



UNIVERSITAT<sup>DE</sup>  
BARCELONA

## **Efectos de la Institucionalización en Comunidades Terapéuticas para *Drogodependientes***

Sergi Lecegui Pérez



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – SenseObraDerivada 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – SinObraDerivada 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 4.0. Spain License.**



UNIVERSITAT<sub>DE</sub>  
BARCELONA

**Efectos de la Institucionalización en  
Comunidades Terapéuticas para  
*Drogodependientes***

Sergi Lecegui Pérez



Universitat de Barcelona  
Facultat de Geografia i Història  
Dpt. Antropologia Cultural i Història d'Amèrica i Àfrica  
**Estudis Avançats en Antropologia Social**

Tesis doctoral

**Efectos de la Institucionalización en Comunidades  
Terapéuticas para *Drogodependientes***

Doctorando

**Sergi Lecegui Pérez**

Tutor

**Manuel Delgado Ruiz**

Directora

**Marta Venceslao Pueyo**

Barcelona, Julio de 2023



*A mi hermano Daniel,  
sin su amor y generosidad nada de esto hubiese sido posible.*



# Agradecimientos

El más grande, sincero y amoroso de mis agradecimientos es para mis padres. Siempre he pensado que mi interés por el conocimiento nace de las preguntas que mi padre me planteaba cuando era un niño. Gracias por no darme las respuestas.

Quiero agradecer -fuera de todo protocolo académico- el soporte y el cariño de mi directora Marta Venceslao que apoyó y guió mi proyecto incluso antes de iniciarlo. Ella ha sido quien me ha ayudado a descubrir el valor de la etnografía. Su tesis doctoral sobre un Centro de Justicia Juvenil ha sido una referencia constante a lo largo de todo el proceso de investigación. Pensar juntos ha sido un ejercicio intelectual que preservaré siempre conmigo. He tenido el honor de que Manuel Delgado fuera mi tutor en esta investigación. Él ha sido el responsable de que no abandonara este proyecto en el momento de mayor incertidumbre. Gracias a su generosidad y sabiduría inicié y he finalizado este proyecto. Quiero agradecer a toda mi familia –hermana, cuñados y sobrinos- el apoyo que me han dado, especialmente a Carles Monereo por sus oportunas correcciones y a Montserrat Castelló por cubrir mis ausencias y ofrecerme los mejores consejos. A mis amigos Dani y Roger por su amistad incondicional. A los compañeros del Máster por estar siempre ahí, especialmente a Ignasi, Susana, Leo, Núria, Eloi y Cris. Una mención especial para Sarai Martín que me acompañó en dos visitas a la Comunidad y que me ha ayudado –sin saberlo- a fijar la mirada etnográfica. A Elisabet Vilella por su valiosa ayuda a lo largo de todos estos años. Y a Elena Lloberas por socorrerme en los aspectos formales de este trabajo.

Y por encima de todo a Berta, la mujer de mi vida y mayor cómplice. Ella ha contribuido de todas las formas posibles a que este proyecto se hiciera posible. A Rai, Gerard y Eloi, mis tres pequeños -que han venido en el transcurso de este proyecto- les debo una disculpa por mi ausencia a lo largo del proceso de escritura.

Por último, debo un agradecimiento especial a los responsables de la asociación que me permitió realizar el trabajo etnográfico y a todas las personas que me permitieron entrar en sus vidas a cambio de nada.





# Resumen

La figura del drogadicto adquirió relevancia social en España a partir de la década de los ochenta. La explosión que supuso la aparición de la heroína constituyó el inicio de la identificación drogas-delincuencia-enfermedad. En la actualidad, esta identificación se ha vuelto más compleja en cuanto al uso de las drogas y la representación que se hace de ellas se ha diversificado. Sin embargo, la figura del drogadicto continúa siendo portadora de una marca anormal, esto es, un estigma que le otorga una identidad deteriorada y lo convierte en un individuo desacreditado y desacreditable. Las Comunidades Terapéuticas, en tanto que dispositivos de intervención socioterapéutica, son la última pieza de una amplia red asistencial en la que la criminalización de las drogas juega un papel fundamental. El principal objetivo de estas instituciones es acceder al “interior” del sujeto con el fin de diagnosticarlo y, ante todo, corregirlo. Esta etnografía toma como objeto de estudio la vida social de una Comunidad Terapéutica y el modelo de intervención que la estructura. El trabajo de campo implicó una interacción intensa y continuada durante ocho meses con los dos grupos sociales que la conforman, a saber, usuarios y equipo terapéutico. A través de la ritualización de la vida social de la institución, analizo las diferentes técnicas de intervención que se utilizan y la manera en que éstas tratan de reestructurar la interioridad de los usuarios, prestando especial atención a eso que Erving Goffman denominó *profanaciones del yo*, en alusión a las presiones y degradaciones continuadas que violan los límites personales de los usuarios y quiebran su dignidad. La investigación muestra un sistema social conformado por dos sectores encontrados que constituyen, paradójicamente, la base de la unidad estructural de la microsociedad de la comunidad y los procesos en los que unos y otros no sólo conviven, sino que cooperan entre sí para hacerla posible.



# ÍNDICE

<b>Introducción</b>	1
<b>Primera parte: Preámbulo</b>	
<b>Capítulo 1 Las drogas como hecho social total</b>	15
1.1. Estado de la cuestión	15
1.2. Procesos de intervención en el ámbito de las drogas	19
1.3. Organización y estructura de las Comunidades Terapéuticas	23
1.4. Origen de las Comunidades Terapéuticas	26
<b>Capítulo 2 Metodología</b>	31
2.1. Consideraciones metodológicas	31
2.2. Primeros contactos con el terreno	36
2.3. Las técnicas de investigación empleadas	41
2.3.1. Observación participante	41
2.3.2. La entrevista en profundidad	46
<b>Segunda parte: El contexto institucional</b>	
<b>Capítulo 3 Protocolo</b>	47
3.1. La Comunidad	47
3.2. Grupos sociales	51
3.3. Las jerarquías	63
3.4. Personajes Principales	69
<b>Capítulo 4 Vida Social de la Comunidad</b>	91

4.1. El modelo de intervención	91
4.2. El proceso de entrada	97
4.3. La entrada a Comunidad	103

<b>Capítulo 5 Una Comunidad Ritualizada</b>	119
5.1. Escuchamos	123
5.2. La práctica del Confronto	138
5.3. Entrar en silencio	157
5.4. Los grupos Terapéuticos	165
5.5. El Grupo de <i>Trobada</i> (“encuentro”)	175

### **Tercera parte: Desenmascaramiento**

<b>Capítulo 6 Fisuras institucionales</b>	187
6.1. La región posterior	187
6.2. El caso del uso del tabaco en la Comunidad	214
6.3. Los bajos fondos	222
6.4. Discursividad institucional: administración y usos	228
6.5. El caso paradigmático de David	238

<b>Conclusiones</b>	249
---------------------	-----

<b>Bibliografía</b>	255
---------------------	-----

## **Nota Preliminar**

Para preservar el anonimato de la Comunidad Terapéutica donde se realizó el trabajo de campo he obviado citar el nombre de la organización que la representa. Por el mismo motivo, todos los nombres que aparecen en esta etnografía son ficticios.







## Introducción

A lo largo del año 2019 hice trabajo de campo en una Comunidad Terapéutica para *drogodependientes* ubicada en Cataluña. Concretamente, realicé observación participante durante ochenta y siete días, con una media de siete horas por jornada, en las que pude compartir la rutina diaria con el equipo profesional del establecimiento y la experiencia de la institucionalización con las personas que se encontraban ingresadas a lo largo de ese período. El propósito inicial de mi trabajo de campo fue el de observar la vida social de la Comunidad Terapéutica para poder abordar descriptiva y analíticamente las lógicas de interacción que se producen en un contexto social tan específico.

Las Comunidades Terapéuticas son probablemente el tipo de institución sociosanitaria contemporánea menos conocida a día de hoy. Es cierto que reciben un considerable apoyo institucional traducido en subvenciones públicas, pero siguen ocupando un lugar marginal dentro de la estructura institucional, sanitaria y académica. Hasta la fecha, no se ha realizado ningún estudio antropológico crítico en el ámbito catalán ni español en este tipo entidades. De hecho, solo hay constancia de una etnografía en español realizada por Silvana Garbi (2020) en Argentina. Tampoco está registrado ningún trabajo etnográfico desde otras disciplinas como podría ser la sociología o la psicología. Los pocos estudios existentes han sido abordados utilizando técnicas de investigación cuantitativas y la mayor parte de ellos han sido promovidos por las mismas organizaciones de las que forman parte las Comunidades Terapéuticas. Paradójicamente, durante las tres últimas décadas el número de Comunidades no ha dejado de crecer y su propuesta metodológica de consolidarse. Personalmente, creo que dada la complejidad de estas instituciones y la relevancia que han adquirido en el marco de los procesos asistenciales, es pertinente realizar un análisis crítico desde la antropología.

Realicé lo que podemos considerar todo un ciclo terapéutico junto a un grupo de usuarios, un concepto que se aplica a las personas integradas en la Comunidad para indicar que no son clientes, sino beneficiarios de un servicio al que tienen derecho como personas. De hecho, es significativo que también se les considere usuarios de drogas tanto o más que consumidores.

Algunas de las personas que iniciaron el *tratamiento* durante mi etapa de trabajo de campo, abandonaron la Comunidad en alguna de sus fases, pero la gran mayoría finalizaron el programa. Ellos, junto al personal de la Comunidad, serán los protagonistas de la narración etnográfica y constituirán el hilo conductor de esta Tesis Doctoral. A lo largo del relato etnográfico haré algunas referencias a sus historias de vida o mostraré determinados aspectos de su intimidad. Sin embargo, y más allá de procurar establecer algunas contingencias sociales comunes que nos ayudarán a comprender los procesos globales de internación en una Comunidad Terapéutica, no tenía como objetivo plantear ningún tipo de cuestión moral respecto a los motivos personales que les condujeron a ingresar en una Comunidad. Considero que, ese, no es el objetivo de la antropología y, además, me parece que carece de sentido intentar descifrar las causas concretas de algo tan complejo y en el que influyen tantas variables. A este respecto, el único factor común que creo importante señalar desde un inicio es que la gran mayoría de ellos me expresaron su incapacidad de mostrarse funcionales (a nivel social, familiar y laboral) en su vida diaria antes de entrar en la Comunidad.

Esta investigación se enfoca principalmente en conocer lo que sucede en una Comunidad Terapéutica y se propone como uno de sus objetivos básicos analizar desde una perspectiva socio-antropológica las diferentes técnicas de intervención que utiliza la institución para lograr la supuesta reestructuración del usuario. Se podrá observar a lo largo de la investigación continuas referencias al valioso repertorio de conceptos analíticos utilizados por Erving Goffman en *Internados* (2012) en su estudio sobre las instituciones totales. Dichos conceptos resultarán centrales en la arquitectura conceptual de esta investigación. En el momento de concretar cuál sería el problema de investigación en la presente tesis doctoral, mi principal inquietud fue comprender y analizar las formas de pensamiento y estrategias que subyacen de la realidad cotidiana de una Comunidad Terapéutica y una buena parte de estas estrategias fueron tratadas por Goffman en dicho estudio. Las Comunidades Terapéuticas contemporáneas se han configurado como un perfeccionamiento de las instituciones totales descritas por este autor en cuanto a la sutileza de las estrategias sobre lo que puede hacerse a la estructura del *yo* (Goffman, 2012) desde una institución sociosanitaria. El objetivo, por tanto, será, observar la vida social de esta Comunidad Terapéutica en concreto, recurriendo al

diseño estructural subyacente que es común a todas ellas, para tratar de comprender como se pone en práctica el modelo de intervención.

La característica principal de las Comunidades Terapéuticas es la utilización de la “comunidad como método”. El tratamiento abarca todas las esferas, momentos y situaciones que se dan a cabo en el interior de la institución y en aquellos momentos de salida supervisada en los que el usuario se encuentra fuera de ella. Realizar un proceso de institucionalización en una Comunidad Terapéutica es una de las experiencias más sobrecogedoras a las que se puede exponer una persona de forma voluntaria. Todos los ámbitos de la vida social están regulados minuciosamente y cualquier detalle de la cotidianidad es susceptible de ser utilizado como un elemento más de la terapia. El usuario es evaluado constantemente, no tan solo por el equipo profesional, sino también por el resto de usuarios, a la vez que él se comporta como evaluador de sus compañeros. Durante los grupos terapéuticos, el usuario se ve interpelado a hablar sobre las esferas más íntimas de su vida, a exponer sus relaciones familiares y sociales o, a hablar sobre su pasado. La presión grupal es una de los mecanismos terapéuticos más presentes y efectivos utilizados en las Comunidades Terapéuticas; mediante lo que la institución denomina técnica del *confronto* los usuarios se interpelean entre ellos constantemente para “enfrentarse a la realidad de sus sentimientos” o sencillamente al romper alguna de las normas de la Comunidad. Bajo esta tensión emocional, el usuario tiene la obligación situacional de actuar en todo momento de acuerdo a las indicaciones institucionales. El modelo de intervención de las Comunidades Terapéuticas se sustenta en la idea de que la abstinencia en el consumo de drogas no es posible sin una transformación del individuo (De León, 2004). El objetivo es la adopción de nuevos valores y el cambio de hábitos de vida. Para ello, se utilizan un conjunto de técnicas “terapéuticas” con las que de modo variable y de acuerdo a la orientación concreta de cada institución se pretender desestructurar al sujeto. En la terminología de la Comunidad este proceso es denominado “quebrar al usuario”.

