



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES  
CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE INVESTIGACIÓN EN HUMANIDADES

**NOMBRE DE TESIS**

Tratamiento involuntario. oferta-demanda y régimen disciplinario en una clínica privada de rehabilitación en adicciones en Cuernavaca, Morelos.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN HUMANIDADES

PRESENTA

CRISTIAN DE JESÚS SÁNCHEZ SOTO

DIRECTOR DE TESIS

DR. CARLOS YURI FLORES ARENALES

---

26 DE ABRIL DE 2024

## AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento al Consejo Nacional de Humanidades Ciencia y Tecnología, cuyo programa de becas hizo posible culminar con esta investigación y hacer mis estudios de posgrado. Al programa de la Maestría en Humanidades de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos por la confianza en este proyecto.

Agradezco a mi director de tesis, el Dr. Carlos Yuri, a la Dra. Ixkic Bastian y a la Dra. Kim Sánchez por sus reflexiones vertidas en todas las reuniones que tuvimos y que me permitieron desarrollar este trabajo. Muchas gracias por su acompañamiento en este viaje.

Agradezco a Damaris Sánchez por su absoluto apoyo, por motivarme a realizar el posgrado y ofrecerme perspectivas diferentes y frescas sobre la problemática que trabajé en este texto. Mi incondicional amor.

A mis padres y hermanos quienes fueron pilares emocionales en este proyecto. Agradezco su comprensión y cariño durante mi investigación. A mis compañeros de la Maestría, de quienes me llevo aportaciones muy valiosas a nivel intelectual, pero, sobre todo, experiencias muy bellas.

Un especial agradecimiento a la clínica de rehabilitación que me permitió ingresar a sus instalaciones. Al staff de la clínica por recibirme siempre con una sonrisa y a los internos que tuvieron la confianza para hablar conmigo y expresarse de manera tan clara sobre la vida en el internamiento y sin quienes estas páginas no tendrían sentido.

## Índice

Glosario de términos .....	5
Introducción .....	6
Planteamiento del Problema.....	13
Justificación.....	16
Pregunta de Investigación .....	19
Objetivo General .....	20
Objetivos Específicos.....	20
Metodología .....	20
Sujetos 20	
Instrumentos.....	20
Enfoque y Procedimiento.....	21
Categorías de análisis.....	21
Incursión al campo .....	22
Limitaciones.....	25
Estado del arte.....	25
Hospitales psiquiátricos y prisiones. ....	26
Centros y clínicas de rehabilitación en adicciones .....	32
Marco teórico .....	38
Antipsiquiatría.....	38
Mercantilización de la salud.....	43
Capitalismo Neoliberal.....	47
Emociones capitalizadas .....	48
Biopolítica en los centros de rehabilitación en adicciones.....	50
Capítulo I. El centro de rehabilitación A.....	58
Infraestructura .....	58
Staff o Personal de la clínica.....	63
Usuarios.....	68
Drogas de consumo entre usuarios.....	69
Uso, abuso y dependencia de drogas entre usuarios de la clínica .....	70
Percepción del usuario de la clínica .....	71

Binomio salud/enfermedad, binomio racionalidad/irracionalidad y Binomio peligrosidad/seguridad .....	71
Usuario de confianza .....	75
Espiritualidad.....	75
Espiritualidad de los usuarios.....	77
Fiesta y ceremonia en la clínica privada de rehabilitación.....	78
15 de septiembre .....	79
Fiesta y reproducción de cultura .....	84
Ceremonia de egreso .....	84
Del servicio a la superstición .....	86
Más allá de una cultura disciplinar.....	87
Capítulo II. Clínica privada para la rehabilitación en adicciones: La oferta y demanda de espacios para la “restauración del alma”. .....	89
Mercantilización de la salud en la clínica privada.....	90
Servicio de rehabilitación privado.....	91
Venta de los paquetes clínicos para la rehabilitación en adicciones .....	92
Compra de un paquete.....	95
La oferta de la clínica privada investigada.....	96
Miedo: bien de consumo infinito .....	100
La satisfacción sobre el servicio de salud de la clínica de rehabilitación .....	101
Un buen lugar .....	102
Un lugar de castigo.....	103
Un lugar de separación.....	103
Demanda del usuario.....	105
Demandas del usuario y su relación con la mercantilización de la salud.....	107
Servicio ¿Para quién?.....	108
El usuario dentro del mercado de la salud: la responsabilidad de sí mismo .....	110
El usuario en el mercado de la salud.....	115
El psicólogo dentro del mercado de la salud.....	119
Desacuerdo desde el staff.....	120
Mercantilización de la salud y su relación con los procesos disciplinares en la clínica de rehabilitación en adicciones. ....	120
Capítulo III. <i>Soul restoring</i> . Dispositivo clínico: desobjetivación y disciplinamiento .....	124

La restauración del alma .....	128
Desubjetivación.....	130
Mortificación del yo.....	130
Looping .....	134
Desbaratamiento de la economía de la acción.....	135
Dispositivo clínico .....	138
Dispositivo simbólico de la clínica privada de rehabilitación.....	138
Dispositivo espacial de la clínica privada de rehabilitación.....	140
Disciplina .....	142
El cuerpo del usuario.....	144
Comportamiento del usuario .....	145
Pensamientos y emociones de los usuarios .....	146
Lucha de voluntades.....	146
Conclusión.....	157
Referencias Bibliográficas .....	164

## **Glosario de términos**

**AA:** Alcohólicos Anónimos.

**CECA:** Consejo Estatal Contra las Adicciones.

**CONADIC:** Comisión Nacional Contra las Adicciones.

**DSM:** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

**LGS:** Ley General de Salud.

**NOM-028-SSA2-2009:** NORMA Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

**SISVEA:** Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones.

**UNEME-CAPA:** Centros de Atención Primaria en Adicciones.

Cuando el imperio romano cristalizó en la época de Constantino, el Estado, por primera vez en la historia del mundo mediterráneo, se atribuyó la tarea de cuidar las almas. El Estado cristiano no sólo debía cumplir las funciones tradicionales del imperio, sino también permitir que las almas lograran su salvación, e incluso, forzarlas a ello.

Michel Foucault

## Introducción

Esta investigación tiene por objetivo comprender cómo es que se articula el tratamiento involuntario y el poder disciplinar que se expresa en normas de conducta, discursos y subjetivación (Foucault, 2020) en una clínica de rehabilitación en adicciones en Cuernavaca, Morelos y cuál es la experiencia para los usuarios y el personal o staff de la clínica<sup>1</sup>.

La institución A donde se realizó el trabajo de campo forma parte de un conjunto de cinco clínicas privadas de rehabilitación en las que llegan personas de estratos económicos altos, medio altos, medianos y, ocasionalmente, bajos por problemas de consumo de sustancias legales e ilegales.

La clínica A se especializa en tratamientos involuntarios para varones. En ella son internadas personas que no han solicitado el apoyo para dejar el consumo de drogas. Es por la falta de voluntad para dejar el consumo de sustancias psicoactivas que las familias son quienes que buscan el tratamiento para el usuario. Durante el trabajo de campo, se dio el caso de un usuario que fue internado por solicitud de un compañero de trabajo y no por la familia, aunque con el visto bueno de ella. También han sido internadas personas calificadas como *ingobernables*<sup>2</sup> que no tienen problemas con el consumo de sustancias psicoactivas y personas que han pasado por episodios depresivos.

La institución ofrece un programa de rehabilitación de 90 días, con un costo aproximado de 30 mil pesos mensuales<sup>3</sup>, sin contar con gastos adicionales como la aplicación

---

<sup>1</sup> A lo largo del texto se usarán los términos *personal* y *staff* para referirse al grupo de personas trabajadoras de la clínica (director, psicólogos, operativos, médico, enfermeros, cocinera, etc.). Se usa el concepto staff porque es la expresión con la que los mismos trabajadores se nombran dentro de la clínica.

<sup>2</sup> Una persona ingobernable se refiere a aquella persona que ha tenido conductas que en su contexto familiar o social pueden ser catalogadas como impulsivas, agresivas o violentas.

<sup>3</sup> Aproximadamente 1,682.10 dólares, al cambio del momento que se escribió esta sección.

de pruebas psicométricas, tratamiento psiquiátrico, estudios neurológicos y tratamiento odontológico<sup>4</sup>.

Derivado del tiempo de internamiento (90 días), una característica de la clínica es que los usuarios egresan e ingresan semana con semana de la institución. En otras palabras, la población de usuarios no es fija, va cambiando constantemente y, como consecuencia, también cambia la dinámica grupal, así como algunas características de la población (comportamiento colectivo, edad, deseo de dejar de consumir y resistencia al tratamiento). La mayor parte de la población de usuarios tiene como sustancia de mayor consumo a la metanfetamina (también conocida como cristal o hielo), seguido por cocaína en piedra, alcohol y marihuana.

Mi interés por este tema surge de mi propia experiencia como psicólogo en tratamientos involuntarios en clínicas y centros de rehabilitación en adicciones. Como trabajador, he sido testigo de la manera en que las personas que han sido ingresadas de manera involuntaria a dichos espacios son tratadas y controladas a través de las redes de poder que se construyen alrededor de ellas y que, en muchas ocasiones, como consecuencia de ese poder ejercido terminan con problemas de salud física, social o psicológica que se agregan al problema por el que llegan, que son los trastornos por abuso de sustancias psicoactivas (Bousoño, 2023).

Mi intención es realizar una crítica sobre cómo es que funcionan estos establecimientos; cuáles han sido y son las bases del tratamiento y por qué se ejerce de esa forma y no de otras maneras.

Planteando como base del cuestionamiento mi propia experiencia como psicólogo clínico, he observado que la función que se cumple en estos establecimientos más que atender a los usuarios en su problema más acuciante, que es la adicción y las consecuencias neurofisiológicas del consumo, es llevar a cabo un trabajo de domesticación y de disciplinamiento del comportamiento de los pacientes. Este trabajo se manifiesta con los pacientes resistentes a los tratamientos a los que se les ejerce un poder excepcional (o un

---

<sup>4</sup> El tratamiento odontológico se lleva a cabo con usuarios que tienen una dependencia a la metanfetamina. Una de las consecuencias a largo plazo del consumo de esta sustancia psicoactiva es la descalcificación, por lo que la dentadura se ve afectada.

poder soberano) basado en castigos que pueden llegar a ser indignantes de la condición humana<sup>5</sup> (Gaete, 2007). Ese poder disciplinar es ejercido sobre todos los usuarios internados aunque sea a veces de manera sutil. Los usuarios se encuentran sometidos a una biopolítica que organiza los detalles de su vida, de su tiempo, de su conducta y de su comportamiento (Foucault, 2010).

Los establecimientos de rehabilitación, los cuales en muchos casos son particulares, también son atravesados por un poder económico, por la mercantilización de la salud, que permite a las familias, a los usuarios y a los psicólogos implicados percibir el tratamiento clínico residencial como un bien que se puede consumir, comprar y del cual esperaran lo que Stolkiner (2013) ha denominado La Gran Salud.

Uno de los planteamientos que guiarán este trabajo es la tesis que Foucault (1999) en su texto *¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina?* planteó: hay una obligación de salvar las almas e intervenir en los cuerpos que estaban al cuidado de los Estados modernos<sup>6</sup>. En la actualidad, sin embargo, los Estados han reducido su capacidad de actuación para darle paso al libre mercado. Con esto, el libre mercado y el capital privado han tomado la iniciativa en salud para llevar a cabo los procesos de sanación y de curación de los cuerpos y de la mente, quedando en un segundo plano la actividad en salud por parte del Estado (Frenk, López, Bobadilla y Alagón, 1976; Laurell, 2001; Molina y Tobar, 2018; López-Arellano y Jarillo-Soto, 2017)<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> El poder soberano se refiere a un poder que se ejerce sobre un cuerpo, tiene una acción directa en la forma de un castigo o de una apropiación de la vida, ejerciéndose cuando el soberano se encuentra expuesto en su propia existencia a lo que él considera un riesgo (Foucault, 2011). En el ámbito del tratamiento de las adicciones, el poder soberano surge como el castigo que se hace al paciente que no tiene deseos ni intención de dejar de consumir y que puede representar un peligro para la comunidad de la clínica. Dichos castigos pueden ir desde el aislamiento social, sujeción física (amarrar al interno a la cama). Al respecto, Gaete (2007) observa como manifestaciones del poder soberano a la psicoeducación en adicciones y a la prevención del consumo para que los consumidores regulares y los consumidores experimentales identifiquen el valor moral del mal en el consumo de drogas.

<sup>6</sup> Foucault trabaja a los Estados modernos dentro del periodo de 1940-1950.

<sup>7</sup> Diferentes artículos periodísticos, boletines por parte del Estado Mexicano y el Programa de Acción Específico. Salud Mental y Adicciones 2020-2024, señalan que, del total del presupuesto en salud, solamente se destina el 2% para la salud mental, el cual se va a los hospitales psiquiátricos. De ese porcentaje destinado a la salud mental, el 80% se destina a gastos operativos de los hospitales psiquiátricos, por lo que hay carencia en el desarrollo de capacitación y programas para la prevención y la promoción del autocuidado. Para más información, véase: Sotelo, G. E. (8 de abril de 2022). *Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones*. Secretaria de Salud.

La tesis que plantea Foucault es que en las sociedades modernas, después de la Segunda Guerra Mundial, con el desarrollo del Plan Beveridge se desencadenó todo un proceso que apuntaló a la salud como uno de los elementos de mayor interés social, político y económico, extendiéndose más allá del ámbito meramente médico (Foucault, 1999; Castro, 2009). Una “somatocracia” que tiene como una de sus metas “el cuidado del cuerpo, de la salud corporal, la relación entre la enfermedad y la salud” (Foucault, 1999, p. 346) y asegurar el derecho a la salud del cuerpo de los seres humanos, incluso, en contra de la voluntad del paciente. El cuidado del cuerpo y la búsqueda de la buena salud terminó en la medicalización de la vida y en la transformación de la salud en un bien de consumo al cual todos deseaban acceder, pero que sólo los estratos sociales altos podían conseguir.

El cuidado del cuerpo y de la salud va a seguir todo un proceso que a continuación describiré:

Según Foucault (1999) el Estado moderno, para lograr su objetivo sobre el cuidado de la salud y del cuerpo, se puso al servicio del individuo, lo cual motivó cambios en las formas en que los organismos estatales se vinculaban con la salud. Uno de esos cambios fue el derecho a estar enfermo y a poder interrumpir el trabajo por enfermedad. Como consecuencia del gasto que implicó el derecho a enfermarse, el Estado se vio en la necesidad de incluir a la salud en los cálculos presupuestarios. La salud y la enfermedad entraron de este modo en la macroeconomía estatal, para luego ser motivo de campañas políticas y de legislación para garantizar la buena salud por parte todos los Estados (Foucault, 1999)<sup>8</sup>. La salud se encontró en el centro de los debates políticos sobre seguridad social y se extendió a espacios que antes no podían ser pensados como medicalizables -por mencionar algunos ejemplos que Foucault da- estarían la intervención médica en el siglo XX sobre la sexualidad, el comportamiento sexual infantil, anomalías sexuales, etc. situaciones que ni el sujeto ni el médico percibían como una enfermedad. Otra esfera de acción médica fue la atención al saneamiento del agua, a las condiciones de habitabilidad o a la organización urbana que no

---

[www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/720846/PAE\\_CONASAMA\\_28\\_04\\_22.pdf](http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/720846/PAE_CONASAMA_28_04_22.pdf); Ramírez, M. (2 de mayo de 2022). Salud mental: cambio de modelo sin más presupuesto. *El economista*. <https://www.economista.com.mx/opinion/Salud-mental-cambio-de-modelo-sin-mas-presupuesto-20220502-0013.html>; López, R. (9 de septiembre de 2022). Olvidan la salud mental en presupuesto 2023; incidirá en más suicidios: psicólogo. Radio UdeG. <https://udgtv.com/noticias/olvidan-salud-mental-presupuesto-2023/>

estaba vinculado a las enfermedades, sino a mantener la buena salud. La medicina, pues, ya no sólo relacionaba al enfermo con el médico, sino que comenzó a estar presente a lo largo de toda la cultura, sin importar partidos políticos o posiciones ideológicas. La medicalización de la sociedad, entonces, comenzó a ser relevante como una herramienta normalizante y de mantenimiento de los cuerpos que producían y reproducían el capital económico (Foucault, 1999).

Con el derecho a la salud, la medicina y la economía encuentran otra forma de vincularse entre sí. La medicina ya no sólo daba mantenimiento al cuerpo enfermo, sino que se descubre que ella misma producía y reproducía riqueza económica. En ese momento, la salud empieza a ser un bien de consumo. La salud y la enfermedad se incorporan en el juego del mercado que poco a poco se separó del poder estatal para instalarse en el poder de capitales privados (Castro, 2009; Frenk et al, 1976; López-Arellano y Jarillo-Soto, 2017).

Es en este contexto, en el que el capital privado tiene un mercado de la salud, en donde 1) la medicina, en este caso la medicina psiquiátrica y la psicología clínica produce cuerpos y subjetividades para la reproducción social y 2) la salud se vuelve un bien de consumo, siendo esto último donde se ubicará el presente trabajo de investigación sobre una clínica privada de rehabilitación en adicciones y sus procesos de disciplinamiento.

Los centros y clínicas de rehabilitación en adicciones entran en la categoría de instituciones culturales y que al igual que las prisiones, instituciones psiquiátricas, cuarteles o campos de concentración, tienen sus propias reglas, sus propias interacciones y sus propios procesos simbólicos. Así, de manera análoga a como se construye el preso en su interacción con los guardias y las celdas, el paciente psiquiátrico se construye en su interacción con las habitaciones, los enfermeros y los médicos; el soldado se construye en la interacción con los cabos en el cuartel militar; el usuario es construido en su relación con las y los psicólogos, con las y los enfermeros, con los directivos, con las cámaras de vigilancia y con los muros que rodean los centros de rehabilitación en adicciones.

Lo que cobra relevancia dentro de la clínica de rehabilitación en adicciones es el saber/poder que se tiene sobre la persona con una adicción y las formas en cómo se debe de tratar y abordar a esa persona en el establecimiento. En la interacción entre usuario y

psicólogo hay una relación de poder desigual que se manifiesta en que el psicólogo ejerce un tratamiento psicoterapéutico sobre el usuario, que es un paciente sin desear serlo en la mayoría de los casos (Zsasz, 2001; Marín-Navarrete et al, 2013).

Las clínicas y los centros de rehabilitación parecen estar justificados en la representación social de que el adicto es un sujeto incapaz de regular su consumo de drogas y que esa incapacidad lo puede llevar a la muerte. Por ello, la clínica se presenta como un espacio de contención física que aleja al consumidor del mundo en donde se drogaba y que le permitirá obtener herramientas para lograr la abstinencia. Una de las dificultades de este abordaje es que la mayoría de los casos se trata de una contención que el paciente no pidió sino que la familia fue quien lo hizo, lo cual incide directamente en cómo es que los internos viven el tratamiento (Marín-Navarrete et al, 2013). La contención es una herramienta útil para la familia (Szasz, 2001). La clínica privada de rehabilitación se convierte en una esperanza para ellas, pero no lo es así para los usuarios, sobre todo cuando no lo han pedido.

Para los usuarios de la clínica, el tratamiento involuntario puede tomar dos formas: por un lado, se puede convertir en una prisión en la que los operativos y los psicólogos se vuelven sus vigilantes y guardias; por el otro lado, el tratamiento involuntario puede ser una forma en la que ellos pueden detenerse a reflexionar sobre su estilo de vida fuera de la clínica y pueden llegar a ver en los psicólogos figuras salvadoras. De un modo o de otro, los pacientes han están inmersos en un proceso de desubjetivación<sup>9</sup>: están alejados de su consumo y reinterpretan su vínculo con el medio que los rodea. Sin embargo, en todo momento hay procesos que impiden un corte total con el exterior y que se presentan como formas de agencia de los usuarios dentro de la clínica. Esta agencia va desde discursos que tienen la intención “endulzar el oído a los psicólogos” (usuario, 2022), mantener una economía basada en los cigarros la cual está expresamente prohibida por el staff de la clínica,

---

<sup>9</sup> Por desubjetivación se entenderá a aquel proceso por el que pasa una persona para eliminar algunos elementos de su subjetividad y que tiene como finalidad difuminar su identidad. Por ejemplo, pasar de ser tener una identidad como adicto a tener una identidad como paciente internado, a partir del aislamiento y alejamiento de la sustancia de consumo, de su contexto, de sus formas de resolver los problemas cotidianos. El proceso de desubjetivación en el trabajo de campo realizado de abordará en el capítulo III. Soul restoring. Dispositivo clínico: desubjetivación y disciplinamiento.

hasta procesos de autocuidado genuino, donde los pacientes que desean dejar de consumir asumen un papel activo en los diferentes espacios clínicos.

Otro aspecto de la problemática que se suma a la producción de cuerpos disciplinados y de pacientes crónicos, es que las instituciones de rehabilitación en adicciones se han convertido en un nicho de mercado para la inversión privada (Martínez, 2017). Derivado de la alta demanda para la atención clínica de las adicciones en México y debido a que el Estado mexicano no ha logrado cubrir satisfactoriamente esta necesidad, la inversión privada (hecha por expacientes que vivieron un tratamiento residencial y personas que han dejado de consumir sustancias psicoactivas con programas de ayuda mutua o psicoterapia), comenzó a establecer centros y clínicas de rehabilitación, de los cuales se obtienen beneficios económicos seguros: cuota por traslado del paciente, costo del internado, costo por análisis médicos adicionales, costos por servicios de limpieza, costo extra por terapia familiar o terapia grupal familiar y, en los casos más visibles del beneficio económico, cuota de egreso, la cual, sino se paga no se permite salir al usuario (Gómez, 2008).

Por un lado, la clínica de las adicciones puede ser denominada como un espacio encaminado a producir sujetos que se definen por su consumo de sustancias dándole un significado genérico al problema del abuso de drogas, mientras que por otro lado, en las mismas instituciones de rehabilitación, los internos son objeto de la producción y reproducción de capital económico (Foucault, 1999; Castro, 2009), con lo cual se vuelven personas-objeto o personas-mercancía adquiriendo un valor económico tanto para los centros de rehabilitación privados como para instituciones estatales como el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) y los Consejos Estatales Contra las Adicciones (CECA) -que son los organismos que se crearon con la intención de velar por los derechos humanos y trato digno a los usuarios de las clínicas y centros de rehabilitación-. El cuerpo de los usuarios puede ser pensado como un territorio en disputa por instituciones estatales y privadas, que los insertan en la mercantilización de la salud, en un orden biopolítico y en un orden psicopolítico (Han, 2014).

Con este proyecto, busco aportar la visión que tienen los usuarios y el personal implicado directamente en el tratamiento involuntario de los usuarios de la clínica y su relación con las medidas disciplinarias que hay en esta institución.

## Planteamiento del Problema

El tratamiento de rehabilitación en adicciones ha sido un tema de interés médico y psicológico que ha sido estudiado ampliamente para identificar la eficacia de la terapia (Fernández, López & Becoña, 2011; González, Tumuluru, González-Torres & Gaviria, 2015; Rojo & Mondada, 2018; Rojas, et al, 2011; Sánchez & Gradolí, 2002); nuevas áreas para el abordaje terapéutico (Zapata, 2009), las relaciones terapeuta-paciente y los enfoques psicológicos sobre el abuso o dependencia a las sustancias psicoactivas (Donghi, 2007, López, Bruzzone Krebs & Castro, 2013 y Ovejero, 2000).

Un área que se encuentra poco investigada en los centros y clínicas de rehabilitación es aquella que se centra en la experiencia de las intervenciones terapéuticas residenciales en instituciones privadas con el objetivo de observar la dinámica social (ya sean relaciones de poder, cultura, etc.) y su vínculo con el mercado de la salud.

En investigaciones sobre la comprensión de los tratamientos terapéuticas residenciales resaltan los trabajos de Gaete (2007), Gómez (2008), Galaviz (2015), Lorenzo (2012), Martínez (2017) y Muñoz (2011), quienes observaron la construcción de subjetividades e identidades terapéuticas mediante la relación discurso-terapeuta-paciente, notando que el discurso oficial sobre las drogas y los roles de género influyen significativamente en el desarrollo de pacientes pasivos en estos procesos terapéuticos. Gaete (2007) dedicó su investigación a abordar el imaginario social que tienen los psicólogos que trabajan con los pacientes internados por el uso de drogas, quienes son vistos como criminales y como enfermos al mismo tiempo. Gómez (2008) trabajó sobre la autoridad ilegal que inviste a los *padrinos*<sup>10</sup> para decidir si alguien tiene un trastorno por uso nocivo de drogas. La investigación de Martínez (2017) se enfocó en la vulneración de los derechos humanos que pueden ocurrir en los tratamientos residenciales por el imaginario que tienen los encargados de los centros de rehabilitación sobre la persona con una adicción.

---

<sup>10</sup> Son personas que tuvieron un problema por el uso nocivo de alguna sustancia psicoactiva y que han dejado de consumirla siguiendo los pasos de Alcohólicos Anónimos. Ellos con su testimonio de abstinencia tienen la función de brindar una guía a aquellas personas que desean dejar de consumir drogas o alcohol. Los padrinos, no tienen formación en consejería o psicoterapia, por lo que sus intervenciones llegan a ser cuestionadas por lo extremo de sus intervenciones, las cuales en ocasiones pueden caer en humillaciones o indignidades (Gómez, 2008).

La mercantilización de la salud en la clínica de rehabilitación en adicciones ha sido abordada por Córdova (2018) y Martínez (2017), pero sus aproximaciones, aunque muy interesantes e ilustrativas, no profundizan sobre las implicaciones que tiene la salud como un bien de consumo, manteniendo la tensión de sus investigaciones en otras aristas, como son los derechos humanos (Martínez, 2017) o la construcción del adicto y el juego de las voluntades que definen a la adicción (Córdova, 2018).

Otras investigaciones recientes, pero en el ámbito psiquiátrico son las que realizaron Bacilio (2018), Contreras (2010) y Saldaña (2015) quienes abordaron las interacciones entre el personal y el paciente, así como la influencia y poder que los primeros imprimen sobre los segundos.

Sin embargo, la articulación del poder disciplinar y la mercantilización de la salud de los centros de rehabilitación no han sido objeto de estudio a pesar de que ambos (el disciplinamiento y la oferta de tratamientos de rehabilitación) son ejercicios recurrentes en los procesos que se llevan a cabo en las instituciones de rehabilitación en adicciones (Córdova, 2018), sobre todo en las clínicas privadas.

En la práctica clínica el poder disciplinar sobre los usuarios y la mercantilización de la salud se perfilan como fenómenos que no tienen una relación, por lo que el vínculo que hay entre los dos fenómenos goza de cierta opacidad dentro de estas instituciones, ya sea porque no se les desea nombrar o porque su relación es tan intensa y profunda que no se alcanza a discernir.

Por su parte, fuera de los centros de rehabilitación en adicciones, las prácticas de poder excesivo y de violencia son denunciadas en las notas rojas de los periódicos o en investigaciones periodísticas, pero sin profundizar en las prácticas disciplinares que brindan un soporte al ejercicio de la violencia. Se pueden nombrar varios ejemplos concretos del ejercicio del poder y de la violencia en los centros de rehabilitación: negligencia médica en un centro de rehabilitación en Cuernavaca, Morelos, derivada por una epidemia por COVID, y que culminó en el fallecimiento de una persona internada (Martínez, 18 de junio de 2020); abusos físicos y sexuales contra usuarias de un centro de rehabilitación en Tlaxcala que llevaron a tres de ellas a tratar de escapar, terminando en la muerte de una mujer (Amezcu,

11 de agosto de 2020); hacinamiento y maltrato físico a pacientes en los centros por los padrinos y trabajadores (Nájar, 19 de mayo de 2016).

Estos fenómenos parecen relacionarse con la falta de reconocimiento y de regulación por parte de CONADIC sobre los centros de rehabilitación. Según CONADIC (2019) de los 1,045 establecimientos registrados a nivel nacional, solamente 348 están reconocidos con tratamientos y prácticas que respetan los derechos humanos de sus pacientes. De estos establecimientos reconocidos, en Morelos solamente hay cuatro, y en Cuernavaca únicamente hay dos (CONADIC, 2020). Aunado a estos números, CONADIC (2019) reconoce que carece de información acerca de los tratamientos en establecimientos privados para la atención de esta población.

Incluso las instituciones reconocidas tienen permitido un margen de acción por fuera del reglamento que las regula. Como muestra de ello se puede pensar en el ingreso involuntario<sup>11</sup>, en donde las familias, los encargados de las instituciones de rehabilitación (Martínez, 2017; Gómez, 2008; Marín-Navarrete, 2013) o compañeros de trabajo son quienes autorizan este ingreso. En este sentido, la Ley General de Salud (LGS) en su artículo 75, segundo párrafo, menciona que “el internamiento sólo podrá llevarse a cabo de manera voluntaria y cuando aporte mayores beneficios terapéuticos para la persona que el resto de las intervenciones posibles” (LGS, 2022).

En mi trabajo de campo observé que fue un socio laboral quien solicitó ingresar a una persona para luego avisar a la familia del usuario que había sido internado. Por el lado de la clínica, son los médicos del establecimiento quienes autorizan el traslado, mientras instituciones como el CECA y el Ministerio Público acceden a que sean notificados tiempo después del ingreso, en algunas ocasiones, un mes después. El traslado y el ingreso involuntario se da como convenio entre la familia y la clínica, mientras que instituciones estatales permiten que se desarrolle de ese modo, es decir, sin la autorización del paciente.

---

<sup>11</sup> En la actualidad, se ha estado legislando a nivel federal para que los tratamientos residenciales se hagan de manera voluntaria. No obstante, a nivel estatal el proceso de internación involuntaria sigue vigente y, al hablar sobre el tema con el staff de la clínica, no esperan que cambie en los años siguientes.

Todo esto deja un amplio margen de acción en estos centros de rehabilitación que regularmente se apoyan de la guía forzada y la represión como parte de su intervención con la intención manifiesta de mejorar la salud mental, la salud física de sus pacientes, pero también mantener el orden y la armonía entre los usuarios, cuando existen personas que se encuentran agitadas o agresivas (Martínez, 2017; Gómez, 2008).

Partiendo de lo anterior, el presente proyecto de investigación tiene dos finalidades: 1) hacer notar cómo se aplica la medida disciplinar en el centro de rehabilitación que se está investigando en el tratamiento involuntario en los usuarios, y 2) comprender la mercantilización del tratamiento de rehabilitación en adicciones de la clínica privada.

### Justificación

Los centros de rehabilitación en adicciones son espacios donde se aplican, en la gran mayoría de las ocasiones, tratamientos involuntarios y disciplinantes sobre sus usuarios con la intención de generar en ellos condiciones aptas para lograr procesos de salud normalizados.

En México se está desarrollando una nueva legislación al respecto que está haciendo obligatorio que los tratamientos residenciales para la rehabilitación de un trastorno por abuso o dependencia a drogas se practiquen de manera totalmente voluntaria por parte del paciente.

Sin embargo, dicha normatividad es letra muerta para el tema de la salud mental por dos posibles razones: no todos los Estados tienen una ley sobre salud mental y en los que sí hay, como es el Estado de Morelos, la internación involuntaria sigue siendo un eje que permite el tratamiento residencial involuntario y prolongado, a través de construir el discurso de un sujeto jurídico incapaz de solicitar ayuda y falta de voluntad (Córdova, 2018; Rabasa, 30 de junio de 2022; Ley de salud mental del Estado de Morelos, art. 46, 2021).

A través de una serie de reglas, normas y códigos aplicados en la relación usuario-personal se busca que el sujeto consumidor de drogas logre rehabilitarse y, de ese modo, reinsertarse a la sociedad como un agente activo y sano (López, 2007). Sin embargo, en la mayoría de los casos no es así, siendo la recaída en el abuso de sustancias psicoactivas un evento frecuente (Secades y Fernández, 2001; Córdova, 2018; Salamone, 7 de mayo de 2020). Para Córdova (2018) la minoría de la población que ha sido internada alcanza la

rehabilitación, entendida ésta como la abstinencia del consumo<sup>12</sup>. Esta rehabilitación la hará a partir de un estigma que él denomina “adictos en recuperación crónica”, quienes se mantendrán consumiendo tratamientos (psicológicos) a lo largo de sus vidas.

El éxito o fracaso de los tratamientos de rehabilitación parecen tener sustento en las características individuales del usuario como son el compromiso, el apego al tratamiento (Guerrero, 2002), las condiciones de género (Belzunegui-Eraso y Pastor-Gosálbez, 2019), las condiciones institucionales (formas del manejo de la institución, acercamientos al tratamiento de las personas internadas, apertura a nuevas formas de terapia y tiempo de tratamiento), así como el contexto social y aquellos factores que lo llevaron al consumo nocivo y la forma en que él se vinculará después con estos elementos sociales al momento de salir de la clínica. No obstante, al hablar de la mercantilización de la salud las condiciones externas que pueden enfermar al sujeto son reducidas al mínimo (Frenk et al, 1976; Laurell, 2001; Molina y Tovar, 2018; Stolkiner, 2013). Haciendo que toda la responsabilidad recaiga solamente en la persona que consume, quien tiene la obligación de autogestionar su propia vida, sus riesgos y su sufrimiento (Castro, 2009).

La estrecha relación que se ha forjado entre disciplinamiento, tratamientos involuntarios en salud y mercantilización de la salud en los centros de rehabilitación en adicciones es tan sutil y se ha vuelto tan invisible para los implicados que en ocasiones la coerción y la domesticación es vinculada con procesos de rehabilitación clínica (Gómez, 2008; Martínez, 2017), mientras que la resistencia al tratamiento o la incapacidad de seguir normas se vuelve un sinónimo de trastorno, incluso el discurso que proporciona el paciente se puede ver como una enfermedad mental (Contreras, 2010).

---

<sup>12</sup> Al momento de hacer la búsqueda de datos sobre el éxito de los servicios de rehabilitación, encontré que no hay estadísticas que refieran al éxito o fracaso del tratamiento de fuentes confiables y que no tengan conflicto de interés (es decir, no hay datos de instituciones como CONADIC o INEGI), pero sí los hay de instituciones que pueden tener un interés para captar pacientes-clientes, como Narconon México (que es un centro de educación y de rehabilitación en adicciones) que menciona que de un 100% de pacientes internados sólo un 10 0 15% logra dejar las drogas. A su vez, el Grupo Guadalsalus, otra institución de rehabilitación refiere una efectividad del tratamiento del 80% de varones y un 20% de mujeres. Considero que ambos datos no son confiables, ya que se tratan de instituciones que ofrecen el servicio de salud y ocuparan los datos de efectividad del tratamiento para convencer a la familia del tratamiento de su centro.

Por su parte, en la clínica investigada, los psicólogos y el director refieren que la efectividad de su tratamiento es similar a lo dicho por Narconon. Para más información sobre los datos mencionados, véase: <https://www.guadalsalus.com/blog/que-porcentaje-de-adictos-se-recuperan;> <https://www.narconon-mexico.org/blog/que-porcentaje-de-personas-logran-salir-de-una-adiccion.html>

Szasz (2001) desde la antipsiquiatría ha mencionado que el papel del profesional de la salud (psiquiatras, psicólogos, etc.) es declarar la sanidad o insanidad de las personas basándose en exigencias sociales del momento del internamiento. De este modo, las instituciones psiquiátricas son espacios que producen y reproducen la enfermedad mental basadas en exigencias políticas, sociales y económicas del momento. Por ello, Szasz (2001) piensa que las instituciones en salud mental son instituciones morales y políticas que tienen la función de asignar roles a cada persona que interviene en dichos espacios, más que proporcionar una atención basada en la enfermedad fisiológica del paciente.

Siguiendo la reflexión de Szasz (2001), la clínica privada de rehabilitación en adicciones es un espacio que produce y reproduce los trastornos por abuso de sustancias psicoactivas, es decir, una enfermedad de la consciencia más que una enfermedad fisiológica. Pareciera que es por ello por lo que se apela a un tratamiento basado en la disciplina, en talleres sobre temas relacionados con la familia, la regulación emocional, la prevención de recaídas, la salud sexual y talleres de espiritualidad más que un tratamiento neurológico o neuropsicológico.

En la relación entre el psicólogo y el consumidor de drogas, el primero le asigna al segundo un rol que no ha pedido, ser un usuario en rehabilitación. Siguiendo a Szasz (2001) sobre la relación entre psiquiatra y paciente, de la misma manera en que el paciente psiquiátrico es inferior al psiquiatra, el usuario con adicciones es inferior al psicólogo. Paciente y usuario son vistos como niños que no saben lo que es mejor para ellos y que necesitan ser controlados y protegidos (López, 2007).

Un tratamiento involuntario acompañado por procesos de disciplinamiento puede ser pensado como un proceso de dominación del consumidor de drogas (Kaene, 2009) que se basa en un proceso de ideologización sobre las sustancias psicoactivas, en el que el usuario deberá renunciar a sus pensamientos irracionales sobre su experiencia de consumo para adoptar las concepciones de aquellos que ejercen el poder dentro de la institución de rehabilitación. La salud, proviene de este apegarse al discurso de la clínica.

Pero el tratamiento para la rehabilitación en adicciones no sólo se trata de disciplinamiento, también se vuelve un espacio para crear una oferta y una demanda de

técnicas terapéuticas que colocan a la clínica privada de rehabilitación como un espacio de curación holística (Córdova, 2018). A través de diferentes paquetes clínicos, el establecimiento privado de rehabilitación, trata de diferenciarse de los servicios públicos como los brindados por los Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA)<sup>13</sup> o los centros de rehabilitación gratuitos o “baratitos”<sup>14</sup> (director de clínica privada en Córdova, 2018, p.310) que regularmente son denominados “anexos” y que, además de implantar una diferencia del tratamiento público y privado, entre caro y barato, entre útil o inútil, promueven un estatus social para las personas internadas y para sus familias, pues la familia buscará trabajar con aquellas instituciones líderes en la rehabilitación de personas con adicciones (Córdova, 2018) y con aquellos profesionales que den seguridad del trato digno de los internos. Los tratamientos de rehabilitación en adicciones no sólo están inscritos en relaciones de dominación-subordinación, también se encuentran en un contexto de mercantilización de la salud (Córdova, 2018; Rodríguez, 2022).

Es en este orden de ideas que las relaciones de poder y de mercado que se construyen dentro de la institución privada para la rehabilitación deben ser cuestionados y reflexionados, con el propósito de desmontar los postulados que sostienen el tratamiento involuntario y a la disciplina como mecanismos para tratar a las personas consumidoras de sustancias psicoactivas.

### Pregunta de Investigación

¿Cómo opera el poder disciplinar en una clínica privada de rehabilitación en adicciones de Cuernavaca, Morelos sobre los usuarios y el staff vinculándola con el internamiento involuntario y la mercantilización de la salud?

---

<sup>13</sup> UNEME-CAPA, son instituciones dirigidas por los Consejos Estatales Contra las Adicciones y tienen la función de brindar tratamientos ambulatorios a personas con adicciones. La atención se da a personas que tienen la intención de dejar el consumo de drogas. Es frecuente que algunas instituciones de tratamiento residencial deriven a todos sus usuarios egresados a los UNEME-CAPA más cercanos a su domicilio.

<sup>14</sup> La investigación realizada por Córdova (2018) refiere que un padrino, director de una clínica privada, pone en oposición el tratamiento de la clínica privada y el tratamiento de los centros de rehabilitación “baratitos” con una intención peyorativa y jerárquica, dejando entrever que entre más se pague por el tratamiento, mejor será. Sin embargo, Córdova (2018) indica que, en la práctica, la clínica y el anexo son lo mismo a nivel terapéutico.

## Objetivo General

Comprender cómo opera el poder disciplinar en una clínica privada de rehabilitación en adicciones de Cuernavaca, Morelos sobre los usuarios y el staff vinculándola con el internamiento involuntario y la mercantilización de la salud.

## Objetivos Específicos

- Realizar una descripción densa de cómo experimentan el tratamiento involuntario en la clínica de rehabilitación en adicciones los usuarios y el staff.
- Hacer una descripción densa de la disciplina para los usuarios y para el personal de la clínica de rehabilitación en adicciones.
- Explorar cómo son los vínculos sociales entre usuario-personal, usuario-usuario y personal-personal en un contexto de tratamiento involuntario en la clínica de rehabilitación en adicciones.
- Identificar las razones para una gradación jerárquica de los usuarios en un tratamiento involuntario.
- Comprender los mecanismos de agencia que tienen los usuarios en un tratamiento involuntario para la rehabilitación de las adicciones.

## Metodología

### Sujetos

Criterios de inclusión: 1) trabajadores con formación para la consejería, psicología y apadrinamiento que trabajen directamente en el tratamiento de los pacientes en los centros de rehabilitación en adicciones y 2) usuarios del tratamiento de rehabilitación de tipo residencial que se encuentren en la población de usuarios.

Criterios de exclusión: 1) trabajadores que no tengan formación en consejería, psicología y apadrinamiento y que no traten directamente en el tratamiento de los pacientes en los centros de rehabilitación en adicciones.

### Instrumentos

- Observación participante.
- Entrevista no estructurada.
- Entrevista semiestructurada.

## Enfoque y Procedimiento

La investigación es de tipo cualitativa y no probabilística, realizando análisis del discurso proporcionado a través los instrumentos de recolección de datos.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a usuarios que tenían alianza terapéutica con la clínica, a usuarios que tenían un proceso extendido y a usuarios que no tenían alianza terapéutica con la clínica. También se entrevistó al director de la clínica. Con las entrevistas, se trató de cubrir a una población que lograra representar los diferentes puntos de vista de las personas implicadas.

- 1) La entrevista con el director de la institución se dio gracias a que tenía un tiempo libre antes de irse a un traslado de nuevo ingreso.
- 2) Mediante la técnica de bola de nieve, solicité a los usuarios entrevistados que me acercaran a otros usuarios que estuvieran en disposición a para comentar su experiencia dentro de la clínica y tuvieran opiniones diferentes a las de ellos.

También se hizo un trabajo etnográfico dentro de la clínica, teniendo convivencia tanto con los usuarios internados como con el staff de la clínica, principalmente con los psicólogos y los operativos.

## Categorías de análisis

Mediante el análisis del diario de campo y de los discursos que los usuarios y el personal de la clínica manifestaron en mi presencia, se identificaron las siguientes categorías de análisis, las cuales se colocan sin enumeran abajo sin un orden específico:

- **Usuario**
  - *Relación usuario-usuario*
    - Autodisciplinamiento (entre usuarios)
  - *Relación usuario-personal*
    - Resistencia al tratamiento (en sesión)
    - Reflexiones sobre los temas terapéuticos
    - Confianza en el terapeuta
    - Violencia
    - Looping o mutilación del yo

- **Personal**
  - *Relación personal-personal (fuera del espacio de sesión)*
  - *Relación usuario-personal (fuera del espacio de sesión)*
    - Ejercicio de autoridad
    - Violencia
    - Tratamiento (interacción en sesión)
    - Trato diferenciado por el tipo de usuario
  - *Traslado*
  - *Beneficio familiar*
  - *Beneficio económico*
  - *Administración del tiempo*

#### Incursión al campo

Mi incursión al campo de investigación se dio a partir de la negociación que realicé con el director de esta clínica. A cambio de permitirme entrar y conocer la dinámica de la institución, yo le ofrecí trabajo no pagado y voluntario. Él me dijo que aceptaba y que mi trabajo en la clínica sería como psicoterapeuta externo grupal. Asimismo, me asignó un taller de Espiritualidad que se da una vez a la semana durante una hora y media.

Durante los primeros días de trabajo etnográfico percibí que tanto los usuarios de la clínica como el staff mostraban curiosidad por mi presencia. Algo entendible cuando se sabe que la entrada a este tipo de centros es controlada y que tienen un aprendizaje de los horarios y personas que ingresan al establecimiento de manera regular. Mi presencia salía de la cotidianidad para todos los integrantes de la comunidad terapéutica.

Como agente externo, yo implicaba para la dinámica de la institución desconcierto. Para salir pronto de esa incomodidad que tenían con los usuarios y los trabajadores, comencé a comentar que estaba ahí realizando una investigación sobre la situación social de la clínica. El personal lo tomó de una manera muy relajada, sin hacer mayor comentario. Cuando les comentaba lo mismo a los usuarios, muchos de ellos comenzaban a expresar cierto agrado de que estuviera en la clínica para ver esos temas. Algunos respondían contándome sus molestias de estar internados y otros me preguntaban qué era específicamente lo que estaba trabajando, lo cual profundizaba cuando realizaba las entrevistas semiestructuradas.

En las pláticas cotidianas con los usuarios, un comentario regular era que ese tratamiento no era necesario para ellos, que las familias se habían equivocado, pero que era algo necesario para la sociedad y para algunas personas que tenían trastornos por el consumo de drogas. Estos comentarios iban acompañados de la reflexión de que la clínica realmente no era un espacio malo, al menos no como en establecimientos en los que habían estado anteriormente que regularmente habían sido anexos. Este tipo de comentario era compartido incluso por los usuarios resistentes al tratamiento.

Los primeros días fueron días difíciles a nivel emocional. Muchas veces sentí miedo. A pesar de que conocía el tipo de dinámica social que hay dentro de las instituciones de rehabilitación de adicciones por mi experiencia como psicólogo clínico, tuve miedo. La población que estaba cuando yo llegué me daba miedo porque era francamente hostil, a pesar de que yo intentaba tener una relación de respeto. La sensación de temor que tuve los primeros días poco a poco fue desapareciendo, pero el temor no bajó porque me fuera adaptando a la clínica, sino que se asociaba a que algunos usuarios de la clínica iban egresando. Incluso, cuando supe que algunos usuarios se habían fugado, me sentí tranquilo, pues ellos me generaban ansiedad y temor. Los motivos de mi temor se basaban en que algunos de los usuarios con los que traté al principio de la investigación eran violentos, no conmigo, pero sí con otras personas, especialmente con un usuario mayor de edad que fue golpeado hasta generarle una fractura en uno de sus pómulos y hacer que perdiera algunas piezas dentales. Mi temor fue poco a poco tomando forma cuando me enteré de que algunos de los mismos usuarios que golpearon a este usuario también tuvieron parte en eventos violentos contra el personal de la clínica con la intención de fugarse. Noquearon y ataron a un operativo de la clínica y, entre varios usuarios, amagaron a una enfermera hasta que pudieron salir de la institución.

De esta primera experiencia emocional pude sacar mis primeras conclusiones acerca de mi trabajo sobre el poder disciplinar. Autores como Goffman (2001), Szasz (2001) y Foucault (2020) han mencionado que el poder que se ejerce dentro de instituciones para pacientes psiquiátricos se relaciona con el miedo. Este miedo potencializa todos los dispositivos de poder que se ejercen dentro de las instituciones mentales. Todo el cálculo

disciplinar y todas las normas tienen la intención de regular a ese paciente que es visto como una fuerza incontrolable.

