose, J. (2007). What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute. The Betty Ford Institute Consensus Panel. *Journal of substance abuse treatment*, 33, 221-228.

Secretaría de Desarrollo Rural y Equidad para las Comunidades (s/f). *Lista de Temazcales. Curación con tradición*. Recuperado el 10 de junio de 2019 de <https://www.sepi.cdmx.gob.mx/storage/app/media/uploaded-files/lista-temazcales-1.pdf>

Secretaría de Salud (2016). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Informe 2016*. México: SSA.

Secretaría de Salud. (2017). *Consumo de drogas: prevalencias globales, tendencias y variaciones estatales*. México: Secretaría de Salud.

Semaniego, L. (2005). *El Estado-Nación dentro de la Unión Europea*. Tesis de pregrado. Universidad de las Américas Puebla, México.

Servín, E. (coord.) (2010). *Del nacionalismo al neoliberalismo, 1940-1994*. México: Fondo de Cultura Económica.

Sheptycki, J. (2000). 'The "drug war": learning from the paradigm example of transnational policing'. En James Sheptycki (ed), *Issues in Transnational Policing*. London/New York: Routledge, 201–228.

Smart, R. y Sloboda, Z. (2000). "Defining the problems. Initial assessment of the situation". En Maristela Monteiro (Coord.), *Guide to drug abuse epidemiology*. Estados Unidos: Organización Mundial de la Salud, 27 – 46.

Soberón, G. (2001). La reforma de la salud en México. *Gaceta Médica México*, 137, (5), 419-443.

Solís, J. (2008). Responsabilidad social empresarial: un enfoque alternativo. *Revista Análisis Económico*, 23 (53), 227-252.

Soto, A.; de Miguel, N. y Pérez, V. (2018). Abordaje de adicciones a nuevas tecnologías: una propuesta de prevención en contexto escolar y tratamiento de rehabilitación. *Papeles del psicólogo*, 39 (2), 120-126.

Spitter, R. (2009). ¿Los pentecostales y carismáticos son fundamentalistas? Una vision general acerca del uso Americano de estas categorías. En Michael Bergunder (ed.), *Movimiento Pentecostal y comunidades de base en América Latina*. La

recepción de conceptos teológicos de liberación a través de la teología Pentecostal. Heidelberg: Universidad de Heidelberg, 51-69.

Stern, P. (1980). Grounded theory methodology: Its uses and processes. *Image*, 12, pp. 12-23.

Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Base de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada.* Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.

Tapia, R., Cravioto, P., de la Rosa, B., Kuri, P., y Gómez, H. (1995). Encuesta Nacional De Adicciones 1993. *Salud Pública de México*, 37 (1), 83-87

Tapia, R., Medina, M., Sepúlveda, J., de la Fuente, R., y Kumate, J. (1990). La Encuesta Nacional de Adicciones de México. *Salud Pública de México*, 32(5), 507-522.

Tavera, S. y Martínez, M. (2008). *Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida. Guía para el promotor de "Nueva Vida".* México: Secretaría de Salud.

Tello, Á. (2007). La adicción a las drogas y la exclusión social. *Liber addictus*, (97), 14-18.

Terán, A. (2019). Ciberadicciones. Adicción a las nuevas tecnologías (NTIC). En AEPap (ed.). *Congreso de actualización pediatría 2019.* Madrid: Lúa Ediciones, 3.0, 131-141.

Thompson, J. (1993). *Ideología y cultura moderna: Teoría crítica social en la era de la comunicación de masas.* México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Thompson, P. (2000) Historia, memoria y pasado reciente: Historia oral y contemporaneidad. Universidade Federal de Minas Gerais en Belo Horizonte: Anuario, 20, 15-34.

Torres, K. (2014). *Factores que mantienen la abstinencia en ex-adictos que han recibido tratamiento de los doce pasos.* Tesis de Licenciatura, Universidad San Francisco de Quito, Ecuador.

United Nations Office on Drug and Crime [UNODC] (2015). *World Drug Report.* Vienna: United Nations publication.

- (2016). *World Drug Report.* Vienna: United Nations publication.
- (2017). *World Drug Report: Global Overview of drug demand and supply.* Vienna: United Nations publication.
- (2018). *World Drug Report.* Vienna: United Nations publication.
- (2019). *World Drug Report.* Vienna: United Nations publication.

Valencia, G. (2012). Incidencia de la sociedad civil en el ciclo de las políticas públicas. *Papel político*, 17 (2), 469-496.

- Vázquez, J. (2005). Neoliberalismo y Estado benefactor. El caso mexicano. *Aportes, revista de la Facultad de Economía*, 30, 51-76.
- Vidales, C. (2017). Semiótica, cultura y comunicación. Las bases teóricas de algunas confusiones conceptuales entre la semiótica y los estudios de la comunicación. *Razón y palabra* (66).
- Villatoro, J.; Medina-Mora, M.; Fleiz, C.; Moreno, M.; Oliva, N.; Bustos, M.; Fregoso, D.; Gutiérrez, M.; y Amador, N. (2012). El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. *Salud mental*, 35(6), 447-457.
- Villatoro-Velázquez J.; Oliva, N.; Fregoso, D.; Bustos, M.; Mujica, A.; Martín del Campo, R.; Nanni, R.; y Medina-Mora M. (2015) *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas*. México: INPRFM.
- Villatoro-Velázquez, J.; Medina-Mora, M.; Martín del Campo, R., Fregoso, D.; Bustos, M.; Reséndiz, E.; Mujica, R.; Bretón, M.; Soto, I.; y Martínez, V. (2016). El consumo de drogas en estudiantes de México: tendencias y magnitud del problema. *Salud mental*, 39 (4), 193-203.
- Villatoro-Velázquez, J.; Resendiz-Escobar, E.; Mujica-Salazar, A.; Bretón-Cirett, M.; Cañas-Martínez, V.; Soto, I.; Fregoso, D.; Fleiz, C.; Medina, M.; Gutiérrez, J.; Franco, A.; Romero, M. y Mendoza, L. (2017) *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, alcohol y tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas*. México: INPRFM.
- Weber, M. (1967). Politics as vocation. En Perth, H. y Mills, C. *From Max Weber: essays in sociology*, Nueva York: Universidad de Oxford.
- Weber, M. (1995) [1903]. *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Madrid: Itsmo.
- Weber, M. (2016) [1922]. *Economía y sociedad*. Fondo de Cultura Económica: Ciudad de México.
- White, H. (1978). *Tropics of discourse. Essays in cultural criticism*. Londres: Jons Hopkins University Press.
- White, W. y Kurtz, E. (2008). Twelve defining moments in the history of Alcoholics Anonymous. En Galanter, M. y Kaskutas, L. (eds.) *Recent Developments in Alcoholism*. New York: Plenum Publishing Corporation.
- Zinberg, N. (1972), Heroin use in Vietnam and the United States. *Arch. Gen. Psychiat*, 26, 486-488.
- Zinberg, N. (1984). *Drug, Set, and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*. Connecticut: Yale University Press.