Es importante señalar desde un inicio dos características diferenciales de la Comunidad Terapéutica en la que se realiza este estudio respecto al resto de Comunidades Terapéuticas actuales. Todas ellas forman parte del circuito asistencial sociosanitario dedicado a la

intervención en el uso problemático de las drogas. La mayoría son centros concertados subvencionados por la administración pública, donde la mayor parte de las plazas son parcialmente becadas. El usuario debe hacerse cargo de una parte importante del coste que supone el ingreso en Comunidad. En estas mismas Comunidades se reserva un cupo de plazas –en torno al veinte por ciento- de titularidad pública, si bien estas plazas becadas tienen el inconveniente de estar sujetas a una considerable lista de espera. Por otro lado, durante la última década han surgido un buen número de Comunidades Terapéuticas de carácter privado dirigidas a las élites. El caso de la Comunidad Terapéutica aquí estudiada es excepcional, dado su carácter gratuito. Esta consideración es significativa porque condiciona el perfil socioeconómico de los usuarios y, por lo tanto, determina, también, la estructura social de la Comunidad. Los procesos de salud y enfermedad afectan de diferente forma dependiendo de las condiciones materiales. Asimismo, los recursos asistenciales son un reflejo de las severas consecuencias que ha tenido el prohibicionismo de las drogas al criminalizar y perpetuar la pobreza de ciertos colectivos de escaso interés para el sistema económico y laboral.

La segunda característica diferencial tiene que ver con el tipo de régimen que estructura el programa terapéutico de la Comunidad. El resto de Comunidades Terapéuticas se organizan a partir de un tipo de régimen cerrado, y el tratamiento se prolonga durante un periodo de tiempo más prolongado. Los usuarios permanecen en el interior de la Comunidad durante seis, nueve o doce meses, dependiendo del programa concreto de cada Comunidad. Tan solo efectúan salidas programadas durante los fines de semana y únicamente durante la última fase de tratamiento. En el caso que nos ocupa la Comunidad se organiza a partir de un régimen semiabierto y en muchos casos los usuarios pernoctan en sus casas a partir de la tercera fase del programa. Lo mismo sucede respecto a los fines de semana, en los que el usuario tiene la posibilidad –si su coyuntura social se lo permite- de no acudir a la Comunidad siempre y cuando permanezca en todo momento junto a un familiar de referencia. Al iniciar mi trabajo de campo y conocer esta particularidad, pensé erróneamente que, al no producirse un profundo corte con el mundo habitual del usuario, el proceso de cambio que pretende la institución no se produciría de forma tan acusada. A medida que pasaron los días y fui conociendo el funcionamiento de la Comunidad, me di cuenta de que la

función que ejerce el aislamiento como una de las más directas rupturas del *yo* (Goffman, 2012) era substituida por otros procedimientos menos elementales, pero igual o más efectivos. Esta circunstancia me hizo replantear determinadas prenociones teóricas y metodológicas. Por un lado, debía dejar de resguardarme en aquello que ya sabía de antemano y ser capaz de descifrar los hechos por sí mismos. Por otro, debería prestar mucha más atención a lo que sucedía con los usuarios cuando no se encontraban presencialmente en la Comunidad.

Probablemente, el aspecto que más me impactó durante los primeros días de trabajo de campo fue la gran cantidad de espacios ritualizados que formaban parte del día a día de la Comunidad. Más allá de los procesos rituales rutinarios que dan sentido a la acción cotidiana, me sorprendió la importancia que adquieren los rituales colectivos como elemento estructurante del tratamiento. La repetición constante de pequeños actos obligatorios no tan solo refuerza lo normativo y proporcionan cohesión grupal sino, que también se establece como una de las principales muestras de acatamiento del usuario ante los fines institucionales. Los *escuchamos* son reuniones informativas y organizativas conducidas por los propios usuarios que se repiten entre ocho y diez veces a lo largo del día. La meticulosidad de este acto ritual me ayudó a comprender la lógica interna del tratamiento y a poder desvelar los implícitos culturales de la Comunidad. A lo largo de la investigación trataré de analizar la estructura y las implicaciones que tienen para el tratamiento estos actos ritualizados. El procedimiento consistirá en comenzar por lo particular para pasar luego a la generalización, explicando cada paso dado en este proceso. Esta estrategia analítica nos servirá para poder estudiar el conjunto del tratamiento como un *rito de paso* entre la enfermedad y la salud (Renoldi, 2001), pero también nos ayudará a comprender hasta qué punto la sola permanencia en la Comunidad señala un antes y un después en la identificación de cada usuario. Ingresar en una Comunidad lo consagrará como un drogadicto de por vida, más aún que cualquier trayectoria de consumo de tóxicos, el ingreso supondrá un acto solemne de categorización (Bourdieu, 1993) con efectos simbólicos, pero también reales. Como veremos a lo largo del informe de investigación, esta circunstancia es una de las principales características del programa terapéutico. El tratamiento se nutre del modo de pensamiento sustancialista apuntado por Bourdieu (2007, p.15), por el cual las actividades o

las preferencias propias de determinados individuos o grupos son tratadas como propiedades sustanciales inscritas, de una vez y para siempre, en una especie de esencia biológica o cultural. En el caso de la Comunidad Terapéutica, el usuario es definido en todo momento y por encima de cualquier otra consideración como adicto. Este mecanismo totalizador atiende a las tesis planteadas por Becker (1971), Goffman (2003) y Lofland (1969), en el marco de la teoría del etiquetaje, que sitúan el estatus *desviado* como rango principal de su reputación en sociedad.

Acaso sea en la generación y aplicación de este tipo de reducciones a la unidad donde se encuentre la base misma de todas las formas de discriminación y estigma. En efecto el “drogadicto” no es que se drogue; es que es solo y siempre drogadicto. No puede ser otra cosa y si lo es, no importa. Es la etiqueta que literalmente le marca lo que permite a cualquier forma centralizada de control social y político interpelar y ser interpelada por alguien, *alguien*, que, a su vez, tiene que aparecer no menos plenamente identificado e identificable a partir de la denominación de origen negativa que se le ha asignado. Representa un ejemplo más de esa alteridad negativa que es lo que se extiende más allá de los límites morales de la normalidad, su zona de sombra.

Por supuesto que este trabajo no puede sino insistir en que esa alteridad no es un fenómeno natural, como tampoco lo es el mundo “normal” que al mismo tiempo desmiente y genera. Los *otros* son un producto de dinámicas sociales y de ideologías culturales. Es posible que todo grupo humano que se proclame como autoevidente se crea a sí mismo como una entidad orgánica dotada de confines, más allá de los cuales se extiende lo inorgánico, lo anómalo, lo extraño, lo inclasificable, lo sucio, lo desordenado, todo lo que se percibe como amenazador constante a la persistencia de la vida colectiva, tanto desde fuera, como desde el interior mismo del grupo.

Esta alteridad que el “desviado” representa, puede explicar sus contingencias en términos económicos, históricos, psicológicos..., pero su última causa no deja nunca de ser puramente lógica, es decir, relativa a contrastes de incompatibilidad. El mecanismo que produce alteridades es, sobre todo y también en este caso, un artefacto nominador. Funciona

distribuyendo designaciones que son atributos denegatorios, pero que siempre se presentan como si de alguna manera fueran naturales.

Y porque es una máquina denominadora, la producción social del otro requiere ese mismo sistema de clasificación del que en definitiva emana. La diferencia que alterniza a una persona o un grupo social, que hace de ellos objeto de exclusión, marginación, discriminación, segregación o estigma, no está *antes*, sino *después* de la diferenciación que, presumiendo encontrarla, ha sido ella quien la ha generado. Es la diferenciación la que genera las diferencias. Los sistemas de clasificación son, por esta causa, instrumentos cognitivos, es cierto, pero sobre todo son instrumentos de poder y de control. Siguiendo a Pierre Bourdieu (1988, p.490), aquí estamos hablando de “principios de división inseparablemente lógicos y sociológicos que, al producir unos conceptos, producen unos grupos, los mismos grupos que los producen y los grupos-control que se producen”. He aquí como todo etiquetaje acaba siendo un ejemplo perfecto de profecía autorrealizada.

Esto también es válido -quizás especialmente- con respecto a las clasificaciones que se muestran como científicas. Por ejemplo, las que desde una perspectiva “médica” establecen terapias como las que ejecutan las Comunidades Terapéuticas, que no pueden resultar sino consecuencia de un diagnóstico –“toxicómano”–, que es también una sentencia. He ahí que el nombre crea el grupo que nombra, lo naturaliza, lo dota al mismo tiempo de atributos y de atribuciones. Cuando la tarea designadora se produce desde las instituciones científicas lo que suele resultar es un sistema de encapsulamiento de ciertos individuos en categorías “objetivas”, a partir de las cuales pueden inscribirse discursos y prácticas que muestran como inevitable la situación de postración en que se encuentra el encapsulado. La clasificación - mejor si es “científica”- es, pues, la herramienta fundamental de que se vale cualquier relación de dominación, pues los dominados reciben de ellos mismos la imagen de seres que deben ser realmente sometidos –en nuestro caso “tratados”– por causa de carencias, excesos o desviaciones que los apartan de la normalidad que aquellos que los dominan encarnan.

La separación entre el aceptable y el inaceptable –el sano y el enfermo moral– es concebida y vivida como una separación entre lo normal y lo anormal. Volvemos con ello a cómo Émile Durkheim se encargó de establecer con contundencia hasta qué punto la salud y la

enfermedad, la normalidad y la morbilidad, no podían establecerse *in abstracto* y de una manera absoluta. Recordemos que, entre las reglas sociológicas fundamentales a que se refería en su clásico del 1895, una de ellas establecía que “un hecho social es normal para un tipo social determinado considerado en una fase determinada de su evolución” (Durkheim, 2016, pp.90-91). A todas las variantes de esta división entre *normal* y *anormal* se podrían aplicar las apreciaciones de Bourdieu (2000) a propósito de la aplicación de categorías de percepción, pensamiento y acción, que funciona a partir de una identificación absoluta entre estructuras perceptivas y estructuras cognitivas y que hace que nuestra relación con un mundo socialmente constituido se pueda producir en el seno de un mundo ineluctable, a cobijo de cualquier objeción y no digamos de cualquier impugnación, en la medida que es, por definición, un mundo *obvio*.

El presente trabajo, del que estas líneas son un preámbulo, se sustenta sobre lo que de manera provisional denominaré el *fenómeno de las drogas*. Las repercusiones que genera dicho concepto abarcan tal cantidad de prácticas sociales y afectan a tal número de instituciones sociales que exige plantear la cuestión de forma holística. No cabe duda que el fenómeno de las drogas es en sí mismo un fenómeno complejo. Tal como señala Oriol Romaní en la obra ya clásica: *Drogas: Sueños y Razones* (2004) con el tema de las drogas nos encontramos ante un intrincado y complejo conjunto de conceptos y de prácticas que constituyen lo que Marcel Mauss (2009) denominó un *fenómeno social total*. Mauss desarrolló el concepto al referirse al *don* como aquel hecho concreto a partir del cual se pueden identificar el conjunto de relaciones sociales de una sociedad que se manifiestan en los individuos que la participan. Un hecho social total no revela un conjunto de reglas sociales abstractas sino el comportamiento concreto de personas concretas que le confieren dinamismo a una lógica que sólo puede entenderse por ella misma. La noción de acto total se relaciona directamente con una doble preocupación. Por un lado, la de relacionar lo social con lo individual, y, por otro, lo fisiológico con lo psicológico (Karsenti, 2009). En palabras de Mauss (2009, p.70), los hechos sociales totales “expresan, a la vez y de golpe todo tipo de instituciones: religiosas, jurídicas, morales y económicas, las cuales adoptan formas especiales de producción y consumo, así como los fenómenos morfológicos que éstas instituciones producen”. El fenómeno de las drogas, tal como ha sido construido socialmente y dado que acción humana



de índole colectiva reúne las características para ser abordado como un hecho social total<sup>1</sup>. Este trabajo pondrá el foco en las Comunidades Terapéuticas, en tanto una de las múltiples manifestaciones de como se ha construido este fenómeno.

La organización y sistematización de los datos etnográficos me ha conducido a plantear esta tesis en tres bloques diferenciados. El primer bloque, está destinado a clarificar de qué hablamos cuando hablamos de drogas (Romaní, 2004). Abordaré algunos aspectos epistemológicos en torno al objeto de estudio, centrándome en los discursos de la comunidad científica procedente de los diferentes campos y disciplinas que han entrado en juego, para justificar a continuación la propuesta teórica. Posteriormente, analizaré como se articulan los procesos de intervención en el ámbito de las drogas y que función juegan las Comunidades Terapéuticas en dichos procesos. Por último, revisaré cual fue el origen de la Comunidades y como se consignaron sus bases metodológicas.

La segunda parte, se centrará en analizar la estructura social de la Comunidad y constará de cuatro puntos. En el primero realizaré una descripción de la Comunidad Terapéutica, con el objetivo de situar al lector mediante el hilo conductor del espacio en el que se sitúa la acción, y así, poder indagar en la lógica interna en la que se sustenta el programa terapéutico. El segundo punto estará destinado a analizar los dos grupos sociales presentes en la Comunidad. El objetivo de este punto es conocer que funciones ejerce cada miembro de la Comunidad dentro de su morfología social. En el tercer punto analizaré como el sistema jerárquico que rige la institución se vincula con el modelo de intervención. Y el cuarto punto, corresponderá a la descripción de los personajes atendiendo a los códigos de interacción y a los distintos roles que regulan la vida social de una estructura tan jerarquizada.