Por otra parte, algo que también llamó mi atención desde los primeros acercamientos es la distribución de la población en general. Hay dos secciones espaciales diferenciadas: una dedicada al espacio administrativo y médico, y la otra dedicada al tratamiento de los usuarios y a sus habitaciones. Estas áreas están separadas por una reja con un alambre de púas. Esta reja permite mantener visible a los usuarios, pero el staff no es visible para los usuarios. Si ellos quieren ver al staff, tienen que recostarse sobre la reja. La reja tiene una puerta con candado, sin embargo, el candado siempre está sobrepuesto, por lo que realmente la puerta nunca está completamente asegurada. Cualquier persona puede entrar y salir. Así es como yo me moví en la mayoría de las veces entre las secciones, pues pude poner y quitar el candado, abrir o cerrar la puerta sin ningún tipo de problema. No obstante, los usuarios, incluso los usuarios más resistentes al tratamiento no abrían la puerta y ni quitaban el candado. Pienso que la puerta estaba investida por la red de poder que se ha construido en la clínica de rehabilitación, un poder disciplinar que no permite que los usuarios la traspasen si no es a partir de un mandato por parte del staff. Lo anterior me parece significativo, pues la población de usuarios es numerosa y se mantiene arriba de las 20 personas, mientras que el staff de la clínica, el número de personas trabajando regularmente, es de seis personas. Lo que quiero decir es que la red de poder que se construye entre esas seis personas es capaz de sostener las resistencias al tratamiento, con más de 20 personas que fueron internadas involuntariamente.

Cuando ingresé al trabajo de campo, tenía la intención de trabajar aspectos meramente relacionados con el poder disciplinar que se ejerce en la clínica, cómo es que se experimenta el poder por parte del staff y de los usuarios, pero comencé a sentir un gran interés por los procesos de la mercantilización de la salud dentro de la clínica. Este interés comenzó a surgir por las repetidas ocasiones en que el staff y el director hacían comentarios sobre los ingresos económicos que se pueden dar a partir de trasladar a personas para meterlos a la clínica.

En alguna ocasión, el director realizó una comparación entre trasladar a un usuario de nuevo ingreso e ir a una consulta médica con una neuróloga mientras hablaba por teléfono. En esa llamada, el director mencionó que el traslado tenía prioridad sobre la consulta médica,

pues del traslado vendría la entrada de ingresos económicos por el servicio de salud que brinda la clínica privada de rehabilitación.

Luego de ese comentario, observé que la institución tenía una serie de artefactos que funcionaban como publicidad. Estos iban desde trípticos donde se hablaba de la clínica, espacios publicitarios en revistas de mediano alcance, páginas de internet en donde hablaban de sus logros como clínica de rehabilitación y en esas mismas páginas de internet, una suerte de comerciales en donde aparecen los directivos mencionando las consecuencias negativas del consumo de drogas.

### Limitaciones

Algunas de las limitaciones que tuve durante mi trabajo de campo fueron:

- La población de usuarios siempre es cambiante. Cada tres meses las personas internadas varían, por lo que no siempre podía profundizar en las experiencias de los usuarios.
- Hay rotación laboral del staff de la clínica, de manera similar a la población de usuarios. Es decir, muchos trabajadores renuncian o son despedidos. Al momento, solamente queda una psicóloga y una enfermera que conocí cuando empecé mi trabajo de campo.
- Posible falseamiento de la información tanto del personal como de los usuarios.

### Estado del arte

He realizado una compilación de algunos trabajos sobre la situación social de pacientes en hospitales psiquiátricos y en prisiones. Algunos de estos trabajos son clásicos y otros han sido desarrollados recientemente. La intención de agregarlos al estado del arte es tener en cuenta los estudios llevados a cabo con poblaciones que viven internadas sin importar si se trata o no de personas que hayan tenido problemas con el uso de sustancias psicoactivas. Esto se deriva de las similitudes en algunas de las condiciones de vida que se presentan en un internamiento.

Después de presentar dichos estudios sobre instituciones psiquiátricas y prisiones, expondré algunas investigaciones que se han hecho en centros y clínicas de rehabilitación en adicciones que tienen una perspectiva social de lo que ocurre en dichos espacios.

### Hospitales psiquiátricos y prisiones.

A las instituciones como hospitales psiquiátricos y prisiones Erving Goffman (2001) las catalogó como instituciones totales, pues en estos espacios se realizan actividades de trabajo, recreación y de sueño en el mismo sitio y bajo una misma autoridad; en otras palabras, las personas que son recluidas en estos espacios se ven en la obligación de realizar todas sus actividades dentro del lugar, sin tener la posibilidad de salir. En las instituciones totales, las actividades se realizan en compañía de otras personas (compañeros internos) que reciben el mismo trato y de quienes se espera que tengan la misma eficacia o eficiencia. Otra característica de este tipo de instituciones es que realizan una división en dos grupos: por un lado, se encuentran las personas internadas y por el otro, se concentra un pequeño grupo de personal que dirige y supervisa la actividad de los internos. Goffman (2001) identificó que la institución psiquiátrica provee un mundo que define y estructura los roles y las maneras de relación en dichos espacios. El autor observó que en el hospital psiquiátrico está en juego todo un sistema de representaciones y códigos que permiten la interacción entre los pacientes y el personal.

En su investigación, el autor notó que los pacientes ven al personal como un grupo petulante, despótico y mezquino, mientras que el personal ve a los pacientes como crueles, taimados e indignos de confianza. La autopercepción que tienen los pacientes de sí mismos es que son inferiores, débiles, censurables y culpables; la autopercepción del personal es que son superiores y justos con los usuarios.

Uno de los puntos clave del trabajo que desarrolló Goffman (2001) fue lo que ocurre con los pacientes de la clínica cuando inician su recuperación. Dicho proceso fue llamado la profanación del yo o la mortificación del yo. La profanación del yo es una dinámica que se refiere a toda una serie de pérdidas que el yo del paciente va teniendo a lo largo de su internamiento. Algunas de estas acciones que mutilan al yo del interno son: 1) la separación del yo de un mundo exterior, lo cual implica la pérdida de un rol social; 2) los procedimientos de admisión o preparación para la recolección de datos biológicos, que hacen del paciente una masa biológica moldeable; 3) la pérdida de un nombre propio, el cual se puede asociar a adquirir apodos durante su estancia; 4) despojo de pertenencias personales por prendas de la institución, por ejemplo ropa, útiles personales, etc.; 5) mutilaciones directas en el cuerpo, por ejemplo: golpes, terapias de shock, cirugías; 6) indignidades físicas, como: usar un

tenedor para todo tipo de comida (caldos, por ejemplo), burlarse del interno en su cara; 7) violación de la intimidad que el interno se ha guardado para sí mismo hasta el momento de llegar al hospital psiquiátrico y que queda registrada en un expediente y la 8) interacción con otros internos que son indeseables para él.

Todos esos actos que son llevados a cabo durante el internamiento implican para el paciente una pérdida de identidad, lo que conlleva una modificación de la creencia de sí mismo y sobre los otros significativos para el usuario. Es importante recalcar que muchos de los actos que tienen que ver con la mutilación del yo no se hacen de manera intencionada. Es decir, el personal de la clínica o los mismos pacientes no ejercen conscientemente esta profanación del yo para herir o lastimar (Goffman, 2001).

Hay otro tipo de mortificación o mutilación del yo que es menos visible y más sutil con respecto a los pacientes pero que, de igual forma tiene que ver con una pérdida para el yo. Esta mortificación la denomina Goffman (2001) como *looping*. Este concepto se refiere a una escisión que se da entre el interno, como un ser actuante, y su acto. Una de las manifestaciones más visibles es cuando una respuesta defensiva que funcionaba en el exterior falla en el interior de la institución, pudiendo ser objeto de un castigo. Otras formas de *looping* que el autor identifica son aquellas en la cual el interno no puede hacer nada sin el consentimiento explícito del personal de la institución. Es la dominación de actividades que serían realizadas de forma natural fuera de la institución, como fumar un cigarrillo, ver televisión, dormir y despertar. Es decir: hay una separación del yo actuante de su acto, por la intermediación de un tercero, que es el personal.

El *looping* también puede ser entendido como aquellos procesos en los que un paciente es confrontado con una conducta que hizo por fuera del espacio terapéutico, en otros momentos de convivencia en la institución, como por ejemplo durante la comida, actividades que realiza en el tiempo libre. Este tipo de *looping* es parte de los procesos terapéuticos y de evaluación del paciente.

Dentro de la institución psiquiátrica el *looping* también tiene que ver con una regimentación, que consiste en realizar una actividad al unísono con el grupo (como sería

levantarse a la misma hora) y una tiranización que implica que la regla sea difusa y que cualquier miembro del personal puede castigar a cualquier paciente por cualquier falta.

El concepto de mortificación del yo y looping son categorías útiles para el desarrollo de la investigación, pues permiten comprender algunas situaciones que se viven en el tratamiento involuntario que los usuarios de la clínica investigada experimentan cotidianamente.

Por otro lado, la relación personal-paciente en instituciones psiquiátricas ha sido analizada por Bacilio (2018), Contreras (2010) y Saldaña (2015). El primero llevó su investigación en la clínica psiquiátrica de “La Borde” en Francia; la segunda autora lo hizo en un hospital psiquiátrico al sur de la Ciudad de México que pertenece a la Secretaría de Salud y Saldaña trabajó su proyecto en la clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña” al norte de la ciudad de San Luis Potosí.

El trabajo de Bacilio (2018) se articula como una crítica tanto teórica como práctica al poder psiquiátrico que hace que los pacientes internados soporten “la disciplina y el control sobre sus cuerpos y almas a través del asilamiento, el dolor” (2018: 97), así como las formas de resistencia que se pueden llevar a cabo en dichas instituciones.

Contreras (2010) hizo un acercamiento etnográfico a un hospital psiquiátrico. La autora logró observar que la autoridad en la institución psiquiátrica que decidía sobre la estancia de los pacientes era la más alejada de la población internada. Refiere que si bien había apoyo psicológico y de trabajo social, la mayor influencia radicaba en el discurso del médico que atendía al paciente, mientras que la intervención era psicofarmacológica. Los pacientes de la institución, comentó la autora, eran totalizados a partir de la categoría de enfermedad o de salud mental. Esto propiciaba que los pacientes siempre fueran vistos a través de la etiqueta de enfermo mental y que su discurso fuera un discurso visualizado desde el trastorno, como si se tratara de un síntoma. A su vez, el discurso de la familia era completamente creído por el personal médico.

Por otro lado, Contreras (2010) refirió que los pacientes tenían poca intimidad y privacidad; el horario estaba completamente establecido y había poca agencia de los internos para realizar actividades, siempre fueron sujetos a los cuales se les podía aplicar una acción

y se esperaba que respondieran de manera adecuada a ella. El hecho de tener poca disposición y oportunidad de agencia hizo que los pacientes se vieran a sí mismos a través de la enfermedad, lo que ocasionó que se auto-vincularan con poca responsabilidad y autocuidado. Por otro lado, la agencia de los pacientes se vio limitada por la intermediación del médico tratante quien les debía autorizar cualquier actividad por mínima que fuera (ir al jardín, tener terapia ocupacional, etc.).

En relación con el trabajo de Contreras (2010), la situación social que observó no coincide con la experiencia en la clínica de mi investigación. La principal diferencia es que varios usuarios me han comentado que, a pesar de no estar solos y de compartir habitaciones con al menos seis personas, sí sienten tener momentos de intimidad y de privacidad. Los lugares de privacidad percibidos pueden ser las recamaras (aun siendo compartidas con otros), y en la recamara, un espacio personal, es la cama en la que duermen (que es individual).

Saldaña (2015) abordó el tema de personas con trastornos mentales y los hospitales psiquiátricos con una postura diferente. Su punto de partida fue identificar si las personas con enfermedades mentales pueden ser sujetos de derecho. Para su análisis partió del supuesto de que los derechos humanos de las personas con trastornos mentales han sido violados por la sociedad en general. El autor planteó que esto podía ocurrir porque las personas con alguna enfermedad mental, al no poder ingresar a la racionalidad neoliberal y capitalista, iban a ser despojados de sus derechos.

Saldaña (2015) investigó si había violación a los derechos humanos en el hospital psiquiátrico y concluyó en su trabajo de investigación que no había violación de derechos humanos en el hospital psiquiátrico “Dr. Everardo Neumann Peña” y que el problema real era cómo mantener vigentes los derechos humanos que eran respetados dentro del psiquiátrico, afuera de la institución, en la sociedad.

El trabajo de Saldaña (2015) parece brindar un punto de vista en el que el espacio institucional para el tratamiento de trastornos psiquiátricos ofrece al paciente un lugar en el que hay una protección real de ellos.

En cuanto al tema de las instituciones carcelarias, el trabajo de Melossi y Pavarini (2010) menciona que la prisión tiene la función de transformar al criminal en proletario. En esta transformación, los autores resaltan la importancia de dos estadios: un estadio de destrucción y un estadio de reconstrucción del detenido.

El proceso de destrucción consiste en reducir la personalidad criminal, es decir: hacerlo transitar de ser un criminal a un no-propietario (lo cual implica pasar de la capacidad criminal a sólo contar con su fuerza de trabajo). En este proceso de reducción, el preso es arrancado de las determinaciones del afuera en las que se fundaba su peligrosidad. De este modo, el criminal termina por ser un sujeto de necesidades, las cuales no puede satisfacer por sí mismo, sino que necesita a la administración carcelaria para poder cubrirlas. En este proceso, el preso se da cuenta que está a merced de la soberanía carcelaria y que, para no caer en la locura debe aceptar someterse (Melossi y Pavarini, 2010). El reo entra de este modo en una condición de ser clasificado, analizado y comparado, pero, sobre todo, observado. Estos autores refieren que esa observación de la que es objeto el preso comienza a introyectarse en el sujeto, quien poco a poco se vuelve un instrumento de su propio sometimiento.

El proceso de reconstrucción se da cuando el preso pasa de ser identificado como no-propietario a proletariado. En la reconstrucción del preso hay una homogenización de la persona para que pueda insertarse en la vida social. Su identidad se basa de ese modo en lo colectivo, con unos valores, códigos y formas de vincularse normales u homogéneos en detrimento de la singularidad que le proporcionaba su personalidad criminal.

El proceso del que hablan Melossi y Pavarini (2010) brindan algunas categorías útiles para el análisis de la información obtenido durante el trabajo de campo en la clínica de rehabilitación en adicciones.

En el mismo rubro de instituciones carcelarias se ubica el trabajo de Rojas (2018) quien reflexionó sobre el ejercicio biopolítico en las prisiones. La autora observó que este poder se puede ejercer de una manera visible y de una manera invisible. En otros términos, el poder visible se manifiesta en la alimentación, los golpes, la sexualidad o la pena de muerte. El poder invisible se da en la vida cotidiana de los individuos presos y se desarrolla

como una interacción de dolores sutiles. A este poder sutil la autora lo llama un poder totalizador y tiene como característica que actúa sin ser percibido conscientemente.

El poder totalizador se encuentra en todos, pero se hace palpable en la vida que se lleva a cabo en la institución carcelaria, ya que este espacio se convierte en “un territorio de excepcionalidad del poder” (Rojas, 2018, p.13) en donde se puede justificar controlar, disciplinar y regular a los presos todo lo que se considere oportuno, incluso en los pequeños detalles.

Si bien, estas investigaciones y trabajos acerca de hospitales psiquiátricos y prisiones son útiles para entender algunos fenómenos que se desarrollan en los tratamientos residenciales y pueden brindar algunas categorías de análisis funcionales para comprender lo que ocurre en instituciones similares, como lo son las clínicas de rehabilitación en adicciones, la realidad es que el funcionamiento de estas instituciones es diferente principalmente en relación con el trabajo. En las clínicas de rehabilitación los usuarios no están obligados a trabajar, es decir, no tienen que producir dinero. No hay un trabajo forzado y por tanto no existe el desarrollo de una subjetividad proletaria como sí lo puede haber en la prisión (Melossi y Pavarini, 2010)<sup>15</sup>.

Esto no quiere decir que la clínica de rehabilitación no haya procesos para construir a un trabajador o que no trabajen. Todos los pacientes en tratamiento realizan algún tipo de trabajo no remunerado (asistir a traslados involuntarios, mantener la disciplina de los usuarios internados, mantenimiento de la clínica, trabajo doméstico) <sup>16</sup>.

Otra diferencia entre clínicas de rehabilitación, hospitales psiquiátricos y prisiones es que el tiempo de internamiento es menor, por lo que algunos procesos que se pueden observar en la construcción de subjetividades son diferentes. Habrá usuarios de las clínicas de

---

<sup>15</sup> Szasz (2001) menciona que hubo instituciones psiquiátricas en la entonces Unión Soviética en las que se desarrolló el trabajo como una forma de terapia ocupacional de los pacientes psiquiátricos internados. En Estados Unidos, la actividad laboral no era útil como tratamiento, por lo que a los pacientes psiquiátricos se los trató con “ocio obligatorio” (Szasz, 2001, p. 54). En los hospitales para pacientes mentales la manera de abordar el trabajo y el tiempo de ocio era influenciado por postulados políticos e ideológicos. En la Unión Soviética la influencia fue por el discurso marxista y socialista; en Estados Unidos por el acercamiento al libre mercado.

<sup>16</sup> Hay algunos usuarios que sí pasan por un proceso para convertirse en trabajadores, la diferencia es que ser un trabajador en la clínica se asocia a la necesidad de pagar el tratamiento y no se asocia necesariamente a que se vuelvan personas trabajadoras al momento del egreso.

rehabilitación que terminan su tratamiento involuntario pensando que no tienen problemas con el consumo de drogas; mientras que el paciente psiquiátrico sólo saldrá cuando se haya rehabilitado o cuando haya reelaborado su subjetividad.

La diferencia en el tiempo de estancia dentro de la prisión y el centro de rehabilitación podría radicar en que el preso estará años internado y el usuario podría estar meses internado. Otra diferencia importante es que el preso aún tiene la posibilidad de ejercer un poder político para entrar en un juicio en el cual pueda pelear por demostrar su inocencia de los cargos imputados, mientras que el paciente en rehabilitación no tiene un derecho a apelar el juicio que se ha hecho sobre él.

Es por estas diferencias contextuales entre instituciones psiquiátricas, prisiones y centros de rehabilitación en adicciones, que los descubrimientos desarrollados por los investigadores mencionados anteriormente deben ser vistos con cautela y relativizarlos al momento de compararlo con la dinámica de la clínica de rehabilitación en adicciones. A pesar de estas observaciones que limitan los alcances de sus postulados, los aportes de Goffman (2001) y Melossi y Pavarino (2010) -quienes podrían ser considerados pensamientos clásicos en el tema de internamientos- son relevantes para comprender las dinámicas sociales dentro de la clínica de rehabilitación en adicciones.

#### Centros y clínicas de rehabilitación en adicciones

Entre algunas investigaciones relacionadas con los Centros de Rehabilitación en adicciones se encuentran los trabajos de Córdova (2018), Gaete (2007), Galaviz (2015), Gómez (2008), Lorenzo (2012), Martínez (2017) y Muñoz (2011). Todos estos trabajos han abordado de manera directa la interacción entre usuario-personal. La interacción de mayor interés en estos estudios ha sido la del psicólogo, padrino o consejero con el usuario.

El trabajo de Córdova (2018) trató de responder a la pregunta ¿cómo es que se construye el adicto? En su investigación analiza cómo se ponía en marcha el dispositivo terapéutico de atención a las adicciones. Dentro de su trabajo, abordó la lucha por la voluntad de quién decide cuándo es patológico y cuándo es necesario el internamiento, realizando una crítica del saber que se pone en marcha para poder decidir sobre la vida de un usuario de sustancias psicoactivas. En este sentido, lanzó una crítica al conocimiento científico el cual

es visto como la aplicación de una ideología a un proyecto de recuperación y sanación (Córdova, 2018).

En su investigación también dedica una pequeña parte para trabajar la situación de la mercantilización de la salud de los dispositivos terapéuticos. El autor trabaja sobre la percepción de la oferta del dispositivo terapéutico en la clínica privada en comparación con los tratamientos que se llevan a cabo en los anexos o centros gratuitos o económicos. Menciona que esta oferta permite hacer una jerarquización entre instituciones de rehabilitación y que colocan a la clínica privada entre los líderes de la rehabilitación, manteniendo una actitud peyorativa con los centros gratuitos o económicos. La característica que usan las clínicas privadas para diferenciarse de los anexos es la que tiene que ver con la intervención de profesionales expertos de diferentes áreas, mientras que los anexos sólo son atendidos por exusuarios rehabilitados o padrinos.

Otro punto que Córdova (2018) menciona en relación con la mercantilización de la salud es la competencia que hay entre las instituciones de rehabilitación. El eje central de la competencia es el posicionamiento como cliente que adquiere un servicio. Para citar las palabras de Córdova: “Al centro [...] se encuentra la cuestión de lo que uno, como cliente, puede esperar en relación con lo que paga por el servicio. Esto se torna en un indicador del posible buen trabajo que hacen en su clínica” (Córdova, 2018, p. 310). Se puede pensar que la lógica es: a mayor costo, mejor tratamiento. Pero Córdova (2018) sugiere que los tratamientos dados en la clínica privada o en los anexos no es muy diferente y los resultados del internamiento no varían necesariamente. Sin embargo, los potenciales clientes escucharán las ofertas y, con base en ello, decidirán en dónde internar a una persona.

Dentro de los hallazgos en esta área que realiza Córdova (2018) es que la clínica privada no es vivida como un gran negocio para los dueños, pues tienen que buscar constantemente clientes que ocupen sus servicios.

Un eje fundamental de la mercantilización de la salud es que el adicto se localiza dentro de la lógica de mercado, en donde él sigue siendo un consumidor, pero ya no de drogas, sino de técnicas de rehabilitación. El tratamiento de rehabilitación en adicciones, como dispositivo terapéutico, también se convierte en una mercancía, en un objeto de

consumo que hará las veces de la sustancia, haciendo del consumidor de drogas un consumidor de tratamientos de rehabilitación<sup>17</sup> (Córdoba, 2018).

Al respecto, el psicoanalista italiano Massimo Recalcati, piensa que, en la sociedad actual, centrada en el Yo y su goce, el discurso capitalista ha ofertado una falsa solución a la angustia en el consumo de objetos que se ofrecen como una potencia “salvífica, medicinal y analgésica” (2014, en la sección La libertad de las masas, párrafo 2) que deja su lugar a otro nuevo objeto, pero que pronto se muestra como incapaz de tapar la escisión entre el instinto y el deseo del yo narcisista. En este sentido, el consumo del servicio de rehabilitación y la adicción se enlazan ya que ambos fenómenos dependen del objeto medicinal que puede ser la droga, en un principio y el servicio de salud, en un segundo momento. Y que al final, pueden llegar a ser meros objetos sustituibles que pueden cumplir la misma función: no hacer frente a la realidad de la que proviene el usuario<sup>18</sup>.

Una reflexión similar la realizó Gaete (2007), pues su trabajo consistió en observar los imaginarios que los psicólogos, terapeutas de centros de rehabilitación en adicciones, tenían sobre los usuarios de drogas y cómo este imaginario ponía en marcha una serie de prácticas y reflexiones sobre el abordaje de esta población. En su investigación observó que los psicólogos miran al paciente más que como un criminal como una persona con un problema de consumo, y con base a cómo éstos (los usuarios) piensan su consumo (si lo quieren dejar o no) se aplican diferentes técnicas terapéuticas. Dichas técnicas las divide Gaete (2007) en dos regímenes de poder a través del planteamiento que propone Foucault. En el primero, el paciente no piensa en dejar de consumir y se aplica sobre ellos un tipo de poder soberano que se manifiesta en la psicoeducación y en la prevención del consumo. El autor argumenta que esto es así porque no trabajan con la subjetividad de la persona, sino que se trata de forzar al consumidor en pensar mal de las drogas. El poder disciplinario, la segunda forma de poder con la que se acercan al tratamiento, se ejerce con la población que sí desea dejar de consumir y se manifiesta a través de los programas de rehabilitación y

---

<sup>17</sup> En mi experiencia como psicólogo en adicciones, he observado cómo el internamiento en clínicas de rehabilitación se vuelve un estilo de vida para algunas personas. Salen de un tratamiento para ingresar a otro, lo cual más que llevar a procesos de salud y enfermedad, lo aleja de la realidad familiar, social, económica, política y emocional.

<sup>18</sup> En este orden de ideas, Recalcati (2014) piensa al alcoholismo y a la drogadicción como la patología de la búsqueda ilimitada de objetos de consumo que no acaban por satisfacer el goce.

psicoterapia. Este poder parte de un autodisciplinamiento que es moldeado por los programas de rehabilitación.

En el trabajo realizado por Galaviz (2015) en centros de rehabilitación en adicciones para mujeres en Tijuana, se observó que las mujeres eran atendidas terapéuticamente bajo la intención de reproducir roles tradicionales asignados para la mujer. En estos centros el objetivo era establecer subjetividades alineadas con la concepción de buena mujer, lo que era observado como una cualidad de la salud mental femenina. Si bien, el rol tradicional se flexibilizaba dependiendo del centro de rehabilitación, el tratamiento tenía la finalidad de generar un plan de vida según el género asignado por el sexo biológico, es decir, se realizaba un proyecto de vida donde las pacientes debían asumir los roles de cuidado del hogar, de la pareja y de los hijos. Así, aquella mujer que asumía el rol de “mujer buena” (y por lo tanto de mujer sana) y estructuraba su estilo de vida centrándose en el servicio del hogar, podía ser considerada rehabilitada (Galaviz, 2015) -a pesar de que no todas las mujeres con adicciones se identificaban con los géneros y roles asignados para su sexo-. Un caso similar refiere el trabajo de Friedman & Alicea (citado en Keane, 2009), donde las mujeres reciben el tratamiento con el objeto de salir de la adicción, pero, también, para seguir roles tradicionales de género.

La investigación de Galaviz (2005) muestra que la atención terapéutica en Centros de rehabilitación con el modelo de la ayuda mutua y otros modelos (como enfoques religiosos) tienden a generar prácticas que quitan la posibilidad de elección de sus usuarias, imponiendo un estilo de vida dirigido por normas sociales y culturales considerando estas reglas como condiciones de la salud mental.

Por su parte, Muñoz (2011) investigó la formación de la subjetividad del paciente y la influencia de los discursos oficiales en los procesos terapéuticos. En su trabajo concluyó que el conocimiento y el saber se volvían una forma de dominación de la otredad del usuario. Observó que la relación terapeuta-paciente colocaba a los sujetos en posiciones determinadas según la relación de poder: el terapeuta dominaba, pues poseía el saber oficial del consumo de sustancias psicoactivas, en tanto que el paciente se volvía el objeto del discurso oficial, era dominado.

Muñoz (2011) comentó que el paciente tenía la posibilidad de resistir y de negarse al discurso oficial, sin embargo, esta negación era entendida desde el terapeuta (ya sea un médico, un psicólogo, un consejero) como la presencia de creencias irracionales o mecanismos de defensa arcaicos y, por lo tanto, de psicopatología, lo que culminaba en la toma de decisiones sobre el proceso terapéutico del paciente.

La discusión que propone Muñoz (2011) es que el tratamiento terapéutico debe negociarse con el paciente en relación con la problemática, la forma de abordarla y los objetivos a desarrollar, pero, al igual que Galaviz (2015), observó un proceso de sometimiento sin posibilidad de elección y de desarrollo de una subjetividad propia. Este sentido de terapia disciplinaria y de dominación se debe a que el enfermo mental o el “loco” es aquel que muestra una fuerza descontrolada y que la terapia tiene el objetivo de domesticarlo (Foucault, 2007; Keane, 2009).

Gómez (2008) realizó un trabajo en el que observó que los centros de rehabilitación en adicciones, el Padrino o “Papá Oso” (p.73) que es el dueño y director de estos espacios, ejerce, a través de decisiones arbitrarias y violaciones sistemáticas de los derechos humanos de los usuarios, un poder soberano, pues puede decidir qué es una falta y cómo sancionarla. Pero su poder va más allá, puede decidir sobre si la familia ve o no a su usuario dependiendo de si ha pagado o no el proceso de rehabilitación; decide si el usuario se va o se queda en el centro; decide, además, si el usuario debe trabajar en lugares con los cuales tienen convenios el centro de rehabilitación.

La autora también comenta sobre los modelos de disciplinamiento que se dan en estos espacios. En principio, nombra que estos son *aplicaciones* y que pueden ir desde estar hincado frente a todos en las juntas A.A., no dormir por varias noches seguidas, baños de agua fría, ser amarrados, etc. De este modo se observa que el Padrino, así como los demás encargados mantienen un ambiente de trasgresión y tensión constante sobre los usuarios.

Martínez (2017) en su investigación refirió que los centros de rehabilitación, al ser operados por personas con escasa capacitación para el tratamiento, pueden ser espacios potenciales para las violencias contra los usuarios. Aunado a esto, los centros de rehabilitación que tienen un modelo de ayuda mutua y que impiden que se trabaje en conjunto

con profesionales de la salud pueden generar actos que vulneren la dignidad de los usuarios pensando que se está ofreciendo un tratamiento correcto para la adicción.

A pesar de que se reconoce que el tratamiento en los centros comúnmente se trata de “medidas punitivas y reformadoras” (Martínez, 2017, p.39), la autora sugiere que hay buena voluntad de ayudar a los usuarios, por lo que la propuesta que ella hace es que estos centros de rehabilitación sean espacios de labor comunitaria y se busque establecer en los tratamientos relaciones horizontales entre los agentes implicados.

Lorenzo (2012) realiza un análisis de los procesos discursivos que se encargan de hacer del paciente de la clínica en adicciones un sujeto enfermo y, luego un enfermo en rehabilitación. Observa cómo la patología se mira a la luz de principios morales como limpio/sucio, donde “limpio” adquiere un signo benigno, pues implica mantenerse en abstinencia; mientras que “sucio” es aquel consumidor de drogas. El tratamiento se basa en la adopción de valores por parte del paciente.

Un punto importante es que la clínica que analiza Lorenzo (2012) observa la patología como “defectos del carácter” por lo que la atención clínica se hace desde el desarrollo de la disciplina para eliminar dichos defectos. Es decir, se trata de una terapia moral, pero, sobre todo, personal e individual, pues cada persona en particular tiene unos defectos de carácter específicos que se abordan individualmente.

Las prácticas en los tratamientos residenciales, como se observa en las investigaciones mencionadas, derivan de ciertas concepciones de salud, bienestar y estilo de vida que los terapeutas usan para trabajar con los pacientes, lo cual inscribe a dichos espacios como dispositivos<sup>19</sup> del biopoder. Por esta misma condición, Keane (2009) ha observado que los tratamientos para adicciones buscan controlar el placer y, además, reformar cuerpos improductivos.

El poder disciplinar se ejerce como un elemento psicoterapéutico que tiene la intención de generar una estructura moral y subjetiva del paciente internado, de ejercer un

---

<sup>19</sup> Por dispositivo se entenderá “todo un conjunto absolutamente heterogéneo que implica discursos, instituciones, estructuras arquitectónicas, decisiones regulativas, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales y filantrópicas (Foucault citado en Agamben, 2014, p.8). Más adelante se hará una revisión más detenida del concepto.

control sobre el goce del usuario. Aquí se asume que la estructura que genera la disciplina controlará o regulará las acciones del yo del interno, lo cual como se ha mencionado, parece ser un error del tratamiento, pues una psicoterapia que se ocupa desde el poder disciplinar no ha sido más satisfactoria que otros tipos de tratamientos (Salamone, 7 de mayo de 2020). Por ello, estos estudios invitan a reflexionar sobre la verdadera utilidad de un tratamiento basado en el poder disciplinar.

En sintonía con lo anterior, podemos observar que al pensar el poder disciplinar como fundamento de la rehabilitación, también se deja de lado la capacidad del interno como un agente activo en su proceso. Esto se refleja en cómo los autores de dichos textos dejan de lado la experiencia del usuario cuando está en tratamiento, solamente Muñoz (2011) observa la posibilidad de una agencia. Fuera de su trabajo de investigación, los estudios sobre la situación social de los centros y clínicas de rehabilitación en adicciones se centran en mirar al usuario como un sujeto sin demasiada capacidad de agencia o incluso sin agencia. Lo anterior, a mi parecer, es seguir colocando a los usuarios de estas instituciones como objetos meramente de atención psicológica o moral y no mirar su subjetividad y la complejidad que abarcan las interacciones sociales y las relaciones de poder en dichos espacios.

## Marco teórico

### Antipsiquiatría

Del amplio abanico de concepciones y formas de pensar la antipsiquiatría, en mi trabajo retomaré algunos elementos que permitan reflexionar sobre la situación social que viven los usuarios o pacientes involuntarios del centro de rehabilitación estudiado. La primera categoría será la internación involuntaria, pues, como se verá más adelante, es una característica clave de la clínica de rehabilitación y que tiene una relación directa con las formas en que se experimenta el vínculo paciente-psicólogo, así como las manifestaciones del poder que pueda haber en esa relación, por ejemplo, aristocrático, mutualista e institucional (Basaglia, 1976). Luego, se trabajará con la categoría de looping o mortificaciones del yo, herramientas teóricas que permitirán comprender los procesos de desubjetivación y de subjetivación en el espacio liminar que es la clínica de rehabilitación.

La antipsiquiatría fue un término que sirvió para designar un movimiento político para objetar radicalmente del saber psiquiátrico, principalmente el ejercicio de institucionalización que se

instauró como un saber regulador de lo normal y lo anormal. Una de las intenciones de los antipsiquiatras fue reformular la relación que se presentaba entre el médico y su paciente.

Uno de los exponentes principales de esta corriente de pensamiento fue Thomas Szasz, quien cuestionó la forma en cómo han funcionado los internamientos psiquiátricos (Vásquez, 2011).

### Internación involuntaria

Szasz (2001) al hablar sobre los internamientos involuntarios parte del principio de que la reclusión es una medida de control social “ejercida especialmente contra individuos y grupos cuyo comportamiento no viola las leyes penales, pero amenaza los valores sociales establecidos” (Szasz, 2001, p. 119).

El internamiento involuntario tiene una finalidad moral y social, no médica ni terapéutica (Szasz, 2001), cuyo objetivo es el control sobre aquellas personas que no entran en la categoría de normalidad. Cuando se internan a pacientes psiquiátricos con daños cerebrales, como lo pueden ser los pacientes con adicciones a las sustancias psicoactivas, “el objetivo primordial es ejercer un control social sobre su conducta” (Szasz, 2001, p. 120), siendo secundario el tratamiento sobre la condición cerebral. El tratamiento involuntario tiene funciones más morales que terapéuticas desde el punto de vista de Szasz.

La internación involuntaria, como la piensa Szasz (2001), tiene un beneficio en el sentido del ejercicio de poder social, pues permite mantener disciplinado y controlado a un cierto sector de la sociedad. Pero la internación involuntaria, también tiene efectos en otras áreas que no tienen que ver con el control social y la dominación de los anormales. Del internamiento de pacientes con enfermedades mentales existe también el poder económico para los dueños de las clínicas psiquiátricas. Este poder económico reside en la cantidad de pacientes involuntarios que tiene una institución psiquiátrica, así como del desarrollo del sistema institucional (Szasz, 2001).

Basaglia (1976) piensa que los fenómenos como el control, la destrucción del sujeto como enfermo mental en un tratamiento residencial y el tratamiento no están establecidos por un orden médico, sino que la aproximación terapéutica al paciente está en estrecha relación con las leyes económicas: “esto significa que los distintos tipos de aproximación no se hallan

establecidos o decididos por la ideología médica, sino por el sistema socio-económico que determina sus modalidades a distintos niveles” (Basaglia, 1976, p.137).

Desde la clase social del enfermo mental se estructura una manera de relacionarse con el paciente internado, así como las consecuencias del tratamiento, el nivel de destrucción (desobjetivación o despersonalización) al cual está sometido el paciente y el nivel de institucionalización de éste (qué tanto poder institucional se ejerce sobre el interno). Tanto la destrucción del paciente, como la institucionalización no tienen tanto que ver con la enfermedad mental, pero sí con la relación que se mantiene con el nivel socioeconómico del interno y de su familia.

Basaglia (1976) identifica al menos tres tipos de relación con el paciente mental:

1. **La relación de tipo aristocrático.** En esta relación el paciente tiene un poder contractual que puede oponer al poder técnico del médico. Este poder contractual del paciente le permite al enfermo nivelarse con el médico. Se hace un igual con aquél y no recibe pasivamente el tratamiento médico. Solamente cuando el poder contractual se pierde, el paciente “empieza [...] su verdadera carrera de enfermo mental, en un lugar donde su figura social no tiene ya ni peso ni valor” (Basaglia, 1976, p. 183).
2. **La relación de tipo mutualista.** Este tipo de relación se define por una reducción del poder técnico del médico y un incremento del poder arbitrario sobre el paciente, lo que quiere decir que el médico no ejerce necesariamente su poder como una técnica médica, sino como un poder casi excepcional sobre el paciente. El enfermo mental es alguien que no sólo está enmarcado en una relación de médico-paciente, sino que su relación puede tener otras formas, pero siempre bajo el poder que el médico ejerce. En este tipo de relación, la reciprocidad sólo existe cuando el paciente se presenta frente a los ojos del médico como un sujeto maduro y con una clara conciencia de clase.
3. **La relación institucional.** Aquí, el poder del médico aumenta vertiginosamente porque disminuye el poder del enfermo por el hecho de haber sido internado en una institución psiquiátrica. El paciente pierde sus derechos políticos y el trabajador de la salud tiene completa potestad sobre él. Es un ejercicio de poder excepcional sobre el paciente.

Estas formas de la relación médico-paciente serán relevantes más adelante, pues el interno en una institución para la rehabilitación en adicciones como la investigada tendrá una relación similar a la mutualista que puede mantenerse como una relación recíproca dependiendo de cómo se comporte el usuario a los ojos de la institución. Si el interno es maduro emocionalmente, se lo tratará con cordialidad y respeto, incluso podrán pedir su apoyo para hacer ciertas actividades. Pero si el usuario no se muestra así, como un paciente ecuaníme, la clínica ejercerá un poder más intenso sobre él controlarle.

Desde el argumento de Szasz (2001) el internamiento involuntario en una clínica psiquiátrica es una suerte de castigo que, a diferencia de un castigo judicial (como estar en prisión), deja al castigado (al paciente involuntario) sin la posibilidad de pelear por sus derechos legales que le permitan apelar a una falsa acusación de psicosis o de locura. En otros términos, el interno involuntario carece de formas de protección que puedan ayudarle a realizar una apelación sobre de su condición de paciente.

La utilidad es para las familias y para el contexto social del cual proviene el sujeto a internar, evitándoles tener que adaptarse a las molestias que exige tener a un miembro de la sociedad con un padecimiento mental (Szasz, 2001). El internamiento involuntario en una institución psiquiátrica surge como una solución alternativa a la condena judicial, pues si el paciente mental es sometido a proceso puede salir sin problemas del conflicto por no haber cometido ningún delito.

A pesar de la carencia de derechos políticos, el paciente involuntario sí tiene un derecho por el cual se le interna: el “derecho a la salud”. Esta garantía es ejercida por el psiquiatra que lo atiende de manera residencial y que Szasz (2001) designa como la “obligación de permanecer recluido en una institución neuropsiquiátrica, sin la posibilidad de elegir entre la internación y la no internación” (Szasz, 2001, p. 134). Pero es un derecho que se ejerce por solicitud de la familia o de las personas interesadas en el paciente, no por él mismo.

La relación que se establece entre el psiquiatra y el paciente involuntario, desde la postura de Szasz (2001), puede ser comparada con la relación entre el amo y el esclavo, pues en ambos casos “el primer miembro del par define el rol social del segundo, y le impone por la fuerza ese rol” (Szasz, 2001, p.127). Por tal motivo, el psiquiatra observa al paciente mental

como un sujeto inferior o como un niño que es incapaz de saber qué es lo que más le conviene y, como tal, debe ser atendido como el infante irresponsable que se supone es. Es por ello por lo que el psiquiatra ha tomado un papel paternalista con él (Hernández, 2007), pues el internado de manera involuntaria necesita ser controlado y protegido, ya que se trata de una persona muy enferma. De esta mirada del paciente involuntario, surge el pensamiento de que éste puede vivir de mejor manera internado (Szasz, 2001)<sup>20</sup>.

Si asumimos como lo hace Szasz (2001) que la relación entre el psiquiatra y el paciente involuntario es asimétrica, entonces deben desarrollarse mecanismos que preserven la situación de superioridad del psiquiatra sobre el interno. Szasz (2001) piensa que una de esas herramientas es mantener en ignorancia al paciente. Comparando al enfermo mental y al preso, menciona que para los últimos en la mayoría de las prisiones norteamericanas podían completar sus estudios y obtener diplomas correspondientes al grado. Sin embargo, esa posibilidad no es algo que ocurra en la mayoría de los pacientes involuntarios. Para el interno, el requisito principal es “aceptar la ideología psiquiátrica acerca de su enfermedad y de las cosas que debe hacer para recuperarse” (Szasz, 2001, p. 133).

De la relación que se establece entre el psiquiatra y el paciente dentro de la clínica psiquiátrica, además de la actitud paternalista, aparecen dos percepciones sobre la figura del psiquiatra. Está la imagen que él tiene sobre sí mismo, donde se ve como una persona que ayuda a los demás; mientras que, por el otro lado, el paciente ve en el psiquiatra a su carcelero (Szasz, 2001).

Desde la postura de Szasz (2001), los enfermos mentales conforman una clase de víctimas que deben ser ayudados por su beneficio y por el de la comunidad por “los sanos, y especialmente por médicos científicamente capacitados para ser sus amos” (Szasz, 2001, p. 140), sin interesarse en los aspectos éticos y políticos que rodean a la figura del paciente involuntario. El psiquiatra lo que ha intentado con sus pacientes es tratar de resolver asuntos de la vida cotidiana sin ponerlos en perspectiva social, por lo que se dan soluciones individuales a problemas colectivos que se esconden tras la máscara de la enfermedad mental.

---

<sup>20</sup> Szasz (2001) compara la percepción que se tiene del enfermo mental con la percepción que se tenía en el siglo XIX del esclavo afrodescendiente en las sociedades esclavistas en las que ellos eran pensados como sujetos que vivían mejor siendo esclavos que personas libres.

La psiquiatría institucional, desde la opinión de Szasz (2001), se trata de una empresa política y moral que responde a los problemas de la vida de las personas a través de la técnica y tecnología de la conducta (Szasz, 2001), en donde un especialista es el único capaz de resolver esas dificultades. La psiquiatría institucional además de ser una máquina que desarrolla una tecnología del comportamiento también es una productora de los enfermos mentales, que son “chivos emisarios de la sociedad, cuya persecución es justificada por la propaganda y la retórica psiquiátricas” (Szasz, 2001, p. 124). En este orden de ideas, el problema no es el de la enfermedad mental, la cual parece como meramente accesoria, sino más bien es “el tipo de relación que se establece con el enfermo” (Basaglia, 1976, p. 139).

La noción de internamiento involuntario nos permitirá comprender las dinámicas sociales que se desarrollan con los usuarios de la clínica de rehabilitación estudiada, pues como se dijo anteriormente, su estatus social es de inferioridad al equipo médico, representado por los roles como psicólogos, operativos y director, quienes constantemente ejercerán desde su posición de poder guías que los internos deberán obedecer para mantenerse como figuras maduras emocionalmente a la vista del poder clínico y por lo tanto, ser tratados desde la relación mutualista de la que nos habla Basaglia (1976) y que se ejercerá más como una resistencia pasiva (Scott, 1985) que como un acercamiento basado en la confianza hacia el staff, el cual también ha llegado a ser visto como un equipo de carceleros por parte de los internos.

#### Mercantilización de la salud.

Por mercantilización de la salud entenderé al proceso en el cual la vida, la salud y los servicios médicos se incorporan a un proceso mercantil (Stolkiner, 2013; Echeverri, 2008; Valdemar, 2021; Castro, 2009; Laurell, 2001; Frenk *et al*, 1976; Foucault, 1999).

Esta categoría será de utilidad para comprender los procesos económicos y de prestación de servicios que hay en la clínica de rehabilitación en adicciones, pues el proceso de rehabilitación sólo funciona a partir de transformar el servicio de salud en una mercancía consumible por unas personas específicas (personas con adicciones o familiares de la persona que usa nocivamente de sustancias psicoactivas).

Si bien, en sociedades industriales la medicina se ocupaba de mantener sanos a los trabajadores pues sus cuerpos generaban riqueza económica, en la época actual, la salud en

sí misma genera acumulación económica (Laurell, 2001; Frenk *et al*, 1976). Ravanal y Stephan (citado en Valdemar, 2021) dicen que:

En su etapa temprana, la medicina tenía como labor mantener la masa de trabajadores saludables y fuertes para sostener la producción. En la actualidad, la medicina produce directamente riqueza: la salud es entendida como algo que se consume y que tiene un mercado específico de bienes y servicios médicos. La salud como mercancía se produce por un sistema de salud y tiene un valor determinado fundamentalmente por mercados. Los consumidores tienen un poder adquisitivo que determina los bienes y servicios de salud que pueden adquirir. La distribución de esos bienes sociales es asimétrica y produce desigualdades con respecto a la calidad de la salud de los distintos grupos de la población (Ravanal y Stephan citados en Valdemar, 2021, p. 11).

En México (Valdemar, 2021) y en Latinoamérica (Echeverri, 2008), el proceso de mercantilización de la salud ha propiciado que la salud sea un elemento que visibiliza las diferencias entre clases sociales, propiciando mayor disparidad entre los estratos sociales, pero sin realmente haber desarrollado una mejora en los servicios de salud (Echeverri, 2008; Castro, 2009; Laurell, 2001; Frenk *et al*, 1976).

Un fenómeno de la mercantilización de la salud, según Stolkiner, es la búsqueda de una salud perfecta, que ella denomina “el Mito de la Gran Salud” (Stolkiner, 2013, p.5) y que consiste en recurrir a la medicalización de todos los aspectos de la vida cotidiana y no solamente en acudir a la medicina cuando uno se encuentra en procesos de enfermedad.

Esta búsqueda de la Gran Salud a través de procesos de medicalización ha generado que los aspectos culturales, políticos y sociales que construyen al fenómeno de salud-enfermedad sean minimizados, observando a la salud y a su búsqueda sólo como un motor para la venta de servicios y de atención médica (Echeverri, 2008; Laurell, 2001; Frenk *et al*, 1976), abandonando la complejidad del desarrollo y proceso que tienen las enfermedades y procesos de salud.

La mercantilización y la búsqueda de la salud perfecta basada en los servicios médicos, ha generado un proceso de fetichización que significa “hacer aparecer como relaciones entre cosas lo que son relaciones entre personas [...] el discurso medicalizante es

un componente habilitador del proceso por el cual todos los aspectos relevantes para la vida, e inclusive la vida misma adquieren condición mercantil, o sea condición de cosa” (Stolkiner, 2013, p.10).

El proceso de mercantilización de la salud trae consigo una serie de procedimientos de subjetivación y de disciplinamiento que no sólo reduce los procesos de salud-enfermedad a la mera biología y el cuerpo, sino que estructura “fallas morales” (Stolkiner, 2013, p. 11) como patologías psiquiátricas y que reducen al paciente psiquiátrico a un trastorno (por ejemplo, llamar esquizofrénico a una persona que oye voces o paranoico a una persona que tiene la convicción de que lo están persiguiendo).