Finalmente, me centraré en examinar las condiciones que se dan a cabo en un contexto social tan determinado, para así, poder analizar cómo se articula el modelo de intervención.

---

<sup>1</sup> Probablemente, la obra que mejor ha sabido transmitir esta idea no provenga del ámbito académico sino del mundo de la ficción. *The Wire*, la serie televisiva realizada por David Simon retrata la ciudad de Baltimore desde diferentes perspectivas (la policía, los sindicatos laborales, la política, la escuela y los medios de comunicación) tomando como hilo conductor las consecuencias que ha tenido abordar el asunto de las drogas desde la perspectiva prohibicionista. El trabajo de campo previo realizado por el autor se acerca a lo que podemos considerar una incursión etnográfica

Esta será la estructura básica de esta tesis doctoral en la que principalmente procuraré aportar un testimonio etnográfico y un análisis de la vida social en una Comunidad Terapéutica para *drogodependientes*. Es importante realizar desde un inicio un apunte sobre las relaciones de campo y sobre mi rol durante mi estancia en la comunidad. No me resultó fácil mantener una posición neutral entre los dos grupos sociales que configuran la vida social de la comunidad terapéutica. Al ser grupos sociales antagónicos y al establecerse una relación de poder y subordinación tan evidente, mi responsabilidad como etnógrafo se vio alterada en determinadas situaciones. En alguna ocasión prejuiciando al equipo profesional y situándome del lado de los usuarios, en alguna otra, por verme subsumido en la perspectiva institucional durante los grupos terapéuticos y acabar ejerciendo un rol que no me correspondía.

Debo advertir desde un inicio que mi punto de vista estuvo influenciado por mi experiencia personal como usuario en dos Comunidades Terapéuticas de similares características debido al consumo prolongado de heroína hace ya más de quince años. Esta circunstancia ha supuesto un hecho diferencial a lo largo de todo el proyecto de investigación por varios motivos. En primer lugar, porque fue el principal movilizador en la elección del tema de estudio. Tal como expresaba Dolores Juliano (Juliano, 2022), siempre hay una coincidencia de fondo entre lo que investigamos y lo que somos. Es decir, escribimos sobre temas que nos interesan profesionalmente, pero nos interesan a partir de nuestra historia particular. Como escribiera Claude Lévi-Strauss (1970), toda etnografía es, en mayor o menor grado, un acto de confesión. En mi caso, la experiencia de la institucionalización y la relación personal que he mantenido con el mundo de las drogas desde mi juventud ha sido un movilizador clave en la elección del tema de estudio.

En segundo lugar, fue un factor determinante para obtener el permiso de acceso a la organización de la que depende la Comunidad Terapéutica objeto de esta investigación. Si bien nunca había tenido contacto con esta asociación ni conocía a sus responsables, creo que el hecho de haber pasado por la experiencia de la institucionalización y hacerlo saber al equipo directivo de la institución facilitó su confianza en mí. Teniendo en cuenta que hasta ese momento no se había realizado ningún trabajo de campo mediante observación

participante en ninguna Comunidad Terapéutica en España, pensé que no me permitirían un acceso libre y total a todas las actividades y grupos terapéuticos que se dan a cabo en la Comunidad. Presupuse, erróneamente, que tal vez me permitirían realizar algunas entrevistas o acceder a determinados espacios, pero que debido al carácter hermético –casi sagrado- de este tipo de establecimientos no me permitirían realizar observación participante en el conjunto de la Comunidad Terapéutica. Sin embargo, me permitieron acceder a todos los espacios y grupos terapéuticos y pude conversar con todos los usuarios y trabajadores. No pusieron ningún límite a mi labor como investigador social.

En tercer lugar, mi experiencia previa también influyó en mi mirada y mi posición durante el trabajo de campo. Si bien todas las experiencias personales previas influyen en cómo se sitúa el etnógrafo, esta experiencia en particular toma especial relevancia por la similitud de la situación y los procesos de comparación/mimetización que se pueden producir en consecuencia. Asimismo, esta experiencia hace que parta con un conocimiento previo de la situación de los usuarios, del contexto de una Comunidad Terapéutica y del fenómeno de las drogas que influye de forma directa en todo el proceso de investigación, tanto en mi posición como etnógrafo, como en los detalles percibidos durante la etnografía, como en la forma de plasmar y reflexionar sobre estos aspectos en el redactado posterior. A lo largo de la investigación se podrá observar que en determinados casos ofrezco algún tipo de información de carácter objetivo o subjetivo basada en mi propia experiencia como usuario. He procurado que se diera en la menor medida posible.

A pesar de partir de esta experiencia, también hay un proceso de “extrañamiento” - fundamental para el etnógrafo- por la diferencia entre mi contexto personal actual y el contexto de los usuarios. Es por todos estos motivos que mi posición como etnógrafo adquiere una dimensión de especial relevancia sobre la que quería hacer hincapié al inicio de esta tesis. Siguiendo las indicaciones del director de la organización y del director de la Comunidad Terapéutica, no comenté esta situación ni al equipo profesional de la Comunidad ni a ninguno de los usuarios.

Tengo la impresión que el principal error en el que se suele caer al afrontar el uso problemático de las drogas es la constante preocupación en preguntarse cuál es el motivo que conduce a una persona a realizar un consumo abusivo de sustancias tóxicas. Una cuestión que conduce al individuo a plantearse, en muchas ocasiones, qué tipo de tara interna le ha conducido a encontrarse en esa situación. También es común considerar que encontrar una respuesta a dicha pregunta puede ayudar a invertir la situación en la que se encuentra. Como si la solución a la problemática del uso abusivo de sustancias pasara, en primer lugar, por conocer y examinar la interioridad de los sujetos. Me parece importante señalar desde un inicio que este trabajo no pretende adentrarse en la subjetividad de los usuarios. Asimismo, quiero dejar claro que este estudio no se plantea en ningún momento la efectividad del tratamiento porque lo que pretende es analizar el modelo de intervención y la vida social de la Comunidad. Abordar la investigación desde el punto de vista de la eficiencia sería entrar en la lógica que utiliza el modelo de intervención.

La cuestión teórica que aquí planteo tiene en su propósito, también, un objetivo práctico. Naturalmente, mi primer propósito es ofrecer una contribución científica, mínimamente congruente, con relación al problema de estudio, y que esta pueda posibilitar un debate teórico en el campo de la antropología y de las ciencias sociales. Sin embargo, en muchas ocasiones, al abordar temas de cierta complejidad analítica, tendemos a olvidar que todo debate teórico se conforma, al fin y al cabo, en la interacción de personas concretas. En este caso, las interacciones entre usuarios y equipo profesional serán lo que nos permitirá conocer de primera mano que sucede en este tipo de instituciones y cómo se articula el modelo de intervención. Teniendo en cuenta que esta cuestión ha sido poco estudiada en el ámbito concreto de las Comunidades Terapéuticas espero que, en la medida de lo posible, pueda servir de alguna manera a aquellos profesionales que trabajan en el ámbito asistencial del uso problemático de las drogas. Sin embargo, y teniendo en cuenta el carácter no propositivo de la antropología no propondré en ningún momento alternativas de mejora. Considero que un análisis crítico bien fundamentado puede ser por sí mismo una forma de contribuir a mejorar determinadas situaciones.







## Primera parte

# Preámbulo

*Mediante la observación atenta y el estudio, es posible darse cuenta de lo que se hace;  
solo de ese modo se puede transmitir a los demás lo que sabemos.*

Claude Bernard

Introducción al estudio de la medicina experimental



# CAPÍTULO 1

## LAS DROGAS COMO HECHO SOCIAL TOTAL

### 1.1. Estado de la Cuestión

Diría que fue más o menos durante la mitad de mi estancia en la Comunidad cuando me di cuenta de que en mi diario de campo no tenía registrado, prácticamente, ninguna nota, referencia, diálogo o comentario en el que se hablara específicamente sobre drogas. Tenía centenares de folios escritos con todo tipo de información relacionada con la vida social de la Comunidad, y su relación con el modelo de intervención, pero nada relativo a todo aquello que tuviera que ver de forma directa con las sustancias. Ni el equipo profesional ni los usuarios hacían referencia en ningún momento a las drogas. No aparecía demasiado el término en sí mismo, ni, en ningún caso, los términos específicos de cada sustancia. No se hablaba ni siquiera desde una perspectiva negativa. Estaba haciendo una etnografía sobre drogas en la que no se hablaba de drogas. En el contexto de la Comunidad era como si no existieran. La única cosa que reflejaba de forma clara el diario de campo relacionada directamente con las drogas, era el resultado que había tenido en la vida de los usuarios la construcción social que se ha hecho en torno a ellas.

Fue a principios de los años ochenta cuando se empezaron a instalar las primeras Comunidades Terapéuticas para drogodependientes en Catalunya. La figura social del drogadicto adquirió relevancia social y rápidamente se inició la identificación de las drogas con la delincuencia y la enfermedad. Actualmente, este proceso de identificación se ha diversificado, pero aún y así, la figura simbólica del drogadicto sigue siendo una figura estigmatizada.

Detengámonos un momento en ese concepto de estigma que las ciencias sociales le deben, como se sabe, a Erving Goffman (2003). El estigma es ese factor que deteriora la identidad de una determinada persona y convierte a un ser humano en alguien desacreditado o desacreditable. Una de las características del estigmatizado es que su presencia suele generar ansiedad entre los no estigmatizados o “normales” (p.63). Fundamental aquí resulta la noción de “carrera moral”, concepto que Goffman emplea para describir como el estigmatizado “estudia una carrera”, aprende a conducirse adecuadamente en tanto lo que se supone que es, con tal de no decepcionar las expectativas que los normales se hacen de él y de la conducta que de él se pueda esperar. Es decir, el estigmatizado “aprende a incorporar el punto de vista de los normales, adquiriendo así las creencias relativas a la identidad propias del resto de la sociedad mayor, y una idea general de lo que significa poseer un estigma particular” (p.46). Goffman continúa sosteniendo que quienes poseen un estigma son socializados dentro de su desventajosa situación al mismo tiempo que aprenden a incorporar los estándares ante los cuales fracasan. El estigmatizado es encerrado dentro del “círculo encantado de definiciones que lo disminuyen”. Esa carrera moral es la que le permite al estigmatizado la posibilidad fundamental de colaborar con los normales.

La antropología nos ha permitido observar a través de innumerables etnografías como el uso de las drogas ha sido una práctica universal en diferentes sociedades y contextos (Furst, 1976; Escohotado, 1989) y, por supuesto, sin estar asociada a ningún juicio social estigmatizante. El ser humano ha utilizado, desde siempre, diferentes productos naturales para alterar su conciencia con muchas y distintas finalidades: evadirse, estimularse, sedarse, automedicarse, relacionarse en sociedad, o como parte de rituales. Las drogas no han sido el único medio para alterar la conciencia, conductas como el ayuno, el aislamiento de estímulos, la meditación, la mortificación o la práctica de ciertas danzas y ejercicios pueden conducir también a estados de excepción psíquica (Gamella, 2003). Cada sociedad otorga un sentido propio al uso de las drogas, tal como argumenta Romaní “el uso de las drogas es una práctica universal en la que se interrelacionan de manera compleja sustancias, sujetos y contextos socioculturales, y que afecta a diversos aspectos de la vida cotidiana de las gentes de este mundo” (Romaní, 2004, p.53). Las sustancias psicoactivas pueden ser valoradas positivamente en tanto que pueden servir para conectar con lo trascendente o como remedio

frente a la enfermedad; asimismo, también pueden tener efectos peligrosos o negativos asociados a un mal uso o un abuso excesivo. Este ha sido el argumento utilizado para regular el acceso a estas sustancias y la manera de consumirlas de acuerdo a la cosmovisión de cada sociedad (Massó, 2014). Pero no es hasta la aparición de las sociedades urbano-industriales contemporáneas que el fenómeno de las drogodependencias adquiere un carácter socialmente relevante. Siguiendo los argumentos de Romaní (2004) podemos destacar cuatro acontecimientos fundamentales que han permitido la emergencia de las drogodependencias como fenómeno social en la época contemporánea.

En primer lugar, los cambios tecnológicos que propiciaron la Revolución Industrial favorecieron el desarrollo de las industrias químico-farmacéuticas y, consecuentemente, la creación de nuevas drogas. En segundo lugar, la expansión del mercado mundial, que permitió la circulación de todo tipo de mercancías, y entre ellas las drogas. En tercer lugar, la aparición de nuevas condiciones de vida urbana. Por último, el desarrollo del proceso de medicalización, basado en el Modelo Médico Hegemónico. Proceso de medicalización se refiere a “la forma en que el ámbito de la medicina se expande y abarca muchas situaciones que antes no estaban considerados como entidades médicas” (Márquez y Meneu, 2003).

La construcción social estigmatizante de las drogas se origina a partir del siglo XX en Estados Unidos a raíz del control del opio en Filipinas (Ralet, 2000). Esto se traduce en un sinnúmero de convenios internacionales y en la criminalización de sus consumidores. De esta forma, se inicia, en palabras de Escohotado (1989), el modelo jurídico represivo sobre las drogas que llega hasta nuestros días. Es en este contexto que el farmacólogo y antropólogo Louis Lewin inicia sus estudios clínicos sobre drogas. Los conceptos que Lewin propuso, todavía se utilizan para definir el fenómeno de las drogas en su vertiente científica: dependencia, abstinencia, clasificaciones de los diferentes tipos de drogas, etc. Su trabajo es la base del modelo médico-sanitarista (Romaní, 2004) en el que el consumidor de drogas es contemplado como un enfermo, y, por lo tanto, un individuo al que se le debe curar. Estos dos elementos: la criminalización de los consumidores y los estudios de Lewin serán fundamentales para comprender como se desarrollaron posteriormente los modelos de intervención asistenciales. En 1964 entró en vigencia la Convención Única sobre

Estupefacientes, que ordenó la legislación existente, incluyendo obligaciones relacionadas con el tratamiento médico y la rehabilitación de toxicómanos.