Esta reducción de la persona a un rasgo de su personalidad o de su conducta (Szasz, 2001; Basaglia, 1976) se da en los procesos hospitalarios para pacientes mentales, pero también está presente en los tratamientos residenciales para la rehabilitación de las adicciones. Los pacientes son inmediatamente reducidos a un comportamiento seleccionado dentro de la amplia gama de pensamientos, ideas, conductas, valores, etc., que una persona tiene.

Reducir al usuario a una característica de su comportamiento dentro del establecimiento, hace que la vida por fuera de la clínica sólo sirva como información adicional para comparar al usuario internado e individualiza el tratamiento, pues es sólo él el encargado de mejorar su salud física y mental (Han, 2014; Cabanas y Illouz, 2019; Illouz, 20017, Castro, 1999). La información de su vida exterior se vuelve en un elemento clave para poder cumplir con el servicio de rehabilitación.

Otra forma de entender la mercantilización de la salud es la propuesta que desarrolla Rodríguez (2022) para quien, siguiendo a Laclau, la salud puede ser entendida como un significativo vacío que “puede ser llenado acorde a lo que cada uno entienda, convenga o requiera” (Rodríguez, 2022, p. 21) y que al final, aunque sea un concepto vacío, funciona como un valor de uso (Rodríguez, 2022).

Desde su perspectiva, Rodríguez observa que el proceso de convertir en mercancía el servicio clínico parte del valor de uso que tienen para la medicina el conocimiento generado por ciencias como la biología, la química, la fisiología o la anatomía: “un médico debe

traducir con trabajo clínico los conocimientos generados por biólogos, fisiólogos, químicos o anatomistas, en un producto que llamará diagnóstico, tratamiento o pronóstico” (Rodríguez, 2022, p. 22), lo que al final, convertirá el trabajo clínico en una mercancía que puede ser consumida por la población general. Dentro de las profesiones de la salud que convierten el valor de uso de las ciencias anteriormente mencionadas, Rodríguez ubica a la medicina, a la enfermería y a la psicología.

Aunque se entendiera que la inversión y el esfuerzo del estudiante de fisiología, biología, química o farmacología puede convertirse en valor de uso, es solo el profesional clínico -en otras palabras, el psicólogo, el optometrista, la enfermera y el médico-, quien puede convertir esa inversión en la salud que puede ser adquirible por la población general o el vulgo. Es decir, estas profesiones se convierten en intermediarios en la mercantilización del conocimiento al masificarlo (Rodríguez, 2022, p. 24).

La mercantilización de la salud se traduce en la tecnocratización de la salud, es decir, en la especialización del servicio y de los agentes médicos y en la falta de protagonismo de la situación sanitaria en la agenda de las políticas públicas. El mercado de bienes y servicios en salud se debe ver a la luz de “una buena oferta en salud” (Rodríguez, 2022, p. 25). Lo anterior se reformula como la expectativa de un trabajador de la salud calificado y tecnificado para brindar las mejores prácticas de atención a la población cliente (Molina y Tobar, 2018).

Foucault (1999) sostiene que la mercantilización de la salud pasa por el cuerpo del paciente a través de dos formas: 1) por la potencialidad del cuerpo del paciente para producir y reproducir el capital económico y 2) por los procesos de enfermedad y de sufrimiento a los que los cuerpos están dispuestos.

Castro (2009) que sigue a Foucault (1999), agrega que uno de los elementos que vincula la mercantilización de la salud al neoliberalismo es que la salud se vuelve un asunto de autogestión de la vida, que hace que las personas consuman los productos de la salud que existen en su mercado, por ejemplo: fármacos, tratamientos médicos, talleres, libros de autoayuda, conferencias sobre inteligencia emocional (Castro, 2009; Illouz, 2007; Molina y Tobar, 2018).

Esto al final parece culpabilizar al propio enfermo de su enfermedad por no “adoptar estilos de vida saludables y la búsqueda de la salud se reduce al consumo de servicios y a la gestión del riesgo de forma individual” (López-Arellano y Jarillo-Soto, 2017, p. 4).

Las tres formas de pensar la mercantilización de la salud -una búsqueda de la salud perfecta (Stolkiner, 2013), un uso del valor de las ciencias biológicas y farmacéuticas en un servicio clínico (Rodríguez, 2022) y la salud como un proceso autogestivo y de administración de riesgos y de prevenciones (Castro, 2009; Illouz, 2007; Foucault, 1999) son complementarias, más que excluyentes, y las tres concepciones pueden ser vistas en los espacios institucionales para la atención de pacientes mentales (Rodríguez, 2022) o para pacientes con adicciones (Córdova, 2018).

En los tratamientos para la rehabilitación en adicciones se puede observar el proceso de mercantilización del servicio de salud. El principal eje es la competencia entre instituciones residenciales con sus ofertas de tratamiento, en donde el usuario no solamente es reducido a su consumo (Córdova, 2018), sino que también las emociones serán cosificadas para producir capital económico a los dueños de la institución.

### Capitalismo Neoliberal

Por capitalismo neoliberal se entenderá un contexto político y económico en el cual los sujetos se hacen empresarios de sí mismos, por lo que el desarrollo económico aparece con un solo responsable, el individuo (Han, 2014, Castro 2009). Según Han (2014), el poder en el neoliberalismo se ejerce sutilmente y ocupa la libertad del sujeto para que él reproduzca el entramado de dominación de la sociedad capitalista.

El neoliberalismo basado en el slogan *empresario de sí mismo*, lo que hace es ejercer un poder psicopolítico que se manifiesta en la ideología de que son los mismos individuos los que buscarán optimizarse con técnicas terapéuticas como psicoterapia positiva, mindfulness y terapéuticas que les permitan incrementar su rendimiento y eficacia (Han, 2014).

Para el filósofo surcoreano, la sociedad neoliberal es diferente a las sociedades disciplinarias en dos sentidos: 1) la sociedad disciplinaria es una sociedad que reconoce la anomalía y ejerce poder sobre ella. Es por ello que piensa a las sociedades disciplinarias

como inmunológicas y que reaccionan contra el anormal con prisiones y hospitales psiquiátricos (Han, 2014, 2016). La sociedad neoliberal es catalogada como una sociedad de rendimiento, en donde el otro desaparece, quedando solamente *yoes* que son proyectos para desarrollar. Es por su necesidad de ser mejores que acuden a terapia, a gimnasios o a cursos académicos. Su intención es ser el mejor proyecto entre otros proyectos. 2) la sociedad disciplinaria es biopolítica, es decir, hay una ortopedia del cuerpo y de la mente; la sociedad de rendimiento o la sociedad neoliberal es una sociedad psicopolítica que lo que hace es usar los deseos, anhelos y necesidades de los sujetos para producir capital económico. La sociedad disciplinaria, se podría pensar, es una sociedad del *superyó*, mientras que las sociedades de rendimiento es una sociedad de la libido.

A pesar de que coincido con el posicionamiento del filósofo asiático sobre lo que es el neoliberalismo, pienso que no alcanza a comprender la compleja relación que hay entre la biopolítica y la psicopolítica en fenómenos que se observan actualmente, por ejemplo, dentro de los tratamientos de rehabilitación en adicciones que ofrecen las clínicas privadas<sup>21</sup>, espacios en los que algunos usuarios son sometidos a una doble fuerza: el poder disciplinar con toda la tecnología del detalle que ese poder representa, y un poder psicopolítico que hace que recaiga toda la responsabilidad del tratamiento en unos sujetos aislados que deben desarrollar sus potencialidades emocionales e intelectuales, así como llevar a cabo su deseo y manifestar su libido en planes de vida que los haga mantenerse abstemios del consumo.

### Emociones capitalizadas

En el mercado del tratamiento de rehabilitación en adicciones, las emociones parecen ser un factor determinante que permiten la entrada de las narrativas terapéuticas. De una forma u otra, las emociones como vergüenza, culpa, miedo o falta de adecuación han desarrollado toda una industria de la terapéutica. La búsqueda de la salud como un bien de consumo toma fuerza de emociones negativas y del sufrimiento (Illouz, 2007). Es por esto por lo que se abordarán las emociones en el neoliberalismo y, particularmente, en la mercantilización de la salud.

---

<sup>21</sup> Para conocer más sobre la filosofía de Byung-Chul Han, véase: Han, B.-C. (2016). *La sociedad del cansancio*. Herder editorial. España. Han, B.-C. (2014). *Psicopolítica*. Herder editorial. España, entre otras obras.

Pensar a las emociones en el contexto neoliberal nos permitirá comprender que, aunque lo que se compra en los tratamientos de rehabilitación de adicciones es el servicio de salud y a la misma salud como bien de consumo, lo que la clínica oferta es miedo y culpa, es decir, son las emociones las que permiten que se movilice la venta del servicio de salud.

Para Han (2014) las emociones están relacionadas directamente con los procesos económicos neoliberales, convirtiéndose en medios de producción del capital, pues permiten incrementar la productividad y el rendimiento. Las emociones pueden ser capitalizadas porque son performativas, apuntalan acciones, son intencionales y finalistas.

Las emociones, a diferencia de los bienes materiales, le permiten al capitalismo de consumo tener una mercancía infinita, pues la emoción como bien de consumo se manifiesta más allá del valor de uso, su valor es infinito (Han, 2014), lo cual genera que la venta sea también infinita.

Illouz (2007) observa que las emociones como la vergüenza, la culpa o el miedo, permiten catapultar diferentes bienes de consumo terapéutico y de servicios de salud, por ejemplo: talk shows, programas de asesoramiento, grupos de apoyo, sesiones de terapia y programas de rehabilitación, que pueden encontrar una manifestación en el coaching, psicoterapia, grupos de A.A., y establecimientos de rehabilitación para las adicciones.

El uso de las emociones para la venta de los productos antes mencionados inicia con el discurso que conjuga la autorrealización (de la psicología humanista y más reciente de la psicología positiva) y la salud, concluyendo que una vida plena es una vida sana (Illouz, 2007; Cabanas y Illouz, 2019). Cuando la narrativa terapéutica define lo que es sano, genera dos efectos: 1) identifica, por contraposición, aquello que no es sano, patologizando lo que no está en la norma de la autorrealización. El discurso de la vida plena al definir el bienestar también define el sufrimiento. Illouz ejemplifica el discurso de la salud y la autorrealización con una analogía de la salud física: “si transpusiéramos ese ideal al ámbito de la salud física, equivaldría a decir que alguien que no usa todas las posibilidades de su musculatura es un enfermo” (2007, p.105); 2). Al pensar que la autorrealización y la salud son dos lados de la misma vereda y sabiendo que el concepto de autorrealización proviene de las psicologías del

yo<sup>22</sup>, podemos decir junto a Illouz (2007), que la salud se convierte en una responsabilidad del yo, sin importar condiciones materiales de existencia, clase social, etc.

Así, el sufrimiento y la necesidad de curarse hacen que los servicios de salud psicológicos y terapéuticos comiencen a ser bienes de consumo. Las emociones negativas deben ser sustituidas por las emociones positivas (Cabanas y Illouz, 2019) para lo cual habrá toda una industria que, si bien no logra el objetivo, sí produce libros, talleres, conferencias y, en nuestro caso, tratamientos de rehabilitación por el uso de sustancias psicoactivas.

#### Biopolítica en los centros de rehabilitación en adicciones

La categoría de biopolítica entendida como la administración de la vida, será una herramienta para observar la complejidad de los procesos de salud que existen en el tratamiento residencial para la rehabilitación en adicciones. A través de las categorías de dispositivo y de disciplina se podrá explicar y comprender la distribución espacial de los usuarios, horarios de actividades, la alimentación, la cura de los trastornos fisiológicos y mentales por el abuso de sustancias psicoactivas.

La biopolítica identifica que el poder no se ejerce solamente en la capacidad de dar muerte, sino que también lo hace desde la capacidad de administrar la vida, de gestionar a la población y a los individuos para hacer de los cuerpos de éstos un recurso para el desarrollo del capital económico (Foucault, 2007). El poder se funda en el cuidado de la vida y de la salud, como también, en el desarrollo de fortalezas, aptitudes y de la docilidad del cuerpo colectivo e individual.

El poder soberano, que antes del siglo XVIII era identificado por la capacidad de dar muerte, se vuelve un poder que estructura, forma y mantiene a la vida viva. En términos de Foucault el ejercicio del poder pasó del “hacer morir y dejar vivir” (Foucault, 2007, p.164) al de “hacer vivir o dejar morir” (Quintanas, 2013, párrafo 16).

Es en este contexto en el que se fueron implementando espacios como los hospitales, psiquiátricos, milicia, prisiones, escuelas y fábricas que tenían la función de estructurar,

---

<sup>22</sup> Las psicologías del yo son postulados teóricos que se separaron de los fundamentos del psicoanálisis freudiano (complejo de Edipo). Algunos representantes de la psicología del yo son Alfred Adler, Karen Horney, Heinz Hartmann, Erich Fromm, entre otros, quienes con sus teorías pusieron en el Yo de las personas herramientas que se pueden desarrollar y mejorar con terapia.

ordenar y sistematizar la producción de subjetividades y corporalidades de las personas que llegaban a estas instituciones con el objetivo de generar capital para el soberano, haciendo del ser humano un recurso humano. Con el establecimiento de estas instituciones, es como la vida biológica se volvió el objeto de la política (Agamben, 2006; Espósito, 2012; Foucault, 2007).

El biopoder no solamente se encarga de regular y controlar el cuerpo individual y colectivo de una persona o sociedad, sino que también genera una subjetividad y un tipo de vínculo entre los cuerpos. El poder da sentido a las acciones y a los actos. En palabras de Byung-Chul Han “el poder es un fenómeno de la forma” (2017, p. 13) pues implica la construcción o moldeamiento en la sociedad general, mientras que, para los anómalos, para aquellos que salen de la regularidad social, se edifican hospitales psiquiátricos, cárceles o centros de rehabilitación en adicciones, espacios que ejercen el poder disciplinar para remoldar la subjetividad, las creencias y las ideologías.

Michel Foucault en el texto *El poder psiquiátrico*, curso que dio en el colegio de Francia entre 1973 y 1974 (2020), replantea las formas en que el poder se ejerce en las instituciones mentales. En ese texto considera que, para entender el biopoder en la institución psiquiátrica, es necesario precisar que realmente no es la institución la que ejerce el poder y que el poder no es ejercido por una figura única.

El poder psiquiátrico se establece en redes que permiten la dispersión de este sobre los pacientes del psiquiátrico. Foucault (2020) identifica como figuras relevantes en el ejercicio de este poder a médicos, vigilantes y servidores, los cuales están jerarquizados alrededor del paciente. El médico y el vigilante están por encima del enfermo, mientras que el sirviente está por debajo de éste. Aunque el sirviente se encuentra por debajo del paciente no obedece al enfermo, sino que hace parecer como que le obedece (Foucault, 2020), pero realmente se subordina a la voluntad del médico. Que el sirviente se encuentre aparentemente por debajo del enfermo tiene la función de rodearlo y de este modo poder vigilarlo en situaciones en las cuales se encuentra como figura de poder (Foucault, 2020).

Hay también un poder y una figura intangible en esta red del poder psiquiátrico. Se trata del reglamento. Dicho texto será el que regula lo que ocurre dentro de la institución y

apoya el ejercicio de poder del médico. El reglamento es una figura importante para comprender el poder psiquiátrico y, de alguna forma, se vuelve el punto de control de la institución.

Para Foucault (2020), la institución psiquiátrica funge como un campo de batalla de dos voluntades: por un lado, se encuentra la del médico, que se distribuye en el personal de la institución y, por el otro lado, la del paciente, el cual, regularmente se ve sometido sin posibilidad de resistencia a la voluntad del médico. Es por esta sumisión que el paciente se puede volver objeto de conocimiento y de tratamiento médico. Por ello, antes de ser un espacio de curación, la institución mental es un espacio de relaciones de poder (Deleuze, 2018).

El tipo de poder que se ha ejercido en el psiquiátrico, según Foucault (2020), es el poder disciplinario que tiene algunas cualidades: como la captura del cuerpo, el ser continuo y ser isotópico. Cuando se dice que captura al cuerpo, quiere decir que se apropia de gestos, comportamientos y del tiempo; cuando se dice que es continuo, se refiere a que no para en el tiempo, que se desarrolla de forma continua, no hay momentos en los que no se ejerza; cuando se dice que es isotópico, es porque genera estructuras, clasifica y delimita.

Pero, sobre todo, el poder psiquiátrico individualiza a los pacientes: genera un programa terapéutico que hace del interno un sujeto del poder disciplinario, el cual lo normalizará, siempre partiendo del discurso que el enfermo mental construya para sí mismo (un delirio, por ejemplo), pero sin dejar de verlo desde el posicionamiento en la relación de poder con el médico.

En lo teorizado sobre cómo se ejerce este poder psiquiátrico en las instituciones de rehabilitación en adicciones, trabajos como el de Lorenzo (2012) y Córdova (2018) observan que la lucha de voluntades es un proceso iniciático, que luego será seguido por la regulación disciplinaria y de la curación. Por ello, Lorenzo (2012) considera que un aspecto fundamental para entender el consumo de sustancias como una enfermedad, y luego cambiar al estatus de ser un enfermo en rehabilitación, es que el paciente adicto se *rinda*. Esto quiere decir que el paciente, debe “asumir su impotencia y falta de control” cuando consume, pero también es una rendición a la voluntad del equipo médico y psicológico, con lo cual será un sujeto que

se dispone a ser guiado o, en términos disciplinarios, ser tomado. Así, el centro de rehabilitación es un dispositivo biopolítico que construye cuerpos dóciles y consumidores en rehabilitación crónica quienes estarán marcados por haber tenido un tratamiento residencial para las adicciones (Córdova, 2018).

Sin embargo, en el trabajo de campo se observó que esa lucha de voluntades o el dominio sobre el interno no acaba nunca. Las relaciones de poder se encuentran en tensión constante. El usuario de manera individual o colectiva puede resistir activamente al poder institucional teniendo confrontaciones directas con las figuras de mayor fuerza de la clínica. Otro camino que mantiene la tensión de fuerzas está en la resistencia pasiva que mantiene el lugar tenso con comentarios como “cuando más tranquilos están, hay que estar atentos” (operativo, 2023). Por ello, la lucha de voluntades parece continuar a lo largo del proceso y no se trata de un momento específico del tratamiento. El proceso de generar un cuerpo dócil será repetido las veces que sean necesarias con un ritmo personalizado para el usuario, con la intención de hacer de él un sujeto del poder de la clínica.

### *Dispositivo*

Pensar a la clínica como un dispositivo permitirá definir algunos elementos clave de la comunidad terapéutica, entendiendo que un dispositivo lo que hace es asignar a las cosas y a los seres humanos un lugar dentro del mundo (Braunstein, 2011). En ese sentido, el concepto de dispositivo permite “develar” (Braunstein, 2011) las relaciones y los elementos que se articulan en la institución.

El concepto de dispositivo es un término técnico que Agamben atribuye a Michel Foucault y que comienza a usarlo para teorizar sobre el “gobierno de los hombres” (Agamben, 2014, p. 7). Foucault entiende por dispositivo a “un conjunto de estrategias de relaciones de fuerza que condicionan ciertos tipos de saber y son condicionados por ellas (citado en Agamben, 2014, p. 8).

Agamben (2014) identifica tres aspectos para comprender el concepto de dispositivo:

1. Un dispositivo son discursos, instituciones, edificios, leyes, medidas de policía, proposiciones filosóficas y las redes que se establecen entre estos elementos.
2. Un dispositivo siempre tiene una función estratégica en las relaciones de poder.

3. Un dispositivo es la consecuencia de las relaciones de poder y las relaciones de saber.

Agamben (2014) piensa a los dispositivos como:

Cualquier cosa que de algún modo tenga la capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivientes. Por lo tanto, no sólo las prisiones, los manicomios, el Panóptico, las escuelas, la confesión, las fábricas, las disciplinas, las medidas jurídicas, etc., cuya conexión con el poder de algún modo es evidente, sino también la pluma, la escritura, la literatura, la filosofía, la agricultura, el cigarrillo, la navegación, las computadoras, los teléfonos celulares y -por qué no- el lenguaje (Agamben, 2014, p. 18).

Esta definición, hace una distinción de dos elementos: están los seres vivientes o la sustancia (el ser humano) y están los dispositivos (Agamben, 2014). Y es así porque el dispositivo está inscrito en lo Abierto en lo que está afuera del cuerpo, entre el espacio que hay entre el cuerpo humano y la humanidad. El dispositivo no se trata de un accidente, sino que el dispositivo está en la raíz del proceso de “hominización” (Agamben, 2014). En otras palabras, el dispositivo construye una subjetividad.

En el dispositivo penitencial el yo o la subjetividad del prisionero se construye a partir de la negación y asunción del viejo yo (Agamben, 2014). En la prisión, el nuevo sujeto encuentra “la propia verdad en la no-verdad del yo pecador” (Agamben, 2014, p. 23), lo que quiere decir que el yo del prisionero se construye como una negación del yo criminal. Los dispositivos funcionan como procesos de subjetivación y de desubjetivación, es decir: sólo puede surgir un nuevo yo a partir del rechazo del yo anterior.

En esta problematización, Agamben (2014) considera que los dispositivos de la época actual del capitalismo en sus procesos de subjetivación y desubjetivación son indiferentes y el sujeto capitalista tiene una forma larval o espectral y que realmente nunca alcanza a tener una identidad por su incursión en los diferentes dispositivos, dejándolo en una categoría de ciudadano inofensivo que deja que sus deseos y su libertad sean dirigidos y controlados por los diferentes dispositivos hasta en los detalles más pequeños (Agamben, 2014).

Para el caso de la clínica de rehabilitación, el dispositivo parece funcionar de una manera similar, pues mientras algunos usuarios entran en un proceso de desubjetivación y

subjetivación y otros mantienen una resistencia pasiva o activa, hay usuarios que se mantienen con una subjetividad larvaria, en el sentido de que ellos se dejan controlar y dirigir sin oponer ningún tipo de resistencia, por lo que se vuelven usuarios dóciles, pero no tienen ningún tipo de intencionalidad, son subjetividades estáticas.

### *Disciplina*

La categoría de disciplina será un elemento indispensable para pensar el proceso de subjetivación que se vive dentro de la clínica, en donde los usuarios pasan de ser adictos a usuarios o adictos en recuperación.

La disciplina es un ejercicio de poder que se observa con mayor frecuencia y claridad en las instituciones totales ya que se trata un poder totalizador (Rojas, 2018). La disciplina implica una “coerción ininterrumpida, constante, que vela por los procesos de la actividad más que por su resultado” (Foucault, 2010, p. 159) y que articula “el tiempo, el espacio y los movimientos”.

La disciplina explora, desarticula y recompone el cuerpo de los individuos y tiene como finalidad última aumentar las fuerzas del cuerpo, pero disminuyendo la fuerza política del sujeto para que se inserte dócilmente en una sociedad con una economía determinada (Foucault, 2010).

La disciplina es una racionalidad técnica que se ejerce en las instituciones totales como las prisiones, cuarteles, hospitales psiquiátricos y también en los centros de rehabilitación en adicciones. Aunque en diferentes grados, el poder disciplinar se ejerce de formas similares en dichas instituciones, manifestándose en tres niveles (Foucault, 2010):

- La clausura de un lugar, de un espacio en el cual son internados diferentes grupos sociales. Los militares se insertan en cuarteles, los presos en penitenciarias, los pacientes psiquiátricos en hospitales para enfermos mentales y los adictos en clínicas de rehabilitación. Es decir, se trata de espacios cerrados y organizados para un grupo particular de sujetos.
- La división y organización de zonas que permiten la vigilancia de la conducta para sancionarla o ratificarla. Foucault plantea al panóptico como una forma de vigilancia por excelencia en las prisiones. En el caso actual, el panóptico

en espacios disciplinares como las instituciones para pacientes con trastornos por el uso de sustancias psicoactivas ha sido o sustituido o fortalecido con redes de cámaras de videograbación que mantienen la vigilancia y la observación de los internos, quienes se encuentran en espacios diferenciados del equipo de trabajo del centro de rehabilitación.

- La individualización, distribución y relación de los cuerpos para el control y trabajo simultáneos de los cuerpos. Foucault (2020) plantea que el poder disciplinar permite generar individuos a partir de un tratamiento particular del paciente psiquiátrico. En el caso de los usuarios de instituciones para el tratamiento de rehabilitación, los usuarios también están sometidos a procesos individuales que tratan generar procesos psicológicos y emocionales diferenciados a los de los demás internos, haciendo que el proceso terapéutico sea individual.

Aunado a esto, la disciplina implica un empleo regular del tiempo (establecer ocupaciones, regular ciclos de actividad), una elaboración temporal de los actos que se trata de descomponer un acto en sus elementos, una correlación entre el cuerpo y el gesto para hacer más efectiva la acción y la utilización exhaustiva que consiste en no perder tiempo.

En una institución total como la Clínica de rehabilitación en adicciones, la disciplina se ubica como un eje que controla y estructura el tiempo, las actividades colectivas, e incluso las actividades individuales.

Foucault (2010), Goffman (2001) y Massimo & Pavarini (2010) así como la mayoría de las investigaciones recientes sobre instituciones totales (Córdova, 2018; Gaete, 2007; Galaviz, 2015; Gómez, 2008; Lorenzo, 2012; Martínez, 2017; Muñoz, 2011; Bacilio, 2018; Contreras, 2010; Saldaña, 2015; Rojas, 2018) han observado que hay disciplinamiento en los centros mentales con un fuerte componente de separación de los internos con el mundo exterior y que la falta a la disciplina implica un castigo o una reprimenda que puede ser individual o colectiva.

Los castigos más visibles serán físicos como el aislamiento, golpes, baños con agua fría o psicológico como humillaciones. A la vista de Goffman (2001) y Massimo & Pavarini

(2010) la disciplina abre la puerta para que los internos entren en ansiedad por el temor de romper alguna regla, pero también posibilita un ejercicio de poder sobre los detalles del cuerpo de los internos.

Por esta situación, podríamos considerar como una definición operativa de disciplina como aquel conjunto de reglas, normas y códigos escritos o no que rigen la conducta de los usuarios y que separa a éstos de aquellas actividades que podrían hacer de manera libre fuera de la institución de rehabilitación.

## Capítulo I. El centro de rehabilitación A

En este capítulo se hará una descripción detallada de los diferentes elementos de la clínica en la que se realizó el trabajo de campo, abarcando la estructura arquitectónica (descripción de los edificios), el staff o el equipo de trabajo, los usuarios, sustancias de consumo entre los usuarios y algunos elementos culturales (espiritualidad, fiestas y ceremonia).

La intención es presentar el escenario donde se realizó el trabajo de campo, tratando de abarcar aquellos elementos y personas (puestos laborales) que están en constante interacción y que ejercen una influencia en los procesos de disciplinamiento y en la vivencia del tratamiento residencial.

Se abordan los elementos culturales, pues se considera que estos pueden ser una expresión sintomática de cómo opera el poder disciplinar dentro del establecimiento y que permiten ver la dinámica social, los procesos sociales y los roles que cada agente tiene durante el internamiento.

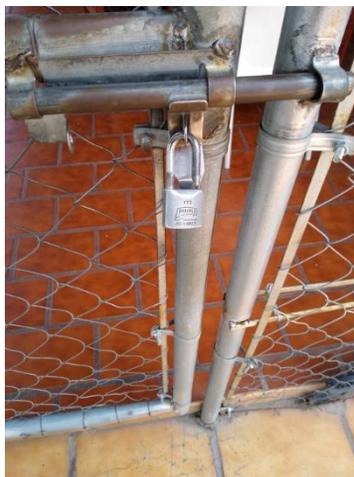
La institución en la que se desarrolla la investigación es una clínica privada en el municipio de Cuernavaca, Morelos. Ésta forma parte de un conjunto de cinco centros que se ocupan del tratamiento para pacientes voluntarios o involuntarios, varones o mujeres de clase media, clase media alta y clase alta. La clínica A se especializa en la rehabilitación para usuarios varones con ingreso involuntario. Dentro de la población que se recibe hay consumidores de sustancias legales e ilegales, así como casos de ingobernabilidad (palabra que algunos usuarios usan para referirse a sí mismos).

### Infraestructura

La clínica de rehabilitación está adaptada a la arquitectura de una casa de descanso. Cuenta con espacios amplios y bien iluminados. La institución por dentro se divide en dos áreas: el espacio donde están los usuarios y el espacio en el que se encuentra el personal. El área del personal cuenta con un edificio en el que se ubica la dirección, dos consultorios para psicoterapia, un consultorio médico y un cuarto de enfermería para que sea ocupado por un paciente de nuevo ingreso; también tiene garaje para un auto. El área de los usuarios se compone de dos edificios: uno tiene un cuarto para usuarios de nuevo ingreso y un

consultorio para psicoterapia que cuenta con ventanas de aproximadamente un metro cuadrado (pero que es anexo del edificio del personal); el segundo edificio, que es más grande, tiene tres habitaciones grandes en las que caben entre 6 y 8 camas para usuarios; dos cuartos tienen un baño interno en cada recámara y el tercer cuarto tiene asignado un baño externo. El edificio cuenta con una sala de terapia que es ocupada, también, para ver la televisión por parte de los usuarios. Este edificio cuenta con pequeñas áreas verdes, alberca, cancha de tenis y un corredor en el cual se realizan juntas de A.A.<sup>23</sup>. y se come, es decir, es multifuncional (en el corredor hay una mesa con sillas de madera). En las horas de las comidas se despliegan unas mesas accesorias de plástico. Entre el área del staff y el área de los usuarios se ubica la cocina, la cual tiene una puerta con acceso directo al edificio de los usuarios y que es ocupada por los internos con el servicio de cocina para entrar y salir del área de usuarios y la cocina. Fuera de las horas de comida, la puerta de la cocina se mantiene asegurada desde el área del personal. Así mismo, se ubica un cuarto que se adaptó a lo que era la bodega de la casa y que tiene espacio para 6 o 7 camas, aproximadamente. Este cuarto, aunque es parte del edificio de los usuarios, sólo se puede acceder a él desde el área del

personal.



*Ilustración 1. Puerta que separa a los usuarios del personal de la institución y candado.*

Ambas áreas están separadas por una reja metálica con una puerta, la cual es el acceso principal para el área de los internos.

Esta puerta se mantiene la mayor parte del tiempo cerrada y con un candado que está sobrepuesto todo el tiempo, por lo que los internos que duermen en la habitación que está

---

<sup>23</sup> Dentro del proceso terapéutico que imparte la clínica, como se verá en el capítulo III, los usuarios reciben diferentes tipos de abordajes terapéuticos, entre ellos el brindado por Alcohólicos Anónimos (A.A.) a partir de los 12 pasos y juntas para trabajar dichos pasos. El trabajo de los 12 pasos es llevado a cabo por los mismos internos, las juntas con otros grupos son escasas o nulas (durante la investigación no se observó ninguna junta con otros grupos). Cabe destacar que A.A. como asociación no participa de los procesos involuntarios ni de los internamientos para la rehabilitación de la adicción, pues parten del principio de la abstinencia por voluntad propia. Véase: <https://www.aamexico.org.mx/aa>

fuera del área de usuarios pueden salir regularmente. Tanto la reja como la puerta tiene en la parte superior alambre de púas (Ilustración 1).

La institución está limitada con el exterior por una barda que adquiere diferentes alturas dependiendo del lugar de la clínica (la clínica se encuentra a desnivel con respecto a la calle principal), por ejemplo: es más alta en la cancha de tenis (la cual tiene un mayor desnivel en relación con la calle principal) que en el espacio de las oficinas (que está a nivel de calle). Toda la barda se encuentra cercada y electrificada.

La clínica cuenta con un circuito de videocámaras que están colocadas por fuera y por dentro de la institución. Las cámaras del exterior vigilan la puerta, el portón y la calle aledaña a la clínica. Las cámaras internas cubren la cancha de tenis, alberca, corredor, sala de terapia, cocina, pasillo que da a las recámaras, un espacio de alrededor de 1.5 metros que separa la barda del edificio de los usuarios, oficina del director y consultorio médico. Todas las cámaras reportan a una pantalla que se encuentra en la oficina del director de la clínica (Ilustración 2).



Ilustración 2. Red de cámaras en la oficina del director.

La infraestructura adaptada de la clínica a la arquitectura de la casa mantiene una separación entre el personal y los usuarios, pero también permite una constante observación de los internos, principalmente en las áreas comunitarias y externas (cancha, alberca, áreas verdes, corredor). La reja funciona como un muro transparente que permite la observación del área de los pacientes sin tener que ingresar a su espacio. De la misma forma, los usuarios pueden observar al personal desde esta misma reja, pero su visión es parcial pues no pueden ver dentro de las oficinas. Si desean ver al personal, deben recostarse sobre la reja o acercarse a una columna. Aunque los usuarios regularmente tienen una sección con mayor visibilidad, usan la puerta para tratar de observar al personal.

Una de las principales herramientas de observación es la red de cámaras (Ilustración 3) que tiene un doble beneficio para el personal porque 1) implica la nula observación por parte de los usuarios hacia ellos y 2) permite la observación de áreas comunitarias que son de difícil acceso desde la reja. Las cámaras, a su vez, pueden ser usadas para confirmar algún hecho que haya pasado dentro del área de los usuarios (peleas, intentos de fuga). Además, lo que registran pueden ser usado para realizar un juicio con evidencias sobre conflictos entre usuarios, lo cual puede evitar el castigo de algún paciente que ha podido ser erróneamente acusado.





*Ilustración 3. Cámaras en los espacios de los usuarios: comedor, sala de terapia y cancha.*

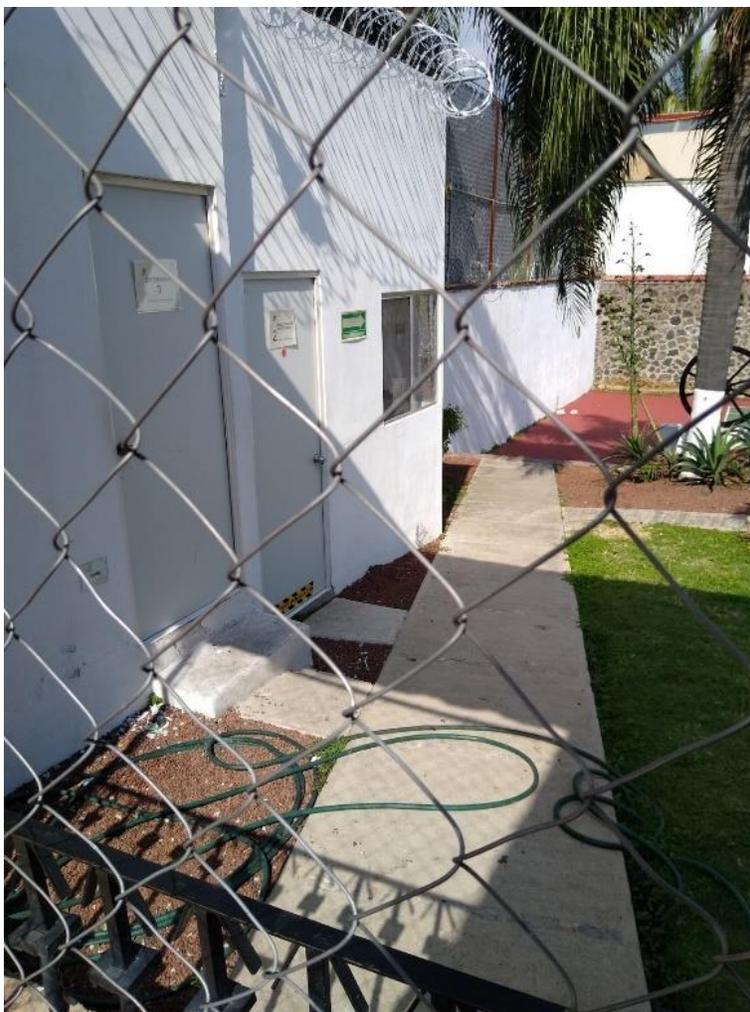
Otra herramienta de observación es el consultorio de psicoterapia que se encuentra dentro del área de los usuarios (ilustración 4). Este consultorio tiene una funcionalidad doble para uno de los psicólogos, quien consideraba que ese cubículo era un espacio útil para dar psicoterapia a los usuarios y al mismo “ver” (*sic.*) canchas, alberca, jardín y área de fumar de los usuarios. La visión que propicia este consultorio ha funcionado para vigilar la dinámica de los internos y brindar el apoyo inmediato a los pacientes frente a crisis inesperadas (el psicólogo refiere que gracias a que estaba en ese espacio pudo dar primeros auxilios a un usuario que se estaba convulsionando) ya que, al estar en el área de pacientes, permite una acción inmediata sobre ellos.

Este consultorio parece funcionar como un dispositivo o herramienta del biopoder y del poder disciplinar de la clínica, es decir, en su carácter panóptico posibilita una visibilidad absoluta del cuerpo de los usuarios pues desde él se ejerce una observación del usuario en distintos niveles: un nivel psicológico (psicoterapia), un nivel corporal (posibilidad de brindar primeros auxilios) y un nivel espacial (en cuanto localización de los usuarios en la clínica). El consultorio es considerado por el psicólogo E como el “mejor” (*sic.*) por estas dimensiones. Además, a diferencia de la reja en la cual el usuario puede ver al personal, el

consultorio está investido por un imaginario de privacidad por ser un espacio de atención terapéutica.

### Staff o Personal de la clínica

El Staff o personal está formado por un director general de la clínica, un médico, tres enfermeros (un varón y dos mujeres), tres psicólogos, una cocinera, dos operativos (que se encargan de la disciplina y el orden de los pacientes) y otros puestos encargados del mantenimiento de las instalaciones (limpieza de la alberca) y del cuidado estético (estilista, microempresa encargada del lavado de ropa).



*Ilustración 4. Cubículo de psicoterapia.*

El operativo es una figura cuyo objetivo en la clínica es la de mantener el orden entre los usuarios. Él se encarga de abrir y cerrar las puertas de la clínica. Cuando hay castigos grupales para los usuarios, él se encarga de ejercerlos y mediarlos. Cuando se cierran cuartos como castigo, su función es poner candado en las puertas y quitarlos. También tiene la función de llevar a los usuarios a las sesiones grupales, recibir pertenencias de los internos y hacer inventario de objetos de cada paciente. Los turnos de los operativos son rotativos y pueden estar en la clínica de manera corrida tres días y tres noches.

A lo largo de la investigación, una de las dos vacantes del puesto laboral de operativo cambió cuatro veces de personal. La otra vacante de operativo cambió dos veces, pero

siempre volvía la persona que conocí al principio de la investigación, al cual denominaré operativo Mu.<sup>24</sup>

El operativo Mu, de unos 49 años, era policía antes de entrar a la clínica. Él espera poder regresar a su trabajo anterior (policía) pues tiene una demanda laboral por despido injustificado. Por esta razón, observa que su trabajo en la institución es temporal, lo cual fue aceptado por el director de la clínica y le dio ciertas libertades para poder seguir su proceso laboral sin perder su puesto.

El operativo Mu era visto por los usuarios como una persona impulsiva y que abusaba de su poder, haciendo chistes pesados, hablándoles mal (con insultos) o incluso agrediéndolos físicamente. Al respecto, un paciente refirió que fue cacheteado por el operativo porque no quiso realizar una actividad de limpieza.

Por parte del staff, el operativo Mu es percibido como un sujeto que tiene control del grupo, pero también reconocen que puede tener un excesivo ejercicio de la fuerza, particularmente porque todo el tiempo porta consigo una piñonera en donde tiene un bastón plegable y un taser a los cuales llaman “juguetitos de Mu” (Staff, 2022).

Hay dos psicólogos (psicólogo E y psicólogo T) y la psicóloga D de planta en la institución. Los tres psicólogos realizan sesiones grupales con los usuarios de la clínica. También llevan casos de manera individual. Una de sus labores, además de la terapia, es atender a las familias de sus pacientes mediante mensajes en chats personalizados para cada familia y hacer devolución de la evolución de la persona internada semanalmente<sup>25</sup>. Ninguno de ellos menciona haber consumido drogas antes de comenzar el trabajo con los adictos.

De los tres, el psicólogo E decidió vivir en la institución pues su casa quedaba en la Ciudad de México. Este psicólogo compartía habitación con el personal operativo que se quedaba a vigilar por las noches y con usuarios de confianza para la institución. El psicólogo E mantuvo un control muy fuerte que fue visible en el comportamiento grupal de la

---

<sup>24</sup> Me centraré en el operativo Mu porque él se ha mantenido en el tiempo de la investigación con pequeños lapsos de ausencia en la clínica.

<sup>25</sup> La devolución es un concepto que se usa en la clínica investigada y que se refiere a realizar una llamada telefónica con la familia del usuario internado. En la llamada se habla sobre los avances o retrocesos observados durante su tratamiento, pero manteniendo la confidencialidad de lo trabajado con el usuario en psicoterapia individual.

comunidad los usuarios. Un ejemplo de este ejercicio de control se observó en sus sesiones grupales con los internos en donde el grupo se mantuvo callado y atento a lo que el psicólogo decía o hacía. Incluso, su ejercicio de poder disciplinar era reconocido por el personal de la clínica porque había sido capaz de ejercer control sobre grupos de pacientes que tuvieron características antisociales de la personalidad<sup>26</sup>, que a nivel de comportamiento manifiesto eran personas que habían estado jugando o platicando durante las demás sesiones grupales.

Las sesiones del psicólogo E eran dictados de temas específicos que él tenía preparados (sobre autoconcepto, adicción, verdad o mentira, etc.). Luego, eran seguidos de un pequeño ejercicio de diálogo sobre el tema, en donde la reflexión se hacía siempre desde la postura del usuario como responsable de su adicción y de su internamiento. Los dictados duraban la mayor parte de las sesiones grupales (una hora y media). A pesar de que eran muchos los usuarios que tenían cansancio de escribir un dictado durante tanto tiempo, ninguno se quejó manifiestamente; solamente hacían algunos comentarios con los compañeros cercanos o gestos en los que sacudían la mano con la que escriben.

En algún momento, en la clínica se filtró la información de que los usuarios se aburrían en las sesiones grupales porque se repetían los temas. El psicólogo E confrontó al grupo sobre eso. Fue preguntado uno por uno a los usuarios sobre sus experiencias en las

---

<sup>26</sup> Algo que me compartía el staff de la clínica de manera más o menos regular eran los diagnósticos sobre trastornos de la personalidad. Dichos diagnósticos eran dados a través del DSM. Algunos criterios diagnósticos que la clínica toma para la identificación del trastorno de la personalidad antisocial que menciono en esta parte son:

- A. Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde antes de los 15 años de edad, y que se manifiesta por tres (o más) de los siguientes hechos:
  1. Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención.
  2. Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal.
  3. Impulsividad o fracaso para planear con antelación.
  4. Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas.
  5. Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.
  6. Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas.
  7. Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien.
- B. El individuo tiene como mínimo 18 años.
- C. Existen evidencias de la presencia de un trastorno de la conducta con inicio antes de los 15 años.
- D. El comportamiento antisocial no se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia o de un trastorno bipolar (DSM -V, 2014, p.659).

sesiones. En ese momento, ningún usuario mencionó el tema de aburrirse de las sesiones, a pesar de que a mí me habían dicho recientemente que se aburrían.

El psicólogo T tenía funciones terapéuticas con los usuarios y su relación con ellos no era del orden del disciplinamiento, como sí lo era con el psicólogo E. Él se mantenía distanciado del grupo de internos. Regularmente estaba en su cubículo. Cuando hablé con él mencionó que se identificaba teóricamente con la corriente psicodinámica de la psicología, pero que él sabía que el psicoanálisis no era funcional (por la dificultad del trabajo psicoterapéutico) para los casos de personas con adicciones, por lo que usaba el enfoque cognitivo conductual de la psicología como herramienta de trabajo terapéutico. En este mismo sentido, el psicólogo T pensaba que los “psicólogos se forman” como terapeutas cuando trabajan en adicciones.

Otro comentario que el psicólogo T hizo sobre la situación de la clínica de rehabilitación es que en ella los usuarios representan dinero para los dueños y que por ello tenía la intención de retirarse del trabajo de planta de la clínica y comenzar un proyecto personal de atención voluntaria y ambulatoria. Por lo que ha mencionado, su postura frente al tratamiento es de corte ético, considerando como principal elemento de la psicoterapia la voluntariedad de la asistencia. Sin embargo, no se ha retirado de la institución porque representa su fuente principal de ingresos. Por este motivo parece quedar claro que la acción del psicólogo T tiene como límite ético y moral la necesidad económica.

Luego, está la psicóloga D, que era quien tenía menos tiempo como trabajadora en la clínica. Ella además de las funciones mencionadas arriba, tenía a su cargo acomodar el papeleo de los expedientes de los usuarios de la clínica. El vínculo que tenía con los usuarios es ambivalente porque algunos la pensaban como una trabajadora que los trataba dignamente, pero había otros usuarios que la pensaban como alguien que no sabía hacer su trabajo.

El médico de la clínica era joven y su función principal era hacer revisiones médicas semanales a los usuarios de la institución. Él también daba sesiones grupales sobre las consecuencias que ocasiona a nivel cerebral el consumo de sustancias psicoactivas. De manera adicional, se ha encargado de trabajar en un tipo de consejería en adicciones con

algunos usuarios de la clínica. Como además de ser médico, es músico, en ocasiones enseñaba a tocar el violín a los internos.

Él tuvo un problema de adicción al clonazepam, medicamento psiquiátrico con gran potencialidad adictivo que se ha usado para tratar el insomnio, estados de ansiedad generalizada, incluso como anticonvulsivante y que tiene como efectos adversos como el rebote (al dejar el tratamiento algunos síntomas de ansiedad regresan más intensos de cómo fueron al inicio del tratamiento), síndrome de abstinencia y tolerancia a los efectos ansiolíticos e hipnóticos a largo plazo (necesitando consumir más dosis del medicamento para llegar al efecto deseado). Que el médico haya tenido esta situación con el clonazepam, sugiere que su acercamiento fuera del área médica con los pacientes es porque conoce algunas de las dificultades que implica dejar una sustancia que produce placer o alivio.

Él pensaba que el trabajo clínico que se hace en la institución para la rehabilitación tenía que ver con la comunicación constante que puede tener el staff, principalmente entre él y los psicólogos, por lo que de manera más o menos consciente, sabía que el trabajo de rehabilitación se hace con redes de poder que se manifiestan en el discurso médico.

El director de la clínica era un psicólogo con experiencia de 10 años en la consejería. Él comenzó su carrera en el tema de la rehabilitación en adicciones en grupos de A.A. Él me comentó que durante su adolescencia y juventud tuvo problemas con el consumo de alcohol. Su sustancia de impacto fue el pulque. Actualmente, no toma ningún tipo de alcohol.

Su postura personal frente al consumo de drogas fue la reducción de daños. Él creía que el mejor tratamiento era aquel que le permitía al consumidor seguir consumiendo, pero de manera responsable, asumiendo y resolviendo las consecuencias sociales, familiares y de salud que conlleva el consumo.