En el caso de España, el consumo de drogas no adquiere relevancia social hasta la década de los ochenta. Después de un largo periodo de dictadura se produjo la llamada apertura democrática y consecuentemente una efervescencia cultural. El auge de la sociedad del consumo, se vio reflejado, también, en el uso de las drogas. Previamente, en los años setenta se produce una relativa masificación del uso del cannabis y, posteriormente, las primeras noticias del uso de la heroína, ambas asociadas a las clases altas y al movimiento contracultural. A finalizar la década de los setenta el consumo de heroína sigue siendo muy limitado (Gamella, 1997; Romaní, 2004; Usó, 1996). Paulatinamente, se extiende su consumo hacia las clases medias. Tal como advierte Usó, no sólo “las nuevas hornadas de jóvenes, sino también (...) muchos de los que, durante el franquismo estaban movilizados políticamente, empiezan a interpretar el consumo de drogas como una forma de consumo” (Usó, 1996, p.285). No es hasta principios de los años ochenta que se produce el mayor aumento de nuevos usuarios y se establece en las clases sociales más marginales. En un primer momento, como fuente económica favoreciéndose del mercado negro y rápidamente como consumidores (Gamella, 1997).

Entre 1983 y 1986 el consumo de heroína en España alcanza sus niveles más altos, convirtiéndose en epidémico: “Surgió como nueva identidad la del yonqui, un estereotipo que ya no tenía nada que ver con el patrón del adicto conocido hasta la fecha, dando origen a un proceso irreversible de marginación ocupacional, educativa, política e, incluso física, en todo un sector juvenil” (Usó, 1996, p.330). El uso de la delincuencia para costearse el consumo aumenta espectacularmente y se traduce en una fuerte alarma social en torno a la droga, tanto en un plano simbólico como efectivo. Es a partir de 1987 -cuando el VIH empieza a tener una importante prevalencia- qué, el número de nuevos usuarios empieza a disminuir. A partir de 1991 y 1992 la tasa de nuevos heroinómanos se estabiliza, a la vez que aumenta el consumo de cocaína y aparecen las llamadas drogas de diseño. Los hábitos de consumo desde mediados de los 90 hasta la actualidad se caracterizan por el definitivo desplazamiento del consumo de heroína a las clases sociales más marginales y la

estabilización del consumo de cocaína y drogas de diseño combinadas con alcohol asociadas a la cultura del ocio nocturno (Romaní, 2004).

## **1.2. Procesos de intervención en el ámbito de las drogas**

El origen de las Comunidades Terapéuticas no está relacionado en un primer momento con las adicciones, sino con el ámbito general de la salud. Concretamente, las primeras Comunidades Terapéuticas se crearon tras la II Guerra Mundial para atender casos de prisioneros torturados. A lo largo de los años cincuenta tuvieron un notable desarrollo como sustituto de los hospitales psiquiátricos, primero en Inglaterra y más tarde en EE.UU. (Clark, 1964). Las Comunidades Terapéuticas no siguieron evolucionando en el ámbito de la psiquiatría porque a partir de los años sesenta las sucesivas oleadas de desinternamiento psiquiátrico -que afectó también a otras instituciones del control social como la cárcel (Cohen, 1988)- impidieron su crecimiento. Paralelamente, con la emergencia del consumo de drogas en EE.UU. se implantan las primeras Comunidades Terapéuticas enfocadas al tratamiento de las adicciones. Estas primeras Comunidades, creadas en Inglaterra y EE.UU., son formuladas como respuesta alternativa al modelo médico hegemónico (Intxuta, 1992) y su evolución no difiere demasiado de la implantación de las Comunidades Terapéuticas en España una década más tarde.

En España, una vez presente el “problema de la droga” tanto en términos operativos como simbólicos se hizo necesaria la producción de conocimiento científico para poder describir y conocer las causas del problema, así como para orientar el diseño de estrategias de prevención y de control del uso de drogas (Massó, 2014). El paradigma biomédico convive con el paradigma prohibicionista de carácter jurídico-represivo en el que todo lo relacionado con las drogas es tratado como delito (Romaní, 2004). El binomio “enfermo” y “delincuente” se hizo patente en el primer Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) (1985) en el que encontramos una integración de concepciones basadas en ambos términos, esta identificación se irá haciendo menos evidente en el plano oficial a partir de los años noventa donde prevalecerá la visión medicalista.

Los precursores de los diferentes tipos de intervención sociosanitaria institucionalizada en España fueron los servicios sanitarios psiquiátricos de atención a los alcohólicos en los años setenta y posteriormente, asociaciones de carácter evangelista como la organización “El patriarca”, que serán un punto de referencia en la intervención durante toda la década. No es hasta mediados de los años ochenta que se produce una relativa expansión asistencial específica a las drogas y desvinculada al alcoholismo, gracias a la ampliación de los servicios sociales impulsada por el gobierno del Partido Socialista Obrero Español (PSOE). Asimismo, es el momento en el que se crean los primeros Planes Autonómicos y municipales sobre drogas. Paralelamente emerge un nuevo sector formado por fundaciones, asociaciones y muy diversos tipos de ONG’s de carácter poco profesionalizado. Esta expansión se relaciona con la reacción social que supuso el “problema de las drogas” en el momento, y de la que debemos destacar tres aspectos: uno social, el aumento de los hechos delictivos relacionados de alguna manera con las drogas, otro cultural, la imagen de que “la droga” es la causa de toda la “inseguridad ciudadana”, y otro político, la respuesta a esta “inseguridad ciudadana” después de que el gobierno del PSOE introdujera algunas modificaciones “liberalizadoras” en el Código Penal respecto a las drogas.

Tal como indica Romaní (2004), la respuesta asistencial al tema de las drogas, se verá teñida de una u otra forma por el paradigma represivo. Es el momento en el que se empiezan a instaurar los tratamientos libres de drogas y la puesta en marcha de las primeras Comunidades Terapéuticas en Asturias y Andalucía. En 1984 se funda la primera Comunidad de Proyecto Hombre en Madrid (Álvarez, 1994) y se produce una rápida expansión. La Comunidades Terapéuticas instauradas por Proyecto Hombre se convertirán en la referencia asistencial de la época y abarcaran una amplia red de centros en todas las Comunidades Autónomas. Esto implicará la consolidación de un sector profesional cada vez más importante formado por profesionales provenientes de las ciencias sociales y del comportamiento. En 1986 se pone en marcha el Plan Nacional sobre Drogas donde se regularizan estos dispositivos de intervención. Las principales medidas están relacionadas con la formación de los profesionales, con el desarrollo de programas complementarios, con la mejora de las infraestructuras y con el apoyo a la investigación (Comas, 2008). Al mismo

tiempo se establecen convenios, conciertos y contratos de plazas entre las Comunidades Autónomas y entidades del tercer sector fomentando la atención gratuita.

Esta profesionalización supondrá una intervención cada vez más diversificada y multidisciplinar, con unas bases metodológicas que pretenderán ser más rigurosas, aplicando, por ejemplo, políticas de reducción de daños como la administración de metadona. Cohen (1988) en su obra *Visiones de Control Social* puso de manifiesto cómo esta expansión profesional se dio en todos los ámbitos relacionados con los dispositivos de control social de esta época. Podemos observar esta tendencia en áreas como la educación (Núñez, 1990), el ámbito de la salud mental (Castel, 2014) o, el sistema penal y la justicia juvenil (Cohen, 1988). Según este autor, la implantación del Estado del Bienestar no supuso una disminución de internamiento en los diferentes dispositivos de control -como así se quiso hacer ver- sino un aumento y una mayor implicación del Estado en el control de la desviación. Esto condujo a la creación de nuevas categorías de desviación y a la inclusión de más personas como pertenecientes a poblaciones especiales para, posteriormente, clasificarlas en una u otra categoría: “los profesionales juegan un rol crucial al definir los límites de una categoría y al reglamentar posteriormente quien pertenece a ella” (Cohen, 1988, p.287).

Las consideraciones expuestas por Cohen nos conducen a plantearnos cuál ha sido la función que ha desarrollado el “fenómeno de las drogas” como elemento de control social de las clases más subordinadas. Las Comunidades Terapéuticas en cuanto dispositivo de intervención sanitaria son la última pieza de una amplia red, en la cual la criminalización de las drogas juega un papel fundamental como elemento de control social. En *Castigar a los pobres*, Loïc Wacquant (2010) analiza como la expansión penal está vinculada a la disminución de las políticas sociales. El sistema penal expansivo es necesario para gestionar y perpetuar la pobreza de ciertos colectivos de escaso interés para el sistema económico y laboral. La criminalización de las drogas es esencial en este proceso por las consecuencias que tiene el tráfico de drogas en la expansión del sistema penal. El endurecimiento de la política anti-droga afecta fundamentalmente a los últimos eslabones de la cadena de venta de las drogas, y estos eslabones son ocupados, principalmente, por las clases sociales populares. Los datos estadísticos sobre las causas de encarcelamiento son reveladores: el tráfico de

drogas es el motivo de encarcelamiento del 52,4% de las mujeres y del 31,7% de los hombres en España. (Instituto Nacional de Estadística (INE), 2019). A estos datos se le debe añadir que el 76% de los internos consumen o consumían drogas al ingresar en prisión. Esto nos puede indicar qué gran parte de los delitos contra la propiedad (robo y hurto son el segundo motivo de encarcelamiento) sean funcionales con relación al consumo problemático de sustancias.

Este es el gran despropósito de todo aquello relacionado con el ámbito de las drogas. El prohibicionismo realiza un efecto “bola de nieve”, dado que va absorbiendo todo aquello que va encontrando por el camino mientras se sale de control, creando un círculo autodestructivo. Desde el mismo cultivo de las sustancias, pasando por la distribución, hasta llegar al consumidor final. Procesos de clandestinidad que desembocan en un sinsentido de normas legales y prohibiciones que mayoritariamente afectan a las clases sociales más desfavorecidas. Este efecto se atenúa posteriormente, en pro de una medicalización del “problema de la droga”. Se produce así lo que Thomas Szasz (1992) denominó como “terapeutismo”. Una estrategia de control social que se materializa políticamente mediante un trasvase de competencias del aparato jurídico al aparato médico y de esta forma se pasa a gestionar el problema que la misma criminalización ha generado.

Posteriormente, serán los Servicios Sociales con los correspondientes traspasos a los servicios concertados quienes serán los responsables de corregir y reinsertar a todo un sector poblacional. Es también el mismo marco prohibicionista el que genera dinámicas estigmatizantes entre los consumidores y el que provoca la adulteración de sustancias que desembocan en problemas de salud. El surgimiento de las Comunidades Terapéuticas se engloba dentro de las nuevas estrategias de control social de la época donde lo importante es acceder al “interior” del sujeto para poder diagnosticarlo, y el conductismo, la corriente psicológica perfecta del ideal rehabilitador. En este sentido Cohen (1988) nos indica cómo se ha sustituido el cuerpo por la mente como objeto de control social. Como se podrá comprobar a lo largo del trabajo etnográfico, lo verdaderamente importante es el comportamiento. La diferencia entre otros ámbitos del control social y las Comunidades Terapéuticas para drogodependientes, es, que estas últimas, poseen una serie de características, como por



ejemplo la voluntariedad del tratamiento, que facilitan una “intervención” mucho más rigurosa. En tanto que instituciones totales modernas, las Comunidades Terapéuticas son “los invernaderos donde se transforma a las personas; cada una es un experimento natural sobre lo que puede hacerse al yo” (Goffman, 2012, p. 27).

### **1.3. Organización y Estructura de las Comunidades Terapéuticas**

Una apreciación importante. Las Comunidades Terapéuticas son o quieren ser, en efecto, comunidades. Este detalle no es baladí. Implica que espacios como aquel en que llevé a cabo mi indagación están presididos por la pretensión de constituirse en un tipo específico de convivencia que se espera que merezca el título de comunidad. Esta forma de vivir juntos se asocia a una determinada imagen de autenticidad social. Una comunidad no es simplemente un grupo social o una colección desvinculada de individuos que viven en el mismo lugar, es un grupo en el que las personas se pertenecen mutuamente, comparten algo común.

Nos encontramos ante un concepto central en las producciones teóricas de la sociología clásica, en tanto su significado de representación ideal de proyecto sostenido con un origen y un destino común, que mantiene una relación de constante lucha con su antagonista: el mundo exterior, la sociedad urbana como fuente de desorden (Sennett, 1975). Ese concepto de *comunidad*, tal y como las Comunidades Terapéuticas lo encarnan, remite a la obra de Ferdinand Tönnies a finales del siglo XX, con su idea romántica de *Gemeinschaft* como comunidad de espíritu que, compartiendo un hábitat común, funciona como una unidad congruente y orgánica que participa en un destino y unos objetivos comunes por medio de la cooperación, protegida siempre del asedio del mundo externo, la *Gesellschaft*, la sociedad urbanizada y moderna. Esa amenaza constante hace que la comunidad se ciña sobre sí misma y se margine deliberadamente de la sociedad mayoritaria. La comunidad sería de esta forma, el espacio de la salvación, de la pureza y la no contaminación. De ahí las obsesiones ascéticas que la organizan, puesto estas que son el muro de contención que separa los miembros de la

comunidad del pecado. Porque no se puede separar el concepto “comunidad” de sus connotaciones religiosas, como revela su origen en la noción cristiana de comunión como corporación social fundada en la fe y el ritual compartidos. La comunidad, en efecto, la constituyen quienes comulgan.