Su postura como director de la clínica de rehabilitación privada, era la abstinencia. Pienso que él representaba, junto con algunos integrantes de su equipo, la paradoja disciplinante de su puesto, pues a pesar de que algunos de los empleados de manera personal y subjetiva consideraban la reducción de daños el mejor tratamiento, todos trabajaban dentro de la clínica con los usuarios para el desarrollo de la abstinencia del consumo. Es decir,

abandonaron una postura flexible sobre el consumo de sustancias psicoactivas por un modelo más bien rígido que negaba todo el tipo de consumo.

El trabajo terapéutico que tenía durante sus sesiones grupales era de corte cognitivo y humanista. Durante sus sesiones, mantenía un lenguaje y un discurso coloquial que hacía que los usuarios se mantuvieran interesados y participativos. También realizaba actividades físicas o juegos durante sus sesiones, lo que proveía a los usuarios, incluso los de nuevo ingreso, un espacio de esparcimiento y diversión.

Por otro lado, el director era una figura de poder para los usuarios y sus decisiones de disciplinamiento y castigo eran objeto de molestia para algunos. Al respecto, un usuario dijo que era una “jalada” (*sic.*), la medida disciplinar que tomó de cerrar cuartos por haber agredido colectivamente a un compañero internado.

## Usuarios

Una característica de la población de usuarios es que está en constante rotación, lo que quiere decir que no siempre se encuentran a las mismas personas internadas. Esto parece relacionarse a que el tratamiento y el contrato que firman las familias es por 90 días. Regularmente, la población está compuesta por 25 usuarios, quienes están dentro de distintos grupos etarios como la adolescencia, la adultez y la adultez mayor.

La población etaria más numerosa es la de adultos jóvenes (19 a 29 años) y adultos maduros (29 a 59 años), teniendo una representación de 20 o 23 usuarios por generación<sup>27</sup>. Luego están los adultos mayores (60 años o más) que pueden llegar a ser de dos internos a cuatro usuarios por generación. Los adolescentes, aunque no siempre hay menores de 18 años internados, pueden llegar a ser uno o dos usuarios por generación.

A pesar de las diferencias de edades, todos los usuarios comparten las mismas actividades terapéuticas grupales. En los tiempos libres entre sesiones y comidas de la comunidad de usuarios, ésta tiende a distribuirse en pequeños conjuntos, en los que han destacado dos grupos: uno que se junta para fumar tabaco y otro para ver la televisión. Hay usuarios que no se agrupan y que pasan el tiempo libre haciendo ejercicio, durmiendo,

---

<sup>27</sup> Una generación de usuarios se refiere a un grupo de personas que fue internadas en fechas cercanas y que convivieron en la clínica durante 90 días.

permanecen acostados en sus habitaciones o platicando con el personal de la clínica, principalmente con el personal de enfermería.

También ha habido personas que ya habían sido internadas en esta clínica, pero que después de su proceso volvieron a consumir sustancias, por lo que regresaron al establecimiento. Algunos son reingresados a los pocos días de haber salido de la clínica, otros tuvieron una recaída al año de haber egresado. Algunos más han mencionado haber estado internados en otras instituciones de la misma cadena de clínicas, haber salido de ellas y luego ser reinternados en la clínica investigada por haber recaído.

#### Drogas de consumo entre usuarios

A pesar de las diferencias de edad de la población de usuarios, la constante es el tipo de sustancias que se consume. La sustancia psicoactiva que más impacto tiene es la metanfetamina, seguida de la cocaína y sus derivados, luego está el alcohol. En menor proporción se encuentra la marihuana y los psicodélicos.

Al menos la mitad de la población que he conocido en la clínica ha sido policonsumidora, lo que quiere decir que además de una sustancia principal, hay consumo de otras. Algunas combinaciones que los usuarios han mencionado es metanfetamina y marihuana o alcohol y cocaína. La primera combinación de drogas es usada por los usuarios para pasar a un estado de estimulación (la cual produce la metanfetamina) a un estado de inhibición (efecto depresor de la marihuana). Es decir, buscan con la marihuana bajar los efectos de la metanfetamina. En la combinación de alcohol y cocaína, se busca contrarrestar un efecto con otro (similar a la primera combinación mencionada), intentando con esa combinación contrarrestar los efectos depresores del alcohol con las cualidades estimulantes de la cocaína. En muchas ocasiones, se hace para seguir bebiendo.

Hay otro tipo de combinaciones de sustancias psicoactivas, por ejemplo: cocaína y marihuana; marihuana y metanfetamina; clonazepam y alcohol; alcohol y metanfetamina, etc., lo cual complejiza los efectos psicoactivos del consumo y la aplicación de técnicas de tratamiento medicamentoso y psicológico.

## Uso, abuso y dependencia de drogas entre usuarios de la clínica

El nivel de consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales (uso, abuso y dependencia) y la necesidad de intervención clínica es determinado por los psicólogos de la institución a través de la aplicación de la prueba ASSIST, estandarizada por la Organización Mundial de la Salud con la intención de detectar el consumo de alcohol, tabaco y sustancias legales e ilegales, asignando una puntuación de riesgo a la salud para cada sustancia que el usuario informa haber consumido.<sup>28</sup> La puntuación que ofrece la prueba es de 0 a +27, la que se divide en tres tipos de riesgos: el riesgo bajo (0-10 puntos para el alcohol y 0-3 para las demás sustancias), el riesgo moderado (11-26 para el alcohol y 4-26 para las demás sustancias) y riesgo alto (+27 para todas las sustancias).

La misma prueba, según los niveles de riesgo, ofrece una sugerencia de intervención clínica. Para las personas con un riesgo bajo la intervención sugerida es una felicitación para los usuarios y alentarlos de seguir en ese consumo de bajo riesgo. Para los usuarios con riesgo moderado se recomienda una intervención breve y una entrevista motivacional. Y para aquellas personas en riesgo alto se hace una intervención breve para alentarlos a tener un tratamiento especializado y a realizar una evaluación clínica detallada.

---

<sup>28</sup> Cada sustancia psicoactiva presenta riesgos específicos a la salud mental y física, así como a la actividad social. A continuación, se presentan algunos riesgos que la prueba ASSIST considera para cada sustancia y que van desde los riesgos moderados a los riesgos más altos. *Alcohol*: Resacas, conducta violenta y agresiva, accidentes y lesiones, náusea y vómito, disminución en el desempeño sexual, envejecimiento prematuro, problemas digestivos, úlceras, inflamación del páncreas, alta presión sanguínea, ansiedad y depresión, dificultades en las relaciones personales, problemas económicos y laborales, dificultad para recordar cosas y resolver problemas, deformidades y daño cerebral en los bebés de mujeres embarazadas, daño cerebral permanente que lleva a la pérdida de memoria, déficits cognitivos y desorientación, apoplejía, daño muscular y en los nervios, enfermedad del hígado y el páncreas, cáncer de boca, garganta y mama, suicidio. *Cannabis*: problemas de atención y motivación, ansiedad, paranoia, pánico, depresión, disminución de la memoria y de la capacidad para resolver problemas, presión sanguínea alta, asma y bronquitis, psicosis, en particular en personas con historial personal o familiar de esquizofrenia, enfermedades cardíacas y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer de las vías respiratorias superiores y de garganta. *Cocaína*: dificultad para dormir, aceleramiento del corazón, dolores de cabeza, pérdida de peso, aletargamiento, hormigueo, piel húmeda, rascarse o arrancarse la piel, ansias o deseo intenso, estrés por el estilo de vida, accidentes y lesiones, problemas económicos, cambios del estado de ánimo: ansiedad, depresión, manías, paranoia, pensamientos irracionales, dificultad para recordar cosas, conducta agresiva y violenta, psicosis después del consumo repetido de altas dosis, muerte repentina por enfermedades cardiovasculares agudas. Estimulantes de tipo anfetamina: dificultad para dormir, pérdida de apetito y peso, deshidratación, reducción de la resistencia a las infecciones, tensión en la mandíbula, dolores de cabeza, dolor muscular, cambios del estado de ánimo: ansiedad, depresión, agitación, manías, pánico, temblores, latido irregular del corazón, falta de aliento, dificultad para concentrarse y recordar cosas, paranoia, conducta agresiva y violenta, psicosis después del consumo repetido de altas dosis, daño cerebral permanente, daño hepático, hemorragia cerebral, muerte repentina por enfermedades cardiovasculares agudas (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 2011).

En la práctica de la clínica privada, la aplicación de la prueba ASSIST es recurrente que los usuarios obtengan una puntuación de riesgo moderado y riesgo alto. Sin embargo, cuando el usuario obtiene una puntuación de riesgo moderado o riesgo bajo, el staff tiende a pensar que el usuario está mintiendo por lo que la intervención que se realiza con ellos es la de la puntuación de riesgo alto, la cual, como se observó sugiere una intervención clínica especializada.

En algunos casos, el staff de la clínica reconoce que un usuario no tiene realmente problemas de consumo y que la persona que lo metió tiene otras intenciones con él. Sin embargo, eso no es un argumento para terminar el proceso residencial con los usuarios. Al respecto, durante la sesión que dio el director de la clínica, un usuario de la tercera edad mencionó que se sentía preocupado por pensar que él fue internado en la clínica como una estrategia para realizar algunos manejos en un negocio que tiene con sus hermanos y que lo podrían dejar fuera de la empresa. A esta narración el director le dijo que era creíble esa preocupación y que “¿qué hacía con esa preocupación?”. El usuario le dijo que trataba de distraerse pensando en cómo arreglar el jardín de la clínica o qué menú haría. El director le dijo “creo que esa es una actitud sana”.

#### Percepción del usuario de la clínica

La percepción que se tiene del usuario por parte del staff de la clínica es compleja y se articula desde diferentes marcos cognitivos. Al parecer, siempre se lo representa desde tres binomios: el de salud/enfermedad, el segundo es el de racionalidad/irracionalidad y el tercero es peligrosidad/seguridad.

#### Binomio salud/enfermedad, binomio racionalidad/irracionalidad y Binomio peligrosidad/seguridad

Es sintomático que el director dé como respuesta al usuario que su discurso “es creíble”. El primer acercamiento que se hace al usuario es a través de la evaluación del principio de realidad, de su capacidad de introspección y de reflexión de la realidad interior (Barbosa y Gómez, 2021)<sup>29</sup> en donde la salud y la razón se asocian. Si los argumentos dados por el usuario fueran evaluados como irracionales, podría ser pensado como un delirio.

---

<sup>29</sup> La prueba de realidad es una de las funciones del Yo que Leopold Bellak desarrolló para identificar la psicopatología.

En la clínica ha habido usuarios que han sido evaluados desde la psicosis o desde el delirio por la presencia de narrativas irracionales (por ejemplo: un usuario mencionó haber pensado que un meteorito iba a caer pronto). Sin embargo, esta categorización cambia cuando el usuario deja de tener esos pensamientos o narrativas. Cuando el usuario abandona tales pensamientos su categorización sobre la enfermedad mental es modificada y se acerca al ideal de salud. Es por esta razón que algunos usuarios fingen o mienten a los psicólogos y a la psicóloga de la clínica (Scott, 1985).

Si yo hablo de la telepatía lo van a calificar como esquizofrenia o psicosis o así. Entonces por esa parte dije.... pues sí, honestamente, les hice saber lo que ellos querían escuchar (usuario, 2022).

Los internos piensan que si demuestran que han modificado pensamientos y conductas, que han dejado de tener pensamientos irracionales (tal y cómo los usuarios perciben el discurso de los psicólogos sobre la salud mental) podrán salir anticipadamente de la institución, lo cual no es cierto. Estos se quedarán al menos los 90 días del contrato. Pero si los usuarios son descubiertos en que están mintiendo, se quedarán más tiempo, pues el staff de la clínica pensará que no han trabajado. En el caso del paciente mencionado arriba, quien había mentido y ocultado pensamientos suyos a su psicólogo y al demás personal de la clínica, se quedó un mes más en la clínica porque se supo, a través de rumores que surgieron desde la enfermería que aún creía tener telepatía.

Cuando un usuario se mantiene en un proceso psicótico, como le ocurrió a un usuario que se percibía como el anticristo y el mesías, el acercamiento era de mera contención institucional. Si bien, recibía la atención psicológica y psiquiátrica, el staff se percibía como poco preparado para poder atender al paciente por lo que su tratamiento era mantenerlo aislado, alejado de los demás.

Percibir al interno desde estos dos binomios (salud/enfermedad y racionalidad/irracionalidad), lo coloca como un sujeto en carencia, pues él es el enfermo y el irracional (Goffman, 2001; Foucault, 2010). Se trata de un sujeto al que hay que educar, tratar y mejorar.

Para el usuario percibido desde estos dos binomios se preparan sesiones en donde siempre serán tratados psicoterapéuticamente con confrontaciones y con técnicas de la psicoterapia cognitiva conductual, como la mayéutica, así como herramientas de la psicología Gestalt<sup>30</sup>.

A nivel de relaciones de poder, el usuario como enfermo e irracional es colocado en una posición de inferioridad frente al staff de la clínica. Es por ello por lo que generalmente cuando parece tener una conducta potencialmente conflictiva para las relaciones dentro de la clínica, la respuesta es a nivel de salud mental con la esperanza de que el usuario elabore emociones y que pueda resolver el problema.

Sin embargo, los usuarios también pueden ser percibidos desde su potencial capacidad de trasgredir la estructura social de la clínica por lo que son evaluados en el binomio peligrosidad/seguridad que representan para el establecimiento.

Un tipo de usuario peligroso podrá ser aquel que tiene un ejercicio de liderazgo negativo, esto significa que se opone a la autoridad legítima representada por el director y hace que los demás usuarios tomen una posición similar frente al staff de la institución, lo que regularmente se manifiesta en poco control sobre la comunidad de usuarios (no entran a sesiones, se burlan durante las sesiones, esconden cosas del staff, etc.). Otro tipo de interno peligroso será aquel que no tiene dificultades para ejercer violencia física a los demás en su misma situación, generando conflicto en la dinámica social.

A diferencia del usuario visto desde el binomio salud/enfermedad, los usuarios que son percibidos en relación con su ejercicio de poder, serán tratados con medidas excepcionales y no con herramientas terapéuticas, lo cual incide directamente en la corporalidad del usuario. Algunas medidas son el aislamiento y, en el caso extremo, el traslado a un anexo:

- 1) El traslado consiste en enviarlos a un anexo con el que la clínica tiene un acuerdo monetario: la clínica le paga al anexo aproximadamente 7 mil pesos por el

---

<sup>30</sup> La mayéutica es una técnica que la psicología cognitiva retoma de la filosofía clásica y consiste en realizar preguntas al paciente sobre sus pensamientos irracionales con la intención de modificar conductas disfuncionales. Para más información sobre este enfoque terapéutico, véase: Castanedo, C. (2008). *Seis enfoques psicoterapéuticos 2ª edición*. Manual Moderno. México.

internamiento. Algunos usuarios pueden pasar entre 15 días a 30 días, en algunos casos no regresan a la clínica. En este método de castigo, en ocasiones, los internos no eran enviados al anexo, sino que eran trasladados a otras clínicas de la cadena, que a veces ofrecían mejores atenciones y servicios a los pacientes trasladados<sup>31</sup>. El traslado siempre se hizo con la autorización de la familia a la que se le informaba de la situación por la cual era castigado. Cuando un usuario era trasladado, los psicólogos de la clínica iban a verlos para tener un seguimiento terapéutico y se le enviaba a las familias el reporte y una foto de cómo estaba;

- 2) El aislamiento consiste en meterlos a un cuarto de enfermería durante algunos días (3 o 4 días) sin tener contacto con otros pacientes, siendo atendidos solamente por el personal de enfermería y los psicólogos. Dicha habitación cuenta con un sistema de cámaras que permitía tener vigilado al interno.

En un momento del trabajo de campo en el que el aislamiento era usual como castigo, la habitación de enfermería comenzó a ser llamada “el calabozo” por los usuarios.

Al respecto, entrevisté a un usuario que había estado en aislamiento durante 4 días después de haber agredido a la psicóloga D y de haber tenido una confrontación con uno de sus compañeros de tratamiento.

Yo creo que fue... o sea, viéndolo desde afuera: sigo teniendo sentimientos encontrados porque sí me lastimó que me sacaran de pronto de ¡órale, al calabozo!... pero más allá de eso, creo que necesitaba un tiempo para bajar mi intensidad. Además de que me tuvieron ahí sedado con antipsicótico. Entonces, creo que si lo hicieron fue por mi bien, por no generar más conflicto y ahora lo... no es que lo agradezca, pero me ayudó a seguir frenando el estrés que yo tenía (usuario, 2022).

El usuario que representa un peligro para el staff o para otros usuarios no es visto como alguien tratable de manera psicoterapéutica. Para él, el acercamiento es con un poder soberano que lo posiciona en el lugar de enfermo (así como el poder del soberano posiciona al esclavo), como pasó con el usuario entrevistado que antes de ser aislado era una figura que representaba una confrontación directa para el poder clínico. Cuando él salió del aislamiento

---

<sup>31</sup> Que los usuarios fueran trasladados a mejores clínicas (infraestructura, comida, etc.) era por sugerencia de la familia, pues no quería que su usuario estuviera en un lugar peor.

se reconoció como un enfermo que necesitó esa medida, pues era incapaz de bajar la intensidad y de frenar el estrés por sí mismo.

Si el usuario no es capaz de posicionarse como enfermo en la clínica a través del poder que se ejerce ahí, es trasladado a un anexo con la intención de que ahí se genere otro posicionamiento, el de sentirse privilegiado de estar en una clínica y no en un anexo.

### Usuario de confianza

El usuario de confianza será aquel que se ha apegado al tratamiento y que para el staff ha tenido un trabajo emocional y psicoterapéutico adecuado en las sesiones grupales e individuales.

También hay usuarios de confianza que, aunque no estén teniendo lo que se considera un apego al tratamiento clínico, sí mantienen una lealtad al staff porque filtran información sobre los demás usuarios en relación con el consumo de cigarrillos en lugares prohibidos, planeaciones de fuga o consumo de drogas dentro de la clínica. Estos usuarios también llegan a ejercer funciones de mantenimiento de los edificios y operativas entre los demás usuarios cuando no hay personal suficiente en la clínica. Al igual que el usuario que se ha hecho de confianza por su trabajo terapéutico, estos también salen a traslados para nuevos ingresos, pero el mismo staff no cree al cien por ciento en este tipo de usuario de confianza.

Ser usuario de confianza conlleva algunos beneficios, por ejemplo: mayor contacto con el staff a nivel personal, poder salir de la clínica para realizar diferentes tareas, acompañar al staff a comprar cosas, pero sobre todo diferenciarse de los demás usuarios, pues ser de confianza le agrega un valor social.

### Espiritualidad

La práctica de la espiritualidad en la clínica privada es un tema que conozco de primera mano, pues como parte de mi negociación para acceder a la población el director me solicitó que diera talleres de espiritualidad como terapeuta externo. La forma en la que se vende la espiritualidad es a través de talleres grupales de una hora y media que se da una vez a la semana. Antes de mi llegada como tallerista espiritual, el tallerista era un Rabino. Él fue despedido, según me comentó el director, porque había empezado a quedar mal con sus talleres ya que faltaba mucho.



Ilustración 5. Dibujo de un usuario en referencia a la Wicca

En cuanto a las prácticas espirituales y religiosas una gran mayoría se identifica con la religión católica sin importar las edades de los usuarios. Muchos identifican el amor y la cruz como sus signos de espiritualidad, también piensan a la espiritualidad como rezar, hacer oración e ir a misa los domingos.

Otro tipo de espiritualidades que he visto son aquellas cercanas al New Age que entienden a la espiritualidad como el cambio de conciencia, la posibilidad de viajes astrales, el karma, en los que la física cuántica tiene un valor espiritual fuerte.

Un usuario comentaba que todos somos partículas y estamos conectados con el universo. También hay una ecología o naturaleza mistificada, como la Wicca<sup>32</sup> (Ilustración 5).

En la clínica la fe de cada usuario es respetada. Ha habido usuarios que son creyentes en la Santa Muerte o ateos y comentan que su postura espiritual no ha sido controvertida.

Yo creía que aquí se basaba en cosas religiosas y pues resulta que no. Yo, de hecho, tengo tatuados signos satanistas... y no es que crea en Satán. Soy una persona atea, pero soy renegado de las religiones, de las instituciones religiosas. Yo creía que si me veían así, o se hablaba de que Dios no existe, pues era un tema tabú que no se podía decir o que iba causar polémica, pero resultó que no (usuario, 2022).

---

<sup>32</sup> La Wicca es una religión cuyo “Rasgo significativo es la veneración que sus practicantes hacen de la vida, así como la sacralización que éstos llevan a cabo del mundo en general [...] Los wiccanos rinden culto a la fertilidad y a todos los aspectos de la Naturaleza [...] leen todo -ritos, panteón, etc.- en clave de polaridad: “many traditions insist that Witches come together in pairs, equal numbers of male and female. As in nature, there is always found both male and female, so with the gods and so with the worshippers” (Buckland, 2001, p.107). Para los wiccanos, no sólo la Naturaleza es la manifestación del Cosmos, sino que los seres humanos están plenamente interconectados con la mismas. Para profundizar en creencias y rituales de la Wicca véase: Fernández, A. (2019). Creencia, identidad y praxis ritual en la Wicca: el camino espiritual hacia la transformación personal [Tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Filología]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/59295/1/T41764.pdf>

Para otro grupo de usuarios, la falta de un régimen claro de religiosidad implica que no se practica realmente un dispositivo religioso, es decir, no hay un trabajo de moldeamiento del alma, lo cual es percibido como algo negativo en la clínica, pues ellos esperan obtener una religiosidad dentro de la institución. Para este tipo de usuarios, parece que la religión es un sistema que establece estados anímicos y disposiciones para comprender la existencia y guiar su vida (Geertz, 2003) que, al no encontrarlo en la vida dentro de la clínica, descompensa su ánimo.

Sin embargo, en la clínica sí hay una sugerencia de fe religiosa, el cristianismo. Antes de las tres comidas diarias, los usuarios realizan una oración para agradecer por los alimentos que comerán, también se hace la oración de la serenidad después de las juntas de A.A. y se canta una canción cristiana durante las ceremonias de egreso. Para algunos usuarios que no son creyentes en Cristo no representa un problema decir las oraciones que la clínica tiene programadas, mostrando la posibilidad de adaptarse a la regla y flexibilidad que algunos tienen. Aunque la oración es vista como una regla de la casa, también observan que no decir las oraciones puede incurrir en un regaño, pero no a un castigo o sanción más fuerte.

Tenemos que decir oración en los alimentos y la canción cristiana y cosas así. Yo no creo, pero estando en esta situación sigo las reglas de la casa, podría decirse, aunque también sé que, si me quedara callado y no lo hiciera, tal vez un regaño, pero no me obligarían completamente a hacerlo (usuario, 2022).

Las oraciones que se llevan a cabo en la clínica, solamente las hacen los usuarios. El personal de la clínica no hace oración, pero vigila que los usuarios la hagan. Quien hace más este trabajo de vigilancia de la oración es el psicólogo E. La espiritualidad es una necesidad impuesta a los usuarios que parece explicarse por la posición de carencia o por el estigma sobre que el interno es un sujeto falto de algo (como de voluntad, límites, guía, etc.) y que la espiritualidad brindará un soporte para poder lograr la abstinencia, aunque sí hay una apertura sobre la profesión de fe de cada paciente, pues cada uno podrá elegir su poder superior.

### Espiritualidad de los usuarios

La espiritualidad que se desarrolla en los usuarios de la clínica no tiene nada que ver, al menos así parece, con los rituales de la institución, por ejemplo, la ceremonia de La Quema, las oraciones en las comidas, etc., incluso las sesiones de espiritualidad no influyen

directamente en el desarrollo de la postura religiosa de los usuarios. La espiritualidad parece vincularse con el evento traumático del internamiento involuntario que cada paciente vivió, pues el internamiento puede ser tolerado y elaborado psicológicamente a partir del rezo.

No creo en dios. Soy ateo y muy escéptico, pero ahora lo vi de un modo diferente. No como que te quieran inculcar a Dios, en sí cada uno tiene su perspectiva, sino que es una manera para sobrellevar esto (el internamiento involuntario) (usuario, 2022).

La espiritualidad surge del conflicto que el paciente tiene al momento de ser internado de manera involuntaria. Como menciona Boris Cyrulnik (2018), la espiritualidad surge en momentos límite para poder darle sentido a ese evento traumático, en este caso el internamiento involuntario.

La forma en cómo se vive la espiritualidad dentro de la clínica permite observar cómo es la disposición social de la comunidad terapéutica. Los que necesitan la espiritualidad son los internos, mientras que los psicólogos son más que nada vigilantes de que se haga el ritual espiritual. No obstante, los pacientes de manera individual tienen sus formas de resistir al adoctrinamiento y mantener sus creencias a salvo a través de hacer los rezos solicitados, participar en las actividades con carga cristiana, aunque sean ateos o agnósticos.

La espiritualidad facilita el establecimiento de estados anímicos de los internos y el respeto a la fe de cada paciente también permite tener cierta armonía al respecto (Geertz, 2003).

### Fiesta y ceremonia en la clínica privada de rehabilitación

La clínica privada tiene algunas festividades y una ceremonia en las que la estructura cultural y social se ven reflejadas y reproducidas (Marcos, 2009).

La clínica festeja algunas fechas importantes para la sociedad mexicana, por ejemplo: la cena de Navidad, la cena de noche buena y el 15 de septiembre. De estas festividades, la que tuvo mayor relevancia para la clínica fue la fiesta de 15 de septiembre, pues en ella se implicaron las demás “clínicas hermanas” (director, 2021).

Las fiestas de navidad y año nuevo no tuvieron el impacto social para el staff de la clínica ni para los usuarios como fue el 15 de septiembre, a pesar de que en ellas estaban

invitadas las familias. Cuando se preguntaba a algunos usuarios por su falta de interés por esas fiestas mencionaban que se encontraban molestos con sus familias y que no querían verlas o no deseaban hacer que sus familias viajaran en esas fechas, pues una gran mayoría de las familias viven en otros Estados, principalmente en el Estado de México.

### 15 de septiembre

La planeación de la fiesta del 15 de septiembre comenzó casi un mes antes y se realizó en las instalaciones de la clínica investigada. Para esta fiesta, se juntaron las cinco clínicas. Cada clínica llevó algún alimento que preparó un día antes o ese mismo día. Durante la fiesta hubo tacos dorados, elotes, esquites, helado, dulces, aguas de sabor, tortas ahogadas. Para esta fiesta la clínica rentó mesas, sillas y sonido (Ilustración 6).



*Ilustración 6. Puesto de chicarrones de la clínica y médico despachando.*

También se realizaron juegos en los que participaron tanto las usuarias y los usuarios (Ilustración 7), las psicólogas y los psicólogos (Ilustración 8), las directoras y los directores de las diferentes clínicas (Ilustración 9).



*Ilustración 7. Juego de sillas con usuarios de la clínica.*



*Ilustración 8. Juego de sillas para psicólogas y psicólogos.*



*Ilustración 9. Juego de sillas para directoras y directores*

En el transcurso de los juegos de las psicólogas y los psicólogos, de las directoras y los directores, se observaron algunos rasgos de los vínculos entre usuarios y el staff. Se notó que los usuarios de la clínica investigada tienen más vínculos emocionales positivos con sus psicólogos (Ilustración 10), que los usuarios de otras clínicas con sus psicólogos, pues

mostraban más interés en lo que hacían los y las psicólogas en los juegos que los usuarios de las otras clínicas, mostrando así mayor sentimiento de comunidad (Arévalo, 2009).



*Ilustración 10. Usuarios apoyando a los psicólogos.*

En todo momento, los usuarios se mantuvieron en la cancha de la clínica (que estructuralmente se encuentra en la parte más baja de la clínica), mientras que el staff operativo de todas las clínicas se mantuvo en la zona más alta de la clínica, desde donde se podía observar a toda la población de usuarios. De esta forma, los usuarios se mantenían vigilados (ilustración 11). En la cancha se mantenía un límite entre los usuarios de las clínicas para varones y las usuarias de las clínicas mixtas o para mujeres.

La elección de la clínica como espacio para reunir a los usuarios de los cinco establecimientos se debe a la misma búsqueda de vigilancia y control del usuario a lo largo del evento.



*Ilustración 11. Perspectiva que se tenía de los usuarios desde la parte en donde se encontraban los operativos y usuarios en la cancha.*

### Fiesta y reproducción de cultura

En la fiesta de 15 de septiembre se observan algunos elementos que podría pensarse como condensaciones de los imaginarios que la clínica privada tiene en relación con las personas con un trastorno por el consumo de sustancias psicoactivas, y que tienen la función de reproducir simbólicamente la interacción que hay en la clínica, manteniendo de esta forma la estabilidad y perpetuando las normas de convivencia (Arévalo, 2009), al mismo tiempo que permite mantener un sentimiento de comunidad y de identidad colectiva.

Por ejemplo, los usuarios tienen un sentimiento de pertenencia o con el staff de la clínica. Esto mismo pasó a la inversa, los psicólogos apoyaron a sus usuarios en sus juegos. Pienso que este sentimiento de pertenencia viene de la implicación percibida que tienen algunos usuarios con los psicólogos de la clínica frente a las problemáticas que se trabajan.

La fiesta reproduce las normas y los espacios simbólicos de la comunidad terapéutica: los usuarios deben mantener un límite y encontrarse simbólicamente en una identidad reducida en relación con el staff y no ocupar espacios que no son dedicados para ellos.

La jerarquización entre usuario y staff, se refleja simbólicamente en los espacios de la fiesta: los usuarios están en la parte más baja de la clínica, la cancha y no suben sino es por la necesidad de ir al baño y bajo la vigilancia del staff. Los psicólogos y médicos están también en la cancha, pero ellos pueden desplazarse a voluntad por todas las áreas, pueden subir y bajar cuando quieran, es decir, se mantienen cercanos a los usuarios, pero no pertenecen a ese nivel simbólico. Los operativos, aunque no están en la cancha sí están en la zona más cercana a ella para realizar la vigilancia de los usuarios.

La fiesta espectaculariza las normas, las jerarquías, el poder disciplinar y aquellos signos que durante la vida cotidiana en la clínica son menos visibles tanto para los usuarios como para el personal, como la vigilancia o la armonía que se construye o no con los diferentes internos de la clínica.

### Ceremonia de egreso

La clínica solamente tiene una ceremonia: la ceremonia de egreso. Ella se hace para los usuarios que han cumplido el tiempo de tratamiento que contractualmente se acordó con la

familia. A los usuarios que se van antes de concluir tiempo de tratamiento del contrato, no se les hace esta ceremonia<sup>33</sup>.

A la ceremonia se le llama *La quema* y consiste en una reunión en la que participan todos los usuarios y todos los psicólogos de la clínica. En La quema, todos se sientan en círculo, pero hay unos espacios reservados para los psicólogos. Fuera de los lugares dedicados para los psicólogos, los usuarios se pueden sentar donde quieran, siempre que se encuentren en el círculo y que estén en las sillas y no en los sillones. Durante La quema, el psicólogo de mayor rango es quien dirige la actividad. Él pregunta al usuario que egresa “¿cómo llegaste aquí y cómo te vas?” (psicólogo E, 2022). El usuario hace una narración contestando a la pregunta. Después, este mismo psicólogo elige a tres compañeros del usuario para que le den una retroalimentación, la cual consiste en desearle que le vaya bien en su vida cotidiana. Algunos compañeros del usuario que egresa lo confrontan sobre las contradicciones que tuvo durante su tratamiento. Luego, en la mayor parte de las veces, los tres psicólogos hacen una retroalimentación confrontando al usuario con lo que ellos vieron que no hizo durante su proceso, pero también le dan buenos deseos. Algunos comentarios que se llegan a hacer al usuario que egresa es que es “una mala persona, porque ha consumido drogas” (psicólogo E, 2022), que “es infantil” (psicólogo E, 2022), que no tiene las herramientas suficientes porque no trabajó bien su proceso. Al terminar la retroalimentación, el usuario que egresa lee su carta, que regularmente es de agradecimiento al personal de la clínica. Algunos usuarios ocupan la carta para despedirse de su sustancia. La lectura se hace con una canción de fondo que el mismo usuario que egresa ha elegido con anticipación. La carta es quemada frente a todos. Mientras la carta se quema, se le toma una foto al usuario que es subida al WhatsApp de la clínica.

Para finalizar, los usuarios se levantan de sus asientos y se toman de la mano a manera de cadena humana. La cadena comienza cuando el usuario a egresar le pregunta “¿me ayudas?” con su mano extendida al usuario a su derecha, quien le responde “te ayudo” mientras le da la mano. Se reproduce este acto con todos los usuarios hasta que todos quedan tomados de las manos. Los psicólogos no forman parte del círculo y tampoco se toman de las

---

<sup>33</sup> El tiempo y la duración del tratamiento está regulado, generalmente, por el pago del tratamiento y no necesariamente por observar una sintomatología disminuida o una curación de la toxicomanía.

manos. En ese momento cantan *Sumérgeme*, una canción de Jesús Adrián Romero, músico y cantautor cristiano. La canción es ocasión para que algunos usuarios jueguen o se burlen de la letra o de la forma de cantar de Jesús Adrián. Dependiendo de la población de usuarios, estas burlas serán toleradas o sancionadas por el psicólogo E. Cuando termina la canción, los usuarios rezan la Oración de la Serenidad<sup>34</sup>. Los psicólogos no hacen la oración. Al finalizar, el psicólogo T grita “felices 24” (2022) y los usuarios se sientan en las mesas para comer.

La ceremonia de egreso funciona como un dispositivo que le permite al usuario transitar de la vida liminar (Turner, 1988) dentro de la clínica a la vida en el mundo exterior, abandonando la identidad de usuario para ser un adicto en rehabilitación que tiene la obligación moral de mantenerse siempre en tratamiento, pues existe la creencia de que la adicción es una enfermedad incurable, progresiva y mortal (Alcohólicos Anónimos, s/f)<sup>35</sup>. Lo anterior puede ser pensado en ocasiones como una transición de ser un consumidor de drogas para ser un consumidor de tratamientos (Córdova, 2018).

#### Del servicio a la superstición

La quema de la carta en la ceremonia de egreso está cargada de un significado especial que es conocido por toda la población de la clínica. Se cree que, si la carta se quema totalmente a la primera, significa que el usuario no volverá al consumo y por lo tanto no volverá a ser internado. Pero si la carta no se quema completamente a la primera, significa que la persona recaerá en el consumo y volverá a ser internado.

A pesar de que toda la comunidad terapéutica sabe sobre esta creencia, casi nadie entre los usuarios y entre los psicólogos cree que sea real. Incluso algunos usuarios piensan que se trata de una cosa poco inteligente que la recaída se deba a que se queme o no la carta. No obstante, las conductas manifiestas que se dan durante la ceremonia es que todos se

---

<sup>34</sup> La Oración de la Serenidad es “Dios concédeme la serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, el valor para cambiar las cosas que puedo, y la sabiduría para reconocer la diferencia”.

<sup>35</sup> Pensar a la adicción como una enfermedad crónica y progresiva es un elemento heredado de la tradición de Alcohólicos Anónimos, en donde se considera que el alcohólico será siempre alcohólico, pero que, a través del tratamiento en juntas con los 12 pasos que se lleva a cabo con personas alcohólicas que buscan dejar el alcohol, logrará la abstinencia.

alegran cuando se quema completa la carta o le hacen bromas al usuario que al que su carta no se quemó.

Un fenómeno que me parece que ejemplifica los fenómenos de poder y de resistencia (Scott, 1985, 2000) que se dan en el establecimiento tiene que ver con el comportamiento por dentro y por fuera de *la quema* y los distintos discursos que se dan en presencia del psicólogo E y durante su ausencia. Frente al psicólogo E, los usuarios son creyentes de la ceremonia. Incluso, el mismo psicólogo E piensa que los usuarios creen que la recaída y la quema de la carta están asociadas. Cuando el psicólogo E no está, los usuarios se muestran escépticos e incluso ven con desprecio esta creencia sobre *la quema*.

Observar esta ambivalencia entre creencia y escepticismo sobre *la quema*, me hace sugerir que en esta ceremonia hay un ejercicio de dominación y una resistencia, entendiendo dominación como un productor de una conducta pública hegemónica, por ejemplo los usuarios mostrándose creyentes frente al psicólogo E, mientras que tras bambalinas en un espacio de resistencia, el discurso de los usuarios se traduce en algo que no se puede decir directamente a las figuras de poder (Scott, 2000), por su carga ofensiva o de disminución de la ceremonia a meros actos de superstición.

### Más allá de una cultura disciplinar

Aunque la mayoría de los elementos de la clínica (terapéutica, alimentación, arquitectura, funciones del staff) mantienen a los usuarios como eje de actividad de vigilancia, norma y tratamiento, también he observado que los mismos psicólogos se muestran con disposición a tratar de nivelar, en ciertos momentos, las distancias en las relaciones de poder. En algunos casos poniéndose del lado del usuario frente a las familias, permitiendo que los usuarios puedan decidir cómo trabajar su tratamiento o manteniendo una actitud que los usuarios entienden como humana o dignificante, pues no todos los psicólogos les hablan con insultos, con apodos, no todos los despiertan con malos tratos.

A manera de conclusión del capítulo, puedo sugerir que los elementos arquitectónicos y culturales de la institución sirven para generar una identidad colectiva tanto para el staff como para los usuarios, pues ambos se reconocen bajo el nombre de la clínica, lo que a la vez también sirve para establecer una identidad diferenciada entre usuario y staff.

La identidad colectiva se observa en las fiestas inter-clínicas (como la fiesta del 15 de septiembre) en donde la identidad colectiva se presenta como un elemento diferenciador frente a las otras clínicas; se observa como un *nosotros frente a ellos*. La identidad colectiva también se observa en las ceremonias de egreso, pues tanto el staff como los usuarios se unen en emociones, sentimientos y buenos deseos para el usuario que egresa.

A nivel intra-clínica, es decir: adentro de la institución, las identidades se dividen en dos: el staff y los usuarios. Aunque ambas identidades parten de los mismos elementos colectivos, hay una diferencia importante: las identidades surgen de la contraposición entre paciente y staff (Szasz, 2001). La identidad del usuario y del equipo de trabajo se construyen a través de las relaciones de poder asimétricas entre ambos grupos y que se expresan en los espacios que pueden ocupar los usuarios (edificios, lugares para sentarse, etc.), la vigilancia (cámaras, rejas) y las formas de percibir al usuario por parte del staff (mentiroso, peligroso, enfermo, confiable). El staff, pero principalmente los psicólogos de la institución basan su identidad en el saber psiquiátrico y psicológico que tienen sobre los efectos de las sustancias psicoactivas, pero también por el saber que tienen de los usuarios con los que conviven a diario. La identidad del usuario y del psicólogo se produce y reproduce en los aspectos culturales como las festividades y las ceremonias, en donde quedan definidas simbólicamente las posiciones en la jerarquía social de cada persona que integra la institución.

Las identidades se construyen dentro de la clínica de rehabilitación, en la contención física de los muros y en los tratamientos ofrecidos y luego contratados por las familias que internan al usuario. De una u otra forma, las identidades y luego, el poder disciplinar, dependen de la mercantilización de la salud que se hace en la clínica privada. Tema que será elaborado en el siguiente capítulo.

## Capítulo II. Clínica privada para la rehabilitación en adicciones: La oferta y demanda de espacios para la “restauración del alma”.

En este capítulo se abordará la hipótesis de que la clínica de rehabilitación en adicciones se asienta en los procesos de mercantilización de la salud. Para fundamentar esta tesis, expondré una diversidad de ofertas de paquetes clínicos para los usuarios, publicidad de la clínica, herramientas de marketing que se ocupan para convencer a futuros compradores de sus servicios de salud, así como espacios para quejas y sugerencias de los usuarios para el servicio que están recibiendo.

El proceso de mercantilización de la salud, además, se observará en dos elementos puntuales que permiten la vinculación con la lógica económica neoliberal<sup>36</sup>: 1) el servicio de salud es brindado por un particular que ha encontrado en el tratamiento de rehabilitación en adicciones un nicho para emprender un negocio (Méndez, 2017) con la noción de salud y que depende totalmente del financiamiento del usuario y de la familia. El tratamiento será más o menos completo en relación directa con la capacidad económica de la familia, haciendo que la salud se convierta en un bien de consumo al que sólo algunos estratos sociales pueden acceder. Otro elemento que considerará que vincula al neoliberalismo con el servicio de salud en adicciones de la clínica es que 2) el usuario es el único responsable de su salud y de él depende aprovechar el trabajo interdisciplinar de especialistas en la rehabilitación de su adicción. Este último elemento parte de pensar que el discurso neoliberal no sólo se vincula con procesos de producción y reproducción del capital económico, sino que también estructura vínculos sociales y percepciones sobre lo que significa el yo (Cabanas en Radio UNED, 16 de mayo de 2013; Cabanas e Illouz, 2021). El discurso neoliberal de hacer del yo un *proyecto* (Han 2014) que se puede desarrollar de manera individual a través de la gestión

---

<sup>36</sup> Méndez (2017) hace una distinción entre liberalismo y neoliberalismo, pues aunque ambos fenómenos parten del ideal de libertad, la libertad que busca cada una es diferente: mientras el liberalismo parte de la libertad del sujeto para hacer intercambios económicos, se trata de un sujeto que calcula sus posibles beneficios en función de los datos del mercado; el neoliberalismo busca la libertad del sujeto para emprender y se “asume como el promotor del escenario en el cual obtendrá unos mayores beneficios” (Méndez, 2017, p. 562). En este sentido, se puede pensar que los diferentes establecimientos privados de rehabilitación en adicciones que surgieron por la poca capacidad del Estado para hacer frente al problema de salud de la drogadicción (Marín-Navarrete et al, 2013), también lo hacen desde el emprendimiento y con la búsqueda de beneficios económicos.

de sí mismos se observa en los usuarios de confianza o en los usuarios que asisten voluntariamente al tratamiento.

Luego, para concluir el capítulo se expondrá que esta mercantilización de la salud tiene una relación directa con las formas de ejercer el poder disciplinar y el vínculo con los usuarios, a los cuales se tratará de inscribir en el mercado biopolítico de la farmacopea y sacarlos del mercado necropolítico (Mbembe, 2011) del narcotráfico.

### Mercantilización de la salud en la clínica privada

Me di cuenta de la importancia del poder económico que se desarrolla en la clínica de rehabilitación en adicciones cuando durante una sesión grupal unos de usuarios estaban hablando y riendo. Al acercarme a ellos, noté que tenían una revista (Ilustración 12). Se reían porque en la misma revista, hay dos publicidades: una para una destiladora mezcalera, que parece ser emergente, y otra para la cadena de clínicas de rehabilitación en adicciones (Ilustración 13). Uno de los usuarios, que denominaré usuario G me dijo “la paradoja”. Le pido al usuario G que me enseñe la revista. Me dice que la consiguió en una ocasión en la cual lo llamaron a dirección para llenar una encuesta y que se la pidió a personal y ellos se la dieron.



Ilustración 12. Revista con publicidad para la cadena de clínicas privadas para la rehabilitación en adicciones.

Después de ese día, puse atención a cómo se maneja el tema de esta revista dentro de la clínica privada. Observé que en la oficina del director regularmente hay ediciones mensuales de esta revista, junto a pequeños folletos en donde la cadena de clínicas hace publicidad a sus diferentes tratamientos.

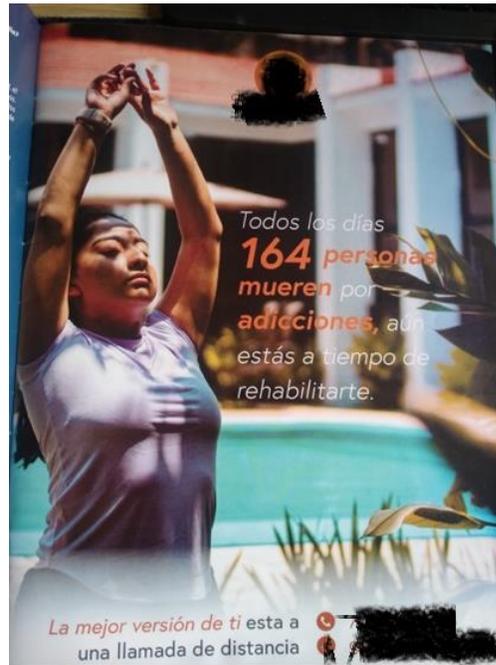


Ilustración 13. Publicidad para la cadena de clínicas privadas para la rehabilitación de adicciones y para de la mezcatera.

### Servicio de rehabilitación privado

Al observar la publicidad de la clínica y comenzar a reflexionar sobre las formas en que se trabaja la promoción de la misma, se hizo evidente que el programa de atención es ofertado a las familias. Con esto en mente, se ofrece la presencia de psicólogos, médicos, enfermeros, seguridad, comida, terapias individuales, terapias grupales, lugar (alberca, cancha, áreas verdes, etc.).

Con los procesos de reconocimiento y ratificación que se dan por parte de CECA y CONADIC, también se les presenta a las familias un servicio que ha sido certificado basado en derechos humanos y que por ello es un lugar seguro para su familiar.

Dentro de la dirección de la clínica, en un cuadro enmarcado de aproximadamente de un metro por 60 centímetros, se encuentra un reconocimiento de otra clínica que el personal suele denominar como “clínica hermana” porque pertenece a la misma cadena (Ilustración 14). Este reconocimiento no fue dado para la clínica de investigación, pues al momento del trabajo de campo aún se encontraba en proceso de ser certificada como institución que respeta los derechos humanos. A pesar de ello, parece que este reconocimiento se encuentra ahí con

la intención de prometer un servicio que, al igual que la otra institución, dice respetar a la persona que será internada.

Este reconocimiento por parte de las instituciones estatales y federales reguladoras de



Ilustración 14. Reconocimiento de tratamiento de la "clínica hermana".

los servicios de rehabilitación no exime la posibilidad de que ocurra cierta violencia dentro de la clínica, pues hay procesos de sometimiento de las personas que están validados y que permiten ejercer un poder sobre el cuerpo de los usuarios. Al respecto, el director menciona que hay reglas que la NOM-028 observa en los traslados involuntarios:

Hay sus reglas para poder realizar el traslado: tiene que ser solicitado con carácter de urgente en alguna de las familias. O sea, si no hay un familiar no podemos realizar el traslado, porque entonces sí nos pueden acusar de secuestro. A lo largo del trayecto necesitamos tener la firma del familiar que está solicitando el servicio y una

copia de su identificación oficial para que se pueda formalizar que es un traslado involuntario en base a la Norma-028 (sic.) y no es un secuestro, como puede estar apelando la persona si nos llega a detener una autoridad (director, 2022).

### Venta de los paquetes clínicos para la rehabilitación en adicciones

La forma en que la clínica privada para la rehabilitación ingresa en los procesos de mercantilización de la salud se observa en la cantidad de paquetes clínicos que proponen a las personas que piensan en internar a un familiar suyo por el consumo de drogas, alcohol, ingobernabilidad, depresión y conductas adictivas. Cada paquete clínico depende de la institución en la cual será internada la persona. Hay cinco clínicas. La oferta de paquetes clínicos parte de diferentes criterios, como puede ser el sexo de la persona a internar, la conciencia de enfermedad, el tiempo de internamiento y nivel socioeconómico (Ilustración 15).



*Ilustración 15. Oferta de clínicas para la rehabilitación en adicciones.*

Los costos de cada clínica son diferentes: los internamientos más caros son aquellos que duran menos tiempo y para personas que se internan voluntariamente; los paquetes clínicos más económicos, son aquellos de larga duración y que se trata de usuarios involuntarios.

Para un usuario que estuvo internado en la clínica de mayor costo y que después fue internado en la segunda clínica de menor costo, las diferencias también se observan en aspectos como la comida y la disciplina.

En las clínicas es más variado. Como mencioné antes, también depende del costo ¿no? mayor costo, mejor comida, más variado; menor costo, pues no variado y no muy sano. El trato también es mejor, aunque sí se lleva cierta disciplina (usuario, 2022).

La disciplina es un tema que también tiene una relación directa con el costo. Entre más costoso sea el internamiento, menor disciplinamiento; a menor costo, mayor disciplinamiento. Esto hace cuestionarse si los procesos disciplinares están dispuestos con mayor fuerza y visibilidad en aquellas clínicas que ofrecen un servicio que puede consumir la población trabajadora<sup>37</sup>.

<sup>37</sup> Durante mi trabajo de campo, noté que entre la población de usuarios siempre hubo campesinos. Si bien es cierto que no era el sector mayoritario de la población, sí se podría pensar que el servicio clínico de esta institución se oferta a la población trabajadora.

Un usuario que inició su proceso en una de las clínicas con mayor costo y que como castigo fue trasladado a la clínica del trabajo de campo (de menor costo) mencionó algunas diferencias en relación con las instalaciones.

En instalaciones, por ejemplo: los cuartos COVID<sup>38</sup> aquí no tienen pantalla y yo recuerdo que cuando llegué allá pues podía poner las películas que yo quisiera. O sea, los tres días que estuve ahí en el cuarto COVID, que me pusieron mi suero, podía ver la tele, podía poner música en YouTube, pues estaba mejor... y aquí, pues para empezar no tienen pantalla en los cuartos COVID. Allá en la otra clínica hay dos pantallas, aquí solo una y está muy chica. El gimnasio es mucho más grande, aquí se meten cuatro y se llena; aparte de todo el mobiliario del gimnasio está muy destruido, o sea no sirve ya, muchas cosas no sirven. Aquí se duerme en literas y en la otra clínica, camas individuales. Los cuartos de aquí tienen ocho personas cuando allá solo tenemos cuatro personas por cuarto. La alberca es muchísimo más grande. En la otra clínica estás más libre, la verdad. O sea, puedes andar por donde quiera. aquí nos separa la reja. Estamos como en una *mini cárcel*. Sí cambia muchísimo, hasta el trato es diferente: aquí tienes que estar pidiendo todo en la reja y allá pues donde encontraras a alguien, pues te podía prender un cigarro, no había necesidad de gritarle a alguien o de estarte esperando (usuario, 2023).

La capacidad de costear ciertas clínicas otorga a los usuarios una jerarquía entre ellos. Los de las clínicas más costosa son vistos como burgueses; mientras que los usuarios de la clínica más económica aparecen como personas que están más cercanos a la delincuencia o a sectores marginados. La diferencia entre usuarios también la percibe el equipo de trabajo de la clínica.

El 15 de septiembre del 2022, en un momento de la fiesta, uno de los usuarios de la clínica más costosa tuvo una confrontación verbal con el operativo de la clínica investigada (que es la segunda de menor costo). Cuando hablé con el operativo me dijo que el problema fue que el usuario de aquella clínica se quería pasar una fila que se estaba haciendo para entrar a un baño, lo cual impidió el operativo diciéndole “aquí no vas a hacer lo que quieras” (operativo, 2022). Este comentario hace notar que los mismos trabajadores de la clínica

---

<sup>38</sup> El cuarto COVID se refiere a las habitaciones de enfermería a las que llegan cuando son internados. En esas habitaciones pasan un par de días o más, dependiendo de cómo haya llegado el paciente. Se le llama cuarto COVID porque también han funcionado para aislar a los enfermos por el virus SARS-Cov2.

piensan a los usuarios de las clínicas más costosas como burgueses que quieren hacer su voluntad.

#### Compra de un paquete

Los paquetes son ofertados a las familias y cuando estas aceptan o lo compran, el proceso de internamiento se pone en marcha. El director de la clínica donde se hizo el trabajo de campo comentó que también tiene el puesto de Coordinador de Traslados y dijo lo siguiente en relación sobre cómo es que ocurre el proceso de internamiento y su relación con la oferta de los paquetes clínicos privados.

El proceso es: nos contacta una familia para pedir informes. El área de ventas se encarga de venderle algún paquete clínico y, posteriormente, se organiza el traslado. Yo soy director de la clínica, pero también soy coordinador de traslados de cinco clínicas, entonces yo me encargo de organizar al personal, los vehículos y los aspectos financieros de los traslados que surgen a lo largo de todo el año. Entonces, una vez que ya me confirmó el área de marketing que ya se accedió a un traslado voluntario van tres personas, dos personas dependiendo del caso o un traslado involuntario donde van cuatro o cinco personas para poder contener físicamente al paciente (director, 2022).

Uno de los servicios principales que tiene la institución para las familias es el traslado que consiste en ir y recoger a la persona para ingresarla a una de las clínicas. Lo cual funciona como un servicio aparte, no se paga dentro de los paquetes, pero su justificación como servicio se basa en la función de ahorrarle a las familias la angustia o la ansiedad que podrían surgir de realizar ellos los traslados.

El traslado tiene un costo aproximado de 3,000 pesos, pero depende del lugar de vivienda de la persona. Ha habido traslados que se hacen en el mismo Estado de Morelos, pero también los hay a otros lugares como Tijuana o, más recientemente, un traslado internacional, en donde un joven fue trasladado desde Vietnam.

El traslado como servicio se asocia a lo que Rodríguez (2022), siguiendo a Marx, habla sobre las mercancías en un contexto determinado. Rodríguez (2022) menciona que el valor final de una mercancía no sólo se da por el valor de uso del producto en sí, sino que, en los valores finales de las mercancías, la realidad social otorga un valor. En el caso del traslado de las personas, el valor de su servicio se ve incrementado y justificado porque evita a las

familias un proceso que es pensado como doloroso al ingresar de manera involuntaria a una persona que aman. El traslado cuesta lo que cuesta por el trabajo implicado en él (un equipo de traslados se moviliza) pero también por el plus de evitación de emociones dolorosas para la familia del usuario, lo cual no anula el sufrimiento de las familias, sino que hace uso de ella para ingresar en las narrativas terapéuticas de la clínica de rehabilitación (Illouz, 2007).

#### La oferta de la clínica privada investigada

Durante la sesión de un psicólogo de la clínica en la que éste dejó a los usuarios bajar a la cancha a jugar voleibol y dejó que los mayores de edad se quedaran en el comedor jugando dominó o escribiendo, el director realizó una visita guiada a dos mujeres, posibles compradoras de un paquete clínico. El director les muestra la cancha, les muestra la sala de terapia, la alberca, el comedor y les comenta a ellas que esa clínica “trabaja con pacientes agresivos” (director, 2022).

La clínica privada de rehabilitación parece ser ofertada como un espacio diferente a los anexos<sup>39</sup>. La institución oferta la seguridad de que no es un anexo y que las violaciones a derechos humanos serán mínimas (Córdova, 2018). Este mismo mensaje puede observarse en los slogans de la institución: “la clínica más exclusiva para tus pacientes” o “+9,879 personas transformadas” que aparece en sus redes sociales.

El usuario Mi que estuvo internado en un anexo de la CDMX y que luego fue derivado a la clínica investigada, dijo que un motivo de su cambio fue el prestigio del lugar que su esposo<sup>40</sup> había mencionado, pues el anexo es para delincuentes o criminales.

Decidí venirme acá por mi esposo. Me dijo que iba a estar más tranquilo si estaba aquí. Él es gringo, es americano... entonces... bueno, digo sí tenemos un nivel económico bueno y varias de nuestras amistades son, ya sabes, un poco... o sea, yo no soy de familia que ha tenido dinero todo el tiempo, pero hicieron dinero... Y no sé, hay amistades que tenemos de toda la vida y que son pues payasos ¿no? un poco especialones: “¡ay!;no cómo lo dejaste ahí!

---

<sup>39</sup> Son centros de rehabilitación dirigidos por exusuarios de sustancias psicoactivas. Los anexos se rigen por los 12 pasos, pero Alcohólicos Anónimos ha rechazado este tipo de establecimientos por sus graves faltas a los derechos humanos y a la voluntad de cambio de la persona con una adicción, entre las faltas a la dignidad humana están el hacinamiento, violencia física o verbal extrema, privación ilegal de la libertad, violación sexual, homicidio, humillaciones, entre otras (Vázquez, 6 de octubre de 2022).

<sup>40</sup> En la clínica de rehabilitación ha habido al menos cuatro usuarios que mencionaron ser homosexuales.

¡qué horror!” ¡con criminales y asesinos y violadores! y le metieron ese como miedo. Entonces, él ya dijo “mira vente acá, que es mejor” y pues ya estoy aquí (usuario Mi, 2022).

Al hablar sobre la diferencia entre anexos y clínicas privadas, un usuario que ha tenido la experiencia de estar en ambos tipos de establecimientos me comentó que la principal diferencia es el trato que se le da al paciente.

Hay unos tratamientos [...] son los famosos anexos. Esos tienen muy mala fama y lo sé de antemano, porque para mí el trato que se me ha dado ahí... pues, sí es muy fuerte, es de modo inhumano. Es mi modo de verlo, porque hay castigos terribles, como golpes, gritos. Las condiciones son muy precarias, como dormir en el piso, todas las personas juntas, utilizan el mismo baño para hacer las necesidades, utilizan el mismo para todos y hasta para comer y, pues, es muy humillante y degradante. Entonces, sí para mí es una humillación, pero también existen ya las clínicas de rehabilitación, que ya no se le llama anexo. La diferencia es que, obvio, hay un mejor trato, pero no es gratuito ¿verdad? se tiene que pagar una cuota y como todo, dependiendo, de entre más se pague es mejor y entre menos pues de igual manera (usuario, 2022).

La clínica privada de rehabilitación al ofertar su diferencia con un anexo y al vender la experiencia de exclusividad, tiene elementos para colocar un precio a la estancia del paciente y la familia decidirá si lo ingresa o no. Que la clínica sea privada, es decir, que no reciba ningún tipo de presupuesto gubernamental, implica que el tratamiento depende enteramente de la familia, lo cual se vuelve un obstáculo, paradójicamente, para el tratamiento de los pacientes ya internados, pues en ocasiones hay servicios de salud que no son incluidos en los paquetes clínicos y la familia deberá decidir si paga o no esos servicios externos, si su familiar internado tendrá o no esos estudios, consultas, tratamientos. Los principales tratamientos externos son la atención psiquiátrica, estudios neurológicos, odontología.

La venta de un paquete clínico inicia con un proceso de convencimiento de la familia de que hay necesidad de internar a la persona que consume drogas o alcohol. La principal motivación es el miedo.

El principal motor de eso es [...] el miedo. Cuando hablo con mi personal y hablamos principalmente de temas de marketing. ¿Cómo le hacemos para convencer a las personas para

que ingresen a su familiar, en muchas ocasiones, en contra de su voluntad con nosotros? Es a través de meterles miedo (director, 2022).

Pero no solamente se acude a un miedo que el director considera justificado por las dificultades que acarrea el consumo de drogas y los internamientos involuntarios, también se acude a la hiperestimulación del miedo, a partir de la culpa:

Cuando se abordan de esta manera, que la familia tiene miedo a todas estas circunstancias y por lo tanto no quiere hacer nada en contra de la voluntad de la persona ¿qué tenemos que hacer? pues *meterles más miedo*. Decirles: “bueno, va a quedar en tus manos el no haber hecho algo por la vida de tu familiar. Se va a morir. Tú te vas a quedar con la sensación de que lo hiciste.” (director, 2022).

La culpa y el miedo hiperestimulados son emociones usadas para romper con el dilema que en ocasiones tiene la familia acerca del beneficio de internar a una persona contra su voluntad o en otros términos de comprar un paquete clínico de rehabilitación, pues existe el miedo de que la persona después de ser internada salga con resentimientos contra la familia, que abandone a su esposa, a sus hijos, que desaparezca de sus vidas o que el proceso haya sido muy costoso emocional y económicamente y que vuelva a consumir drogas o alcohol al salir.

Hay miedo a que el usuario, si es internado en contra de su voluntad, se resienta. Hay miedo de que el usuario, como está en contra de su voluntad recibiendo el tratamiento, se suicide. Hay miedo de que el usuario no avance, que sea mucho dinero, mucho tiempo y muchos riesgos a nivel emocional y familiar invertidos, y que el usuario salga tal y como está, nada más que ahora resentida y con ganas de venganza; que intente tomar alguna represalia a la familia. En otras ocasiones es algo tan sencillo como que ya no me vuelva a hablar, que se divorcie de mí, que se separe de mí o que nunca me perdone. Entonces, son miedos muy comunes en las familias [...] y por lo tanto no quiero hacer nada en contra de la voluntad de la persona (director, 2022).

El miedo y la culpa se usan para generar necesidades y responsabilizar a las familias de internar o no a sus usuarios. No sólo las emociones primarias son usadas para la reproducción del capital económico, sino que también se usan los sentimientos para generar

un estado constatativo<sup>41</sup> que les permita a las familias visualizar y reflexionar sobre la necesidad de su acción sobre las personas que serán internadas (Han, 2014), sobre todo cuando se las hace cargo de la vida o muerte de la persona que consume drogas.

Yo tengo un lenguaje muy duro, tengo un lenguaje muy, muy directo en ese sentido porque hay familias que me argumentan cosas en contra del ejercicio de la prohibición de la voluntad de la persona. Les digo “¿por qué quieren dejar en manos de alguien que claramente está alterado su juicio una decisión tan importante? ¿se quieren lavar las manos? Al final ustedes no habrán hecho nada por la vida de esta persona. Si se muere: responsabilidad tuya, porque no hicimos lo necesario para detener a una persona que se está matando” (director, 2022).

El miedo y la culpa que son vinculadas con el pensamiento de que el adicto es un sujeto que se está matando, convierte inmediatamente al servicio clínico en un espacio de curación que puede hacer “lo necesario para detener a una persona que se está matando” (director, 2022), que cuenta con las herramientas técnicas y profesionales para hacer vivir a una persona que se está matando. Adaptando la famosa frase de Foucault a la situación de una clínica que atiende a personas que no quieren ser curadas, podríamos pensar que la clínica ofrece el servicio clínico de *hacer vivir y no dejar morir*<sup>42</sup>. Este hacer vivir y no dejar morir se convierte en una mercancía a la venta que la familia consume en el tratamiento (Rodríguez, 2022; Córdova, 2018).

El miedo, entonces, como performativo y dinámico es un estímulo para la compra de un paquete clínico dentro del establecimiento de rehabilitación. El miedo siendo performativo motiva a la acción de consumo del servicio clínico: “en este caso nosotros vendemos miedo, eso es lo que realmente vendemos. Obviamente, ellos (la familia) compran el proceso de rehabilitación” (director, 2022).

El miedo a las consecuencias del consumo de drogas permite entrar en la lógica de comprar soluciones rápidas (Marín-Navarrete et al, 2013), de mercantilizar los conocimientos que se tienen sobre los efectos neurológicos, emocionales y sociales del

---

<sup>41</sup> Los enunciados constatativos son aquellos enunciados a los que se les puede adjudicar verdad o falsedad, a partir de la verificación o constatación de hechos (Galicía, 2010).

<sup>42</sup> La frase de Michel Foucault es “hacer vivir o arrojar a la muerte” (sección Derecho de muerte y poder sobre la vida, párrafo cuatro, 2011).

consumo abusivo y adicción a las drogas<sup>43</sup>. Es en la clínica en donde el médico y el psicólogo traducen el trabajo de investigación neurológica, farmacológica, psicológica y social en productos vendibles (Rodríguez, 2022).

Las emociones no son eliminadas o reprimidas, como se maneja en los modelos psicodinámicos y disciplinarios (Han, 2014, 2017)<sup>44</sup>, sino que deben ser impelidas. Esto se observa cuando se hace una hiperestimulación del miedo, lo cual parece provocar la compra del paquete clínico pues el “capitalismo del consumo introduce emociones para estimular la compra y generar necesidades” (Han, 2014, p. 39). No se elabora el miedo, se le incrementa.

#### Miedo: bien de consumo infinito

Como se ha venido diciendo, las emociones son productos, mercancías consumibles y los principales consumidores, según lo escuchado en la clínica tanto por usuarios como por el staff, es la familia. Por el miedo las familias se incentivan a comprar el tratamiento. en el capitalismo de consumo, las emociones son introducidas para estimular la compra y crear necesidades (Han, 2014).

Hay una mercancía emocional y una mercancía en el servicio de salud. Sin embargo, entre ambos bienes de consumo, existe una diferencia: el servicio de salud es un proceso que necesariamente es finito, lo que es manifiesto en el tiempo de internamiento pactado en los contratos de los internos; mientras que el bien de consumo, que es la emoción, es infinito y performático, en otras palabras, es estimulante de la acción de contratar el servicio (Han,

---

<sup>43</sup> Textos con información sobre las consecuencias neurológicas, emocionales y sociales del consumo abusivo de drogas véase: Corbobsesse, É. (2016). Capítulo XL. Toxicomanías en Kapsambelis, V. (coord.) *Manual de psiquiatría clínica y psicopatología del adulto*, pp. 604-655. Fondo de Cultura Económica. México; ; Naparstek, F. (2005). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*. Editorial Grama; Redolar, D. (2008). *Cerebro y adicción*. Editorial OUC. Barcelona, España; Polichet, S. (1996). *Toxicomanías y psicoanálisis. La narcosis del deseo*. Amorrortu. Argentina

<sup>44</sup> Para profundizar sobre la función de la represión en el psicoanálisis freudiano, en las sociedades disciplinarias, en las sociedades de rendimiento y en las psicologías postfreudianas, véase: Han, B.-C. (2017). *Topología de la violencia*. Herder editorial. España. En ese texto Han menciona que, en las sociedades neoliberales o sociedades de rendimiento, el mecanismo de represión ha dejado de ser el elemento principal de la sociedad, dando paso a una sociedad sin límites, pues el neoliberalismo en su necesidad productiva y reproductiva no necesita la negatividad de la represión sino la estimulación de los deseos, emociones de los individuos para que éstos se vean a sí mismos como proyectos.

2014)<sup>45</sup>, lo que queda a vista cuando las familias vuelven a contratar a la misma clínica frente a una recaída.

A la familia luego les venden este tipo de cosas, de que “ya que lo vea otra vez mal, pues hablemos” o “si vamos por ellos”, y luego la familia, su primera reacción, cuando otra vez tiene una recaída uno... tal vez la recaída no es tan fuerte, nada más fue por alguna situación X y fue esa su manera de reaccionar rápido a la *desesperación* (usuario, 2022).

Si bien, a nivel superficial se compra un bien finito (el tratamiento), lo que se compra en el fondo (y lo que mantiene enganchadas a las familias a los procesos residenciales para la rehabilitación para sus internos) es el miedo de lo que puede pasar frente a una recaída. Es por esta cualidad estimulante y performativa del miedo que se vende a las familias

La mercantilización de la salud y de las emociones reducen la complejidad de los procesos de salud y enfermedad, generan una creencia sobre la posibilidad de una salud perfecta, de una “gran salud” (Stolkiner, 2013, p. 5) y de un bienestar (Illouz, 2007) que se obtiene en la clínica, lo que ocasiona que muchos usuarios sean reingresados a la misma clínica por incidencias de consumo (consumos que no necesariamente son patológicos de acuerdo a los parámetros psicométricos), sin permitirles desarrollar la complejidad del proceso de salud-enfermedad, incluso cuando el equipo de psicólogos ha psicoeducado a las familias sobre la complejidad de la situación de la salud en relación con el consumo de sustancias.

### La satisfacción sobre el servicio de salud de la clínica de rehabilitación

Cuando pensamos al tratamiento residencial como una mercancía (Foucault, 1999; Castro, 2009; Rodríguez, 2022) hay que pensar que se compra un paquete clínico del que se esperan ciertas cosas en relación con su costo. Tiene un valor de uso en el que se depositan imaginarios de buena salud y bienestar (Rodríguez, 2022; Stolkiner, 2013). En esta sección se explorarán algunas experiencias de la compra del paquete clínico.

---

<sup>45</sup> La cualidad de infinitud de la emoción se debe a que depende del cambio de los estados y de la percepción. Lo que el capitalismo explota de la emoción es su fugacidad y volatilidad situacional y performativa.

## Un buen lugar

Según lo comentado por el director de la clínica, las familias cuando lo contactan para hablar sobre esta institución y la posibilidad de internar a alguien ahí le preguntan acerca de las condiciones de vida dentro de la institución, con la intención de comprobar que ese espacio es, en principio, un lugar adecuado para vivir o, en otras palabras, que no se trate de un anexo.

Cuando hablamos de tratamientos (con las familias) a veces hablo de la trayectoria profesional de cada uno de mis psicólogos. Cuando veo los aspectos técnicos, los aspectos clínicos no les importa (a las familias). Trato de decirles: “tenemos un psiquiatra de mucha trayectoria”, (pero las familias dicen): “ah, sí, sí, pero ¿cuántos hay aquí?”. O sea, hay otro miedo aparte, que es el miedo de que una clínica es igual a un anexo, un centro de apoyo mutuo como dicen las autoridades, donde el tratamiento es dirigido por padrinos, exusuarios y siguen el programa de 12 pasos de A.A. pues no son profesionales y obviamente manejan la adicción de una manera muy rudimentaria (director, 2022).

Desde lo mencionado por el director de la clínica, los aspectos que tienen que ver con la forma del tratamiento, las técnicas psicoterapéuticas quedan en un segundo plano para las familias. Del servicio que están contratando, lo importante para las familias, es que se trate de un lugar seguro.

De pronto es “no me importa los profesionales, no me importa nada, quiero que me respondan mis preguntas, que si va a ser bien atendido, que si va a estar bien comido y que si se va a poder recuperar”. A eso se limita el interés familiar de lo que quiere saber de una clínica, entonces a veces del aspecto técnico está de sobra (director, 2022).

Para los usuarios que han estado internados varias veces, una de las demandas que se hacen al respecto, es que sean tratados con dignidad, y que sean tratados como enfermos y no como criminales.

Es normal cometer errores, pero la dignidad es de no de que nos traten como si fuéramos criminales o como si fuéramos menos personas por tener un problema de adicciones. Simplemente es un problema, es una enfermedad como se maneja. Entonces, al decirte “alcohólico, drogadicto es un tal por cual”, eso es no es un trato digno. Se debe tratar como lo que es, una enfermedad (usuario, 2022).

Al final de cuentas, según comentan varios usuarios, se trata de un servicio que les están proporcionando y por el cual se está pagando: “el tratamiento adecuado: que a uno lo trate con dignidad y no que te chiqueen verdad, pero sí que te traten con dignidad, porque al fin de cuentas es un servicio” (usuario, 2022).

Que el tratamiento residencial de rehabilitación sea percibido como un servicio les permite a algunos usuarios pensar que el abuso o la adicción es una enfermedad y, como consecuencia, a no normalizar los tratos indignos.

#### Un lugar de castigo

Por otro lado, en la clínica se reconoce que hay familiares que quieren que el internamiento sea un castigo, “hay otro sector de la población que en lugar de que pidan que les tratemos bien quieren que los tratemos mal, quieren ver el internamiento como un castigo” (director, 2022), es decir, quieren que la clínica sea un espacio punitivo para el internado.

Al respecto de la demanda de castigo, un usuario de la clínica, que ya había sido internado de manera voluntaria e involuntariamente, comentó lo siguiente:

He visto que familiares dejan a personas, a compañeros aquí. Sí. Es un castigo y es como “para que aprendas de todo lo que has hecho. Te vas a quedar ahí tanto tiempo”. He visto también que dejan a personas mayores, ya ancianos para deslindarse de ellas y ya los dejan en este tipo de lugares hasta que fallecen, como aquí tienen comida y todo, no los meten, así como en un asilo o cosas así (usuario, 2022).

Otras formas del castigo que se aplica a los usuarios es internarlos en esta institución, que es la clínica para pacientes involuntarios e ingobernables. La razón de verla como un castigo es que varios usuarios llegan a esta clínica después de haber estado en las otras que son más costosas y que, por lo tanto, tienen un mejor trato. Ellos me han mencionado que en las clínicas más caras se piensa que en esta clínica el personal golpea a los usuarios, por lo que piensan que serán maltratados.

#### Un lugar de separación

Además de la demanda de un buen lugar para ser internado, de la demanda de castigo para los usuarios, existe la demanda de deslindarse de personas que parecen haber lastimado a la

familia o que pueden ser una carga para ellas. En esos casos, la clínica parece cumplir una función intermediaria para hacer que la persona internada salga de la vida familiar.

En este orden de ideas, un usuario que denominaré Gi, un hombre en sus 30 años, de gran volumen muscular, fue internado en la clínica. En sus primeros días en la clínica rompió la puerta del cuarto de enfermería en el cual estuvo los primeros días de su ingreso. Su proceso parecía el estándar: 90 días internado, pero no fue así. Él estuvo tres semanas en la clínica. Después de tres semanas se le hizo una ceremonia de egreso junto a los usuarios que terminaban su proceso regular. En su *Quema* dijo que, para algunos usuarios de la clínica, el proceso era de 3 meses y para otros, de tres semanas. Al parecer, su egreso se debió a que la familia decidió dejarlo de apoyar.

Hay otra parte de la población de usuarios que considera que la demanda que se hace a las clínicas es mantenerlos encerrados para que las familias estén tranquilas, sabiendo que ellos están internados y sin consumir drogas o alcohol. El usuario Gu comentó lo siguiente: “porque (la familia) firman ante la clínica y ante el MP, estamos bajo su cuidado. La familia pues ya se deslinda de momento y pues sí también es algo, es algo, como que es feo” (usuario, 2022).

La familia ocupa las clínicas de rehabilitación como espacios de deslindamiento quedando las autoridades clínicas y judiciales con la custodia de ellos mientras están internados. Ha habido casos de usuarios que durante todo su internamiento no han tenido comunicación con sus familias o que sus familias no responden a sus necesidades, por lo que los usuarios compañeros les brindan cosas para el aseo personal, comida o ropa. También, la clínica les da cosas de aseo personal que usuarios que han egresado dejaron.

Como Foucault (1999) observó en el proceso de mercantilización y medicalización de la vida, la medicina actualmente se encuentra implicada en situaciones que antes no eran de su interés. Hoy la clínica y su tratamiento de rehabilitación en adicciones no sólo atiende al paciente y a sus necesidades, sino que vela por las necesidades de otros interesados, muchas veces olvidando el abordaje de la enfermedad y del enfermo, para abrir paso a situaciones que tienen que ver más bien con una demanda disciplinar del servicio de salud, por ejemplo: espacios de castigo para los usuarios de drogas, lugares para que los pacientes estén

contenidos, se sientan seguros y desarrollen “buenos hábitos” (como levantarse temprano, hacer aseo, ser diligentes, tener tolerancia a la frustración, etc.), así como lugares de abandono.

#### Demanda del usuario

Que la clínica implique un costo económico para las familias de los usuarios o para los usuarios mismos, porque en ocasiones ellos son los que pagan el tratamiento con ahorros o trabajo, permite que ellos también tengan la posibilidad de solicitar mejoras en el servicio de salud que están recibiendo. Las solicitudes que se hacen no se tratan directamente sobre posibles violaciones a los derechos humanos, sino que siempre se vinculan con el tipo de servicio y el costo de éste.

Las solicitudes de mejora se hacen de manera formal durante una reunión en la que participan todos los usuarios, los psicólogos y el director de la clínica. Esta reunión es llamada *reunión comunitaria*. En ella, los usuarios expresan sus quejas sobre el tratamiento y sugerencias de mejora en relación con diferentes temas, entre los que destacan las condiciones estructurales de la clínica, equipo para las sesiones y trato terapéutico. Sin embargo, lo que los usuarios dicen durante esa reunión llegan a ser sentidas como poco valiosas para la clínica, lo cual genera un sentimiento de inconformidad que afecta el ánimo de los internos y su disposición para el tratamiento.

Nos dan [un espacio para] quejas y sugerencias cada lunes y [esperamos] que esas quejas y sugerencias se tomen más en serio, porque he visto que nada más se repite el “ok, sí estamos trabajando en eso”, “hace una semana estábamos trabajando en eso”. Ya termina tu proceso y nunca llegó. Entonces, eso sí es un obstáculo muy grande y no sé si sea de parte del personal o si es de parte de las decisiones de los directivos. Entonces, es como se dice coloquialmente: nada más nos dan el avión (usuario, 2022).

Esta falta de respuesta a las sugerencias y mejoras de la clínica genera en una parte de la población de usuarios el sentimiento de que el costo del tratamiento realmente no obedece al proceso de rehabilitación, sino al de tener ingresos económicos por un tratamiento que no resuelve sus demandas, sino las de la familia.

Que el espacio que es dado para que los usuarios den las sugerencias en cuanto al servicio del tratamiento sea sentido como poco valioso, genera que los internos ocupen otros

momentos ya no para hacer quejas y sugerencias del servicio de salud, sino para reclamar la falta de atención a sus necesidades en cuanto al servicio.

En una ocasión, un paciente de la tercera edad, un señor que se caracterizaba por ser muy franco, se me acercó y me comentó que tenían los cuartos cerrados como resultado de un castigo grupal. El castigo del que hablaba el usuario fue un castigo que duró varios meses, y se heredó de una generación a otra. Que los cuartos estuvieran cerrados significaba que no tenían acceso a los baños asignados para cada habitación. El reclamo que externaba era que solamente había un baño disponible para aproximadamente 20 personas, lo cual lo tenía muy sucio. Pero su reclamo no era por la indignidad del baño sucio, sino que era porque no daban un tratamiento acorde al costo de la internación.

También se habla sobre las malas condiciones de los colchones, falta de ventilación, de equipo para las sesiones.

Los colchones que estaban muy, muy malos. Ya no servían, aunque ya cambiaron ya nos trajeron unos, pero ese tipo de situaciones como que a las instalaciones les falte cosas, ya sea que no haya balones, no haya buenos colchones, no haya ventiladores. Porque luego el calor es muy fuerte y, por ejemplo, aquí en Morelos, en Cuernavaca, pues si el calor es muy fuerte y el calor hace que uno no se concentre y luego si padecemos de bastante calor (usuario, 2022).

En otra ocasión, el usuario G, quien me mostró la revista con la publicidad de la clínica, me comentó que él no había recibido el servicio de psicoterapia individual de manera regular y que se iba en una semana. Me dijo que había pasado como paciente por varios psicólogos, pero que no pudo trabajar con ninguno. Luego los enumeró: primero fue el psicólogo C<sup>46</sup>, pero que éste dejó de trabajar en la clínica; luego fue el psicólogo E, que lo vio en dos ocasiones. También fue paciente del psicólogo J, pero él estaba ocupado en traslados y en temas administrativos y que sólo lo vio dos veces. Mencionó que al final el director era su terapeuta y que sólo lo había visto una vez hasta ese momento. Me dijo que pensaba en hablar con uno de los psicólogos para preguntarle qué iba a pasar con sus terapias individuales que no había recibido. El usuario G estaba molesto por dos razones: una era que

---

<sup>46</sup> Los psicólogos con nombres en clave que se mencionan aquí trabajaron solo unos cuantos meses, luego abandonaron la clínica o fueron despedidos.

él tuvo la intención de trabajar en sus asuntos emocionales, pero no lo había hecho por la falta de atención. El otro motivo de su enojo, relacionado con el primero, tenía que ver con el pago de un servicio que él sentía que no había estado recibiendo.

El reclamo de los usuarios parece ser sintomático del proceso de reducción que viven las personas que son internadas en la clínica por parte del staff, pues, al ser reducidas a una sola característica de su complejidad personal, son percibidos de manera unidimensional, donde el staff asocia el reclamo como una consecuencia de su consumo.

Sin embargo, por lo observado en el trabajo de campo, la reducción parece ser más bien un proceso relacionado con la enajenación del trabajo del staff (entendida como negación de sí mismo), quienes son mercancías (muchas veces con malas condiciones laborales) como también lo son los usuarios<sup>47</sup>.

#### Demandas del usuario y su relación con la mercantilización de la salud

Lo que señalan estas demandas y reclamos a la clínica no son solamente las situaciones relacionadas a la violación de derechos humanos que pudieran llegar a existir. El reclamo está directamente relacionado con el costo de la clínica y el servicio de salud que brinda, que a su vez está basado en la demanda de una experiencia de bienestar físico y mental que tiene que ver con la mercantilización de la salud que “genera una demanda infinita y una insatisfacción generalizada del cliente” (Castro, 2009, p.19).

Así que, cuando el usuario habla sobre la ausencia de material para trabajar, malas condiciones de la infraestructura, falta de psicoterapias, lo hace como cliente (Castro, 2009, Rodríguez, 2022) y no únicamente como paciente. Incluso, cuando el usuario dice que se le da el “avión”, lo hace desde el reclamo de ser un cliente insatisfecho con su experiencia.

Esto, como puede esperarse, no quita otros procesos como las relaciones de poder donde el usuario se mantiene en un nivel subordinado al poder clínico. Sin embargo, parece que la queja y demanda del usuario por el servicio clínico que recibe es una posible forma de resistencia activa que equilibra las relaciones de poder sin que el usuario pueda ser visto

---

<sup>47</sup>Aunque se observaron elementos variados para pensar en explotación laboral que tenía como consecuencia un trato a veces poco digno hacia los internos, derivado de un posible burnout, no se pudo sistematizar dicha información.

como un riesgo para la convivencia dentro de la comunidad clínica, pues al mercantilizar la atención médica, se le quita la parte política o social del conflicto (Laurell, 2001; Frenk *et al*, 1976).

### Servicio ¿Para quién?

El servicio de internamiento de la clínica privada para la rehabilitación parece darse principalmente a la familia y, de manera secundaria, a la persona internada, pues, aunque el usuario quiera quedarse más tiempo por su deseo de trabajar temas emocionales, su estancia depende principalmente de la decisión de la familia y aunque el psicólogo de la clínica dé las sugerencias para sacarlo antes o después del tiempo acordado, la familia tiene la “batuta” (usuario, 2022) de decidir qué hacer.

Las decisiones familiares se basan en buena medida en los costos del proceso de rehabilitación. Si el psicólogo tratante sugiere una extensión del tratamiento y la familia tiene la capacidad económica para pagarlos, regularmente se extiende el proceso. Si la familia no tiene la capacidad económica para extender el internamiento o se considera que el usuario es un “caso perdido” (director, 2022), se hace un trabajo de “psicoeducación” (director, 2022).

Si vemos que la persona no tiene condiciones que lo vuelven salvable, que es una persona que tiene una estructura de personalidad fuerte, que difícilmente ni en un año podremos realmente hacer que ceda al tratamiento (a veces estamos en contra del reloj) ... porque muchas veces todo es *producto de grandes sacrificios económicos* por parte de una familia que *no tiene esos recursos* y, por lo tanto, eso provoca que no puedan darse el *lujo* de tener una extensión del proceso de más meses. Cuando vemos los llamados casos perdidos, que donde por más que le hagamos, intervengamos entre varios terapeutas y demás, vemos que no se va a poder realizar un cambio de manera inmediata o en las próximas semanas, entonces, lo que hacemos es pasar a una estrategia de psicoeducación. ¿Qué es lo que hacemos? psicoeducamos a la familia<sup>48</sup> para que entienda perfectamente que lo primordial en el tratamiento va a ser dar contención, hacer que el *tratamiento farmacológico* haga el mayor *beneficio* posible y educarlos a ellos respecto al trastorno, a las alternativas de educación: crianza positiva en el caso de los más jóvenes o poner límites, que es lo que más les cuesta trabajo a las familias. Tenemos que prepararlos para la persona que va a regresar, que muchas

---

<sup>48</sup> En la clínica también hay procesos psicoeducativos para las familias. De manera similar a los internos, las familias reciben talleres sobre la adicción y la función familiar para evitar recaídas. Este proceso viene agregado al costo del tratamiento.

ocasiones, aunque salen no tan violentos como esperamos, sí llegan a salir con rencores (director, 2022).

Además del costo del proceso de rehabilitación, hay costos adicionales que están relacionados con la contratación de especialistas en áreas que no cubre el paquete clínico. A ojos del director de la clínica estos gastos extra son vistos como una dificultad para dar un tratamiento adecuado a los usuarios.

Una (una dificultad para un tratamiento adecuado) sería la economía de la familia. No se recibe subsidios por parte del Gobierno. Entonces, quien paga totalmente todo este tratamiento es la familia y, de pronto, cuando se necesita un especialista, un psiquiatra, neurólogo... pues evidentemente implica un gasto más. A veces, incluso, odontología... los que consumen cristal principalmente. Este... pues es un gasto bastante importante, también, los servicios odontológicos. Entonces de pronto ya no se acceden a ciertos servicios de salud por falta de dinero (director, 2022).

Foucault (1999) y Castro (2009) notan que los procesos de mercantilización de la salud más que emparejar la desigualdad a los servicios de salud, han hecho que la desigualdad sea cada vez mayor. En donde “los ricos continúan utilizando los servicios médicos mucho más que los pobres” (Foucault, 1999, p. 361). Lo anterior hace que los servicios de salud sean un lujo para unos (estratos de la clase media y media alta) y un deseo para otros (estrato de la clase baja).

La institución de rehabilitación en adicciones se ubica en un contexto económico y político específico que se caracteriza por hacer de los principios del mercado y la empresa el modelo ideal de comportamiento (D’Odorico, 2020) y de la vida (Lukács, 1970). Por tal motivo, y por lo que he visto, la clínica de rehabilitación en adicciones ha adoptado un discurso neoliberal, es decir, su funcionamiento tiene que ver con la posibilidad de ofertarle a los futuros clientes, a la familia, una diversidad de paquetes clínicos adecuados a sus necesidades para elegir aquellos que estén dispuestos a pagar por la rehabilitación de su familiar. En ese sentido, el proceso de rehabilitación es un servicio privado en el que los únicos encargados de pagarlo son las familias de los usuarios internados y en donde la responsabilidad de estar sano es del paciente (Castro, 2009, Foucault, 1999).

## El usuario dentro del mercado de la salud: la responsabilidad de sí mismo

En esta sección exploraré la subjetividad de los usuarios como una responsabilidad sobre sí mismos para aprovechar el internamiento involuntario, el cual parece vincularse con el discurso neoliberal de autogestión de sí mismo (Castro, 2009; Han, 2014). La responsabilidad del usuario sobre su propia salud y sobre los riesgos parece vincularse al discurso neoliberal de la mercantilización de la salud (Castro, 2009), pues, para lograr el bienestar o la Gran salud (Stolkiner, 2013), solo basta una buena actitud, sin importar las condiciones materiales de vivienda que tienen los usuarios dentro del servicio (Cabanas en Radio UNED, 16 de mayo de 2013; Han, 2014).

La autogestión es un pensamiento común entre los usuarios que piensan que la situación de salud que tienen es algo que depende de ellos mismos. Este pensamiento es recurrente entre los usuarios que se han hecho de confianza<sup>49</sup> y que se han apegado al tratamiento, o que tienen el deseo de dejar de consumir, ya sea porque así lo desean, porque así les conviene por las relaciones de poder o por mera simulación.

Durante una entrevista a un usuario sobre los obstáculos para un tratamiento adecuado, es decir, un tratamiento que les permita trabajar sobre la adicción, él mencionó que el obstáculo para el tratamiento es uno mismo.

A veces creo que son las conductas, las actitudes que toman los compañeros hacia las clases hacia los psicólogos y hacia la clínica... que la clínica, a veces, no tiene la culpa de los problemas que traigan ellos... y si no quieren trabajarlos, pues eso también no es problema de la clínica. Creo que los *obstáculos serían ellos mismos*, más que nada, más que otra cosa. Serían ellos mismos: las personas *que no quieren cambiar* (usuario, 2023).

El usuario Mi, de manera muy similar, menciona que el obstáculo para un tratamiento adecuado es uno mismo.

Pues de la clínica no creo que haya obstáculo alguno. En ningún lugar, en ningún lugar hay obstáculo alguno. *El único obstáculo que siempre hay es el de uno mismo*, si uno quiere seguir

---

<sup>49</sup> En este punto me gustaría enfatizar que el discurso individualista y de autogestión del tratamiento proviene de los usuarios de confianza. Los usuarios que pueden ser percibidos como rebeldes o “perversos” (psicólogo, 2022) cuestionan lo referente a la materialidad de la clínica, la involuntariedad del tratamiento, la efectividad de la disciplina como elemento de la terapéutica.

teniendo esa misma personalidad de evitar las cosas y no enfrentarlas y seguir así, como sumido en esa idea de que tú tienes la razón, o de que mejor “no, no quiero ahorita y mejor lo evito”. Entonces, yo creo que aquí o en el anexo o incluso allá afuera, cuando uno se da la oportunidad para poder mejorar y para poder sanar una parte en la que le duele y que tiene que mejorarla para cambiar su estilo de vida, ese es el mayor obstáculo. Realmente no creo que la clínica A ni la clínica B ni C ni D ni ninguno de los centros que tienen haya diferencia alguna<sup>50</sup>... ni siquiera el anexo que luego dicen que tienen aquí, pero yo no veo diferencia alguna, porque tanto aquí como en el anexo que estuve casi diez días pues yo trabajé en mí (usuario Mi, 2022).

Otro interno que entrevisté participaba del mismo discurso del usuario Mi, aunque no se conocieron. Él pensaba que el tratamiento depende de uno mismo y que no importa en la institución en que se esté.

Siento que si hubiera sido otra clínica, que no hubiera sido la cadena de clínicas A, también iba a estar bien, porque no depende.... Para mi punto de vista, no depende de la clínica o de los especialistas, sino más de *uno mismo* (usuario, 2022).

Un paciente mencionó que el trabajo terapéutico es sobre su persona y por lo tanto, el tratamiento no depende del lugar o del psicólogo, aunque sí reconoce una bidireccionalidad en el vínculo entre usuario y psicólogo, como una relación que lo hace sentirse escuchado, pero que lo confronta y lo cuestiona.

Se me cuestiona cosas sobre mi vida, sobre mi conducta, sobre mi forma de pensar, sobre mi forma de ver la vida, sobre mi manera de ser, sobre mi persona. Y poco a poco ha ido avanzando; yo he tenido logros con mi psicólogo y yo espero que él también haya tenido logros conmigo, porque cuando es de psicología, entiendo que es una cuestión bidireccional, no es una cuestión unilateral, no es como que el psicólogo pueda decir “ah, yo ya sé exactamente lo que tengo que decirle a esta persona”, sino que, conforme vas conociendo, conforme vas conociéndote con esa persona, ya sabes más o menos en qué punto estás parado y cuáles son las cosas que no están bien y cuáles son las cosas que sí están bien. En la medida que pasan las sesiones yo veo que él tiene más herramientas para elaborar su forma de hablar conmigo y a cambio yo obtengo ejercicios para liberarme de cosas que definitivamente sí me

---

<sup>50</sup> El usuario se refiere a las demás clínicas y centros de la cadena a la que pertenece el establecimiento donde se hizo el trabajo de campo.

han afectado... pero, vamos a ver: eso es aquí en esta clínica y en cualquier otro centro o cualquier otro terapeuta (usuario, 2022).

Para el usuario citado la terapéutica es un servicio, los psicólogos son solamente trabajadores de los cuáles puede sacar herramientas terapéuticas que le permitan elaborar cosas que le han afectado, pero eso no quiere decir que vea en ellos personajes con los cuales elaborar colectivamente el problema emocional, sino que los ve como trabajadores de “una empresa que es la clínica A” (usuario, 2022).

Ellos (psicólogos, operativo, cocinera, director) no significan nada para mí. Los veo como trabajadores, como personal de una empresa que es clínica A, pero yo no los veo ni como padre ni como una madre ni como una autoridad, como nada. A mi psicólogo lo considero como *un psicólogo*, al director lo considero como *un director*, al operativo como *un operativo* y a la cocinera como una *cocinera*, pero nada más (usuario, 2022).

Que el personal de la clínica sea visto como personas trabajadoras que cumplen una función, me hace pensar que para algunos usuarios su relación con la clínica es una transacción, que hasta cierto punto parece volverse impersonal<sup>51</sup>. Que el interno mencione que su psicólogo es *un psicólogo*, que use el artículo *un* sugiere que, para él, el psicólogo es una parte del servicio de rehabilitación que puede ser reemplazado por otro psicólogo (por ejemplo, mi psicólogo es *un psicólogo* más que puedo encontrar el cualquier lugar), pues no se trata de una persona, sino de un servicio que es más o menos igual en otros lugares.

En el caso de los pacientes citados observo que el internamiento se comprende como funcional cuando el interno se hace cargo de sí mismo, cuando quiere dejar de consumir y resignifica los elementos del internamiento, sin importar las indignidades que se puedan vivir (por ejemplo, en los anexos o centros de rehabilitación) o lo caro económicamente que pueda ser el tratamiento en las clínicas privadas.

Para los usuarios, que parecen entenderse como proyectos a mejorar, alcanzar el equilibrio psicológico depende de uno mismo, el equilibrio psicológico es individual. Los factores materiales, a su vez, no pueden ser elementos determinantes para alcanzar el

---

<sup>51</sup> Más adelante se tratará de hacer una diferencia entre un tratamiento basado en la noción de Yo como un proyecto individual y hasta cierto punto narcisista y un tratamiento basado en procesos autónomos de un autocuidado con factores de protección de la comunidad.

bienestar, pero sí se puede cambiar la cognición de estos (Cabanas y Illouz, 2019), es decir: no podrán cambiar los vínculos sociales, pero sí pueden cambiar la forma en que perciben los vínculos sociales.

Pensar al yo como un *proyecto* a desarrollar (Han, 2014) proporciona a los internos un marco de comprensión de sí mismos en el que ellos son los únicos responsables de su tratamiento, aunque también los convierte en los únicos responsables del origen de sus problemáticas, ya sean de consumo o emocionales.

Dije, mira: ya estoy aquí. *Mi problema* me lo confirmó el psicólogo T. No son las sustancias, porque esas las sé controlar bastante bien. *Lo que no sé controlar son mis emociones*. Mis sustancias que consumía eran un reflejo de cómo estaba yo. Siempre he sido muy acelerado muy, muy acelerado, entonces, ya con el alcohol y la marihuana me relajaba y estaba en un estado más neutro (usuario, 2022).

El usuario Gu, por su parte, mencionó que la adicción era algo que se vinculaba con traumas infantiles individuales y que podía alojarse en su cerebro, para el cual no tenían herramientas o curas, pero sí comprensión y contención.

La adicción es una consecuencia de algunas heridas emocionales que hemos tenido desde muy pequeños, desde la infancia... tal vez está arraigada a nuestro cerebro, pero no podemos sacarlo. O sea, no tenemos las herramientas para poderlo curar, porque no es algo que se cura, pero sí entenderlo y sobrellevarlo a través nuestra vida sin que tengamos que hacer un escape con una sustancia. Cuando ya se crea un problema [es] que ya está en riesgo tu integridad y hasta tu propia vida... incluso la de los demás (usuario GU, 2022).