Para el presente estudio, la comunidad definiría por sí misma un espacio social cerrado, al que corresponde con frecuencia un territorio contorneado por fronteras físicas o psicológicas que evitan o ponen trabas a la entrada de sujetos considerados ajenos. Por su preocupación constante en mantener su congruencia interna, esta noción de comunidad lleva implícita la generación de espacios de control social en donde el individuo se ha de someter a voluntad común y sus instrumentos (Blanchot, 1999). La renuncia a los intereses particulares en beneficio de los colectivos justificaría la dominación ejercida sobre sus miembros y la obtención de su obediencia voluntaria. Ello hace que toda comunidad –incluyendo Las Comunidades Terapéuticas– pueda entenderse en términos análogos a lo que Goffman (2012) definió como institución total “aquel tipo de institución en la que todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única; cada etapa de la actividad diaria del miembro se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros; todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas; finalmente las diversas actividades obligatorias se integran en un solo plan racional, deliberadamente concebido para el logro de los objetivos propios de la institución” (2012, p.21). Los responsables de los centros y la literatura afín (Comas, 2008) rechazan la consideración de institución total por la connotación negativa de dicho término, pero lo cierto es que la metodología y las características propias de las Comunidades Terapéuticas para *drogodependientes* se ajustan en todos los sentidos a la definición propuesta por este autor.

Según el PNSD en el año 2019 (año en el que se realizó el trabajo de campo) había registradas en España 196 Comunidades Terapéuticas públicas y concertadas, acreditadas y homologadas por diferentes ámbitos administrativos. En ellas, trabajan alrededor de 1800 personas y reciben unos 11.000 ingresos al año. La duración media de los programas residenciales oscila entre los siete y ocho meses, si bien, la estancia media se sitúa alrededor de los cinco meses debido a los abandonos que se producen sin haber finalizado el programa.

Los equipos están formados por diferentes profesionales sociales entre los que destacan sobretodo psicólogos (actuando como psicoterapeutas, pero también a cargo de la dirección del centro) y educadores sociales.

El internamiento suele ser voluntario, si bien, el 13% de las personas internadas en 2019 provienen del sistema judicial como medida alternativa a la prisión. El resto de internamientos proceden derivados del sistema general de atención pública o de recursos específicos de atención a drogodependientes. La mayor parte de las Comunidades Terapéuticas son concertadas (80%) y trabajan subsidiariamente para la administración pública de la que reciben la práctica totalidad de sus recursos. En el año 2019 recibieron 69 millones de euros por parte de las diferentes administraciones públicas y en consecuencia el 81% de las plazas son subvencionadas o parcialmente subvencionadas. El 19% restante de plazas son de pago, aunque más de la mitad de las mismas ofrecen una subvención parcial (PNSD, 2019).

El número de plazas en cada Comunidad Terapéutica oscila entre los 20 y 40 internos por periodo, los cuales, se van solapando a medida que se producen altas y bajas. La totalidad de las Comunidades Terapéuticas en España son de carácter mixto, si bien, el número de mujeres no alcanza el 16% (PNSD, 2019). El menor acceso de las mujeres se debe considerar como consecuencia del androcentrismo que gobierna todavía el ámbito socio-sanitario (Martínez y Arostegui, 2018). Las evidencias científicas han demostrado que las mujeres generan una menor adherencia al tratamiento, cuya consecuencia directa es el registro de altas tasas de abandono (Fundación Atenea, 2016). Siguiendo las consideraciones recogidas por autoras como Martínez Redondo (2009), no se disponen de mecanismos efectivos para hacer frente a las coyunturas personales que en la mayoría de ocasiones presentan las mujeres que podrían recurrir a este tipo de tratamientos, sobre todo cuando estos conllevan pasar por un régimen residencial como es el de la Comunidad Terapéutica. Además de los impedimentos materiales, el prejuicio que se cierne sobre las mujeres que consumen drogas por transgredir los roles que se esperaran de ellas (“buenas esposas”, “buenas madres” y “buenas hijas”), resulta un factor elemental para comprender su baja presencia en los tratamientos y los mayores niveles de abandono. Durante el periodo de trabajo de campo

diferentes mujeres me trasladaron las dificultades que habían encontrado a nivel familiar para poder realizar el ingreso en el programa terapéutico, pero también pude observar cómo estas dificultades se trasladan al periodo de estancia en la Comunidad. Sobre todo, se hacía evidente por el hecho de tener familiares a cargo y deber asumir responsabilidades (el 100% de mujeres con las que coincidí durante mi estancia en la Comunidad tenían hijos, frente al 7% de hombres). Asimismo, durante los grupos terapéuticos era mucho más habitual escuchar narrativas relacionadas con la culpa por parte de las mujeres que por parte de los hombres.

Al hilo de estas consideraciones, es necesario prestar atención a las vías de acceso a las Comunidades Terapéuticas esto es, a los recursos de atención primaria o ambulatorios dirigidos al tratamiento de las drogodependencias. Con ello nos referimos a los Centros de Atención y Seguimiento<sup>2</sup> (CAS) y a las áreas de reducción de daños, que en muchas ocasiones aparecen integrados en un mismo espacio. Las áreas de reducción de daños – apéndices que complementan la función de los CAS- son espacios donde cubrir las necesidades básicas de usuarios que presentan un alto grado de exclusión socio-comunitaria. ¿Qué conexión existe a día de hoy entre los Centros de Atención y Seguimiento, en concreto los recursos de reducción de daños, y las Comunidades Terapéuticas? Sabemos que los equipos profesionales del CAS sirven muchas veces como nexo entre el usuario y la Comunidad, siempre con la voluntad expresa del destinatario. Cuando el sujeto acude a solicitar información o ayuda sobre su problemática a este tipo de centro se le suelen dar diferentes opciones de tratamiento ambulatorio y farmacológico dejando la opción de derivación a una Comunidad Terapéutica como última alternativa.

## **1.4. Origen de las Comunidades Terapéuticas**

El término Comunidad Terapéutica fue acuñado por Thomas Main en 1946, en su artículo definió la Comunidad Terapéutica como un intento de “usar un hospital no como una

organización dirigida por médicos para el interés de mejorar su eficiencia técnica si no como una comunidad con el objetivo inmediato de la plena participación de todos sus miembros en la vida diaria y el objetivo eventual de la resocialización de los individuos neuróticos para que puedan vivir in la sociedad ordinaria” (Main, 1946). La distinción primordial de las Comunidades Terapéuticas es el uso de la comunidad como un agente fundamental de cambio (“la comunidad como un método”) (Vanderplasschen et al.,2014), hay varios aspectos que definen o estructuran el enfoque de la “comunidad como método” como, por ejemplo, la inclusión de actividades programadas y estructuradas en las que participan tanto internos como trabajadores, o el uso de los iguales como modelos de rol (en el Capítulo 5 se revisa esta cuestión con más profundidad).

Como he apuntado anteriormente las Comunidades Terapéuticas nacieron tras la segunda guerra mundial para atender los casos de salud mental que esta causó en prisioneros y militares (especialmente, casos de trastorno por estrés post-traumático). Así pues, en los años 50 la Comunidad Terapéutica ocupaba el espacio de los hospitales psiquiátricos y nacía como una revolución que promovía una atención más integral de los enfermos mentales. La OMS consideró la Comunidad Terapéutica como “la alternativa más adecuada a la crisis de los hospitales psiquiátricos (OMS, 1953).

Se pueden identificar tres modelos diferentes tanto en la concepción de la adicción como en las prácticas para tratarla. El modelo británico, cuyo principal representante es Maxwell Jones (1968), el modelo norteamericano derivado de la filosofía de Alcohólicos Anónimos y el modelo de reducción de daños. Estos distintos modelos se engloban en tres generaciones de Comunidades Terapéuticas según el momento histórico en que se desarrollaron:

#### Primera generación (principios de la década de 1950):

Esta primera generación se describe como las Comunidades Terapéuticas democráticas, fueron inspiradas por el pensamiento psicoanalítico y las teorías del aprendizaje social. Este modelo también se llama modelo británico, se centra en el formato de la terapia (en grupos y con unas dinámicas concretas de relaciones y procedimientos democráticos) más que en una

orientación específica. Maxwell Jones fue el principal representante del movimiento de la antipsiquiatría, para Jones la comunidad terapéutica servía para democratizar la atención a la salud mental, Jones hizo avanzar el modelo británico ya que incorporó aportaciones de las distintas orientaciones psicológicas (no solo del psicoanálisis) (Carreras, 2011).

#### Segunda generación (finales de 1950 a finales de 1960):

Esta segunda generación engloba la tradición de Estados Unidos, la cual surge directamente de los grupos de ayuda mutua como la organización de Alcohólicos Anónimos (AA). Synanon es la primera Comunidad Terapéutica de esta generación, fue fundada en 1958 por un alcohólico rehabilitado (ex miembro de AA). Se fundó como una micro-sociedad utópica e idealista en la que no se admitían profesionales y se entendía que la abstinencia solo es posible dentro de la comunidad. El sistema de Synanom era fuertemente piramidal y como metodología terapéutica se usaban estrategias de confrontación entre los participantes (Carreras, 2011). El movimiento de Comunidades Terapéuticas rompió con Synanon por varias razones como por ejemplo la idea que la pertinencia a la Comunidad Terapéutica como algo permanente, el uso de disciplinas de aprendizaje duras y la resistencia a involucrar profesionales formados (Vanderplasschen et al., 2014). Esta iniciativa se transformó en un culto de carácter sectario con un fuerte enaltecimiento del líder (Carreras, 2011). El Daytop Village empezó inspirado en el modelo de Synanon sigue su modelo piramidal y las líneas de tratamiento fundamentales, pero introduce profesionales y exadictos como en el modelo Minnesota (Carreras, 2011). Las metodologías basadas en la confrontación solían adoptar formas agresivas las cuales han sido fuertemente criticadas (Carreras, 2011).

#### Tercera generación (finales de 1960 a 1990)

La Comunidad Terapéutica empezó a asociarse en exclusiva al tratamiento de las drogodependencias (empezando con el tratamiento a la heroína) en la década de los años setenta, cambiando así su enfoque en la salud mental con un enfoque en el tratamiento de las drogodependencias. En los ochenta las primeras Comunidades Terapéuticas se fundaron en

España (Programas Libres de Drogas) (Vanderplasschen, et al., 2014) y a partir de 1986 el Plan Nacional sobre Drogas empezó un proyecto de regularización de las Comunidades Terapéuticas en relación, por ejemplo, a la formación de los profesionales, mejora a la infraestructura, apoyo a la investigación (Comas, 2010). En los años noventa las Comunidades Terapéuticas se centraron al tratamiento de adictos a todo tipo de drogas consideradas ilegales. Durante esta década, las Comunidades Terapéuticas sufrieron varios desafíos como una reducción de la financiación recibida debido a la crisis económica, críticas sobre el alto número de abandonos y recaídas y un cambio en las políticas de drogas hacia un enfoque de reducción de daños. Estos desafíos han contribuido a una reducción del número de Comunidades Terapéuticas en muchos países europeos y han hecho que las Comunidades Terapéuticas se hayan interesado por el modelo de reducción de daños (Vanderplasschen, et al., 2014). Así, el tratamiento de las Comunidades Terapéuticas en Europa ha evolucionado de un tratamiento a largo plazo y genérico a un tratamiento a corto-plazo y más acotado al tipo de consumo y a las necesidades de grupos específicos (como por ejemplo: mujeres con hijos, internos en prisiones, con problemas psicológicos) (Vanderplasschen, et al., 2014). Los programas de reducción de daños se empezaron a aplicar ya en los años 80 en algunos países europeos como Holanda, Reino Unido y Suiza mientras que en otros países no se empezó a aplicar hasta la década de los 90 (Bélgica, Alemania; Grecia, Francia y los países Escandinavos) (Vanderplasschen, et al., 2014). La reducción de daños hace referencia a una determinada política de drogas y está íntimamente relacionada con la expansión de la epidemia del VIH durante la década de los ochenta. Esta estrategia contrasta con el modelo de abstinencia y se centra en la aplicación de estrategias para reducir las consecuencias negativas del consumo de drogas propiciando cambios sobre las conductas de riesgo (Carreras, 2011). Esto supone un cambio de un modelo punitivo y un paternalismo médico a un modelo en que se centra en las consecuencias negativas del consumo (no en el propio consumo) y en que se tiene en cuenta el propio usuario en la toma de decisiones sobre el propio tratamiento.

El modelo basado en la abstinencia y el modelo de reducción de daños han evolucionado de forma diferente en diferentes países, así Estados Unidos se ha centrado en el incremento de políticas prohibicionistas mientras que Holanda ha establecido el modelo de reducción de

daños como su modelo oficial en Salud Pública favoreciendo la participación de los propios usuarios (apareciendo en 1982 el sindicato de toxicómanos) (Carreras, 2011). En España el modelo de reducción de daños se consiguió integrar con la metodología de la Comunidad Terapéutica (Comas, 2010). En la actualidad, algunas Comunidades Terapéuticas tratan también otro tipo de problemáticas, existiendo algunas Comunidades Terapéuticas específicas para el tratamiento de la ludopatía por ejemplo (Comas, 2010).