El usuario Gu, luego siguió con una explicación de que la enfermedad de la drogadicción a veces se da en el contexto social y que es la sociedad la que orilla al alcoholismo, pero luego volvió a la reflexión de la drogadicción y su tratamiento como un problema que tiene un origen individual, es decir: donde el adicto es el único que debe gestionar la vida.

Me di cuenta de que también todos los problemas que he llevado en mi vida, carga junto con que la misma sociedad te impone (que se ha normalizado) el beber en exceso, drogarse, hace que uno caiga más en una predisposición...aunque no es una ley.... porque yo conozco a

personas que sus familias han sido alcohólicas y viven en un entorno alcohólico y esas personas nunca han sido alcohólicas (usuario Gu, 2022).

El discurso del usuario suscribe la narrativa terapéutica proveniente de la psicología del yo, pone el énfasis en los “valores culturales del individualismo moral, de cambio y de automejoramiento” (Illouz, 2007, p. 123). Aunque el mismo usuario se da cuenta de que el problema del uso de drogas tiene un contexto social más amplio y complejo, él se asume como un único responsable de su malestar, al tiempo que a él le toca cambiar y mejorar.

Este posicionamiento con rasgos neoliberales frente a la salud con un único responsable, con un emprendedor de sí mismo (Han, 2014), justifica que todo el tratamiento tenga como eje central al usuario a quien se le brindan herramientas emocionales, sociales, psicológicas, psiquiátricas, incluso, algunos elementos terapéuticos de A.A. que le permitan revincularse socialmente, mientras que elementos contextuales, son componentes contingentes a los cuales el usuario rehabilitado deberá hacer frente con las herramientas psicológicas.

La responsabilidad de uno mismo sobre su proceso de rehabilitación será un elemento que el staff valorará para hacer de un usuario alguien de confianza. Esto es lo que mencionó un interno que durante el trabajo de campo se convirtió en un usuario de confianza y que permite visualizar el proceso de hacerse cargo de uno mismo y la recuperación de la agencia, de gestionar la sintomatología por el uso de drogas con el cambiar de estatus en la clínica.

Siento que ya me vieron tranquilo, que ya no decía incoherencias, que ya no escuchaba voces, que ya no escuchaba cosas y pues me dieron una oportunidad porque en realidad vieron un cambio grande en mí. Vieron que sí iba a poder hacerlo y les demostré que sí pude hacerlo y voy a poder seguir así (usuario, 2022).

Para Castro, el proceso de mercantilización de la salud puede relacionarse con las sociedades neoliberales a través de la agencia de los pacientes y de la capacidad del individuo para “gestionar sus propios riesgos, articular toda una forma de vida en la cual resulta preciso invertir en el propio cuidado y la protección de uno mismo” (2009, p. 21). Cuando el usuario logra administrar su vida dentro de la clínica (en algunos casos significa tener disciplina) es cuando pueden ser usuarios de confianza.

La mercantilización de la salud hace que se le exija al usuario que egresa que esté completamente reformado, haciendo que él sea visto de manera unidimensional. Un usuario internado, no siempre tiene la posibilidad de ser contradictorio: “creen (la familia) que ya nos meten aquí, voluntaria o involuntariamente, y que vamos a salir arreglados o curados” (usuario, 2022), lo que obnubila los otros factores que rodean el problema de salud que representa la adicción.

No obstante, hay usuarios que han observado en la clínica no sólo un lugar que reproduce la ideología del yo como un proyecto que depende de sí mismo para mejorar, sino que reconocen en la institución elementos valiosos para mejorar sus condiciones de vida fuera de la institución. Tal es el caso de un usuario con repetidos intentos suicidas y que sufrió una violación en un centro de rehabilitación en donde estuvo internado:

Para mí son mis salvadores (los psicólogos). Ellos representan lo que no había tenido en prácticamente tres años [...] a pesar de que yo venía con toda la intención de suicidarme y acabar con mi vida, aquí encontré una oportunidad, la oportunidad de amarme a mí mismo. Se me decía que era importante, que me querían mucho, pero principalmente me enseñaron a quererme a partir del amor propio (usuario, 2022).

Esto dice que no solamente es un lugar de reproducción de la ideología neoliberal, sino que también es un lugar en el que a través de la comunidad que se desarrolla entre los usuarios y entre los usuarios y el staff de la clínica pueden ser espacios de autocuidado, pues a diferencia del proyecto individual, el autocuidado parece tener base en la comunidad y en conocer el lugar que la persona ocupa en la vida de las personas. En este orden de ideas, el usuario citado anteriormente, regresó a la clínica cuando sintió que tenía problemas de salud y emocionales, pero no regresó como paciente. Él regresó a servir a la comunidad como cocinero. Su regreso fue porque la clínica para él era un factor de protección que no había encontrado en otros espacios y que le permitirá recuperar su agencia, entendida esta como su capacidad de toma de decisiones, de sentir que es valorado por la comunidad.

#### [El usuario en el mercado de la salud](#)

Para Foucault (1999) la mercantilización de la salud incluye al cuerpo de los pacientes o de los enfermos de dos maneras: una por vía de los procesos de salud y enfermedad; y otra a

través de convertir el cuerpo en una fuerza de trabajo. En esta sección vamos a analizar ambas formas.

La primera forma de ingreso al mercado de la salud como un cuerpo, la representa el caso de un usuario que estuvo internado cuatro meses. Éste comentaba que sentía una dualidad sobre qué lugar ocupaba en la clínica, pues se sentía un cliente y un beneficio económico, o sea: una mercancía.

Soy un cliente (se ríe). Este... yo diría que sí, simplemente... bueno, no para todos. O sea, estoy seguro de que para algunos sí, simplemente soy como un beneficio económico, eso es lo que represento (usuario, 2022).

Al preguntarle acerca de para quiénes él consideraba representar un beneficio económico, este usuario respondió: “para los dueños de la clínica” (Usuario, 2022).<sup>52</sup> A su vez, cuando el internamiento se alarga, es decir, se hace de más de 90 días, surge la especulación de que se alargó el tiempo de internamiento porque implica ingresos económicos extras a la institución:

No sé si sea por el tema económico. Como que agarraron esa modita de quererlos dejar más tiempo. Pero sí se agarraron eso de quererlos dejar más tiempo. O sea, mientras [se] esté aquí se tiene que seguir pagando. Es lo que ellos dicen, pero a mí no me consta, pero es la idea que la mayoría tiene aquí. Si les preguntas eso: ¿oye por qué crees que los dejan más tiempo? “Pues, para seguir cobrando”... o eso es al menos de lo que ha dicho la mayoría de los que los amenazan con dejarlos más tiempo, dicen: “no, pues es por el varo, güey” (usuario, 2022).

El cuerpo de los pacientes entra en el mercado económico “desde el momento en que es susceptible de salud o de enfermedad, de bienestar o de malestar, de alegría o de sufrimiento, en la medida en que es objeto de sensaciones, deseos, etc.” (Foucault, 1999, p. 357). Es a través de la enfermedad del cuerpo y de la mente que la institución genera las condiciones para la movilización del capital. La psicosis por el consumo de drogas, padecimientos neurológicos, enfermedades del organismo y trastornos de la personalidad,

---

<sup>52</sup> Esta diferenciación es importante, ya que hay dos niveles de representación del personal de la clínica por parte de los usuarios: 1) están quienes laboran ahí: operativos, enfermeros, psicólogos, médico, cocinera, personal de mantenimiento, director y, 2) están los dueños de la clínica. Es decir, el director no es la máxima autoridad o la autoridad soberana de la clínica.

ataques de pánico, ansiedad, angustia, depresión, etc., permiten que el cuerpo de los usuarios sea introducido en el mercado, pero ya no como fuerza de trabajo, sino como cuerpos dispuestos entre la salud y la enfermedad.

En la clínica también se da un proceso que relaciona el fármaco con la salud y que beneficia directamente a las farmacéuticas a nivel de distribución (Foucault, 1999; Stolkiner, 2013; Castro, 2009). En el caso más bien local, se beneficia económicamente una farmacia distribuidora de productos médicos que la clínica requiere para trastornos o enfermedades del cuerpo y de la mente: antipsicóticos, antibióticos, antihistamínicos, materiales como jeringas, gasas, alcohol, etc. Esta relación se puede hacer porque en algún momento en que el director estaba molesto, comentó que la farmacia a la que le compran los medicamentos les beneficia tenerlos como clientes porque por sus ingresos son capaces de “deducir millones de pesos de impuestos” (director, 2022).

Cuando la salud se convierte en una mercancía o en un bien de consumo, integra al cuerpo del usuario en el mercado pues su susceptibilidad de enfermedad y de salud posibilita la producción y reproducción del capital económico. En nuestro caso, la mercantilización de la salud lo inserta en el mercado de los tratamientos de rehabilitación en adicciones, pero también lo integra en forma de fuerza de trabajo, que es la segunda forma en que el usuario ingresa al mercado de bienes de salud.

Durante el trabajo de campo se observó en al menos tres ocasiones que algunos usuarios a los que se les extendía el tiempo de internamiento (más de 4 meses), fueron usados como empleados por parte de la clínica teniendo diferentes actividades laborales: abrir las puertas de la institución, ser operativos o formar parte del equipo de traslados.

En dos de los casos, la fuerza de trabajo que representaban los usuarios partía de una nueva forma de abordaje terapéutico, pues los temas trabajados por los usuarios se estaban repitiendo debido a que el programa se repite más o menos cada tres meses. Incluso a uno de los usuarios se le sugirió el plan de quedarse a trabajar en la clínica, plan que el usuario se apropió.

Quiero quedarme aquí en contención; de operativo para seguir tomándome mi tratamiento... aunque sea un año... y ya de ahí buscar otro trabajo, no sé. Pero yo siento que me va a servir estar aquí porque ya no voy a estar rodeado de personas malas (usuario, 2022).

El usuario comenta que el factor que lo hizo “entrar en razón” (usuario, 2022) fue su hija, pues desea que ella no siga sus pasos, esperando que ella tenga una mejor percepción de él como padre, a través del discurso “mi papá está trabajando en una clínica donde ayudan a las personas drogadictas” (usuario, 2022).

Otro paciente, se convirtió en operativo y equipo de traslado como una forma de tratamiento durante su internación mientras continuaba estudiando su carrera (la cual estudiaba en línea). Este usuario se quedó seis meses internado.

El otro caso que observé fue un usuario que se quedó a trabajar en la clínica porque su familia lo internó sin contar con los recursos económicos suficientes para solventar el internamiento. Él tuvo que pagar parte del internamiento con trabajo dentro de la institución. Este interno estuvo aproximadamente 9 meses viviendo y trabajando en el establecimiento. El usuario Gu, que tuvo la posibilidad de vivir con él dentro de la clínica privada, comentó que no era justo que, por desesperación de la familia él se hubiera quedado en la clínica trabajando.

Hay algo que a mí me mueve mucho, que es cuando meten a alguien por desesperación. He tenido compañeros que no pueden pagar su familia el tratamiento completo (sic). Entonces, los dejan más tiempo como garantía. Se tienen que quedar como tres meses más trabajando aquí mismo en la clínica y no pueden salir, porque estamos bajo el custodio de la MP, entonces no hay a donde ir. Cuando pasa eso, se quedan hasta un año. Los he visto un año trabajando. Están, como dicen en los anexos de media luz [...] pero es así como terminan de pagar su proceso, trabajando para la misma clínica (usuario, 2022).

Estos usuarios entraron en la lógica mercantilista por doble vía: a través de los procesos de salud y enfermedad, que se asocian al abuso de drogas, y como fuerza de trabajo. La incorporación del usuario como fuerza de trabajo para la clínica, se da cuando el usuario está en las condiciones físicas, psicológicas y cognitivas óptimas (cuando no tiene desnutrición o psicosis). Para que un paciente sea usado como recurso humano, primero debe ser tratado médica y psicológicamente. Los procesos de inscripción del cuerpo del interno en

el mercado son seriados, es decir, no se dan al mismo tiempo, el usuario primero debe ser estabilizado física y emocionalmente para luego volverse una fuerza de trabajo usable. Cabe destacar que no todos los usuarios pasan por ese doble proceso, debido a la gravedad de la condición del paciente, porque el usuario no desea ser fuerza de trabajo o porque no son internos de confianza por parte del equipo de trabajo.

Los usuarios que se pueden volver fuerza de trabajo para la clínica, no solamente lo son porque deben pagar el tratamiento. Hay usuarios que lo hacen también de manera voluntaria, haciéndose fuerza de trabajo mediante el ejercicio meritocrático: participar activamente en las sesiones grupales, no generar problemas o peleas con el staff y con otros usuarios. Los usuarios que por meritocracia logran hacerse fuerza de trabajo, también son los que se han hecho de confianza, pues para ellos, trabajar para la clínica les da status social y beneficios que los usuarios regulares no tienen.

### El psicólogo dentro del mercado de la salud

La multifuncionalidad del equipo de psicólogos significa no ser solamente psicólogos, sino tener funciones administrativas, operativas, directivas y de traslado, lo que genera cansancio en los trabajadores por lo que muchas ocasiones no se da el tratamiento especializado por el desgaste físico o mental de sus actividades, a pesar de la existencia de un interés por realizar las funciones psicoterapéuticas o psicoeducativas con los usuarios de la clínica. Gran parte de su actividad en la institución se dirige al ingreso de pacientes, que se traduce en capital económico, lo que ocasiona emociones de molestia o de tristeza: “tristemente, mi función es ver aquello que deje mayor ganancia económica” (director, 2022).

El deber de producir y reproducir capital económico va, en ocasiones, en contra de las funciones psicoterapéuticas de los psicólogos, quienes tienen que abandonar posicionamientos teóricos personales para aplicar técnicas que resulten más efectivas para la abstinencia de los usuarios internados. Por ejemplo, el psicólogo T, que es afín a la corriente psicodinámica usa herramientas teóricas de la psicoterapia cognitivo conductual pues tiene que lograr cambios rápidos en los pacientes.

Para decirlo metafóricamente, el psicólogo abandona la manufactura tardada del psicoanálisis por la línea de producción donde, con técnicas cognitivo-conductuales, intenta

construir más usuarios en rehabilitación en el menor tiempo posible, desechando aquellos casos en donde la personalidad del paciente no permite intervenciones efectivas para el cambio.

#### Desacuerdo desde el staff

Algunos psicólogos reconocen que la función de la clínica es meramente económica y que el staff es explotado laboralmente, pues su trabajo se relaciona con actividades que ocupan todo el día y que trascienden las horas laborales acordadas en el inicio de la contratación. La paga y el trabajo realizado no se relacionan.

En el primer punto, donde la clínica se observa como un lugar que genera capital económico, se hace la reflexión sobre que muchos usuarios no deberían estar internados, basándose en los principios de exclusión del tratamiento (por ejemplo: psicopatologías severas como la esquizofrenia, adultos mayores de más de 60 años, personas con discapacidades físicas o mentales). Para algunos psicólogos, la presencia de personas con estos padecimientos recibiendo el tratamiento de rehabilitación residencial no se puede explicar más que por el ingreso económico que representa su presencia en la clínica. Para compensar esto, algunos psicólogos han decidido interactuar de manera diferente con los internos, lo que los ha hecho ganarse entre los pacientes una percepción positiva, pues ellos los tratan “dignamente” (usuarios, 2022).

El posicionamiento de algunos psicólogos frente al trabajo en la clínica, como la postura de la psicóloga D o el psicólogo T es vista por algunos usuarios como personas fuera de la dinámica ortopédica de la clínica y llegan a ser percibidos como “salvadores” (usuario, 2022), como amigos o “casi hermanos” (usuario, 2022). Es decir, salen de lo impersonal que se hacen las relaciones cuando se mercantilizan -como menciona Lukács (1970)- para ser personas significativas en las vidas de los usuarios que atendieron y viceversa.

#### Mercantilización de la salud y su relación con los procesos disciplinares en la clínica de rehabilitación en adicciones.

Si pensamos que la clínica de rehabilitación en adicciones como institución disciplinante similar a prisiones y psiquiátricos, tiene la función de crear una subjetividad (Agamben, 2014; Foucault, 2020; Melossi y Pavarini, 2010) que pueda hacer del cuerpo del usuario un cuerpo apto para vender su fuerza de trabajo o simplemente que permita la producción y

reproducción del sistema social, económico y político (Foucault, 1999, 2020, 2021). También, si asumimos que tiene la función de mercantilizar el cuerpo humano través de los procesos de salud/enfermedad (Foucault, 1999; Castro, 2009; Rodríguez, 2022), podríamos concluir que en la clínica de rehabilitación el poder disciplinar tiene una relación con la lógica de la mercantilización de la salud, en donde ésta (la mercantilización de la salud) subordina a aquél (el poder disciplinar).

En la relación que hay entre el poder disciplinar y la mercantilización de la salud hay un espacio abierto que parece ser ocupado por el cuerpo del usuario que es travesado doblemente: una primera vez es atravesado y dominado por un poder disciplinar, un poder, si se quiere pensar, superyoico que le da al usuario un orden y una forma de vincularse con su cuerpo, que administra su cuerpo y su mente, que lo doma, un biopoder; la segunda vez ese mismo cuerpo es atravesado por la lógica de mercado, la cual más que tomar el cuerpo y domarlo, lo activa, incentiva su consumo, tolera y excita su deseo de consumir, un psicopoder que echa mano de deseos, pulsiones e instintos y que se re-expresará en el consumo crónico ya no sólo de sustancias psicoactivas, sino de procesos de rehabilitación, psicoterapia, coaching, autoayuda, etc.

Esta mercantilización y medicalización de la vida no es algo que se haya construido en la clínica, sino que los usuarios ya venían, a nivel inconsciente, determinados por la lógica de la mercantilización y del consumo de fármacos, sólo que los fármacos que ellos usan no están en la lógica de las farmacéuticas, sino en la lógica del narcotráfico. La droga farmacéutica<sup>53</sup> se inscribe en un mercado biopolítico (Castro, 2009) y, pienso, la droga del narcotráfico está en la lógica de un mercado necropolítico (Mbembe, 2011), que no pasa por la prescripción médica y que de una forma u otra comercia también con los cuerpos de las personas con alguna adicción a drogas como metanfetamina y cocaína, por mencionar algunas drogas de las más comunes en la población de usuarios de la clínica<sup>54</sup>.

---

<sup>53</sup> Nicolás Bousoño (2 de marzo de 2023), docente e investigador de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y co-director en el departamento de toxicomanías y Alcoholismos del Instituto Clínico de Buenos Aires (ICdeBA), piensa que el concepto “droga” tiene que ver más bien con la farmacéutica y la química y no tanto con lo legal o ilegal.

<sup>54</sup> Esto no quiere decir que no existan otras alternativas al mercado de drogas del narcotráfico, sino que es la más recurrente dentro de la clínica de rehabilitación en adicciones estudiada.

Para concluir el capítulo, resumiré algunas ideas de lo planteado: el tratamiento de rehabilitación en adicciones que ofrece la clínica privada está inmerso en la mercantilización de la salud. En palabras de las autoridades de la clínica, se vende el miedo a las familias para que compren algún paquete clínico de los que ofrece la institución. Lo que se oferta del establecimiento es que se trata de una clínica y no de un anexo, que es un lugar seguro y que brindará la atención más “exclusiva” a las personas que sean internadas. Dentro de la mercantilización de la salud, los cuerpos de los usuarios son inscritos en cuanto que se tratan de seres sintientes, susceptibles al bienestar o al malestar.

Los obstáculos para una correcta atención en salud dependerán de las posibilidades económicas de las familias, según lo menciona el director. Servicios odontológicos, psiquiátricos y neurológicos son gastos corrientes de las familias, lo cual hace que la salud se vuelva una mercancía al que sólo un sector de la población puede acceder, principalmente los estratos sociales altos y medios. En cuanto a los estratos sociales bajos, sólo accederán a esos servicios de salud a través de la promesa de pago o trabajando para la clínica.

Para algunos usuarios, los obstáculos para un tratamiento adecuado serán ellos mismos, siendo fundamental cómo se ocupan con las terapias individuales y grupales. Su disposición al trabajo en la clínica es, según ellos, el principal elemento de éxito o fracaso de la rehabilitación. Este pensamiento se acopla a la subjetividad neoliberal que hace de los individuos los únicos responsables de su bienestar y malestar.

A través de la contratación del servicio, tanto familias como usuarios esperan ser satisfechos con lo que reciben de la atención en salud. Es por eso por lo que los usuarios tienen una reunión comunitaria en donde hablan sobre quejas y sugerencias para mejorar el internamiento y su estadía en la clínica. Es por esta lógica centrada en el costo, que se considera que las quejas y sugerencias que los usuarios hacen se dirigen más bien en que consideran que el tratamiento no ofrece aquello que piensan que están pagando y no es directamente con un reclamo sobre derechos humanos, indignidades o humillaciones.

Algunos usuarios que han experimentado estar en diferentes clínicas de la cadena de centros de rehabilitación mencionan que el costo tiene una relación directa con el poder disciplinar y los castigos ejercidos en las clínicas: entre más costo tenga una clínica, menor

será el poder disciplinar, mientras que menos costo significa mayor poder disciplinar, lo mismo ocurre con la infraestructura de la clínica. La clínica donde se realizó el trabajo de campo es la segunda menos costosa de las cinco clínicas de la cadena, por lo que el poder disciplinar parece ser más fuerte.

### **Capítulo III. *Soul restoring*. Dispositivo clínico: desubjetivación y disciplinamiento**

Quizá eso fue lo más difícil: adaptarme a una vida sana (usuario, 2022).

Este capítulo tratará sobre la clínica entendida como un dispositivo del poder disciplinar que asigna a cada persona y objeto que está interactuando en el establecimiento un papel dentro de la maquinaria de la rehabilitación.

Para ello, se observará que para que funcione el dispositivo clínico, deberá iniciarse una serie de procesos que desubjetiven a la persona internada, despojándola y desnudándola de su identidad y sus roles sociales anteriores a su tratamiento de rehabilitación, reduciéndolo a una sola parte de su identidad: ser consumidor de sustancias psicoactivas. Este proceso de desubjetivación se lleva a cabo a partir de la mortificación del yo del paciente.

Luego, se trabajará con el dispositivo lingüístico y no lingüístico de la clínica como herramientas que tienden a la construcción de una nueva identidad, la identidad de usuario en rehabilitación.

Para finalizar el capítulo, se observarán cuatro elementos del poder disciplinar: disciplinamiento del cuerpo, del comportamiento, de las emociones y pensamientos, para luego reflexionar sobre la clínica como un campo de batalla entre la voluntad de los usuarios y del staff. Se argumenta que la clínica es un lugar donde siempre hay una lucha de voluntades y que dentro de la clínica no deja de haber resistencia de los internos, la cual la mayor parte de las veces es una resistencia pasiva.

Planteado lo que se trabajará en este capítulo, se comenzará con la narración de un acontecimiento observado mientras se realizaba el trabajo de campo en la clínica de rehabilitación en adicciones.

Se trata de un ingreso involuntario a la clínica de rehabilitación en adicciones de un médico de 30 años que fue internado por consumo de metanfetamina o cristal, sustancia sintética estimulante que actualmente se ha convertido en un problema de salud pública por los efectos crónicos adversos. Entre sus efectos negativos están: ansiedad, psicosis, paranoia, conducta violenta, cambios en el estado de ánimo (depresión y euforia), descalcificación de la dentadura y desnutrición. Este usuario comentó que el consumo de esta sustancia se ha

relacionado con su actividad sexual. Él ha consumido esa droga de manera inyectada y ha sido internado en varias ocasiones desde el 2021. Según comentó, llevaba 9 meses en procesos de internamientos para la rehabilitación.

El director de la clínica refirió que esta persona fue llevada a la institución con base en engaños de su familia. Le habían dicho que irían a ver a un psicólogo en adicciones. El plan era hacer que él entrara a la clínica por su propia cuenta para luego, ya estando dentro de las instalaciones, se quedara internado por la fuerza.

Se preparó un pequeño equipo de recepción para la persona a internar que estaba compuesto de la siguiente manera: dos usuarios de confianza de la clínica, el médico, un operativo y el director.

El director esperaba que el familiar le mandara alguna señal vía telefónica para indicarles que estaban a punto de llegar a la clínica para que el equipo fuera a recibir al futuro usuario, sin embargo, por la falta del aviso del familiar el equipo de recepción del paciente se organizó de manera espontánea para recibirlos<sup>55</sup>.

Un usuario de confianza, junto con el operativo y el director, se ubicaron en la puerta de la clínica; el otro interno de confianza se posicionó en la acera de enfrente, por si el familiar estacionaba su coche frente a la clínica. Cabe destacar que la comunicación vía telefónica no se presentó y la movilización se dio hasta que llegaron a las instalaciones.

Una vez organizado el equipo de recepción pasaron pocos minutos y llegó el familiar junto con el usuario, estacionaron su auto en la puerta de la clínica y a través de las cámaras que hay en las instalaciones se registró el proceso de ingreso de esta persona. Ocurrió lo siguiente: el director, el usuario que se encontraba en la acera de enfrente, el médico y el otro usuario corrieron hacía la puerta del copiloto donde iba sentada la persona a internar. El primer forcejeo con el futuro usuario se dio entre el director y un usuario de confianza. La persona por internar comenzó a gritar “auxilio” en repetidas ocasiones. El familiar que lo llevó ingresó a la dirección de la clínica y dijo que sentía mucha tristeza de dejarlo internado. También comentó que no estaba de acuerdo en cómo se habían hecho las cosas, pues el plan

---

<sup>55</sup> Por lo escuchado durante la situación, el equipo no tenía otra forma de recibir al paciente en caso de que se hubiese dado la comunicación con el familiar y la clínica.

era que la persona entrara por su propio pie y no a través del forcejeo que se dio. El familiar dijo que el personal se adelantó y luego preguntó que en donde podía dejar la droga que su familiar llevaba. Le dije que en el escritorio del director.

Mientras platicaba brevemente con su familiar, el usuario de nuevo ingreso fue cargado de sus cuatro extremidades para meterlo a la clínica y llevarlo al área de enfermería. El familiar salió de la clínica por un momento, mientras el *nuevo ingreso* se quedó llorando en una cama de la enfermería. Por las cámaras se observó cómo se iniciaba otro forcejeo, pues el usuario estaba siendo desvestido de manera involuntaria por el mismo personal que lo recibió. Lo dejaron solamente con su ropa interior. Continuó llorando.

Luego, el director recibió al familiar del usuario de nuevo ingreso. Tomó la droga que el familiar había dejado en su escritorio y le comentó que la iba a tirar en el baño. Posteriormente, le dijo al familiar que a veces los ingresos eran “caóticos” (sic.). Después de un rato, el familiar pasó a ver al usuario a la enfermería y se despidió.

El operativo comentó que el usuario lo había mordido en su brazo y que la única forma que encontró de zafarse de la mordida fue golpeándolo en la cara. Por su parte, un usuario de confianza dijo que para terminar con el forcejeo del auto tuvo que someterlo ejerciendo presión sobre su cuello.

Al terminar todo el proceso del ingreso, me dirigí a unos usuarios que habían estado viendo el ingreso del nuevo usuario para preguntarles su opinión de la situación que había acontecido. Uno de ellos dijo que era algo que pasa cuando uno llega en consumo. Que a él no le pasó lo mismo porque no había consumido antes de entrar. Es decir, para él el asunto se comprendió a través de los efectos del consumo y no del proceso de ingreso. Otro usuario, no me comentó nada, pero pidió un cigarro, lo cual me pareció muy interesante porque su atención estaba centrada en el tabaco más que en la situación de su futuro compañero, lo cual me hace sugerir que él ha normalizado la posición de paciente involuntario. Y hasta ahí acabó el ingreso de este nuevo usuario de la clínica.

A la semana siguiente, me enteré de que el usuario se había cortado los brazos cuando ya estaba integrado a la población general de usuarios. La interpretación que dieron los psicólogos de la clínica es que se trató de un método para ser expulsado de la clínica. Los

psicólogos me comentaron que lo que hizo fue “regar” su sangre en dos baños de la clínica, su intención era asustar a los compañeros, pues él era VIH positivo. Por esta situación, el usuario fue colocado en un cuarto de enfermería que lo mantuvo aislado de la población general. Como no había querido comer, el director le pidió a un psicólogo que fuera a la habitación y le diera su plato y que le amenazara que si no comía habría consecuencias.

El comportamiento del usuario desde el punto de vista de uno de los psicólogos fue visto como “un caso de manual” para un trastorno de la personalidad límite, pues en dos días se habían presentado todos los signos que el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) sugiere para el diagnóstico de un trastorno de la personalidad límite. El psicólogo se notaba fascinado por la claridad de los signos del trastorno.

En las posteriores semanas, este usuario no había mostrado resistencia al tratamiento, había ingresado a las sesiones grupales y había participado activamente en ellas. Por tal motivo, el psicólogo que ha llevado el caso pensó que era viable que el usuario diera una sesión sobre Chemsex (que es una práctica de consumo de drogas que se asocia a relaciones sexuales). El psicólogo en algún momento me comentó que él observaba que este usuario es funcional en un ambiente estructurado, pero que fuera de la clínica, en un mundo donde no hay estructura y en donde la familia no sirve de apoyo para el usuario, él corría el riesgo de volver a tener un problema con el consumo de droga.

En una entrevista que tuve con este usuario, él explicó sólo ha tenido 20 días fuera de tratamiento. Los meses de internamiento los ha pasado en tres clínicas privadas. El primero lo hizo en la Ciudad de México, el segundo lo hizo en una clínica privada para personas de la clase económicamente privilegiada perteneciente a la cadena de la clínica de la investigación y el tercero era éste. Para él estar en contención le ha funcionado, pero siente dolor de no poder estar fuera. Explicó que cuando ingresó a la clínica se sintió traicionado y pensó que no podría emocionalmente con otro internamiento, por lo que intentó suicidarse y que todo lo que se experimentó durante ese día fue un intento suicida.

Lo que para los psicólogos fue un intento de querer ser expulsado de la clínica para él se trató de una forma de parar su sufrimiento. La sangre regada en los baños no fue un intento para espantar a los demás internos, desde lo que dijo, lo que trató de hacer fue irse a

otro baño para terminar con sus cortes, pues sus compañeros estaban esperando entrar al baño y por eso se tuvo que ir. Su intención era tratar de no llamar la atención de la clínica.

Después de su intento suicida y estando en observación, no tenía ánimos de comer ni de hacer nada, hasta que tuvo que aceptar la realidad de su situación, que estaba internado de manera involuntaria de nuevo. Aceptar su internamiento fue algo que le permitió hacer un trabajo que él mismo ha llamado egoísta, pues ahora se trataba solamente de él.

Lo que ejemplifica esta historia de un ingreso involuntario es cómo se inicia un proceso de desubjetivación de las personas que han tenido o tienen un problema de consumo de sustancias psicoactivas legales o ilegales (alcohol, marihuana, cocaína, metanfetamina, entre otras) dentro de una clínica privada de rehabilitación en adicciones y cómo se ejercen los dispositivos para comenzar con la desubjetivación.

El ingreso involuntario y la normalización de su violencia dentro de la clínica, el desnudamiento, las consecuencias de las conductas agitadas o agresivas del usuario que se resiste al ingreso, el discurso psicológico y médico que se construye alrededor del cuerpo del usuario, los discursos que se construyen por parte del mismo usuario parecen ser elementos importantes dentro de ese proceso de destrucción de la subjetividad adicta del consumidor, que tiene la intención de construir en el cuerpo del usuario una nueva subjetividad, “una nueva vida” como mencionan algunos usuarios, en donde todo lo que marcó su vida antes de su internamiento, ha quedado atrás.

### La restauración del alma

Todas las clínicas de la cadena, a pesar de que ofrecen tratamientos diferenciados en sus paquetes clínicos, se unen como empresa bajo un slogan institucional: *soul restoring*, que puedo traducir como “restauración del alma”.

La metáfora de un alma en restauración me parece que sugiere una base para los procesos del biopoder que se llevan a cabo en la clínica investigada sobre los usuarios, por ejemplo: ejercicios de disciplinamiento, mortificaciones del yo, subjetivación, resubjetivación, la potencialización cognitiva, emocional y física del cuerpo del usuario para servir en la producción y reproducción del capital (Foucault, 2020, 2011).

Pero la metáfora, pienso, va más allá. No sólo se trata de un imaginario de la clínica, sino de toda una sociedad, un imaginario que tiene manifestaciones en los discursos sobre las adicciones y que unen a la política neoliberal (entendida como la gestión individual de la vida, un hacerse cargo de sí mismo) y salud en los tratamientos de las adicciones. Para dar un ejemplo de esto se citará lo que la NOM-028 considera el tratamiento de la comunidad terapéutica.

Comunidad terapéutica, es un contexto y un método de tratamiento que busca la rehabilitación de adictos a través de la *modificación en el estilo de vida y del cambio de identidad personal*. Se sustenta en la ayuda mutua y en la interacción comunitaria (NOM-028, P.17).

La metáfora de la restauración del alma señala que los tratamientos residenciales obedecen a una política neoliberal en salud porque la responsabilidad de estar enfermos es de un solo sujeto (Foucault, 1999; Castro, 2009), el que tiene la adicción, quien debe hacerse cargo junto a especialistas de modificar su estilo de vida y su identidad personal.

En el tratamiento que se da en el dispositivo clínico de la institución, se trabaja constantemente en que el usuario se haga responsable de su consumo y de su salud, como se observó durante una sesión del psicólogo E, la cual él denominó *Verdades y mentiras*. En esa sesión, el psicólogo E trabajó con el grupo de usuarios con la consigna: “hablen sobre la verdad de por qué están aquí” (psicólogo E, 2021). A lo largo de la sesión, los usuarios estuvieron hablando sobre temas como inseguridad, falta de control de impulsos y autoestima baja. Cuando le preguntó a uno de los usuarios con más tiempo en la clínica, el psicólogo le dijo “tú puedes decir más. Ya tienes más tiempo aquí”.

La responsabilidad individual de la salud y el trabajo especializado del médico y del psicólogo en adicciones hacen que las sesiones grupales se vuelvan momentos de confesión del yo de los pacientes (Foucault, 2011) en donde la adicción a la sustancia comenzará a articularse como una función para el paciente, se le asignará un significado (Bousño et. al., 2011). El usuario es un alma perdida que debe confesarse con el sacerdote-psicólogo, para expiar sus culpas y sus penas.

En el caso de las juntas de A.A. el proceso es autogestivo del mismo grupo de usuarios, pues ellos son quienes se organizan y trabajan los 12 pasos. Lo cual hace que el

trabajo más que ser individual o individualizado sea colectivo y permite la identificación dentro del mismo grupo de internos.

### Desubjetivación

Agamben (2014), Melossi y Pavarini (2010) están de acuerdo en que los procesos del poder disciplinar y de subjetivación que se dan en instituciones como las prisiones o los psiquiátricos, inician siempre con la desubjetivación de la persona. Es decir, con la destrucción de la subjetividad o de la identidad que se había construido en el cuerpo. Hay diferentes formas de pensar la desubjetivación en el ámbito de la clínica de rehabilitación en adicciones investigada, que van desde ser “sacado del mundo” (Bousoño, 2 de marzo de 2023, 19m:55s) hasta el control de los pequeños detalles.

Las categorías mortificación del yo y de looping de Goffman (2001) son herramientas útiles para comprender como se inicia la ruptura con la identidad del yo de los usuarios.

### Mortificación del yo

La mortificación del yo tiene la finalidad de iniciar desviaciones radicales en las creencias que el paciente tiene sobre sí mismo y sobre los otros significativos (Goffman, 2001) y que consisten en quitarle al sujeto internado los referentes sociales que le brindaban una identidad fuera de la institución. Goffman observa al menos dos grandes categorías de mortificaciones del yo: el proceso de admisión y la contaminación física o interpersonal.<sup>56</sup>

El proceso de admisión es identificado con tres elementos: 1) una barrera con el mundo exterior, 2) privación de visitas al principio del internamiento y 3) proceso de preparación o de programación (Goffman, 2001).

Con la narración que se inició este capítulo se pueden observar de manera directa cómo se lleva a cabo la mortificación del yo de la persona a internar. Cuando él llegó a la clínica lo hizo como un médico con problemas de salud debido al consumo de metanfetamina, afectaciones que él quería tratar de manera ambulatoria, pues tenía la voluntad para hacerlo. Pero su situación cambió abruptamente por la forma de su ingreso, que lo convirtió en un paciente involuntario, su rol social de médico con problemas de salud quedó fuera de la

---

<sup>56</sup> Goffman (2001) menciona varias mortificaciones, pero aquí solamente se trabajarán aquellas que fueron observadas en el trabajo de campo.

clínica y se convirtió en un enfermo que no deseaba ser tratado. Su complejidad como ser humano (identidad, cultura, profesión, gustos, etc.) se redujo a un solo elemento: su problema con el uso de metanfetamina. Pasando la puerta que separa la calle de las instalaciones, esta persona transitó de ser un médico joven a un usuario. El mero ingreso a la institución “ya rompe automáticamente con la programación del rol” (Goffman, 2001, p.27) y se le asigna otro.

La siguiente mortificación es desvestirlo para colocar una bata con la cual estará vestido durante dos o tres días. La resistencia del ahora interno a quitarse la ropa parece relacionarse simbólicamente con la resistencia a desvestirse de su rol e identidad personal. Goffman (2001) menciona que la ropa es una forma con la que el yo se identifica. Lo que hizo el usuario internado fue defender su identidad personal, por eso, cuando por fin es desvestido y llora, es porque ha sido mutilada su identidad (Goffman, 2001) al menos en un primer momento.

El internamiento involuntario es vivido como un evento traumático para los usuarios, incluso cuando ellos saben que requieren de la contención física que la clínica proporciona con sus muros y forcejeos con el personal. Un usuario (2022) alguna vez dijo que pidió ayuda a su familia “pero no de esta forma”. La barrera que la clínica pone entre ella y el mundo exterior hace un corte profundo en los roles que los usuarios tienen en su vida cotidiana, incluso con aquellos roles funcionales. Lo anterior culmina en la reducción de la persona a una sola característica: el abuso o adicción a sustancias psicoactivas.

Con la intención de hacer más profunda la separación del usuario con el mundo exterior, las visitas están prohibidas durante 45 días. Si el usuario tiene una actitud buena y disposición al tratamiento, puede realizar una llamada a su familia a los 30 días de su internamiento, pero si el usuario presenta una actitud resistente, las llamadas serán escasas o canceladas.<sup>57</sup>

Luego están los procesos de preparación o de programación: éstos tienen que ver con los primeros contactos con el equipo clínico que el usuario tiene al ingresar, entrevistas que

---

<sup>57</sup> Goffman (2011) dice que cuando el internamiento es voluntario este corte con la vida cotidiana es recibido de manera menos traumática.

son de carácter epidemiológico o estadístico (SISVEA), clínico (recogida de información sobre el estado psicológico, físico y de hábitos de consumo) y psicométricos (niveles de depresión, ansiedad y psicosis); recogida de información del cuerpo del usuario (antidoping, enfermedades de la sangre; altura, peso); medicación del cuerpo del usuario (hidratación, aplicación de medicamentos antipsicóticos); mandar a lavar la ropa con la que llegó el usuario y mantenerlo con una bata; realización de una bitácora de pertenencias. Todos estos protocolos tienen la intención de moldear y clasificar al usuario, quien se convierte en un mero cuerpo durante esos primeros días en la clínica. Un cuerpo al que hay que tener en condiciones óptimas para que pueda “introducirse en la maquinaria administrativa del establecimiento, para transformarlo paulatinamente, mediante operaciones de rutina” (Goffman, 2001, p. 29).

Otras formas de la mortificación del yo de los usuarios es la contaminación interpersonal (Goffman, 2001), la cual se da por la mezcla de grupos etarios, diferentes culturas, usuarios con diferentes consumos<sup>58</sup> o por usuarios que se encuentran en estado psicótico pasajero o permanente y los tratos diferenciados que se puede tener con estos pacientes. En la clínica se les tolera a los pacientes psicóticos y no se los sanciona a pesar de tener conductas que pueden resultar molestas con otros usuarios<sup>59</sup> lo cual en varias ocasiones terminó con reclamos por la diferencia de trato a las autoridades de la clínica, ya que al paciente psicótico se le permite no entrar a todas las sesiones, mientras que el paciente regular tiene la obligación de no faltar a los talleres. Lo mismo ocurre con las conductas violentas, pues tampoco se ejerce un castigo como sí se lo hace con el interno “normal”. En una ocasión extrema, la inconformidad del trato diferenciado culminó en violencia física directa contra un usuario psicótico quien fue golpeado por varios de sus compañeros, teniendo como resultados una fractura en el rostro y la pérdida de varias piezas dentales.

---

<sup>58</sup> Ha llegado a ocurrir que en la clínica hay usuarios que realizan una jerarquización de los mismos internos en relación con la sustancia de consumo: por ejemplo, las personas con alcoholismo puro sienten tener una jerarquía mayor que los usuarios de marihuana o metanfetamina.

<sup>59</sup> Algunos pacientes con esquizofrenia o paranoia, que tienen conductas que dentro del grupo se viven con incomodidad, por ejemplo: masturbación pública (en el caso más extremo), preguntas sin un aparente hilo conductor de una plática o insultos a sus compañeros, son tolerados por el equipo de la clínica y tratan de educar a los demás internos con los que conviven que se trata de un trastorno mental y que no tienen la intención de afectarle, sino que es un comportamiento reactivo.

La contaminación interpersonal también se manifiesta en los apodos (Goffman, 2001) que los usuarios mismos se ponen y que luego se reproducen en el staff de la clínica y se mantienen durante todo el internamiento. Algunos apodos que escuchados durante la investigación fueron: Peppy, Lady Escape, Piernas locas, Puntitas, Muerto, Zombi, Boilercito, Pin pon, Briagop, Enfermín. Con excepción del primer apodo, todos demás hacían referencia a algo particular de cada usuario: Lady Escape fue un apodo que se puso a un usuario homosexual que se fugó pero que fue atrapado y reinternado; Piernas locas fue un apodo para un usuario que tenía tatuajes en sus piernas y que se depiló para que se pudieran ver mejor; Puntitas era un apodo para un usuario que tenía la tendencia a caminar en las puntas de sus pies; Muerto y Zombi fueron apodos para dos usuarios que eran asociados con su habilidad para dormirse en cualquier lugar y a cualquier hora; Boilercito hizo referencia a un usuario que medía aproximadamente 1.60m. y que subió considerablemente de peso durante su internamiento; Pin Pon fue un apodo para un usuario que era considerado guapo por los usuarios; Briagop, un apodo que combinó el apellido de un usuario (apellido de origen judío) con el estigma de *briago*, y Enfermín que es la combinación del nombre de un usuario con la condición de *enfermo* por el consumo de drogas. Algunos otros apodos se referían al lugar de origen de los usuarios, por ejemplo: Tijuana, Acapulco, San Marcos. En algunos casos los apodos tienen la intención de recalcar una acción que alguien hizo.

Los apodos reducen la identidad de los usuarios a una sola característica asociada, ya sea el lugar de origen, una acción que hicieron o su aspecto físico y serán parte de la identidad del usuario durante todo el internamiento. Si bien, para Goffman (2001), los apodos tienen la finalidad de establecer una uniformidad entre los internos, negándoles el derecho de “mantenerse aislado de los demás mediante un trato formal” (Goffman, 2001, p. 42), en la clínica el apodo parece ser un instrumento que desubjetiva, que borra el nombre propio del interno, para luego subjetivarlo con las características esenciales del paciente.

No obstante, los apodos en su mayoría de las veces, era reservado para los usuarios adultos jóvenes o adolescentes, por lo que puede pensarse que se trataba de una situación de subjetivación en un nuevo grupo con características más o menos similares. Los usuarios adultos mayores, no tenían ese trato, incluso algunos eran tratados como *Don* para mantener un respeto hacia ellos.

Los apodos, así como la convivencia forzada con personas no gratas, como mortificaciones del yo, son elementos que le permiten a la persona tener nuevos procesos de socialización con los demás pacientes mientras están internados y posicionarse frente a los otros desde lugares diferentes. Como conclusión, sugiero que los apodos se suman a los procesos de desobjetivación o objetivación, por ejemplo: cuestionarse o afirmar su identidad y función social en el mundo exterior.

### Looping

El looping también es una mortificación del yo, pero sus efectos no son tan evidentes como los de los procesos de admisión y contaminación. Goffman define el looping como “una ruptura de la relación habitual entre el individuo y sus actos” (2001, p. 46). En la clínica, hay dos formas de looping: cotejamiento del comportamiento del usuario y el desbaratamiento de la economía de la acción.<sup>60</sup>

El cotejamiento del comportamiento del usuario se hace con tres técnicas: historia de vida, entrevista forense y junta de staff, las cuales se llevan a cabo por la tendencia a desconfiar en lo que dicen los pacientes y que les permite cotejar o comparar la información que los usuarios dan.

La primera es una historia de vida que el psicólogo individual del interno le pide a la familia. En esa historia de vida del usuario hay momentos que la familia considera claves, por ejemplo: eventos traumáticos como maltratos durante la infancia, violaciones y abusos sexuales; posibles accidentes cerebrovasculares; tipo de relaciones familiares (con el padre, la madre, hermanos o hermanas, así como otros familiares significativos y si se tratan de redes de apoyo o de riesgo). Esta historia de vida es cotejada por la historia clínica que el psicólogo recoge del paciente durante las primeras semanas de internamiento.

Una segunda técnica es la entrevista forense, la cual es una innovación de esta clínica, pues regularmente la entrevista que se desarrolla por parte de CECA es una entrevista clínica. La principal diferencia entre los tipos de entrevista es que en la forense lo dicho por el usuario

---

<sup>60</sup> Goffman (2001) no categoriza el looping, aunque sí hace diferencias en los modos que tiene.

debe ser argumentado con evidencia. La entrevista clínica, parte del hecho de confiar en lo que el usuario le dice al psicólogo.

Otra forma de cotejamiento son las juntas de staff que se hacen todos los lunes con el equipo de psicólogos de la clínica. En esa reunión se comparte información sobre la conducta que han tenido los usuarios en la semana y se compara la información entre todos los psicólogos.

Estas tres técnicas cotejan el comportamiento del usuario y mortifican al yo del usuario, pues hace que no tenga derecho a tener contradicciones, a tener conductas diferentes en distintos momentos<sup>61</sup> en el establecimiento, sino que el yo del usuario y su comportamiento será constantemente interpretado y atravesado por la mirada clínica (Foucault, 2015) para ser visto de manera unidimensional y coherente.

### Desbaratamiento de la economía de la acción

Por desbaratamiento de la economía de la acción se entiende una descomposición de una acción que cualquier persona podría hacer por sí misma en la vida exterior. En el caso de la clínica se trata de una acción que puede hacer el sujeto en su vida cotidiana pero que dentro de la clínica no es fácil llevarla a cabo, necesitando solicitar elementos o complementos de la acción. La acción se puede desbaratar en elementos de la acción y en actos que lo componen.

El desbaratamiento en los elementos de la acción se refiere a que hay objetos necesarios para realizar algunos actos, por ejemplo: para fumar se necesitan cigarrillos y encendedor; para comer, un dulce, semillas, una botana, miscelánea; para afeitarse, rastrillos, jabón o espuma de afeitar; para cortarse las uñas, cortaúñas; para hablar por teléfono, celular; para dibujar, hojas y lápices; para leer, libros.

En la clínica, todos esos objetos son facilitados por los psicólogos o por los operativos. El suministro de algunos elementos tiene un horario específico:

---

<sup>61</sup> Goffman menciona que, en la vida cotidiana fuera de la internación, el ser humano tiene diferentes espacios en los que actúa de diferente forma y dichas conductas no son comparadas nunca por alguna autoridad.

- Los cigarros se dan lunes miércoles y viernes a la 1:00pm. La cantidad de cigarros se da de acuerdo con la cantidad que la familia quiere. No se les da una cajetilla, sino una cantidad acordada.
- La miscelánea se da todos los días a la 1:00pm y sólo se pueden tomar tres objetos.
- Los rastrillos, jabón o espuma para rasurar y cortaúñas se da todos los días entre las 9:00am y las 10:00am. Algunos otros elementos de limpieza como desodorantes en aerosol y perfume también son proporcionados en ese horario.

El material para dibujar se da en los momentos en los que los usuarios lo solicitan siempre que su solicitud no se empalme con otras actividades grupales. En cuanto a la lectura, los usuarios tienen una pequeña biblioteca dentro de su área, pero si quieren leer algo diferente, tienen que solicitarlo a la clínica, esperar que se apruebe la solicitud y luego pedirlo a su familia. El proceso para conseguir un libro puede durar entre una semana a quince días, incluso más tiempo (lo que, si dependiera de la persona en la vida exterior, podría conseguir en un día).

El desbaratamiento o descomposición en elementos de la acción no se lleva a cabo en todas las áreas de la vida de los usuarios internados. Por ejemplo, ellos pueden ver televisión cuando quieran con la condición de no usarla mientras hay sesiones grupales. Lo mismo ocurre con la música, pues ellos se hacen cargo de la bocina en donde oyen la radio y la ocupan a voluntad propia. No obstante, en ese momento la complicación es la administración del tiempo de la televisión o de la bocina entre los usuarios.

El segundo tipo de looping, el desbaratamiento en actos que componen la acción se refiere a un tipo de invalidez que, sin tener realmente un impedimento físico, le impide al usuario dirigir su acto, por lo que para lograr hacer algo debe “recurrir a una cargosa insistencia para lograr cosas tan minúsculas como una muda limpia o un fósforo para encender el cigarrillo” (Goffman, 2001, p. 51) y que se manifiesta por llamar regularmente al staff.

En la clínica, a los usuarios se les da una hoja membretada a la que llaman “hoja de miscelánea” en la que pueden solicitar a la familia alimentos como semillas, paletas de dulce, gomitas, granola, barras de granola, jugos, leches, miel, atún, palomitas de maíz, etc. La hoja de miscelánea después de ser llenada es revisada por los psicólogos y los operativos, para verificar que en ella sólo se pidan alimentos permitidos. Si la solicitud de miscelánea tiene alimentos prohibidos<sup>62</sup>, estos son tachados y se envía a la familia vía WhatsApp. En la miscelánea también se puede pedir ropa, la cual en ocasiones es comprada especialmente para el paciente. Esto es interpretado en la clínica como sentimientos de culpa de la familia por haberlos internado. La hoja de miscelánea se da todos los jueves y es muy solicitada por los internos cuando ya en la tarde. Ésta es pedida al operativo.

Es común observar en la clínica que los usuarios, quienes no tienen permitido los encendedores personales, estén constantemente llamando al staff de la clínica para poder prender sus cigarrillos.

El looping, como se trata de hacer notar, es una técnica de mortificación del yo que no es tan drástica como los procesos de admisión, pero que sí tiene efectos en cómo es que el usuario se maneja en la clínica, imponiéndosele un rol de sometimiento (Goffman, 2001), una vida ritualizada y monótona.

Un usuario le dijo al psicólogo E, quien estaba dando cigarros, “dame una caja completa”, a lo que el psicólogo E le respondió, bromeando, pero con un gesto serio: “Ok. ¿Y te dejo un mes más?” A lo que el usuario respondió riendo “no” y aceptó la cantidad de cigarros que le estaban dando. El looping, coloca al usuario como un sujeto de necesidad (Melossi y Pavarini, 2010), sin demasiada agencia, pero que aun así negocia. Y que, para poder obtener lo que quiere, en varias ocasiones tiene que soportar bromas, negativas, interrogatorios de por qué necesita algo o por qué algo pasó como pasó y que al final, la conclusión del acto dependerá de la voluntad o de la disponibilidad del staff.

---

<sup>62</sup> Los alimentos prohibidos son: papas fritas; refrescos de cola, chocolate; pan dulce empaquetado, café o derivados. El motivo es que en la clínica se quiere que los usuarios también tengan un cuidado en la alimentación, que no consuman alimentos con demasiada azúcar, cafeína o grasa.

### Dispositivo clínico

Pensar al adicto como una persona sin voluntad como lo menciona Córdova (2018), o como un alma deteriorada que necesita ser restaurada, posibilita que se construya sobre ellos dos pensamientos: por un lado, los adictos son personas que están mal en un mundo que ésta bien (Szasz, 2001), lo que potencializa la construcción de espacios en los cuales se busca hacer de ellos personas funcionales dentro de la sociedad (Foucault, 2020).

Para el anormal se construyen espacios disciplinantes como los hospitales psiquiátricos o las prisiones, en los que se busca rehacer la subjetividad del psicótico o del criminal (Foucault, 2020). En principio, el dispositivo desubjetiva al individuo, luego a través de los mecanismos disciplinantes y de gobierno se comienza la construcción de una nueva subjetividad. En el caso del psicótico, se vuelve una persona curada, en el caso del preso, un proletario (Melossi y Pavarino, 2010).

Según Agamben (2014), un dispositivo es cualquier cosa con la capacidad de orientar, modelar, controlar. Un dispositivo es tanto lo lingüístico como lo no lingüístico, lo simbólico y lo no simbólico, es decir: pueden ser reglamentos, normas, conocimiento científico y filosófico, pero también edificios, arquitecturas.

### Dispositivo simbólico de la clínica privada de rehabilitación

En este orden de ideas, podemos pensar que la clínica privada de rehabilitación en adicciones es un dispositivo que cuenta con un orden simbólico que se manifiesta en la existencia de reglamentos, señalamientos de vestimenta y uso de los espacios (Ilustración 16), registros de las sesiones, expedientes de usuarios, formas de hablar dentro de la institución, etc.

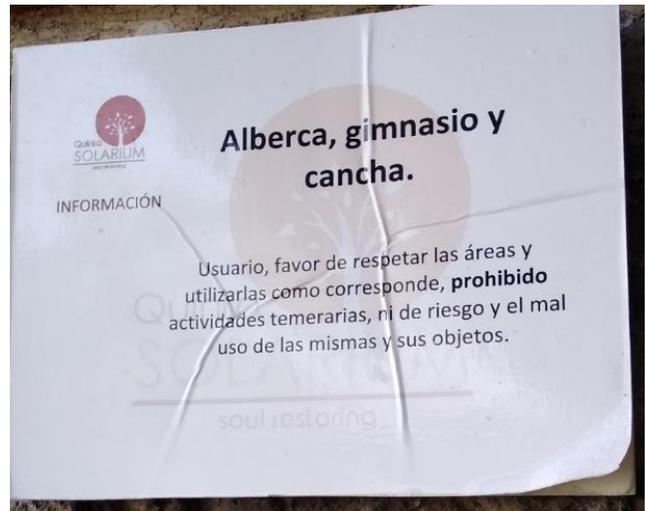
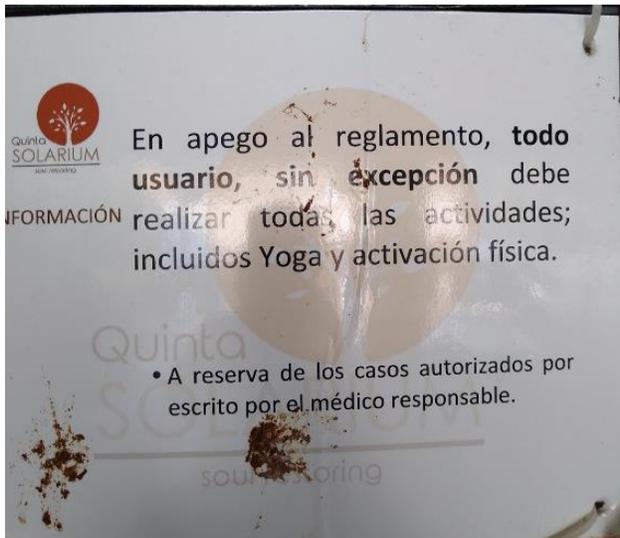
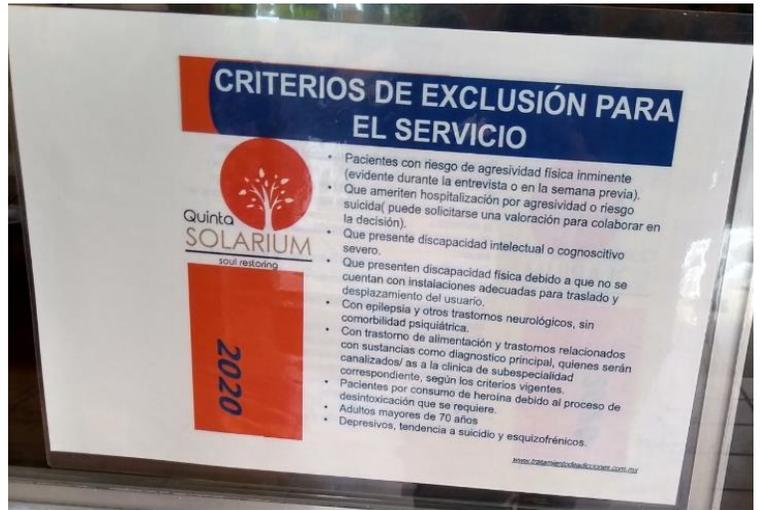


Ilustración 16. Señalamientos sobre el tipo de vestimenta y uso de espacios.

La forma de hablar dentro de la institución también es un dispositivo que va construyendo subjetividades dentro de la clínica desde los conceptos más usuales como *usuario* y *servicio*, que se refieren a una identidad de grupo y a una actividad asignada -y que regularmente se usan en todas las instituciones de rehabilitación de adicciones-, hasta aquellos que van a tomar sentido en la misma dinámica de la clínica, como pueden ser los *apodos* que los usuarios se ponen entre sí, los apodos que los usuarios ponen al equipo de

trabajo, los significantes como *provecho*<sup>63</sup> que se da a los usuarios para levantarse del comedor después de cada comida o *felices 24*<sup>64</sup>, que se dice al final de las ceremonias de egreso. Pues todas estas palabras en el contexto del tratamiento residencial asignan a cada persona de la comunidad un modo de ser (Braunstein, 2011).

A través de las palabras, se va construyendo una subjetividad y cada persona en la clínica va tomando un lugar y una forma de comportarse. El lenguaje tiene un poder disciplinante y subjetivante dentro de la clínica (Agamben, 2014).

#### Dispositivo espacial de la clínica privada de rehabilitación

La clínica privada también tiene un orden en la estructura y distribución del espacio como es la arquitectura, edificios, puertas, separación de secciones de usuarios y staff o equipo de trabajo, habitaciones, cancha, alberca, sillas, maneras de sentarse durante las juntas y las comidas, formas de uso de los espacios (Ilustración 17).



<sup>63</sup> *Provecho* es una palabra que se dice después de cada comida a los usuarios. Es una señal de que se pueden levantar de la mesa. El *provecho* solamente lo dan el director, los psicólogos y los operativos.

<sup>64</sup> *Felices 24*, se refiere a una felicitación por haber pasado 24 horas sin consumir ninguna droga.



*Ilustración 17. Dispositivo no lingüístico. Espacios multifuncionales, rejas de separación.*

Los espacios multifuncionales como el corredor que se observa en la foto (se ocupa para sesiones grupales, juntas de AA y para comer) también asignan una identidad a los usuarios y control de sus cuerpos, pero también manifiesta un ejercicio de poder y de disciplina.

Cuando el corredor se ocupa para terapia, el grupo se sienta en óvalo. En una de las partes más angostas del óvalo, se coloca el psicólogo, generalmente la sección en la que se ubica tiene una pequeña distancia que lo separa de los usuarios. En la otra parte angosta del óvalo se sientan los demás usuarios, ocupando regularmente todo el espacio sin dejar huecos como ocurre con el psicólogo.

Cuando se ocupa para comer, los usuarios toman un asiento específico. A la hora de la comida, regularmente un operativo come con los usuarios, quien se sienta en la cabeza de la mesa. Los usuarios de confianza, regularmente se sientan cerca de él. Los usuarios que mantienen una actitud manifiesta de resistencia se sientan al otro lado de la mesa, en la parte contraria a la cabeza de la mesa.

Cuando se ocupa para juntas, las sillas se colocan frente a la tribuna. Los usuarios que tienen más tiempo en la clínica o que han adoptado una actitud positiva al tratamiento, ocupan los espacios de coordinadores, los cuales se ponen frente a los demás usuarios. Ellos, leen los pasos que se van a trabajar y le dan la palabra a los demás compañeros. Durante las juntas de AA son los usuarios quienes tienen la autoridad para llevar a cabo la actividad.

Por otro lado, las rejas posicionan a los internos frente al equipo de trabajo de la clínica en una jerarquía que los diferencia principalmente. Los encerrados son los usuarios, mientras que todo el personal no lo está. Los psicólogos, operativos, director y enfermera tienen la posibilidad de ingresar a voluntad propia con los usuarios, pero los usuarios sólo pueden moverse por detrás de la reja.

## Disciplina

Hay una relación muy estrecha entre dispositivos y disciplina. Agamben (2014), explica de la siguiente forma cómo es esta relación:

Foucault ha mostrado cómo, en una sociedad disciplinaria, a través de una serie de prácticas y discursos, de saberes y ejercicios, los dispositivos se dirigen a la creación de cuerpos dóciles pero libres que asumen su identidad y su “libertad” de sujetos en el proceso mismo de su sometimiento. El dispositivo, entonces, es sobre todo una máquina que produce subjetivaciones y sólo como tal es también una máquina de gobierno (Agamben, 2014, p. 23).

Los dispositivos construyen nuevas subjetividades, pero sólo lo hacen a través de la destrucción o la negación de una subjetividad anterior, como lo han trabajado y demostrado diferentes autores en relación con los hospitales psiquiátricos y prisiones en donde el enfermo mental pasa a ser paciente y luego a ser una persona sana, o el delincuente que pasa a ser preso y luego a ser un trabajador (Goffman, 2001, Foucault, 2020; Córdova, 2018; Melossi y Pavarini, 2010; Rojas, 2018). Algo semejante ocurre dentro de las clínicas de rehabilitación en adicciones (Muñoz, 2011; Lorenzo, 2017). El cuerpo, el comportamiento, los pensamientos y las emociones de los usuarios serán objeto de disciplinamiento durante los 90 días de internamiento a partir de diferentes dispositivos y mecanismos (Ilustración 18) y serán sometidos a procesos de negación de su subjetividad adicta para ser subjetivados como usuarios y luego como personas abstemias.

Los usuarios en general piensan que la disciplina tiene que ver con los horarios, el respeto a las reglas de la clínica, al aseo del edificio, a respetar a sus compañeros y a estar en las sesiones grupales, ser limpio. Un usuario que fue marino hace la comparación siguiente entre la disciplina que se ejerce en la Marina y en la clínica de rehabilitación, diciendo que la disciplina es como apretar “la tuerquita” en la clínica.

La disciplina es una orden que no se debe romper. Por ejemplo: si me dicen, “agarra la escoba, agarra el mechudo, ponte a hacer el aseo”, yo acato la orden y me pongo a hacer el aseo... Para mí, la disciplina está en todos los aspectos: trabajar es una disciplina, bañarse es una disciplina, rasurarse es una disciplina, y pues todo eso es una disciplina, para mí. Y por ejemplo tomar el medicamento es una disciplina también. O sea, donde quiera debe haber disciplina: tender mi cama. Es lo que veo que la clínica quiere implementar, disciplina también en nosotros los anexados. Aquí lo que veo es que quieren... o sea... como que aprietan más la tuerquita, aunque no quiera uno. Para todo hay disciplina, yo por ejemplo, yo he tenido mi familia a mi cargo y pues yo debo de trabajar para mantener a mi hija, para mantener a mi esposa... a veces le daba un dinerito a mi mamá... o sea tenía esa disciplina esa obligación, más que nada es una obligación (usuario, 2022).

La disciplina es vista como una obligación, como una orden que no se debe romper. En ese sentido, aquella orden que sea dada por el staff es disciplina: levantar la cama, hacer aseo del edificio, cocinar limpiamente, tomar el medicamento, asistir a juntas, etc., se trata de disciplina. Un elemento relevante del poder disciplinar que el usuario menciona es que la disciplina se vincula con los estilos de vida por fuera: tener un trabajo, aportar a la familia dinero, respetar horarios. Sin embargo, también menciona que el poder disciplinar, también es visto como uno de los objetivos a alcanzar en la clínica. Para lograrlo se hará todo un proceso de ejercicio de poder sobre el cuerpo, sobre las emociones, sobre los pensamientos y sobre el comportamiento. La disciplina y la salud se perciben como elementos correlacionados positivamente, mientras que indisciplina se asocia con la enfermedad.

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
7:00 a 8:00	DESPERTAR Y SERVICIOS						TIEMPO LIBRE DESCANSO
08:00 A 9:00	ACTIVACIÓN FÍSICA Israel Delgado	REFLEXIÓN	ACTIVACIÓN FÍSICA Israel Delgado	REFLEXIÓN	ACTIVACIÓN FÍSICA Israel Delgado	DEPORTES	
09:00 A 10:00	ASEO PERSONAL						
10:00 A 10:30	DESAYUNO						
10:30 A 11:30	TAREAS, TERAPIAS INDIVIDUALES/CONSEJERÍA INDIVIDUAL						
	DESCANSO Y ASEO BUCAL					CONFERENCIA FAMILIAR	ACTIVIDAD RECREATIVA
11:30 A 13:00	Junta Comunitaria	PREVENCIÓN DE RECAÍDAS (consejería) Cons. en Adicciones Jesús Dueñas	CONFERENCIA Palo. Leticia Galindo	TERAPIA DE GRUPAL Palo. Tomás Escalante	PREVENCIÓN DE RECAÍDA Palo. Tomás Escalante	TALLER Y TERAPIA FAMILIAR	MANEJO DEL TIEMPO LIBRE
13:00 A 13:30	COLACIÓN/ APADRINAMIENTO/ CONSEJERÍA INDIVIDUAL						
13:30 a 15:00	TERAPIA GRUPAL Palo. Uriel Carqueada	SESIÓN ARTE-TERAPIA Palo. Samantha	Grupo de terapia Espiritual Pastor Itzak Torres	ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS DE LA SEVERIDAD DE LA ADICCIÓN Palo. Uriel Carqueada	GRUPO DE TERAPIA Palo. Uriel Carqueada Palo. Leticia, Palo. Eduardo Salazarano y Palo. Tomás Escalante	MANEJO DEL TIEMPO LIBRE	SEGUIMIENTO TIEMPO LIBRE
15:00 A 15:30	COMIDA						
15:30 A 16:00	DESCANSO Y ASEO BUCAL						C.COMIDA ASADOR
16:00 A 17:30	JUNTA STAFF Médicos, Enfermería, Administración, Terapeutas y Staff CINE DEBATE	HABILIDADES PARA LA VIDA Palo. Eduardo Salazarano	SALUD SEXUAL Sexóloga Pamela Monteiro	TERAPIA GRUPAL Palo. Leticia Galindo	TALLER DE NUEVAS MASCULINIDADES Palo. Eduardo Salazarano	SEGUIMIENTO TIEMPO LIBRE	ARTE Y RECREACIÓN
17:30 A 18:00	COLACIÓN/ APADRINAMIENTO						
18:00 A 19:00	YOGA Minerva	DEPORTES Palo. Eduardo Salazarano	REHABILITACIÓN FÍSICA Martín Figueroa	REHABILITACIÓN FÍSICA Martín Figueroa	CHI-KUNG Carlos	TIEMPO LIBRE ALBERCA	TIEMPO LIBRE ALBERCA
19:00 A 20:30	JUNTA A.A. / APADRINAMIENTO/ CONSEJERÍA INDIVIDUAL						
20:30 A 21:00	CENA						
21:00 A 21:30	ASEO PERSONAL, SIGNOS VITALES, MEDICAMENTO						
21:30 A 22:00	APAGAR LUCES Y DORMIR						

Ilustración 18. Cronograma de actividades diarias de la clínica.

## El cuerpo del usuario

El cuerpo del interno será moldeado por las actividades físicas que se llevan a cabo en el servicio clínico. La activación física, la rehabilitación física, la práctica de yoga, así como la alimentación regulada de manera individual y el tratamiento médico serán elementos que estarán determinando la construcción de un cuerpo para la nueva subjetividad.

Cuando el paciente llega, usualmente su cuerpo tiene características físicas que revelan las consecuencias de un consumo abusivo. Desnutrición, baja masa muscular, descalcificación, infecciones urinarias. El cuerpo que llega pertenece a una persona con adicciones.

Durante el servicio clínico, los cuerpos son modificados. Suben de peso, su musculatura aumenta y las condiciones de enfermedad son tratadas. La adicción, vista como un daño fisiológico, es abordada con un tratamiento medicamentoso. Incluso, a nivel estético hay una atención constante a través de cortes de cabello.

El cuerpo de los internos será tratado al más mínimo detalle. Tendrán consultas médicas todas las semanas y a la mínima aparición de síntomas de enfermedad o de posibles

lesiones físicas, el médico los intervendrá. De esta manera, el servicio clínico se justifica como mercancía (Rodríguez, 2022), pues demuestra su trabajo con el físico de los usuarios.

#### Comportamiento del usuario

El comportamiento del paciente será regulado de dos maneras, habrá un control a partir de una medicación basada en antipsicóticos, lo cual mantendrá al usuario dócil. Incluso habrá momentos en los que algunos internos se mantengan dormidos durante las sesiones.

También se regulará el comportamiento a partir del orden, entendido como control y regulación de la relación que tienen los usuarios entre sí, la relación que tienen con la infraestructura y la relación que tienen con los trabajadores y trabajadoras de la clínica. La conducta también es abordada mediante castigos individuales o colectivos. Cuando los usuarios salen del cuarto de enfermería, después de haber sido internados, su conducta se mantiene regulada y son sometidos a un proceso de aprendizaje de las normas de comportamiento y de la dinámica de la clínica. Este proceso de aprendizaje y adaptación es realizado por los mismos internos.

Otro momento de disciplinamiento se da en la secuencia de los actos que se hacen al momento de realizar las tres comidas diarias. Que tiene la siguiente secuencia:

1. Los usuarios encargados de poner la mesa son llamados con el grito “servicio”. Ellos se encargan de colocar saleros, salseras, servilleteros, colocar en las mesas jarras con agua, vasos.
2. Los demás usuarios llegan a la mesa, pueden estar sentados o parados, pero no tienen permitido tomar sus vasos y servirse agua. Si algún paciente lo hace, los mismos compañeros del internamiento le reprenden señalando que no puede comenzar a tomar agua.
3. Cuando todos los internos están en la mesa, el operativo o algún psicólogo dice “la oración”.
4. Un paciente dirige la oración y los demás lo siguen.
5. Al terminar la oración, los usuarios se colocan en fila y pasan por su plato de comida.
6. El tiempo de cualquier comida debe durar media hora. Si terminan antes (como regularmente ocurre) no se pueden levantar de la mesa.

7. Pasada la media hora de la comida y cuando todos acabaron de comer, el operativo o algún psicólogo grita “provecho”, que es la indicación de que se pueden levantar de la mesa.

Las ceremonias que se hacen antes y después de las juntas de AA son momentos que orientan el comportamiento del usuario, pues hay un protocolo para llevar a cabo la ceremonia.

La conducta de los usuarios es administrada en el tiempo (Foucault, 2010) que llevan las oraciones, los protocolos, las sesiones, incluso es regulada en las actividades recreativas y de activación física, pues hay un profesor que les indica que movimientos hacer y con qué regularidad.

#### Pensamientos y emociones de los usuarios

Los pensamientos y las emociones de los pacientes serán capturados y orientados (Foucault, 2020; Agamben, 2014) a partir de los diferentes discursos, saberes y ejercicios a los cuales ellos están expuestos.

Los pensamientos de los internos serán orientados por diferentes talleres con temas como prevención de recaídas, habilidades para la vida, guía espiritual, salud sexual, adquisición de conocimientos de la severidad de la adicción, prevención de recaída, taller de nuevas masculinidades, arteterapia, manejo del tiempo libre (Ilustración 20).

Mientras que las emociones, serán temas que se trabajarán en sesiones de psicoterapia grupal o individual, apadrinamiento y juntas de A.A. También serán trabajadas en pláticas que los usuarios tienen entre sí, lo cual, en ocasiones es visto por ellos mismos como algo con mayor beneficio que las sesiones o talleres grupales.

#### Lucha de voluntades

Si bien, la intención del dispositivo clínico es lograr que los usuarios sean subjetivados, la realidad es que no funciona con todos (Salamone, 7 de mayo de 2020). La clínica, al mismo tiempo que es un dispositivo disciplinante, es un campo de batalla entre voluntades (Foucault, 2020): la del interno y la de la institución, que es representada por el director.

En muchos casos quieren actuar de manera agresiva, quieren actuar de manera brusca, amenazante, intimidante para poder doblegar a estas personas que nos estamos encargando

de frenarlos. En muchas ocasiones me han dicho “si no me sacas tal fecha, yo veo cómo me fugo”, “vas a ver cómo me salgo” y, entonces, yo *tengo que contestar con la misma fuerza*. No puedo contestar intentando el diálogo, calmar. Porque ante una amenaza hay que responder como figura de poder. Otras formas que he intentado, porque lo he intentado: tratando de ser calmado, de utilizar el diálogo, de utilizar la contención emocional, no funcionó, porque no es un estado de agitación, no es un estado de alteración emocional. Es el firme deseo y el firme uso de estrategias de manipulación para poder conseguir lo que quieren. A veces es una demostración de intimidación y yo tengo que responder con la misma con la misma moneda. Entonces cuando me dicen “no, pues yo me voy a fugar de aquí. Ni vas a saber cómo”. “Inténtalo, inténtalo ¿tú crees que nos vamos a quedar con las manos cruzadas? si te agarramos, vas a ver que te espera” (director, 2022).

Una de las primeras relaciones que se establece entre los usuarios y el staff de la clínica dentro de la clínica es una relación de poder equilibrado. Un poder igualado entre ambas partes, por ello, el director no dice que ejercerá un poder aplastante o soberano, sino que contestará con “la misma fuerza”, con “la misma moneda” con la que el usuario demuestra su poder. Este equilibrio de poder no quiere decir que haya una simetría todo el tiempo, sino que el poder institucional se nivela al poder del usuario, pues desde un principio el poder clínico puede ejercerse sin medida, con castigos excepcionales.

La razón de esta nivelación de poderes parece ser una consecuencia de la experiencia de que el usuario no es solamente un sujeto al que se debe disciplinar, sino que se trata de un cliente que paga por un servicio. Es decir, el proceso de contratar el servicio parece forzar a la clínica a que nivele su poder en la medida de lo posible, pues detrás del interno, hay un cliente que muy probablemente vuelva a contratar su servicio. En casos excepcionales, donde el usuario es totalmente resistente al poder de la institución, ésta informa a la familia del interno sobre su conducta y solicita poder ejercer un castigo excepcional contra el paciente, que frecuentemente se trata de un traslado a un anexo. En este caso, la simetría de poder no se da con el usuario (quien será objeto del poder), sino con la familia, la cual es pensada como la que contrata el servicio.

Foucault (2020) considera que esta batalla entre institución y paciente es momentánea y será ganada de una vez por todas por uno de los contendientes -que Foucault estima que siempre será la institución-. Sin embargo, en la clínica privada esta confrontación entre la

clínica y el usuario se mantendrá constantemente, por lo que la lucha de voluntades estará presente durante todo el internamiento de un paciente, aunque tal vez el ejercicio de poder ya no sea tan equilibrado como en un principio.

En este hilo de ideas, podríamos decir que en donde hay poder hay resistencia. La clínica ejerce un poder disciplinar sobre sus internos y los pacientes encuentran formas de resistir a ese poder.

Hay dos tipos de resistencia entre los usuarios: una resistencia activa y una resistencia pasiva. La resistencia activa es donde se hace visible al interno que confronta al poder de la institución. La resistencia pasiva es aquella que mantiene al resistente oculto frente al poder de la institución (Scott, 1985). La resistencia activa es cuando los internos no ponen atención y realizan boicots a las sesiones grupales, no siguen indicaciones, no realizan las actividades indicadas por el staff, cuestionan la autoridad y los conocimientos del psicoterapeuta. En el caso de las psicólogas mujeres o terapeutas externas, existen procesos de devaluación de la psicóloga por ser mujer y cosificación, es decir, los usuarios reducen la identidad de la psicóloga a su cuerpo/género.

Las formas que tiene la institución clínica de hacer frente a este tipo de resistencia activa depende de la intensidad de la trasgresión del paciente. Si su acto no afecta a los vínculos de poder de manera significativa, la medida es una llamada de atención. Si la situación trasgrede al staff, ya sea en su físico o es una amenaza a la institución o a su personal, las medidas pueden ser aislarlo de la comunidad de usuarios o mandarlo a un anexo.

A su vez, los mismos pacientes pueden tomar una postura contraria a la resistencia activa, por ejemplo, aliarse con el poder institucional y fungir como elementos que pueden participar en el castigo al trasgresor.

La resistencia pasiva, tiene formas más variadas de manifestarse en la clínica, yendo de la expulsión de gases durante las sesiones grupales, el comercio clandestino, la mentira y el ocultamiento. A diferencia de la resistencia activa, la pasiva mantiene un cierto orden del anonimato de quien fue el responsable de los actos de resistencia pues, aunque algunos actos pueden ser molestos para algunos internos, ninguno delata a la persona.

La presencia de gases durante las sesiones grupales se vuelve un elemento que genera incomodidad entre los psicólogos que se encuentran con el grupo, pues la reacción al gas es el de risa entre todos los usuarios. El gas como método de resistencia, confronta el poder individual del psicólogo y puede ser sentido como una humillación, el cual parece incrementarse conforme los usuarios no delatan al perpetrador.

El comercio clandestino entre usuarios también confronta al poder clínico a partir de intercambiar objetos o alimentos. En el comercio clandestino dentro de la clínica, un elemento relevante es el cigarro, el cual toma un rol de moneda de cambio. El comercio es clandestino pues la institución prohíbe tajantemente el intercambio ya sea entre usuarios o con el personal.

El cigarro es la moneda de cambio dentro de la institución. Su valor se debe a que tiene la función de sustituto de la droga de preferencia de varios usuarios y les permite calmar su ansiedad por la falta de sustancia psicoactiva. Por ser una mercancía necesaria para los usuarios es que se puede intercambiar por prendas de vestir, miscelánea, porciones de comida. Por esta capacidad de intercambio es que el tabaco fue nombrado por los usuarios como “tabacoin” (usuarios, 2022).

Aquí porque es el vicio, *como no tenemos la droga, tenemos que estar fumando*. Aquí no hay alcohol, cristal ni cocaína. Entonces, la ansiedad del cigarro. Ellos por el cigarro te dan la comida te dan miscelánea, te dan tres paquetes de atún por un cigarro. Por eso vale el cigarro aquí. En una clínica y en anexos valen mucho (usuario, 2023).

El cigarro tiene casi un valor de cambio casi estable, lo cual se muestra en que un cigarro vale tres paquetes de atún. No obstante, en el comercio clandestino, su valor dependerá de la necesidad de quien fuma tabaco. Es decir, si un usuario necesita mucho el cigarro, podrá depreciar (bajar el valor) su comida o de sus prendas.

Por un cigarro me dan la comida, el plato de comida; por un cigarro puedes cambiar ropa, un short, una crema; pasta de dientes; Por lo que tú quieras. Aquí el cigarro es como el dinero, vale mucho un cigarro (usuario, 2023).

Devaluar los objetos con valor de cambio de los usuarios en el comercio clandestino también reproduce las formas en cómo los internos conseguían su droga de preferencia al

momento de no tener dinero para pagarla en su vida cotidiana. Algunos pacientes han mencionado que para poder seguir consumiendo tuvieron que disminuir el valor económico o afectivo de objetos suyos. Para ilustrar el punto, un usuario mencionaba un poco apenado que él se “había inhalado el reloj de su abuelo” (usuario, 2022); un reloj que tenía un gran valor económico<sup>65</sup>, pero sobre todo emocional para él, pues su abuelo, que ya había fallecido, se lo había dado a él especialmente. En la clínica, los usuarios que necesitan más el tabaco que otros han sido capaces de realizar actos similares, pero a menor escala, intercambiando prendas de vestir de marcas con costos elevados en el mercado de la moda por un cigarrillo.

Mientras que, si no lo necesita demasiado, puede subir el costo de sus mercancías o aprovechar la desesperación del cigarro para iniciar un comercio que sea de beneficio para el interno que tiene cigarrillos.

Los demás se los acaban en una hora, dos horas. Yo los presto en la noche o en la mañana porque ya no tienen nada y se mueren por cigarrillos, es cuando yo los vendo, los cambio por otro. La necesidad te hace pedir, pides cigarrillos (usuario, 2023).

El comercio, en algunos casos reproduce, las formas en que trabajaban algunos usuarios en antes de ser internados. Un paciente que en la vida exterior era prestamista, desarrolló una forma de “trabajar” (usuario, 2023) estando internado. Su manera de ejercer su labor ha sido prestando cierta cantidad de cigarrillos generando intereses por el préstamo. Esta actividad la desarrolló en otra clínica y en ésta vino a reproducir lo aprendido.

Cuando estaba en la clínica de Metepec yo prestaba un cigarrillo... allá prestaba un cigarrillo y me daban otro. Así siempre he estado trabajando. Aquí presto dos cigarrillos y me dan el tercer cigarrillo. Siempre he sido así, yo soy prestamista y aquí hago lo mismo con los cigarrillos. A mí me dan cinco cigarrillos al día cuando a los compañeros les dan 10, 11, 9 u 8 cigarrillos; a mí, 5 cigarrillos. Los hago rendir. A veces que me junto una cajetilla, 20 cigarrillos (usuario, 2023).

Frente a las mortificaciones que sufre el yo de los usuarios hay procesos que muestran que los internos tienen herramientas y elementos para resistir a la mutilación completa de funciones sociales, de sus roles o de su identidad. El testimonio del usuario que es prestamista ejemplifica cómo se mantiene la identidad de prestamista dentro de la institución y cómo

---

<sup>65</sup> Valía aproximadamente 80,000 pesos mexicanos o 4687.50 dólares.

algunos pacientes continúan reproduciendo algunas conductas con las que podían conseguir su sustancia de preferencia.

Por el valor asignado al cigarro, lo vuelve un elemento no útil para ejercer un castigo. Aunque sí ha habido actos que han sido sancionados quitándole a los usuarios los cigarros, más que ser un elemento que permita la coerción de la comunidad de internos, lo que hace es alterar la dinámica social entre el staff y los pacientes, así como entre ellos mismos, pues la ausencia del tabaco los pone furiosos e intolerables.

Aquí si no hubiera cigarros se vuelven locos ¡nombre, olvídate! ¡se arma una revolución! Es como en las cárceles, si no hay droga o cigarros, olvídate – entrevistador: ¿alguna vez los han castigado con quitarles cigarros? – sí, claro que sí – entrevistador: ¿cómo se pone la situación? – furiosos, furiosos. Aquí, los amigos cuando no les dan cigarros se pelean. El cigarro te quita la ansiedad, te quita toda la ansiedad y si no te dan cigarros, te vuelves intolerable la verdad. Debes tener cigarros (usuario, 2023).

La actividad comercial con base en el valor de cambio del cigarro entre los usuarios es una práctica que confronta el poder de la institución y que evade el Reglamento General del Usuario en la norma que indica “no apostar ni intercambiar ningún tipo de objeto, así como ropa y alimentos” (Reglamento General del Usuario, punto no. 5). El comercio siempre es tras bambalinas (Scott, 2000) y se mantiene en la cotidianidad de la vida al interior de la clínica, aunque los psicólogos o los operativos la descubren<sup>66</sup> y tratan de evitarla.

La presencia del cigarro en su valor de cambio puede potenciar o estabilizar el conflicto social. Por tal motivo, parece que el comercio clandestino no puede ser eliminado, pues mantiene cierta estabilidad en la comunidad terapéutica, quedando dos posibles caminos que tomar por el staff: 1) se resignan a vigilar en el egreso que el usuario se lleve solamente lo que es suyo, o 2) sustraen del comercio entre internos, la regularidad social que permite la armonía de la comunidad terapéutica.

Sea como fuere, al momento del egreso, los operativos hacen revisión de las pertenencias del paciente quitándole todo aquello que comerció para mantenerlo en resguardo

---

<sup>66</sup> Cuando un usuario sale de la clínica, se hace una revisión para corroborar que el paciente se vaya con aquello con lo que llegó. Si encuentran ropa que no es suya o que intercambió con algún usuario, ésta es guardada en la clínica o devuelta al usuario que la intercambió.

o para devolverlo al vendedor en caso de que siga en el establecimiento. La revisión de egreso sí permite imponer el poder clínico pues al ser un proceso individual, logra eliminar la forma colectiva del comercio. En ese momento, el usuario no puede hacer nada para exigir que se respete el derecho de propiedad de aquello que compró con cigarrillos.

Otras formas de resistencia al poder de la institución son a través de fingir salud mental y de ocultar información sobre los internos al staff de la clínica. Fingir salud mental al staff es llamado por los usuarios como “endulzar el oído” (usuario, 2022) y consiste en hacer creer a los psicólogos o al demás personal de la clínica que están trabajando para dejar de consumir sustancias psicoactivas, cuando en realidad no es así. El objetivo de endulzar el oído es que los pacientes sean vistos como rehabilitados y que no se queden más tiempo internados. Durante la ceremonia de egreso es donde se puede identificar claramente el endulzamiento, pero también está presente en otros momentos.

Un usuario entrevistado comentó lo siguiente mientras describía la ceremonia de egreso de un paciente:

Le preguntan -durante la ceremonia de egreso- ¿cómo llegaste? ¿Cómo estuvo tu proceso y cómo te vas? Ya cuentan su experiencia: que llegaron de cierta forma, drogados, baja autoestima, soberbia, etc. “¿Cómo fue su proceso aquí?” “No, pues fue agradable. Fue desagradable”. ¡Todos dicen que fue agradable! aunque se estén quejando todo el tiempo, porque dicen no vaya a ser que por decirles que no, me vayan a dejar más tiempo. Entonces todos dicen que fue agradable, todos le agradecen al staff. Son unos lame huevos con el staff. Es como “¡no, increíble!” cuando tal vez se estuvieron quejando todo el tiempo. Entonces y “¿cómo te vas?” ¡Todos dicen lo mismo! “me voy con muchas más herramientas para enfrentar esta adicción”, “que me voy con mucho trabajo pendiente”. Que la mayoría no... ya en pláticas, entre todos, hay unos que dicen: “no, güey. Yo me voy a seguir drogando, a mí me vale madres”. Pero en la carta de despedida, ¡nombre! ¡pinche terapia! Que hasta dices ¡ya! ¿Por qué estuvo tanto tiempo? ¡lo hubieran sacado desde el primer mes! (usuario, 2022).

Los usuarios fingen que desean dejar de consumir, que no tienen el deseo de volver a ver la droga y que todo lo que hicieron los psicólogos de la clínica les permitió adquirir conocimientos y métodos para dejar de consumir la sustancia de su preferencia, pero en el

diálogo cotidiano entre los mismos internos, ellos se muestran con un discurso diferente, pues no tienen que hacerse pasar por rehabilitados.

El fingir salud mental, les permite a los usuarios mantener un perfil bajo, ejercer una resistencia individual que tiene un soporte en la misma comunidad de pacientes internados, sin importar si algunos usuarios son de confianza o si son internos que no intervienen en la vida social de la comunidad. Además, fingir posibilita a los pacientes hacer frente a la profanación de su yo en el internamiento, en la forma de looping, porque se trata de un mecanismo que le permite confrontar la realidad del internamiento con recursos yoicos que se suponen deben ser destruidos por el dispositivo clínico.

Cuando los psicólogos se dan cuenta de que se finge salud mental, tienen a sancionarlo con un alargamiento del proceso terapéutico de un mes o más sin sobrepasar los seis meses. Fingir que ya no hay deseo de consumir drogas o también que se tienen síntomas psicóticos, lo que permite ejercer otro tipo de resistencia: el ocultamiento de información.

El ocultamiento de información se da cuando el staff de la clínica o las figuras de mayor autoridad como el director o el psicólogo E solicitan información sobre alguna situación que se está viviendo dentro de la comunidad de internos, se trate de un posible consumo de drogas dentro del establecimiento, peleas entre usuarios o daño a las instalaciones o robo de pertenencias entre los mismos usuarios y ellos no digan nada.

Un ejemplo de ocultamiento lo brinda una situación en la que un usuario utilizó unos cables de corriente eléctrica dentro de una habitación para prender un cigarro antes de dormir. Como consecuencia, la clínica se quedó sin energía eléctrica. Cuando las autoridades de la clínica preguntaron sobre quién había sido el responsable, los usuarios se mantuvieron en silencio, no delataron al responsable, se mantuvo el anonimato (Scott, 1985). Este tipo de ocultamiento también se da cuando los usuarios están teniendo conflictos y no los hacen visibles para el staff de la clínica; cuando guardan alimentos dentro de sus habitaciones; o cuando hay pequeños grupos que planean fugarse, el plan de fuga se disimula y no tiene en sí a un elemento visible que pueda ser considerado un líder.

El ocultamiento, de manera análoga a fingir, es un mecanismo que ayuda a los usuarios a hacerse cargo de sí mismos y de sus conflictos dentro de la institución, en el sentido

de que si hay problemas entre usuarios éstos pueden ocultarlo y resolverlo entre ellos y con las formas en que ellos lo han hecho en sus vidas cotidianas. Al respecto, un usuario alguna vez mencionó que una generación de internos había acordado que si llegaban a tener problemas dentro de la población de pacientes, no dirían nada a los psicólogos para que ellos resolvieran las situaciones sin intervención del dispositivo clínico.

Las respuestas al ocultamiento de información siempre son a través de medidas coercitivas. No hay un replanteamiento de la política interna que permita mayor libertad al paciente, sino que se ejercen castigos que se van incrementando conforme se mantiene el anonimato. Por ejemplo: no hay tiempo libre, no pueden usar la televisión o la bocina, no se da miscelánea. Si el ocultamiento sigue ejerciéndose, parece que existe la posibilidad de presionar a algún usuario para que delate a sus compañeros. Sin embargo, en casos en los que la legitimidad de las autoridades de la clínica no corre peligro de ser cuestionada, se permite que exista el anonimato. Por mencionar algunos ejemplos: robos o pérdida de objetos con un valor económico mínimo (material de papelería, piezas de juegos de mesa, etc.).

Dentro de la clínica existe una cultura de la resistencia entre los usuarios que se hereda de generación en generación y hace que algunos grupos se mantengan más o menos unidos frente al poder de la institución. Si hay algún usuario que rompe con esta unidad del anonimato y de la resistencia es llamado “borrega” (usuarios, 2022), lo cual es una forma de clasificar a alguien que ha traicionado a la comunidad a la que pertenece para dar información a la institución de lo que ocurre dentro del grupo de internos.

La cultura de la resistencia pasiva de los usuarios parece ser un elemento fundamental para entender el ejercicio de poder que existe en la clínica, pues, aunque hay una red de poder bastante fuerte, la resistencia pasiva tiene algunos logros con respecto a cómo se ejerce ese poder. El principal es que la coerción y el castigo tiene límites. Uno de los límites más claros se trata del tabaco, el cual si es tocado hay furia entre los pacientes, emoción que puede ser llevada al equipo de trabajo de la clínica, en formas más bien directas, como sometimiento de operativos o violencia física.

Para concluir el capítulo, mencionaré que se puede observar cómo es que la persona con una adicción es pensada como una anomalía de la sociedad, un agente defectuoso en

una sociedad que se percibe a sí misma como correcta. Este pensamiento, ha hecho que se construyan espacios en los cuales serán depositadas sin posibilidad de réplica a las personas que salgan del parámetro de esta normalidad (Foucault, 2020; Szasz, 2001).

Esta sociedad que polariza a sus integrantes en defectuosos/óptimos ha construido dispositivos que reasignen roles a los sujetos anómalos para la vida en sociedad. Sin embargo, la vida en sociedad parece estar basada en la individualidad de los problemas de salud mental, pues considera que el tratamiento en aislamiento de un solo individuo o de una sola familia será la solución a un problema que tiene una complejidad mayor.

Cuando el psicólogo mencionó (en la narración con la que inicio este capítulo) que aquel usuario funcionaba en un lugar estructurado, parece tener razón, pues el dispositivo clínico y los procesos disciplinares funcionan con los usuarios mientras viven internados, mientras están en un ambiente en donde han sido mortificados y sometidos a un poder disciplinar.

Tal es el caso que, aún con todo el trabajo de desobjetivación, disciplinamiento, subjetivación y orientación física y psicológica que hace en el servicio de salud del centro de rehabilitación, en una gran parte de las ocasiones no funciona: los sujetos que fueron internados, en una gran mayoría de casos, recae en el consumo de sustancias al egresar. Es decir: todo el proceso liminar, de reconstrucción identitaria no deja más que traumas y eventos angustiantes en una gran parte de la población de los usuarios.

Incluso, cuando se habla de éxito del tratamiento, la realidad es que los usuarios dejan de consumir por miedo a volver ser internados y tener que pasar por las mortificaciones del yo, volver a ser de nuevo dependientes de unos especialistas que son a su vez sus guardias (Szasz, 2001). Dejar de consumir no se asocia con la salud mental o con la flexibilidad cognitiva y emocional, sino con la rigidez mental y la represión consciente del deseo.

Pero la dinámica social dentro de la clínica privada de rehabilitación no se reduce a un ejercicio de poder de una de las dos partes. La comunidad de internos también tiene algunos elementos que les permite resistir a la mortificación del yo. Su agencia es pasiva, toma formas veladas pero que mantienen a los usuarios con cierto grado de capacidad de mantener su individualidad en un espacio de poder como es el tratamiento involuntario. Las

principales formas encontradas fueron el comercio clandestino, fingir salud mental y ocultar información de la comunidad de pacientes.

A partir de la resistencia pasiva es que los usuarios logran mantener un margen de agencia y que ha funcionado para mantener un ejercicio de poder siempre fluido, en el sentido de que la clínica es un espacio en constante tensión entre el staff y los pacientes.