Actualmente en España existen de forma mayoritaria Comunidades Terapéuticas concertadas en las que el usuario debe hacerse cargo económicamente de una parte sustancial del tratamiento. Dentro de las Comunidades Terapéuticas concertadas hay dos tipos: aquellas que forman parte de entidades benéficas más amplias y aquellas que forman parte de colectivos profesionales especializados (Comas, 2010). En el caso de la organización que es objeto de este estudio recibe financiación privada de forma parcial y también financiación pública (Vanderplasschen et al., 2014)



# CAPÍTULO 2

## METODOLOGÍA

### 2.1. Consideraciones metodológicas

Seguramente, la forma más justa de iniciar este apartado sea invocando a las figuras de las que han sido las principales referencias teóricas en el desarrollo etnográfico de esta investigación. He de reconocer que dos años antes de empezar el trabajo de campo mi conocimiento en esta materia era prácticamente inexistente. En el transcurso de mi formación académica en el ámbito de la criminología apenas escuché hacer alguna referencia a la observación participante como técnica de investigación. Recuerdo pasarme la mayor parte de las dos asignaturas enfocadas a estos menesteres en tratar de comprender el funcionamiento de un programa dedicado a la organización y sistematización de todo tipo de datos numéricos. La investigación cualitativa quedaba como una cosa aparte, sin importancia. Alguna clase dedicada a cómo realizar una entrevista de investigación y poca cosa más.

Las primeras referencias de interés que recibo del ámbito etnográfico se enmarcan en diferentes asignaturas desarrolladas a lo largo del Máster en *Estudis Avançats en Exclusió Social* de la *Universitat de Barcelona*. No tardé demasiado en darme cuenta que mi interés personal y académico poco tenía que ver con esas técnicas de investigación repletas de datos numéricos caídos del cielo, sino con un tipo de conocimiento que basaba la comprensión de los hechos sociales en la observación. El primer libro que llegó a mis manos relacionado con la etnografía fue *La Lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de escuela*, de Honorio Velasco y Ángel Díaz de Rada (2009) que me permitió empezar a conocer el entramado de intenciones epistemológicas que orientan la búsqueda etnográfica. El texto recogía también una amplia biografía sobre los procedimientos

etnográficos y diferentes referencias al autor que consideraban que había escrito la *carta fundacional* sobre la observación participante: (2009, p.20) Bronislaw Malinowski (1986).

En la introducción de *Los argonautas del Pacífico Occidental* el autor revelaba un modo de investigar basado en la observación, la descripción y el análisis, considerando que todo trabajo etnográfico debe alcanzarse a través de tres vías: a) el análisis de la estructura social b) los *imponderables de la vida real* y, c) las concepciones, opiniones y formas de expresarse del sujeto. Al referirse a los *imponderables de la vida real*, lo hace en los siguientes términos

“Hay toda una serie de fenómenos de gran importancia que no pueden recogerse mediante interrogatorios ni con el análisis de documentos, sino que tienen que ser observados en su plena realidad. Llamémosles los imponderables de la vida real. Aquí se engloban cosas como la rutina del trabajo diario de los individuos, los detalles del cuidado corporal, la forma de tomar los alimentos y de prepararlos, el tono de la conversación y la vida social que se desarrolla alrededor de los fuegos de aldea, la existencia de fuertes amistades o enemistades y de corrientes de simpatía y antipatía entre la gente, la manera sutil pero inconfundible en que las vanidades y ambiciones personales se reflejan en el comportamiento del individuo y las reacciones emocionales de los que le rodean. Todos estos hechos pueden y deben ser científicamente formulados y consignados” (Malinowski, 1986, p.36)

Fue Marcel Mauss (2006, p.21) quien advirtió que el fin de toda etnografía es la observación de la sociedad estudiada, y su objeto, el conocimiento de los hechos sociales. Se trata de realizar una observación activa que permita realizar una buena descripción, sin olvidar que la etnografía no consiste únicamente en una correcta y detallada descripción, sino que implica también un proceso selectivo que nos permita explicar de manera concreta los hechos observados. Para ello, el etnógrafo requiere de sus sentidos, la *etnografía carnal* a la que se refería Wacquant (2004, 2011) en el que el cuerpo del investigador se sitúa como instrumento de conocimiento.

La etnografía reclama una dimensión carnal en el terreno, implica poner el cuerpo como continente y contenido de conocimiento (Wacquant, 2019) a la vez que exige una cierta

sensibilidad, una buena disposición y tener en todo momento conciencia de la posición en la que se sitúa el etnógrafo. Este es un aspecto decisivo al tratar de hacer cualquier etnografía, pero en el caso de la Comunidad Terapéutica adquirió especial relevancia. La Comunidad que seleccioné para mi estudio estaba situada geográficamente a no más de quince minutos del que era en ese momento mi domicilio en un barrio de Barcelona. Este factor fortuito me permitió poder combinar mi incursión etnográfica con los quehaceres propios que demanda la vida familiar y las obligaciones que debía atender a nivel laboral. La cuestión es que tenía que combinar ambas dimensiones diariamente. Pero más allá de las dificultades logísticas que ello podía implicar, se producía un factor que reclamó un cierto proceso de aprendizaje. Ciertamente, la Comunidad estaba situada a dos pasos de mi barrio, pero cada vez que cruzaba la puerta de la Comunidad era como si me hubiese trasladado a la otra punta del mundo. No realizaba el estudio de una tribu exótica, sino de personas con las que podía compartir estatus social, intereses o referencias culturales. Sin embargo, tanto los roles y subordinaciones que se derivan de la estructura jerárquica de la Comunidad como sus códigos culturales me situaban en una posición completamente opuesta.

Este planteamiento me conduce a advertir mi adscripción al postulado interaccionista que considera la acción social como el punto de partida y de retorno de todo esquema analítico que pretenda analizar la sociedad empíricamente (Blumer 1981, p.39). El interaccionismo simbólico analiza como las personas actúan sobre aquello que les rodea mediante la interacción con otros individuos y a partir de los significados que los objetos y las personas tienen para ellas. Es indispensable, por tanto, abordar el estudio de la Comunidad observando lo que sus personajes hacen individual y colectivamente en su cotidianidad. Es en este aspecto en el que he puesto un mayor interés; en las diferentes formas de relacionarse entre los usuarios, en su día a día, en las continuas riñas entre ellos, en las relaciones de poder que establece la institución, en las coreografías diarias que se dan en los rituales de la Comunidad, en definitiva, en su actividad corriente. En aquellas cosas que aparentemente parecen no ser importantes.

No obstante, abordar el estudio de una parcela de la vida social reclama tener en cuenta un enfoque holístico de la situación y de los diversos niveles de realidad que se dan en ella.

Además, es imprescindible sustentar la información obtenida, mediante las diferentes técnicas de investigación empleadas, en un marco teórico que posibilite contrastar la información aportada. Como señala Bourdieu (2002) toda operación empírica tiene un proceso de elección teórica y práctica. Esta elección orienta la realización misma de la investigación “delimitan lo pensable y predetermina el pensamiento” (2002, p. 10), a la vez que posibilita trasladar la información obtenida a un nivel más amplio. En este sentido, la etnografía que sustenta esta investigación de buen seguro que nos permite obtener una idea global sobre las prácticas que se utilizan en el conjunto de las Comunidades Terapéuticas. Naturalmente, cada institución se puede entender como un mundo en sí mismo, pero la sistematicidad con la que aplican el modelo de intervención en todas ellas nos puede ayudar a entender la lógica que sustenta la ideología de las Comunidades Terapéuticas en su conjunto. Asimismo, si de lo que se trata es de lograr que “los hechos hablen por sí mismos” (Malinowski, 1986, p.37) es importante tener presente que la relación dialéctica entre el mundo empírico y el mundo teórico siempre debe ir en una dirección. Debo reconocer las dificultades que me encontré en una primera fase del trabajo de campo en este sentido, al dejarme dirigir en exceso por ciertas preconiciones teóricas. La inseguridad que conlleva adentrarse por primera vez en una experiencia etnográfica de tal envergadura, me conducía a tratar de sostenerme en determinadas certezas teóricas. Teoría e investigación empírica resultan inseparables, pero es la investigación de campo la que ha de orientar siempre la teoría. El investigador atiende al mundo social empírico que aparece ante sus sentidos para tratar de aprehenderlo y aprender de él (Venceslao, 2011). A medida que se sucedieron las visitas a la Comunidad, pude ir desprendiéndome de esas preconiciones teóricas que me conducían a tratar de probar determinadas hipótesis. Fue un proceso madurativo en mi tarea de investigador ir comprobando que las hipótesis iban surgiendo paralelamente al trabajo etnográfico.

El presente estudio es el resultado de la información recopilada a lo largo de trece meses de desarrollo etnográfico, de febrero de 2019 a marzo de 2020. El propósito inicial era alargar el trabajo de campo durante un periodo de seis meses más, pero el confinamiento domiciliario impuesto por las autoridades en marzo de 2020 modificó mi plan de trabajo. El proceso de investigación se sustenta en un trabajo de campo basado en noventa y seis sesiones de

observación, de las cuales ochenta y cuatro de ellas las realicé en la Comunidad Terapéutica. Las doce sesiones restantes las llevé a cabo en la sede central de la institución, en donde se efectúan las sesiones terapéuticas grupales de aquellos usuarios que han finalizado la estancia en la Comunidad. Las visitas las realicé durante tres fases diferentes. La primera fue el periodo más largo de trabajo de campo, desde febrero hasta julio de 2019. En la segunda fase de trabajo de campo mi objetivo era prestar atención a determinadas cuestiones relativas a la morfología social de la Comunidad a las que no había dedicado suficiente atención durante la primera fase. Esta fase la realicé desde septiembre a noviembre de 2019. La última fase corresponde al periodo de enero hasta marzo de 2020. Durante las dos primeras fases procuré en la medida de lo posible hacer inmersiones etnográficas de largo recorrido para no perder la dinámica de la Comunidad. Durante la última fase tan solo hice visitas puntuales. En cierta forma, este, es un estudio parcial. Mi primer objetivo era estudiar todo el recorrido que realizan los usuarios, desde la entrada a la Comunidad hasta la fase final denominada *fase de reinserción*. Con ello, pretendía obtener una visión global de todo el proceso de intervención, realizando incursiones etnográficas en los tres emplazamientos principales del programa: la Comunidad, el recurso ambulatorio y el denominado piso terapéutico. Las consecuencias del confinamiento modificaron todo mi planteamiento inicial. No pude realizar ninguna incursión etnográfica en el piso terapéutico y tan solo un tercio de las sesiones que tenía programadas en el recurso ambulatorio. Por suerte, y visto en perspectiva, prácticamente había finalizado la fase de trabajo de campo en la Comunidad. Al iniciarse el confinamiento tan solo me faltaba realizar cinco visitas a la Comunidad de las que tenía programadas en mi plan de trabajo. Eso sí, eran cinco visitas fundamentales para el buen desarrollo del estudio: las entrevistas en profundidad a cada uno de los miembros del equipo profesional y a Jesús, director de la Comunidad.

Debo admitir que esta circunstancia es una de las principales carencias de esta tesis. Estas entrevistas estaban programadas justo una semana después que se iniciara el confinamiento. Con ellas, pretendía cerrar todo el periodo etnográfico en la Comunidad. Programar las entrevistas con el equipo para las últimas visitas, tenía una doble finalidad. En primer lugar, pretendía poder realizar las entrevistas con el mayor conocimiento posible de lo que sucedía en la Comunidad. Cuanta más información tuviese sobre el modelo de intervención, sobre el

trabajo que realizaba el equipo y sobre ellos mismos, más podría precisar en mis preguntas. Y en segundo lugar, dejar las entrevistas para el final me permitía poder preguntar más libremente y con mayor contundencia.

Un año después de finalizar el trabajo de campo me planteé realizar las entrevistas en formato virtual, pero un cambio repentino en la dirección de la institución alteró la buena comunicación que mantenía con todo el personal de la Comunidad. A ello, se añadió los efectos que tuvo la gestión global de la pandemia, tanto a nivel institucional como personal. Durante dos años la institución tuvo que adaptarse, a base de improvisaciones, a todos los inconvenientes globales que supuso el covid-19 y a aquellos inconvenientes específicos derivados de la gestión de un establecimiento dedicado a la atención y convivencia de un elevado número de personas en régimen semi-cerrado.

El material etnográfico acumulado me permitía poder analizar en profundidad la vida social de la Comunidad y el modelo de intervención en su fase residencial, pero no era suficiente para abordar el estudio de la denominada *fase de reinserción*. Por otro lado, al iniciar el proceso de escritura me planteé de nuevo realizar las entrevistas al equipo profesional, pero las dudas que albergaba sobre mi capacidad para afrontar el proceso de escritura de la tesis, combinado con el esfuerzo que suponía la transcripción de las entrevistas, me desalentaron en mi propósito. Por tanto, no hay excusas en este sentido. La tesis carece del valioso relato que podían aportar los profesionales en el contexto de una entrevista en profundidad.

## **2.2. Primeros contactos con el terreno**

En cierta forma, este estudio se inició durante mi estancia como usuario en la primera de las dos Comunidades Terapéuticas en las que estuve ingresado. El impacto que me produjo a nivel intelectual la minuciosidad con la que se implantaba el modelo de intervención fue el detonante que impulsó quince años después la elección del tema de estudio. Por descontado, en ese momento la última cosa que me hubiese planteado era abordar el estudio social de una Comunidad Terapéutica, no solo por las condiciones personales en las que me encontraba, sino porque carecía de ningún tipo de formación académica. Pero ese impacto resurgió años

después al abordar la lectura de la principal referencia de esta investigación: la obra de Erving Goffman *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Reconocer, desde mi experiencia personal, cada una de las técnicas con las que la institución profana el *yo* de los usuarios descritas por el autor, fue el factor decisivo al plantearme el propósito de abordar una tesis doctoral. Pensé entonces y sigo pensando ahora que la intervención que se lleva a cabo en el contexto de una Comunidad Terapéutica es un sutil perfeccionamiento de las técnicas descritas por Goffman para el conjunto de las instituciones totales.

El acceso al campo vino precedido de un análisis sobre qué tipo de Comunidad podía ser la más adecuada para estudiar las técnicas descritas por Goffman. Basándome en mi experiencia, sabía que en las Comunidades Terapéuticas se utilizan dos modelos de intervención ligeramente diferentes. A grandes rasgos, se pueden definir como un modelo de intervención más exigente y en el que principalmente se utilizan técnicas de intervención conductuales y, otro, en el que la principal técnica de intervención son los grupos terapéuticos. Cuando estaba inmerso en este proceso de búsqueda, la casualidad llamó a mi puerta. Por puro azar, contacté con un miembro del equipo terapéutico de una de las principales organizaciones nacionales en Comunidades Terapéuticas. Sin ninguna dificultad, me facilitó el contacto del director de la organización y en menos de una semana me reuní con él en la sede central de la asociación.

Ya he comentado en la introducción la sorpresa que supuso, para mí, las facilidades que me ofreció la organización en el acceso al campo, pero me gustaría profundizar un poco más en este aspecto. La reunión con el director de una Comunidad Terapéutica era una ocasión única para mí. En ese momento ya había iniciado un proceso de búsqueda bibliográfica sobre estudios realizados en Comunidades Terapéuticas y era una evidencia la ausencia de estudios en el ámbito estatal. No existía un solo estudio etnográfico ni ningún tipo de referencia académica que aportara información relevante de este tipo de organizaciones. La única información al respecto en España desde el ámbito antropológico corría a cargo de Domingo Comas (2008), pero en ningún caso se trataba de un estudio crítico sino una aproximación a

la metodología de las Comunidades Terapéuticas financiada por el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) y realizada desde la perspectiva de la propia institución.

Es por ello que mis expectativas ante la reunión con el director de la institución eran más bien escasas. Mi objetivo era realizar un estudio crítico fundamentado en un trabajo etnográfico de larga duración, pero era evidente que no podía presentarme ante el director de la organización poniendo todas las cartas encima de la mesa. Es sabido el escaso interés que muestran los gestores del ámbito público o el personal directivo de las organizaciones en la etnografía como metodología de investigación. No descubro nada nuevo al afirmar la preferencia general en cuanto a utilizar metodologías cuantitativas, ya que ofrecen resultados más visuales, menos disruptivos para el día a día de la organización y mucho más manejables para sus propios intereses. En este contexto y preparándome para la entrevista, recordé un artículo de Oriol Romaní (1997) sobre etnografía y drogas en el que, entre otras muchas otras cosas, señalaba precisamente esta circunstancia y atribuía cierta responsabilidad a los antropólogos al no saber *vender* bien los beneficios que puede aportar la etnografía como metodología de investigación. Esta aportación, junto a las indicaciones de mi directora y determinadas recomendaciones obtenidas de la denominada *antropología de las élites* (Badaró y Vecchioli, 2009; Heredia, 2005) me hicieron comprender que debía ofrecer mi propuesta de investigación a la organización tal como si fuera un *producto*. Subyugándome a los términos mercantilistas, se trataba de vender algo que les pudiese interesar, que les fuese funcional y a la vez que no les aportase excesivos inconvenientes en términos operativos.

Planeé la entrevista prácticamente como si fuese una estrategia de marketing, aunque en realidad lo que les ofrecía no se alejaba de mis verdaderas intenciones. La estrategia consistía en ofrecer un *producto* que les podía aportar un tipo de conocimiento del que no disponía ninguna otra organización del sector, en tanto no se habían realizado proyectos en Comunidades Terapéuticas utilizando la etnografía como técnica de investigación. Mi propuesta les permitiría conocer lo que sucede en la Comunidad desde una perspectiva social en donde se haría especial énfasis en la relación entre los usuarios y el equipo. No les ofrecería datos numéricos, ni perfiles del tipo de usuarios sino más bien un tipo de narrativa y perspectiva que solo era posible alcanzar pasando mucho tiempo junto a los usuarios y junto



al personal de la Comunidad. Por otro lado, por intuición, creí que sería beneficioso explicar mi experiencia institucional como usuario argumentando lo funcional que me había resultado personalmente. Por último, también creí conveniente hacerles saber que mi propuesta, si bien no pretendía fiscalizar la tarea del personal ni de la institución, no descartaba un punto de vista crítico en determinadas situaciones.

La estrategia dio mucho mejor resultado del esperado porque ni en el mejor de los casos esperaba una reacción tan positiva. Desde un inicio y sin ningún tipo de inconveniente, el director de la organización me abrió las puertas de toda la institución, no solo me permitiría acceder a todos los espacios y grupos realizados en la Comunidad sino, que podría acudir a los diferentes recursos de la organización y utilizar el tiempo que creyese conveniente. En ese momento no entendí el motivo por el que había obtenido una respuesta tan positiva para mis intereses. Necesité varios meses de trabajo de campo y conocer la organización en profundidad para darme cuenta de que el hecho de aceptar mi propuesta respondía a una de las principales carencias de la asociación. Introduzco un breve recorte etnográfico para contextualizar mejor a que me refiero.

Desde que inicié el trabajo de campo, cada miércoles acude a la Comunidad una investigadora perteneciente a la Universidad de Barcelona (UB). Tan solo está en Comunidad unas tres horas aproximadamente. Suele llegar durante el desayuno y apenas he podido compartir unas frases con ella. Al llegar, conversa brevemente con algún miembro del equipo y solicita la presencia de algún usuario “*hoy me toca con Marina y con Alfonso*” (notas de campo 16-04-2019). Hace unas semanas le pregunté si tenía inconveniente en que nos reuniéramos brevemente para explicarme en qué consistía la investigación. Me preguntó la razón de mi interés y le expliqué que mi investigación consistía en observar la vida diaria en Comunidad. Al acudir a la Comunidad semanalmente, forma parte de su vida social, y por tanto, su presencia y la labor que realiza es importante para mí. Me explicó, por encima, en que consiste la investigación y que el estudio se realiza en ésta y en otras cinco Comunidades Terapéuticas de Cataluña desde hace más de diez años. Perteneció al departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica de la UB. Por lo que consigo entender, el objetivo es analizar cómo se relaciona la impulsividad con otros factores de riesgo que predisponen a la adicción. Para ello, pasan una serie de test a los usuarios, obtienen datos físicos y neuronales y tienen en cuenta características genéticas que obtienen a través de muestras de la piel de los usuarios. Los

datos bio-físicos los obtienen mediante un tipo de reloj de pulsera que colocan cada semana a dos usuarios. Estos, deben llevarlo en la muñeca durante todo momento durante tres días. Hoy, he recordado esta conversación porque al marcharse, varios usuarios han bromeado entre ellos sobre el tamaño del reloj que deben llevar. Todos bromeaban menos Luca *“pues yo no pienso hacerlo por qué no soy un experimento”*. El resto del grupo no ha dicho nada más sobre el tema. Me ha sorprendido y me ha agradado el comentario porque no es habitual este tipo de rebeldías entre los usuarios. Además, por lo que he podido escuchar al respecto, los usuarios se muestran muy dispuestos a participar en la investigación. Es probable que Luca piense lo mismo al verme tomar notas.

**Día 43.** Miércoles, 22 de mayo de 2019. Entrada 8.30h – Salida 13h

A finales de los años ochenta, cuando los ingresos debidos a la irrupción del consumo de heroína empezaron a disminuir de forma considerable, determinadas Comunidades Terapéuticas iniciaron un proceso de profesionalización que incluía cierta modificación de sus bases metodológicas y la incorporación de determinados profesionales, principalmente psicólogos y educadores sociales (Comas, 2008). Este proceso se inició a partir del año 1986 cuando el PNSD puso en marcha un proyecto de regularización que incluía medidas como la mejora de infraestructuras, la formación de los profesionales o el apoyo a la investigación y a la evaluación. Sin embargo, una buena parte de las Comunidades Terapéuticas se siguieron manteniendo en el modelo más estricto de los Programas Libres de Drogas, sobretodo porque no querían aceptar casos en mantenimiento con metadona. La organización que se analiza en este estudio formó parte de este grupo de Comunidades menos profesionalizadas. A ello, se añade la imagen mediática de la institución, asociada todavía al estereotipo de usuario de los años ochenta, es decir, consumidores de heroína, de clase baja, sin cultura y aspecto deteriorado. Estas dos circunstancias han influido negativamente en la imagen pública de la organización hasta la actualidad.

Pasados unos meses de la entrevista con el director y a partir de diferentes charlas informales mantenidas con los miembros del equipo profesional de la Comunidad, me confirmaron que el elevado número de investigaciones científicas en las que participan estaba vinculado al esfuerzo consciente que está realizando la organización durante la última década en presentarse públicamente como un tipo de organización más profesionalizada y cuyos

métodos de intervención se sustentan en una base científica. Desde su punto de vista, el director de la Comunidad supuso que mi propuesta de investigación –procedente de un individuo que ha superado con éxito un proceso de institucionalización- podría promover una imagen positiva de la institución desde una perspectiva científica. No es ajena a la organización la relación que establece la opinión pública entre ciertos tipos de Comunidades Terapéuticas con el confuso concepto de *secta*. La concepción popular que se tiene de este concepto planeó en todo momento durante mi estancia en la Comunidad. Hicieron referencia a él los mismos usuarios, estudiantes en prácticas e incluso el mismo director de la Comunidad. En definitiva, todo parece indicar que aceptar mi propuesta no tenía tanto que ver con mis dotes mercantilistas, sino con una estrategia de imagen institucional.

Debo apuntar que nada de lo dicho hasta el momento desmerece la oportunidad que me otorgó la organización. El trato personal que recibí desde la primera reunión con el director hasta la última jornada de trabajo de campo fue inmejorable. En todo momento recibí apoyo y consideración, en ningún sentido pusieron impedimento a mi labor ni me vetaron ninguna de las propuestas que pude realizarles. Me facilitaron documentos e informes cuando los solicité, me ofrecieron desayuno, comida y cena mientras realicé trabajo de campo y más allá de algunas oportunas consideraciones, en ningún momento obstaculizaron mi trabajo. En definitiva, pude trabajar libremente en todo momento dentro de las limitaciones propias de la institución. El acuerdo que establecimos entre ambas partes se limitaba únicamente a ofrecerles un informe con mis conclusiones una vez finalizada la tesis doctoral y si se daba el caso, la publicación conjunta de un artículo científico.

## **2.3. Las técnicas de investigación empleadas**

### **2.3.1. La observación participante**

Me parece importante introducir algunas consideraciones con relación a cómo creo que fue percibida mi presencia tanto por el equipo profesional como por los usuarios durante el

trabajo de campo. Mis visitas a la Comunidad las realicé, principalmente, por las mañanas, en menor medida por las tardes y muy puntualmente durante las noches y los fines de semana. Me centré, sobre todo, en realizar visitas durante las mañanas porque es el momento en el que se ejecuta la parte troncal del modelo de intervención. Asimismo, durante este turno están presentes los miembros del equipo profesional que tienen más peso en las decisiones que atañen a los usuarios y se realizan los grupos terapéuticos y la mayor parte de dinámicas que se llevan a cabo en la Comunidad. Tuve, por tanto, un contacto muy estrecho con los profesionales del turno de mañanas y con el director de la Comunidad. La relación desde un inicio fue cordial y colaborativa con todos ellos, si bien mantuve una relación más estrecha con el director de la Comunidad. Me presenté siempre como investigador que se disponía a realizar una tesis doctoral sobre la vida social de una Comunidad Terapéutica. Desde un inicio, incidí en destacar que el elemento más importante de estudio era las relaciones que se establecían entre usuarios y el personal de la Comunidad y que mi objetivo era conocer cómo se desarrollaba el modelo de intervención de la Comunidad. A este respecto, nunca tuve la sensación de que el equipo se sintiera fiscalizado por mi presencia, de hecho, más bien tuve la impresión contraria.

Tal como señala Peter Woods (2016, p. 49) la idea central de la observación participante es la penetración de las experiencias de los otros en un grupo o institución. Se entiende que no hay mejor manera de hacerlo que la de adoptar un papel real dentro del grupo o institución y así contribuir a sus interés o función, al mismo tiempo que se experimenta *personalmente* lo que está pasando en conjunción con los demás. De esta manera se accede a las actividades del grupo y, por tanto, se hace posible la observación desde la corta distancia. La principal dificultad que encontré en la Comunidad Terapéutica fue, justamente, qué papel adoptar dentro de la institución. Dadas las relaciones de poder que se establecen en la Comunidad entre el equipo profesional y los usuarios, debía ser muy precavido en el rol que me situaban en un inicio.