## Conclusión

A lo largo de esta investigación se procuró aportar conocimiento sobre los procesos de rehabilitación en adicciones dentro del mercado de salud y la forma en que los centros y clínicas ejercen el poder disciplinar dentro de los establecimientos para las adicciones, tomando como caso de estudio una clínica privada para la rehabilitación en adicciones en el Estado de Morelos.

Para comprender la problemática se abordaron tres elementos que componen a la clínica privada de rehabilitación: la presentación de la institución en donde se observan formas de reproducción de las relaciones de poder que existen dentro de la clínica; el aspecto del mercado de paquetes clínicos que se ofertan para los potenciales clientes y las formas en que se ejerce el poder disciplinar dentro de la institución.

En el primer capítulo se trabajó en presentar al establecimiento de rehabilitación como una institución cultural que es capaz de producir y reproducir las identidades sociales que se mantienen más o menos constantes durante el tiempo de un tratamiento y las formas en que esas identidades se vinculan entre sí. Algunos elementos tratados de esa relación fueron la división de los espacios arquitectónicos divididos entre staff e internos. También se analizaron las relaciones surgidas a partir de festividades, entre las que destacaron la fiesta de 15 de septiembre y las ceremonias de egreso, las creencias religiosas y las percepciones que se tienen de los usuarios dependiendo de su alianza terapéutica con la institución clínica.

En el segundo capítulo se abordó cómo es que la institución de rehabilitación se inserta en los procesos de mercantilización de la salud. A través de la venta de paquetes clínicos se construye un proceso de rehabilitación adecuado a las necesidades de las familias, y en su caso, de los mismos usuarios. Dependiendo de cuál paquete se elija, los usuarios serán tratados de maneras diferentes. Si una familia elige el paquete más caro, el paciente será tratado con un poder menos coercitivo, mientras que si se compra un paquete barato, el trato podrá ser más disciplinar, el poder será más visible. Cada paquete clínico se instalará en diferentes instituciones. En el caso de la clínica investigada el paquete clínico es el segundo más económico, por lo que el trato será disciplinar.

Derivado de la mercantilización de la salud, las formas de venta de paquetes clínicos se hacen a partir de introducir emociones, como el miedo a las familias sobre las consecuencias de la adicción y el abuso de drogas. La clínica se vende como la solución a la adicción, tratando de manera individual un problema que parece ser colectivo y político. El paradigma individualista de la problemática de la adicción está también presente en algunos pacientes internados quienes consideran que sólo depende de ellos lograr la salud, lo que los hace responsables de problemáticas más grandes, como el narcotráfico.

La solución que vende la institución clínica de rehabilitación consiste en hacer de los conocimientos en psicofarmacología, psicología, psiquiatría y medicina general en elementos que pueden ser usados para lograr la salud. Un elemento que se hizo una mercancía es el poder disciplinar. La disciplina se vende como una herramienta útil para superar las adicciones y lograr la abstinencia. El poder disciplinar como una mercancía en el mercado de la salud es pensado tanto en la población de trabajadores clínicos (como psicólogos o médicos) como en la población de los mismos usuarios.

A partir de la mercantilización de la salud en la clínica privada de rehabilitación en adicciones es que se puede pensar el reclamo y la queja que los internos hicieron durante su tratamiento. En ocasiones, lo que reclamaron era sobre la falta de psicoterapia, objetos elementales para ciertas actividades o de la infraestructura del edificio. La queja era acompañada siempre por la cantidad de dinero que se había invertido en el tratamiento. De esto se concluyó que la mercantilización de la salud también le permite al paciente posicionarse como un cliente que puede realizar reclamos abiertos al tratamiento y que no necesariamente acaban con la coerción de éste, por lo que la mercantilización de la salud parece equilibrar la balanza del poder en instituciones mentales o al menos es así con algunos casos.

En el último capítulo se trabajó sobre las relaciones de poder instauradas dentro de la clínica de rehabilitación y cómo el poder mortifica y cercena al interno para quitar la subjetividad adictiva y comenzar un proceso de reconstrucción de la identidad del interno, que se vincula con una identidad abstemia. Para ello se pone en marcha el dispositivo clínico que se expresa en lo lingüístico y lo no lingüístico, en normas, reglamentos, órdenes, psicoterapia y en espacios arquitectónicos, formas de los edificios distribución de las

habitaciones, etc. También se abordó la forma en que se ejerce la disciplina en distintos elementos que conforman al interno, por ejemplo, a nivel del pensamiento, del cuerpo, de la conducta y de las emociones.

Se reflexionó que la lucha de voluntades entre la institución y los internos es continua durante todo el proceso de rehabilitación de los internos, sin importar si se quedan tres meses o más. Se argumentó con base en la resistencia pasiva que la clínica es un campo de batalla que está en constante tensión, más que un espacio en donde hay un claro ganador. La clínica siempre tiene elementos de poder a los que su propia comunidad de pacientes resiste.

Las formas de resistencia observadas en el proceso de investigación fueron el comercio clandestino basado en el tabaco, fingir salud mental y ocultar información de lo que ocurre al interior de la comunidad de internos. A estas formas de resistencia pasiva el poder institucional podía responder de diferentes formas que van desde la coerción con fuerza directa, por ejemplo, eliminar privilegios como la televisión o la música, hasta la permisividad sobre todo cuando el poder clínico no era directamente cuestionado. Cuando la resistencia era activa, la clínica reaccionaba de manera violenta, aislando al interno en una habitación, amarrándolo o enviándolo a un anexo.

De los tres elementos analizados se puede concluir que la forma en que opera el poder disciplinar dentro de la clínica privada de rehabilitación en adicciones es como un elemento terapéutico indispensable para el tratamiento del paciente internado y, por ende, como una mercancía que se puede comprar para rehabilitar a los pacientes internados de manera involuntaria.

A su vez, la involuntariedad del tratamiento funciona para que la familia del usuario a internar elija esta clínica por sobre otras. El internamiento involuntario es experimentado por los usuarios a través de la mercantilización de la salud y la capitalización de las emociones, principalmente el miedo. Durante el internamiento, varios internos se sienten como una mercancía, o en el mejor de los casos, un cliente del tratamiento de salud. Por otro lado, el staff, principalmente los psicólogos que laboraban en la clínica mientras se realizaba el trabajo etnográfico, pensaban de una forma más o menos similar: los pacientes llegan a ser mercancías u objetos que producen capital económico, pero también piensan que su labor es

justificada por una urgencia médica debida por el abuso de drogas, pues la vida de la persona con una adicción está en riesgo.

El dispositivo clínico, con sus procesos de mortificación del yo y de disciplinamiento, pueden ser vistos como elementos que están en función de la mercantilización de la salud, atravesando el cuerpo de los usuarios por dos formas del poder: un biopoder disciplinar, organizador y excluyente, y un psicopoder estimulador de las pulsiones de los usuarios, que incluye al anormal como una mercancía en la que se optimizan los procesos psíquicos, mentales y emocionales, así como el consumo de servicios y productos de salud.

El dispositivo clínico siguiendo una ideología neoliberal, permitía hacer de los mismos usuarios los únicos responsables de gestionar su proceso de rehabilitación. El mismo usuario podía llegar a pensarse como el único agente de su bienestar o malestar, el único individuo capaz de gestionar el internamiento para su propio beneficio, sin importar las condiciones materiales o terapéuticas del establecimiento. Por otro lado, se anteponía el autocuidado de los mismos pacientes, quienes más que pensar su salud como un único resultado de sus decisiones y de su propia historia, hacían de su proceso un lugar en el que el trabajo con la comunidad de internos y con el staff de la clínica les permitía sentirse importantes y que ocupaban un lugar en la vida de la comunidad. Para este tipo de usuarios la salud venía por sentirse en comunidad con la clínica y con sus compañeros de tratamiento. De este modo se hace la distinción entre el yo como un proyecto de rehabilitación y un proceso de autocuidado.

Por otra parte, el dispositivo disciplinar de la clínica de rehabilitación en adicciones ya no sólo excluye al anormal y lo encierra, sino que su internamiento genera valor, lo que incluye al usuario en el sistema mercantil mediante la capitalización del sufrimiento y por el trabajo del interno. En este dispositivo, el poder disciplinar está al servicio de los procesos de mercantilización de la salud, se vende a la familia y a los mismos usuarios la disciplina como un factor elemental para obtener salud y bienestar.

La premisa de la venta del servicio clínico es la *restauración del alma* o la rehabilitación de la persona que ha tenido algún trastorno por el abuso o dependencia de drogas. La promesa es que las personas internadas serán restauradas; regresarán a “La gran

salud” (Stolkiner, 2013) que han perdido, volverán al bienestar físico y emocional que su consumo les ha arrebatado.

El proceso de desobjetivación y subjetivación es un componente que se valoriza en el costo de la clínica de rehabilitación. Es, además de las condiciones de vida dentro de la clínica, lo que se espera que ocurra en el internamiento, que el usuario cambie de identidad, que cambie las formas de vincularse con la sustancia y con las personas cercanas a él. A pesar de que el establecimiento está organizado para esta modificación del yo de los usuarios internados la realidad lo confronta, pues varios usuarios que habían sido internados y habían egresado durante el trabajo de campo, volvieron a ser re-internados en la clínica por volver a consumir. La toxicomanía que los había vuelto usuarios seguía presente. Esto me hace cuestionar la validez de un internamiento de 90 días o más como un tratamiento efectivo para la problemática de salud que es la adicción a drogas.

También me permite cuestionar el uso del poder disciplinar como necesario para el tratamiento, pues, como se sabe los trastornos por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, no tienen que ver solamente con el ejercicio de la disciplina en la vida cotidiana, o al menos no sólo con esto, sino que también influye la angustia (Bousoño en Sobre Psicoanálisis, 2 de marzo de 2023) entendida como la afección que se tiene por el lugar que ocupan ellos para el otro (padre, madre, hermanos, amigos, familia extendida)<sup>67</sup>. La disciplina, como técnica solamente observa al usuario con un yo consciente y se justifica como un elemento que normaliza al paciente (Foucault, 2020), pero deja en la oscuridad aquellos procesos inconscientes de las adicciones. Si bien, se puede pensar que la labor del psicólogo está para abordar esos elementos inconscientes, la realidad es que no es así. Para ello se necesitan dos elementos imprescindibles: 1) voluntariedad del paciente para el tratamiento, lo que genera una alianza terapéutica fuerte y 2) más tiempo de trabajo, para darle al sujeto el tiempo necesario para la reelaboración y la significación de su situación,

---

<sup>67</sup> Durante las entrevistas realizadas, algunos usuarios hablaron sobre el abandono sentido por la muerte de un padre, el abandono de una madre, haber sido objeto de violaciones sexuales, la soledad percibida (no tener a alguien en quien apoyarse), rencor con los padres, etc., como algunos fenómenos que ocasionaron el problema del consumo abusivo o dependencia a las drogas. La relación con el otro es relevante para ellos y para entender su estilo de vida asociado con el consumo de sustancias psicoactivas. No cabe duda de que hay una gran variedad de factores que abonan a la problemática de la drogadicción y alcoholismo, pero describirlos detalladamente sobrepasa los límites de este trabajo.

algo imposible si se piensa que la clínica privada funciona como un centro para personas que *no reconocen su problema* con la premisa de *el mayor trabajo realizado en el menor tiempo posible*.

Del trabajo de investigación, se pueden hacer las siguientes sugerencias para el tratamiento de las personas con un abuso de sustancias psicoactivas en el centro privado de rehabilitación en adicciones:

1. Reducir el tiempo de internamiento a una desintoxicación dependiendo del nivel de la problemática ocasionada por el consumo de drogas, generando parámetros claros para identificar en qué momento el paciente está desintoxicado, tomando en cuenta la superación de los síntomas de la abstinencia, la presencia de psicosis o delirio, y aquellos procesos corporales resultantes del consumo (deshidratación, dolores, etc.).
2. Realizar los procesos de admisión manteniendo la dignidad de los usuarios, explicando en todo momento que se trata de un internamiento para desintoxicación.
3. Realizar internamientos voluntarios después de la desintoxicación. Esto quiere decir, darle al usuario la oportunidad de decidir sobre la necesidad de tratar su consumo.
4. Proporcionar alternativas para el tratamiento de la dependencia o adicción que vayan más allá del internamiento, casa de medio camino, psicoterapia ambulatoria, sesiones en grupo de A.A.
5. Contratar al menos dos personas más para trabajar como operativos y administrativos.

La voluntariedad del tratamiento se considera indispensable para tener una mayor eficacia en el tratamiento, pues si la intención es abordar de manera psicológica los elementos que predisponen a una persona al abuso o adicción de drogas, muchos de ellos inconscientes para el paciente, se necesita que el usuario desee dejar de consumir. Se necesita de la voluntariedad y de la consciencia para elaborar aquellos elementos involuntarios e inconscientes que determinan el consumo abusivo de drogas y que luego tendrán efectos fisiológicos y sociales.



## Referencias Bibliográficas

- Agamben, G. (2006). *Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida I*. Pre-textos. España.
- (2014). *Qué es un dispositivo. Seguido de El amigo y La Iglesia y el Reino*. Adriana Hidalgo editora. Argentina.
- Alcohólicos Anónimos. (s/f). *Libro Azul de Alcohólicos Anónimos*.  
[http://www.aatalca.org/files/Alcoholicos\\_anonimos.pdf](http://www.aatalca.org/files/Alcoholicos_anonimos.pdf)
- Amezcuá, M. (11 de agosto 2020). Saltaron de una azotea para escapar de la tortura en un anexo; sólo Mitzy sobrevivió. *El Universal*.  
<https://www.eluniversal.com.mx/estados/saltaron-de-una-azotea-para-escapar-de-la-tortura-en-un-anexo-solo-mitzy-sobrevivio> .
- Arévalo, J. M. (2009). Los carnavales como bienes culturales intangibles. Espacio y tiempo para el ritual. *Gazeta de Antropología*, 25 (2) pp. 1-12.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ta ed.)*. Editorial Médica Panamericana. España.
- Bacilio, Ma. Del P. (2018). *Para una revolución molecular en la práctica psiquiátrica: la clínica psiquiátrica de La Borde* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. [https://repositorio.unam.mx/contenidos/para-una-revolucion-molecular-en-la-practica-psiquiatrica-la-clinica-psiquiatrica-de-la-borde-461807?c=4XdGvw&d=false&q=:\\*:\\*&i=1&v=1&t=search\\_0&as=0](https://repositorio.unam.mx/contenidos/para-una-revolucion-molecular-en-la-practica-psiquiatrica-la-clinica-psiquiatrica-de-la-borde-461807?c=4XdGvw&d=false&q=:*:*&i=1&v=1&t=search_0&as=0)
- Barbosa, R. y Gómez, E. (2021). Las funciones del Yo, *Humanidades Revista de la Universidad de Montevideo*.  
[https://www.researchgate.net/publication/350386166\\_Las\\_Funciones\\_del\\_Yo](https://www.researchgate.net/publication/350386166_Las_Funciones_del_Yo)
- Basaglia, F. (1976). La institución de la violencia en *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico* (Basaglia), pp. 129-172. *Ediciones Corregidor*. Argentina.
- Bousoño, N., Cappelletti, M. R., Améndola, V. A. y Naparstek, F. (2011). Una experiencia en el tratamiento de las toxicomanías. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- <https://www.aacademica.org/000-052/199.pdf>

- (2 de marzo de 2023). Consumo de drogas: la función del tóxico y su tratamiento. *Sobre psicoanálisis* [Canal de YouTube]. <https://www.youtube.com/watch?v=R63lhI3CJK0&t=259s>

Braunstein, N. (2011). *El inconsciente, la técnica y el discurso capitalista*. Siglo XXI [Archivo PDF].

Buckland, R. (2001). *Witchcraft from the inside. Origins of the fastest growing religious movement in America*. Llewellyn Publications. Minnesota, U.S.A.

Cabanas, E. (16 de mayo de 2013). ¿Nacidos para ser felices? El lado oscuro de la psicología positiva, en Radio UNED [Canal de YouTube]. <https://www.youtube.com/watch?v=LWwosWd5FS4&t=1149s>

Cabanas E. e Illouz, E. (2019). *Happycracia. Cómo la ciencia y la industria de la felicidad controla nuestras vidas*. Editorial Paidós. España.

- (1 de junio de 2021). Happycaria: ¿felicidad y desigualdad social? (cierre de ciclo). Tecnologías emergentes y desigualdades, Fundación “la Caixa”. <https://www.youtube.com/watch?v=MZ9musKcDbc>

Castro, R. (2009). Capitalismo y medicina. Los usos políticos de la salud. *Ciencia política* 4 (7 enero-junio 2009), pp. 7-25. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3663189>

Centro Nacional Contra las Adicciones. (2020). Directorio nacional de establecimientos residenciales reconocidos por la CONADIC. Michoacán – Zacatecas. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/592674/Directorio\\_Mich-Zac\\_V\\_4.2\\_2020.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/592674/Directorio_Mich-Zac_V_4.2_2020.pdf) .

- (2019). *Informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral* 2019. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/477564/Informe\\_sobre\\_la\\_situacion\\_de\\_las\\_drogas\\_en\\_Mexico.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/477564/Informe_sobre_la_situacion_de_las_drogas_en_Mexico.pdf) .

- (2021). Lineamientos para el Reconocimiento y Ratificación de Establecimientos Residenciales de Tratamiento de adicciones 2020-2021 [Archivo PDF]. <http://www.ssm.gob.mx/portal/prevencion-adicciones/descargas/Lineamientos%20Reconocimiento%20V%20%202021%20.pdf> .

- (2016). Lineamientos Nacionales para el Traslado Involuntario de Personas a Establecimientos Residenciales de Tratamiento y Rehabilitación de las Adicciones. <https://www.gob.mx/salud/conadic/documentos/lineamientos-de-la-actualizacion-de-la-nom-028-para-la-atencion-integral-de-las-adicciones>
- Contreras, P. C. (2010). *Voces dentro de un hospital psiquiátrico. La dinámica formada a partir de los involucrados en una institución psiquiátrica* (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Nacional Autónoma de México. [https://repositorio.unam.mx/contenidos/voces-dentro-de-un-hospital-psiquiatrico-la-dinamica-formada-a-partir-de-los-involucrados-en-una-institucion-psiquiat-287612?c=3A0Boq&d=false&q=:\\*:\\*&i=3&v=1&t=search\\_1&as=0](https://repositorio.unam.mx/contenidos/voces-dentro-de-un-hospital-psiquiatrico-la-dinamica-formada-a-partir-de-los-involucrados-en-una-institucion-psiquiat-287612?c=3A0Boq&d=false&q=:*:*&i=3&v=1&t=search_1&as=0)
- Córdova, J. R. (2018). *Juegos de voluntades: el tratamiento de las adicciones en México* (Tesis de doctorado inédita). Colegio de Michoacán, A. C. <https://colmich.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1016/425/1/C%C3%B3rdovaNavaJes%C3%BA%20Rogelio2018Tesis.pdf>
- Cyrulnik, B. (2018). *Psicoterapia de Dios. La fe como resiliencia*. Gedisa. España.
- Deleuze, G. (2018). *El saber. Curso sobre Foucault. Tomo I*. Cactus. Argentina.
- D'Odorico, G. (2017). Capítulo 1. Biopolítica para pensar el presente: neoliberalismo y tecnociencia. *Utopías biopolíticas. Actualidad del pensamiento de Michel Foucault* (coor. D'Odorico, G.) [Archivo EPUB]. Ediciones Godot. Argentina.
- Donghi, A. (2007). Aportes del proceso diagnóstico psicoanalítico al tratamiento de las adicciones en ámbitos hospitalarios. *Anuario de Investigaciones*, XIV, 55-58. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139943034.pdf> .
- Echeverri, O. (2008). Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24 (3), pp. 210-216. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2008.v24n3/210-216/#:~:text=En%20el%20caso%20de%20Colombia,marcado%20de%20la%20salud%20p%C3%BAblica.>
- Espósito, R. (2012a). *Comunidad, inmunidad y biopolítica*. Herder [Archivo EPUB]. Barcelona, España. [www.herdereditorial.com](http://www.herdereditorial.com) .
- Fernández, E., López, A., Becoña, E. (2011). El tratamiento psicológico de la adicción al tabaco en fumadores con trastornos de la personalidad. *Papeles del Psicólogo*, 32(2), 175-184. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77818544007.pdf> .

- Foucault, M. (1999). ¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina? en *Michel Foucault. Estrategias de poder*, Julia Varela y Fernando Álvarez Uría (eds.), pp. 343- 362. Editorial Paidós. España.
- (2015). *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI. México.
  - (2020). *El poder psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica. Argentina.
  - (2011). *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*. Siglo XXI [Archivo EPUB]. México.
  - (2010). *Vigilar y castigar*. Siglo XXI. México.
- Gaete, T. (2007). Representaciones sociales de psicólogos sobre el consumo de drogas, consumidores y tratamientos "El juicio psicológico". *Revista de Psicología*, 16(2), Pág. 53-77. doi:10.5354/0719-0581.2007.18503
- Galaviz G. (2015). Mujeres, adicción y rehabilitación: Reflexiones desde la frontera noroeste de México. *Salud Colectiva*, 11(3), 367-379. <https://scielosp.org/pdf/scol/2015.v11n3/367-379/es> .
- Galicia, D. (2012). Los enunciados constatativos y realizativos en el discurso administrativo para la construcción de organizaciones lucrativas. *Contaduría y administración*, 57(4), pp.79-105. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-10422012000400005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-10422012000400005&lng=es&tlng=es).
- Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu editores. Argentina.
- Gómez, R. (2008). *Sociología de la salud en la necesidad de regular los centros privados de rehabilitación de adicciones, en la Ciudad de México, Distrito Federal* (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Nacional Autónoma de México. <http://132.248.9.195/ptd2008/agosto/0630087/0630087.pdf>
- González, I. Tumuluru, S., González-Torres, M. Á., & Gaviria, M. (2015). Cocaína: una revisión de la adicción y el tratamiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(127), 555-571. <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v35n127/original7.pdf> .
- Guerrero, A. (2002). *Éxito o fracaso en el tratamiento de las adicciones*. En Liberadictus A.C. <https://www.liberadictus.org/psiquiatr%C3%ADa-y-adicciones/759-%C3%89xito-o-fracaso-en-el-tratamiento-de-las-adicciones.html>
- Han, B-C. (2017). *Sobre el poder*. Herder Editorial. España.

- (2014). *Psicopolítica. Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Herder Editorial. España
- (2016). *La sociedad del cansancio*. Herder editorial. España.
- Fernández, P. (2007). Psiquiatría y ética médica. *Humanidades médicas*, 7 (2). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202007000200001&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202007000200001&lng=es&tlng=es)
- Frenk, J., López, D., Bobadilla, J.L., Alagón, A. (1976). Medicina liberal y medicina institucional en México. *Salud pública de México*, XVIII (3). <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/1291/1275>
- Illouz, E. (2007). *Intimidades congeladas. Las emociones en el capitalismo*. Katz Editores. Argentina.
- Keane, H. (2009). Foucault on methadone: beyond biopower. *International Journal of Drug Policy*. 20 (2009), 450-452. [https://www.academia.edu/3772037/Foucault\\_on\\_Methadone](https://www.academia.edu/3772037/Foucault_on_Methadone) .
- Laurell, A. C. (2001). Mexicanos en defensa de la salud y la seguridad social. Cómo garantizar y ampliar tus conquistas históricas. Editorial Planeta Mexicana. México.
- Ley General de Salud de 2022. Capítulo VII. Salud Mental. 16 de mayo de 2022. DOF 16 de mayo de 2022.
- Ley de salud mental del Estado de Morelos de 2021. Título IV. Del internamiento. Capítulo Único del internamiento en instituciones públicas o privadas. 11 de octubre de 2011. 16 de junio de 2021.
- López-Arellano, O. y Jarillo-Soto, E.C. (2017). La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. *Cadernos de Saúde Pública*, 33, e00087416. <https://doi.org/10.15090/0102-311X00087416>
- López, C., Bruzzone, C., Krebs, M. & Castro, X. (2013). La intervención motivacional y sus efectos sobre la entrada a tratamiento de adicción. *Revista de Psicología*, 22(1),37-47. [http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/Laintervencion\\_motivacional.pdf](http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/Laintervencion_motivacional.pdf) .
- López, D. (2007). Dispositivos contemporáneos de Control Social: las Comunidades Terapéuticas y “el problema de la droga”. *XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara*. <https://cdsa.aacademica.org/000-066/238.pdf>

- Lorenzo, G. (2012). 'La adicción es una enfermedad física, mental y espiritual'. Concepción de enfermedad y tratamiento de sujetos bajo consumo problemático de cocaína. *Gazeta de antropología*, 28 (9), artículo 09. <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=4020> .
- Lukacs, G. (1970). *Historia y conciencia de clase*. Editorial de ciencias sociales. Cuba.
- Marín-Navarrete, R., Eliosa-Hernández, A., Lozano-Verduzco, I., Fernández-De la Fuente, C., Turnbull, B. & Tena-Suck, A. (2013). Estudio sobre la experiencia de hombres atendidos en centros residenciales de ayuda mutua para la atención de las adicciones. *Salud Mental*, 35 (5), 393-402. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2013/sam135g.pdf> .
- Martínez, I. (2017). *Vulneración de la Dignidad: Un Análisis del Tratamiento de un Centro de Rehabilitación de Drogas desde la Perspectiva de sus Usuario* (Tesis de maestría inédita). Universidad Autónoma de San Luis Potosí. <http://www.derecho.uaslp.mx/Documents/Posgrado/Maestr%C3%ADa%20en%20Derechos%20Humanos/Repositorio%20de%20tesis/2015%20Cuarta%20generaci%C3%B3n/2015%20Tesis%20Mart%C3%ADnez%20Garc%C3%ADa%20Iv%C3%A1n.pdf> .
- Martínez, Ma. E. (18 de junio de 2020). Denuncian contagios por covid-19 en “anexo” de Chipitlán. *La Unión*. <https://www.launion.com.mx/morelos/sociedad/noticias/162317-denuncian-contagios-por-covid-19-en-anexo-de-chipitlan.html> .
- Mbembe, A. (2011). *Necropolítica*. Editorial Melusina (sic) [Archivo EPUB].
- Melossi, D. & Pavarini, M. (2010). *Cárcel y fábrica. Los orígenes del sistema penitenciario (siglos XVI-XIX)*. Editorial Siglo XXI. México.
- Méndez, P. M. (2017). Neoliberalismo y liberalismo. La libertad como problema de gobierno. *Postdata*, 22 (2), pp. 1-30. [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-96012017000200005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-96012017000200005&lng=es&tlng=es).
- Molina C. y Tobar, F. (2018). ¿Qué significa neoliberalismo en salud? *RevIISE - Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 12 (12), pp. 65-73. <https://www.redalyc.org/journal/5535/553557482007/html/>
- Muñoz, E. A. (2011). Constitución de subjetividades en el contexto terapéutico: Los discursos de la adicción en acción. *Revista de Psicología*, 20(2), 25-51. <https://revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/17931/18744> .

- Nájar, A. (19 de mayo de 2016). “Me castigaron a 12 días sin dormir”: el horror de un albergue para adictos en México del que rescataron a 271 personas. *BBC News Mundo*.  
[https://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/05/160519\\_mexico\\_horror\\_centro\\_adicciones\\_infrahumano\\_rescate\\_an](https://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/05/160519_mexico_horror_centro_adicciones_infrahumano_rescate_an) .
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, - tratamiento y control de las adicciones. Obtenido de:  
[http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma\\_oficial\\_nom.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf) .
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2011). *ASSIST. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria*.  
<https://www.paho.org/es/documentos/prueba-deteccion-consumo-alcohol-tabaco-sustancias-assist-manual-para-uso-atencion>
- Ovejero, A. (2000). La adicción como búsqueda de identidad: una base teórica psicosocial para una intervención eficaz. *Intervención psicosocial*, 9(2), 199-215.  
<https://journals.copmadrid.org/pi/archivos/63247.pdf> .
- Quintanas, A. (2013). Bioética, biopolítica y neoliberalismo en Anna Quintanas (ed.), El trasfondo biopolítico de la bioética [Archivo EPUB]. Opuscles, 2. Documenta universitaria.
- Rabasa, L. (30 de junio de 2022). 2022 ¿se acabaron los internamientos involuntarios en México? *Nexos*. <https://eljuegodelacorte.nexos.com.mx/2022-se-acabaron-los-internamientos-involuntarios-en-mexico/>
- Recalcati, M. (2014). *El complejo de Telémaco. Padres e hijos tras el ocaso del progenitor*. Editorial Anagrama [Formato EPUB]. Barcelona, España.
- Rodríguez, J. I. (2022). ¡ ... no me diga tonterías, (Dr. Psiquiatra)... ! Esti(g)ma y (de)formación de los residentes del “batán” [Tesis de maestría de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla].  
<https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/16086>
- Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S. & Medina-Mora, M. E. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental*, 34(4), 351-365.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252011000400008](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000400008) .
- Rojas, D.P. (2018). Corporalidades y micropoblaciones carcelarias: una lectura biopolítica desde Michel Foucault. *Revista Diálogos de derecho y política*, (19), 6-17.

<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/derypol/article/view/331279/20787463>

Salamone, L. D. (7 de mayo de 2020). *El goce toxicómano* [Conferencia]. Noche de transmisión en vivo. Yoica AC  
[https://www.youtube.com/watch?v=U\\_Dyw9zplNg&t=200s](https://www.youtube.com/watch?v=U_Dyw9zplNg&t=200s)

Saldaña, G. (2015) *Más allá del cráneo, más allá de los muros hospitalarios: la Salud Mental como Derecho Humano* (Tesis de maestría inédita). Universidad Autónoma de San Luis Potosí.  
<https://ninive.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/5564/2013%20Tesis%20Guillermo%20Salda%c3%b1a.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sánchez, E. & Gradolí, V. T. (2002). Terapia breve en la adicción a drogas. *Papeles del Psicólogo*, (83), 49-54. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77808307.pdf> .

Secades R. y Fernández, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13 (3), 366-380.  
<https://www.psicothema.com/pdf/460.pdf>

Scott, J. C. (2000). *Los dominados y el arte de la Resistencia*. Era. México.

Stolkiner, A. (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental en Lerner H. (comp.), *Colección FUNDEP*. Psicolibro.  
[https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/stolkiner\\_2013\\_medicalizacin\\_de\\_la\\_vida\\_sufrimiento\\_subjetiv\\_2014.pdf](https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/stolkiner_2013_medicalizacin_de_la_vida_sufrimiento_subjetiv_2014.pdf)

Szasz, T. (2001). *Ideología y enfermedad mental*. Amorrortu editores. Argentina.

Turner, V. (1988). *El proceso ritual. Estructura y antiestructura*. Taurus. España.

El Universal (25 de octubre de 2020). Comando ataca anexo en Celaya; mueren tres. *El Universal*. <https://www.eluniversal.com.mx/estados/comando-ataca-anexo-en-celaya-mueren-tres> .

Valdemar, J. (2021). Diagnóstico sobre la mercantilización de la salud en México y propuestas para la construcción de un sistema universal desde la perspectiva del derecho humano a la salud. serie Estudios y Perspectivas-Sede Subregional de la CEPAL en México, 194 (LC/TS.2021/179; LC/MEX/TS.2021/19. Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).  
[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47532/1/S2100843\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47532/1/S2100843_es.pdf)

Vázquez, A. (6 de octubre de 2022). La cruel y cruda realidad de los “anexos”. *Revista Cámara, Periodismo legislativo*.

<https://comunicacionsocial.diputados.gob.mx/revista/index.php/pluralidad/la-cruel-y-cruda-realidad-de-los-anexos->

Zapata, M. A. (2009). La Familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *CES Psicología*, 2(2), 86-94. <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423539413007.pdf>



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



## INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN HUMANIDADES Y CIENCIAS

Centro de Investigación en Ciencias Sociales y Estudios Regionales

Cuernavaca, Mor., 07 de marzo de 2024

**Dr. Rodrigo Bazán Bonfil**  
**Coordinador del Posgrado en Humanidades**  
**Centro Interdisciplinario de Investigación en Humanidades**  
**Instituto de Investigación en Humanidades y Ciencias Sociales**  
**Universidad Autónoma del Estado de Morelos**  
**PRESENTE**

Por medio de la presente le comunico que he leído la tesis **Tratamiento involuntario. Oferta-demanda y régimen disciplinario en una clínica privada de rehabilitación en adicciones en Cuernavaca, Morelos**, que presenta:

### **CRISTIAN DE JESÚS SÁNCHEZ SOTO**

para obtener el grado de Maestro en Humanidades.

Considero que dicha tesis está terminada por lo que doy mi voto aprobatorio para que se proceda a la defensa de la misma. Baso mi decisión en lo siguiente:

Fundamentado en un extenso trabajo de campo, Cristian Sánchez nos presenta un material centrado en el poder disciplinar ejercido sobre internos involuntarios en una clínica privada para tratar adicciones en la Ciudad de Cuernavaca.

La propuesta, fuertemente influida por el teórico Michel Foucault, busca establecer no sólo los mecanismos que activan los engranajes de control y poder sobre los internos, sino cómo éstos logran desarrollar espacios de soberanía y agencia para resistir la disciplina impuesta. Además, y como un aporte significativo de este trabajo a la discusión sobre dichos centros de internamiento involuntario, el autor logra convincentemente conectar todo este sistema de control social, con la lógica del mercado neoliberal, la cual ha ido jugando un papel cada vez más preponderante en la medida que estos procesos tendientes a la sanación y curación de los cuerpos y las mentes, antes llevadas mayoritariamente por el Estado, ahora se ejercen desde instituciones privadas. Bajo estos parámetros, una buena parte del tratamiento busca de que los internos al final sean capaces de "gestionar su propia vida" ubicando en segundo plano los contextos socioeconómicos y culturales que hicieron que estos encontraran en las adicciones hacia sustancias como el alcohol y la droga una forma de vivir o evadir sus propias realidades.





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



## INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN HUMANIDADES Y CIENCIAS

Centro de Investigación en Ciencias Sociales y Estudios Regionales

De esta forma, Cristian Sánchez logra articular de manera efectiva y reveladora sus observaciones de campo alrededor de las dinámicas entre el personal de la clínica y los internos involuntarios. Junto a ello, el candidato integra sus observaciones con una rica discusión teórica basada en una extensa y relevante bibliografía. Es un trabajo, sin duda, de excepcional calidad y originalidad.

Atentamente  
***Por una humanidad culta***

---

**DR. CARLOS YURI FLORES ARENALES**

Profesor-Investigador  
CICSER



Av. Universidad 1001 Col. Chamilpa, Cuernavaca Morelos, México, 62209, Planta baja, edif. 19  
Tel. (777) 329 70, 00, Ext. 6101 / [cicser.direccion@uaem.mx](mailto:cicser.direccion@uaem.mx)

**UAEM**  
RECTORÍA  
2023-2029



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

### Sello electrónico

**CARLOS YURI FLORES ARENALES** | Fecha:2024-03-07 11:51:34 | Firmante

hMixXCHg1HZY3XFjEtK+4fLPaM+m7xvxUIMo3G62fXylfZUv+nAG9nc7CamYU10nuApXhXySaOTTsG3jpx8ht5W4JJ+VBUSiUX+Rp42+hqoRI5UWB1yCdhvR5hID4wgfSD1YW  
E9pVXB+t08M/CqUCmHXVijT6VTJSH4XxxTLfy4q33BIKjVFXdJ8AA5UrXp+vx0oKjyY0TUyPaa3XmmpTGcCgt421dT4oHBgW75OOrbgcuSIEbO31ehlyT+oHe6eP+eu5BGcAx1  
RishIX1A7+XEIjgD6G222w+iSoPq4KjY7gu9D6HJ7WE5AuZ713x/nDSNAbWJMmNJmpTRPDktw==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o  
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



**XFIUPQvsw**

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/8jCczaYUPqqHmllhcg8Lljam9jjuR1e>



**UAEM**  
RECTORÍA  
2023-2029



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

Centro Interdisciplinario de Investigación en Humanidades

Cuernavaca, Morelos a 8 de abril de 2024

Dr. Rodrigo Bazán Bonfil  
Coordinador del Posgrado en Humanidades  
Centro Interdisciplinario de Investigación en Humanidades  
Presente

Después de leer la tesis **Tratamiento involuntario. Oferta-demanda y régimen disciplinario en una clínica privada de rehabilitación en adicciones en Cuernavaca, Morelos** que presenta: Cristian de Jesús Sánchez Soto,  
con el fin de obtener el grado de Maestro en Humanidades,  
le informo que otorgo mi voto aprobatorio  
para que se proceda a su defensa pública. Los argumentos que sostienen mi decisión son los siguientes:

### JUSTIFICACIÓN ACADÉMICA DEL VOTO

La tesis presenta un marco teórico sólido, el trabajo de campo es profundo y el análisis de la información es pertinente con la investigación. La tesis se fundamenta en la siguiente triada: relaciones de poder, mercado y poder disciplinar. Estos tres ejes buscan demostrar cómo se articulan y cómo inciden en el tratamiento de alguna adicción.

Quiero señalar la valiosa información etnográfica que de manera minuciosa presenta el tesista. Asimismo, las conclusiones engloban lo que el tesista buscó demostrar y expone una propuesta para el tratamiento de las adicciones. Si bien, no es desarrollada a profundidad, pues no es el objetivo de la tesis, sí llega a proponer posibles caminos a seguir para su investigación.

Sin más por el momento, quedo de usted

Dra. Alba Patricia Hernández Soc





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

### Sello electrónico

ALBA PATRICIA HERNÁNDEZ SOC | Fecha:2024-04-08 15:58:37 | Firmante

iiEhgg9vwnTPjiZY3fkR8EW+GLrWk2aChEJw0lVPQaNkHXFcVtFJtdr/9gbVbPK5TXdlKbrPUwrWLF+AW3EdrVVGQ4Z+Plles18ZNYKxkDOt4J+52e30JORi5gGN6W8ZdMy2CBuQGpdOYlpEgR08li+btO+uwzJwW2SeJ7hWikYiQYPaVAQOKA5o1m3QllnlsIm3pH9f0AE10gV7mqQF05MhAsGzKv3fAGHlp9XFYyVcLG5RGigjOKmY61k3bsDZYPms6tGt6xe33sE/5DaRY17cli2wBkz9GBou0aCueBnLum1A3ltdNngbHglNiZE+gqkwEh861n6OtT8YltceUYg==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[4YglrqitO](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/vESDvgRQ3queYw75gwDBl6q2SPxZF2X7>



UAEM  
RECTORÍA  
2023-2029



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

INSTITUTO  
**HCS**  
DE INVESTIGACIÓN  
HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES



**HUMANIDADES**  
CENTRO INTERDISCIPLINARIO  
DE INVESTIGACIÓN  
CIIHU

Cuernavaca, Morelos, a 17 de marzo del 2024

Dr. Rodrigo Bazán Bonfil  
Coordinador del Posgrado en Humanidades  
Centro Interdisciplinario de Investigación en Humanidades  
Instituto de Investigación en Humanidades y Ciencias Sociales  
Universidad Autónoma del Estado de Morelos  
PRESENTE

Por medio del presente oficio me permito comunicar que he leído la tesis  
**Tratamiento involuntario. Oferta-demanda y régimen disciplinario en una  
clínica privada de rehabilitación en adicciones en Cuernavaca, Morelos** que  
presenta:

**CRISTIAN DE JESÚS SÁNCHEZ SOTO**

para obtener el grado de Maestría en Humanidades.

Considero que dicha tesis está terminada por lo que doy mi **voto aprobatorio**  
para que se proceda a la defensa de la misma. Baso mi decisión en lo siguiente:

**El estudiante construye un pertinente, interesante y original problema de  
investigación; una adecuada y rigurosa ruta metodológica que se vincula  
de forma lógica y compleja a la perspectiva teórica desarrollada en el  
documento. La tesis es una sobresaliente tesis de maestría.**

Sin más por el momento, quedo de usted

---

Dra. Angela Ixxic Bastian Duarte  
Profesora Investigadora  
Centro Interdisciplinario de Investigación en Humanidades  
Universidad Autónoma del Estado de Morelos



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

### Sello electrónico

ANGELA IXKIC BASTIAN DUARTE | Fecha:2024-03-19 18:46:17 | Firmante

lilluSyVvEK0FFPo6lyvbUuH+C7hbRyp6t6Og0kFeEkj1Mi82QLTLmCkeCEcQ/2TOoZnmaQrJk2+xDsEIYbYsPWco9UHL9yafyse29hxr9TDYIly9GbRr9bj/4kVjdqGZnEMtGt79YxCrq9zK3UPwCmDlhF2+vMKw1nGf+qbPxR1G9RO4oTdXuhghfNVcPp2F2RJ9nRwLQRHnQeraREONsDR0BjXfJe2dVDNa0brDjqCW2s9Eac6YQwprsPMPPhaU9ZSdR7qWaLoj/D81caETuk+D92NKgblvPDsqM8B8f6LJs6KR/H9Gir5/MLfgNP00pq2LJR4Cr+J9BLu2x08fA==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[7VS14zQ6s](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/XCwPENPMEGbDkKIdPEecKnB27LFIE3IG>



UAEM  
RECTORÍA  
2023-2029



Cuernavaca Morelos a 2 de abril de 2024

Dr. Rodrigo Bazán Bonfil  
Coordinador del Posgrado en Humanidades  
Centro Interdisciplinario de Investigación en Humanidades  
Presente

Después de leer la tesis **Tratamiento involuntario. Oferta-demanda y régimen disciplinario en una clínica privada de rehabilitación en adicciones en Cuernavaca, Morelos** que presenta: Cristian de Jesús Sánchez Soto, con el fin de obtener el grado de Maestro en Humanidades, le informo que otorgo mi voto aprobatorio para que se proceda a su defensa pública. Los argumentos que sostienen mi decisión son los siguientes:

### **JUSTIFICACIÓN ACADÉMICA DEL VOTO**

En el mes de marzo recibí la versión completa de la tesis que sustenta el estudiante Cristian de Jesús Sánchez Soto y considero que el producto final cumple con los requisitos que se esperan de una investigación de maestría. El documento muestra la rigurosidad y con la que se llevó a cabo la investigación. Se trata de un tema de estudio que es novedoso pertinente y relevante. De igual forma, resulta un estudio novedoso debido a la población estudiada.

Es importante mencionar que en el escrito revisado se identificó la profunda revisión bibliográfica que realizó el sustentante, así como la pertinencia de la elección metodológica y las bases teóricas que fueron útiles para analizar el contexto en el que se llevó a cabo la investigación.

A lo largo del documento entregado, Cristian de Jesús establece, desde una mirada crítica y reflexiva, un diálogo entre la teoría y la realidad en la que se encuentran sus interlocutores. De manera que, los puentes que logra tejer el sustentante, permiten comprender la complejidad del tema estudiado y la importancia que tiene el estudio de la salud y de manera específica los



tratamientos de rehabilitación para las adicciones en las ciencias sociales.

Tomando en cuenta lo ya mencionado es que considero que el documento es de buena calidad y puede ser presentado en un examen profesional.

Sin más por el momento, quedo de usted

Dra. Karina Ramírez Villaseñor

NOMBRE COMPLETO DEL INVESTIGADOR (FIRMAR CON LA EFIRMA-UAEM)



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

### Sello electrónico

**KARINA RAMÍREZ VILLASEÑOR** | Fecha:2024-04-02 17:53:00 | Firmante

Fcm1qRxcdqRDBIZGmM+bi0Q4pO7XOohWw7Pq46VjA571u9Nc1ZkfAh6tgmH2DSN4uRN5BdKOACe0wC8G8Rdlob6/KepjtxB609hsiHZGsQYPaeivCyg05iOB1dbUB66SrxMKu  
llhh9WYWrJBns4KeXqNBx6zEedNjrFzZ+VHOVg/oHF7nil5MJJfgSvCkOmH9mUSQN9JglX2a7PxmZC3NspA6SfdT/9w/rv4Ab+mNz1eFMkXutVeAfrvpYiqEwTQuaKLgnHulSJjYz  
1RsmKvztbuZkcv6n9YFi98lxQcH/ZwqgGJhoe1nH8FT5nxKGvJxN1dd++LuZTizSbZPGjYA==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o  
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[THzLMoq0S](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/TLWv3rUptGfUACxxqW96cMVs2PO7oeQT>



UAEM  
RECTORÍA  
2023-2029



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



## INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

Centro de Investigación en Ciencias Sociales y Estudios Regionales

Cuernavaca, Mor., 17 de marzo de 2024

**Dr. Rodrigo Bazán Bonfil**  
**Coordinador del Posgrado en Humanidades**  
**Centro Interdisciplinario de Investigación en Humanidades**  
**Instituto de Investigación en Humanidades y Ciencias Sociales**  
**Universidad Autónoma del Estado de Morelos**  
**PRESENTE**

Por medio de la presente le comunico que he leído la tesis **Tratamiento involuntario. Oferta-demanda y régimen disciplinario en una clínica privada de rehabilitación en adicciones en Cuernavaca, Morelos**, que presenta:

### **CRISTIAN DE JESÚS SÁNCHEZ SOTO**

para obtener el grado de Maestro en Humanidades.

Considero que dicha tesis está terminada por lo que doy **mi voto aprobatorio** para que se proceda a la defensa de la misma. Baso mi decisión en lo siguiente:

Cristian de Jesús Sánchez Soto presenta un amplio estudio que desde un enfoque humanístico trata de un tema muy pertinente y que el problema de investigación planteado puede contribuir a la reflexión crítica sobre este tipo de espacios de atención a personas consideradas adictas.

Enfocar en el fenómeno de convergencia entre la acción terapéutica y los procesos de disciplinamiento, de acuerdo con la tesis, resulta innovador pues ha sido un aspecto no trabajado directamente; más aún, el investigador sugiere, que develar esta relación ayuda a comprender supuestos que subyacen a la legitimación de modelos y prácticas de atención. Asimismo el abordaje de la salud como mercancía en un particular mercado de servicios, bajo la lógica neoliberal de los cuidados, resulta de gran pertinencia.

Atentamente

***Por una humanidad culta***

---

**DRA. KIM SÁNCHEZ SALDAÑA**

Profesora-Investigadora  
CICSER





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

### Sello electrónico

**KIM SANCHEZ SALDAÑA** | Fecha:2024-03-18 19:13:34 | Firmante

xn74yoeV3BtUz2u4TK+hi8E7XxTazlNWAvfrWFH/zv5ockKpu2qlwHyP+JKO0Exa7tMjOKnhIHraUqBomZrRtKNKxTo69t4Xss7zdUNubBzXUAKRgp2eSmSUJlpEK2FGs34FRuCrtp  
b8+swOdV5++WiARuqaJI/KCjPBFsOfh6EVkQeU+hmdr/fbQGC79zo1bV1iMTDfzHTVFjtIBNQ1JL5aVjRgMRmLpm9nG1tQv6a7kcd9E8Xq17qOeVhA3untgdRX+O0v7vUBOsJQv  
RWfHnTe2FqSfVXtSqtZ8kS7mYCnFloCbwNS0qzMAWSZPwzCUz0hADOOsftPac9yNYEsA==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o  
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



**85NZYQnvS**

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/yttOQ8smISsLqcAdBikFHeXSLxhiSevr>



**UAEM**  
RECTORÍA  
2023-2029