Durante los primeros días procuré, preventivamente, que el equipo profesional entendiera mi posición dentro del contexto de la Comunidad como la de un observador neutral, porque temía que al mantener una relación con ellos tan prolongada en el tiempo me asignaran un rol

que se pudiese considerar cercano a la perspectiva profesional. Era consciente que en el contexto de una Comunidad Terapéutica y con el tiempo que pretendía realizar trabajo de campo sería imposible mantener una posición neutra, pero creí conveniente poner en aviso al equipo para tener cierto margen de maniobra si se desarrollaban determinadas dinámicas. Efectivamente, tenía claro que no podría jugar un rol meramente pasivo -tampoco era mi intención- pero era importante intentar mantener un equilibrio entre el rol de observador neutral y el rol de observador participante. El objetivo de mantener este equilibrio era procurar que los usuarios no percibieran mi presencia como amenazante para poder establecer con ellos cierta complicidad. Si el equipo me situaba en un rol cercano al suyo, los usuarios no me percibirían como un observador neutral que se dedicaba a observar, sino como alguien que se dedicaba a vigilar y controlar sus movimientos.

A lo largo de la investigación ofreceré detalles de cómo se desarrolló la relación con el equipo, pero quiero apuntar aquí, qué desde un inicio tuve que hacer un doble juego con ellos. Como si de una especie de *agente doble* (Fabbri, 2001) se tratara, tuve que mantener en todo momento un discurso cercano a la perspectiva terapéutica. Si pretendía poder observar que sucedía entre bastidores era necesario ganarme su confianza y que no sintieran mi presencia como amenazante. En mi condición de exusuario no me fue difícil mantener este discurso. El contexto social de una Comunidad Terapéutica es un contexto profundamente diferente al de cualquier otro, se establecen relaciones de poder muy especiales y fácilmente podía verme desacreditado si cometía errores al no encontrar un equilibrio en mi rol de observador participante. Conocer la lógica que sustenta el modelo de intervención me facilitaba poder entender los códigos que manejaban los miembros del equipo durante las charlas informales o en las diferentes interacciones que mantenía con ellos. En realidad, no me sentí en ningún momento que estuviese traicionando su confianza. Mi objetivo era realizar un estudio crítico sobre la Comunidad y así lo comuniqué desde un principio. Por tanto, mi postura consistía, en mayor medida, en no entrometerme y no opinar, que en tener que mentir.

Tal como esperaba, al poco tiempo, los miembros del equipo fueron empujándome hacia un rol más cercano al suyo. Esto sucedía mayormente durante el transcurso de los grupos

terapéuticos cuando paulatinamente el responsable correspondiente del grupo me invitaba a participar. Consideré que no podía mantenerme imparcial y no participar porque esta posición hubiese influenciado negativamente en la percepción que el equipo debía de tener de mí. Procuré, en la medida de lo posible, no intervenir demasiado y cuando me interpelaban directamente tratar de mantener un discurso que si bien estaba en línea con la perspectiva institucional fuese mínimamente personal. En este sentido, siempre tuve una sensación de incertidumbre. Si participaba, pensaba que no debía hacerlo o que no había estado afortunado en mi intervención. Y si no lo hacía, salía del grupo pensando que no me había implicado lo suficiente.

Por descontado, durante todo el periodo de trabajo de campo jugó un papel importante la identificación que yo establecía con las experiencias que compartían los usuarios. Este no fue un problema demasiado grave porque, en cierta forma, mi situación vital actual me situaba en una posición muy diferente, pero sí que es cierto que durante los grupos terapéuticos más intensos pude perder, en determinados momentos, rigurosidad y alcance analítico por situarme en una posición demasiado cercana a la perspectiva del usuario.

También sucedió lo contrario, la perspectiva institucional se conforma de un discurso muy potente y que puede resultar muy funcional para las personas que se encuentran en una situación difícil debido al consumo problemático de sustancias. En mi caso, la metodología de intervención que se aplica en las Comunidades Terapéuticas me resultó en su momento muy beneficiosa y fácilmente podía perder el rigor científico al verme subsumido por la perspectiva institucional. Me sucedió durante determinados momentos del trabajo de campo. Con el tiempo, y visto ahora en perspectiva, creo que a pesar de las dificultades conseguí encontrar en la mayor parte de situaciones un lugar entremedio en el que situarme.

Una de las principales características de hacer observación participante en una Comunidad Terapéutica es la facilidad con la que obtienes la información. En otros contextos etnográficos el investigador depende, en muchas ocasiones, de las actividades dispuestas por las personas con las que se ha de relacionar y el proceso de recogida de información puede llegar a ser frustrante. Fácilmente, puede verse obligado, por ejemplo, a esperar largas

jornadas para obtener un pequeño dato, o de repente, un contratiempo le malbarata una reunión programada con anterioridad. Puede suceder, que su mejor informante desaparezca sin que sepa ni cómo ni porqué, y toda su programación deba cambiar por completo. Buscar y esperar son una constante en la mayor parte de trabajos etnográficos. En una Comunidad Terapéutica sucede todo lo contrario. La principal dificultad reside en seleccionar donde mirar y que información consideras más importante para el objetivo de la investigación. Toda la jornada laboral es un continuo de información susceptible de ser seleccionada. No hay tiempos muertos ni momentos perdidos. Es difícil explicar la intensidad que se respira en el ambiente de la Comunidad. Es difícil explicar la intensidad que se respira en el ambiente de la Comunidad y el esfuerzo que supone para un observador tratar de seleccionar la información que consideras más importante para trasladar a tus notas. No solo la actividad diaria es frenética al convivir tantas personas en un mismo lugar, sino que el modelo de intervención está formulado para generar un tipo de interacciones entre los usuarios que crea un clima de tensión constante. Paulatinamente, fui aprendiendo a detenerme, guardar la libreta de notas y aplicar lo que se conoce como *observación no obstrusiva* u *observación simple* (Webb et al., 1999), es decir, en atender a los flujos de acción sin intervenir activamente ni interferirlos. Siempre procuraba dedicar un tiempo a separarme del grupo, me retiraba a un lado del patio y procuraba observar la panorámica global de la situación, estudiar las dinámicas de movimiento y la distribución del espacio. El patio era una coreografía en sí misma en la que cada miembro de la Comunidad realizaba el papel que debía realizar dentro de la estructura jerárquica que rige la institución.

Por último, me gustaría apuntar una consideración sobre como he presentado los recortes etnográficos que aparecen a lo largo del estudio. Se verá que estos recortes no están ordenados cronológicamente, sino que van apareciendo en referencia al aspecto sobre el que se está tratando en ese punto concreto. En algunas ocasiones, he decidido no limitar el recorte etnográfico, únicamente, y de forma concisa, al contenido que se está tratando para que simultáneamente, también se distinga en ellos las pequeñas circunstancias que dan sentido a la vida social de la Comunidad. He procurado, en la medida de lo posible, tratar de ser sobrio y dejar hablar a los protagonistas de la etnografía. Como etnógrafo, no he podido prescindir

de lo que como tal considero obvio: que en muchas ocasiones la mejor forma de exponer, o tratar de transmitir una determinada cuestión es dando voz a los propios actores.

Por último, quisiera reconocer una deuda con aquella forma de dar con las cosas que fue la propia de la literatura naturalista: Zola, Maupassant, Flaubert... Creo que la etnografía le debe no poco a aquella escritura suya, ávida de hechos. Hechos no siempre ficticios, sino en ocasiones auténticos apuntes al natural. Me impresionó –y aprendí– en especial de la obra literaria de Antón Chejov, y muy especialmente de uno de sus trabajos menos conocidos, la crónica de su viaje a la isla de Sajalín. De ahí una metodología implícita que adopté en todo momento como modelo, mucho más que de los manuales de etnografía al uso: leer y resumir; buscar publicaciones y confeccionar fichas; pedir ayuda para recabar informaciones previas; dotarse de un buen cuaderno de notas; estar dispuesto a reconsiderar opiniones basadas en lecturas y en expectativas; no planificar demasiado; ponerse en manos del azar; cambiar de lugar; trasladarse de un sitio a otro; visitar un lugar a una hora apropiada para ver cómo funciona normalmente; prestar atención a lo que se dice; escuchar también las habladurías; prestar atención a los signos de distinción social; usar el olfato, el oído, el tacto, el gusto, además de la observación directa; o simplemente hablar por hablar (Chéjov, 2005). Esos fueron alguno de los consejos que, tomados de la literatura, no dejé de seguir en todo momento.

### **2.3.2. La entrevista en profundidad**

Para cerrar esta primera parte de la investigación me gustaría añadir algunas consideraciones a propósito del uso de la entrevista como herramienta complementaria a la observación participante. En primer lugar, quisiera señalar que durante la fase inicial en la Comunidad tuve dudas acerca de la conveniencia de realizar entrevistas a los usuarios. Pensé, erróneamente, que no era necesario acumular más conocimiento e información sobre los usuarios de la que ya ofrecían ellos mismos durante los diferentes espacios que conforman el programa de intervención. Como se verá a lo largo del estudio, el tratamiento está compuesto de una serie de espacios en los que el usuario se ve conminado a exponer de forma pública



distintos ámbitos de su vida privada, incluyendo su historia familiar, su carrera de consumo, sus relaciones sentimentales y sexuales, así como otros aspectos de su vida más íntima. Por otro lado, también manejaba la idea equivocada de que el asfixiante control ejercido por la institución sobre los usuarios no me permitiría acceder a un discurso que no fuera más que una mera reproducción de lo que ya explicaban a lo largo de estos espacios.

Sin embargo, y a raíz de las charlas informales mantenidas con los usuarios durante los espacios de descanso, fui dándome cuenta que, en realidad, el conocimiento que podía obtener a través de las entrevistas no tenía tanto que ver con el contenido, sino con la forma de representarse en tanto que usuarios. Ya había podido comprobar que no se alejaban en ningún momento de la perspectiva de sí mismos que auspiciaba la institución. En todos los casos, debían mostrarse de acuerdo con la línea discursiva de la institución. Sin embargo, las entrevistas sí que me podían ayudar a matizar mis impresiones sobre determinadas cuestiones y serme útiles como elemento de triangulación entre aquello que expresaban los usuarios de forma pública durante los espacios terapéuticos, lo que me contaban a mí personalmente durante las charlas informales y lo que pudieran expresar en el contexto de una entrevista.

Realicé entrevistas en profundidad a once usuarios seleccionados entre la promoción que había ingresado en la Comunidad durante el mismo periodo que inicié el trabajo de campo. Tomé esta decisión porque consideré que el hecho de mantener un largo periodo de relación con ellos (las entrevistas fueron realizadas cuando este grupo de usuarios ya se encontraban en la tercera fase del tratamiento) podía ayudarme a crear un clima de confianza al tiempo que, de esta forma, tenía un mayor conocimiento de su forma de relacionarse en la Comunidad. Por este motivo, y aunque durante la realización de la entrevista utilicé un esquema que previamente había presentado al director de la Comunidad, me fui adaptando a aquello que creía más conveniente para el estudio, moldeando el grado de directividad a la forma de comunicarse de cada usuario. La mayor parte de ellos ofrecieron una alta tendencia en mostrarse comunicativos y desarrollaron las respuestas a mis preguntas con todo tipo de detalles personales que me fueron muy útiles para obtener una visión más global en su forma de encarar el tratamiento. En dos casos, tuve que recurrir con mayor frecuencia al guion que tenía planteado porque no se extendieron demasiado en las respuestas.

El guion de la entrevista abarcaba tres aspectos principalmente. En primer lugar, quise que narraran cuáles habían sido las circunstancias que les habían conducido a ingresar en la Comunidad y como habían experimentado el proceso de adaptación a la institución. El segundo aspecto estaba relacionado con las relaciones que mantenían con sus compañeros de tratamiento y con el equipo profesional. Y el último, con la normativa que rige la Comunidad. De las entrevistas me interesaba sobre todo la narrativa de cada usuario, aquello que Spence (1982: 186) define como “verdad narrativa” y no “verdad histórica” puesto que no es relevante saber si los hechos narrados son ciertos o no. Tanto nos puede interesar la versión incorrecta de un hecho, como el hecho mismo que el usuario no hubiese dicho la verdad o la expresara de forma diferente durante los grupos terapéuticos que durante la entrevista en la que les garantizaba la confidencialidad. Lo que me interesaba conocer en mayor profundidad, más allá de sus historias de vida, era la forma en que se presentaban ante los demás y la forma en que se representaban ante ellos mismos. Asimismo, y siguiendo los principios etnometodológicos (Garfinkel, 2006), traté de observar el modo en el cual el entrevistado se esforzaba en generar un discurso plausible, esto es, de qué forma asumía como propio el discurso institucional, cómo argumentaba a posteriori determinadas reacciones emocionales que había podido observar durante el transcurso de los grupos o cómo racionalizaba discursivamente determinadas prácticas terapéuticas.

Antes de iniciar la entrevista garanticé a los usuarios confidencialidad ante el equipo terapéutico, si bien, esta confidencialidad estaba sujeta a unos parámetros que explicaré en la tercera fase del estudio. Procuré, en todo momento, tener en cuenta que la entrevista, como cualquier otro acto comunicativo, se rige en relación con las expectativas normativas que establece el contexto institucional y que, tal como señalan Bourdieu y Wacquant (1995: 118-120) todo intercambio lingüístico es, en sí mismo, un acto de poder, sobre todo cuando se produce en condiciones asimétricas en la distribución del capital cultural. Asimismo, toda entrevista debe considerarse dentro del ámbito situacional en el que se desarrolla y, por tanto, debe leerse teniendo en cuenta que su desarrollo se articula mediante la construcción conjunta que hacen de la realidad entrevistador y entrevistado.



## Segunda parte

# El contexto institucional

*Imagínense que de repente está en tierra, rodeado de todos sus pertrechos, sólo en una playa tropical cercana a un poblado indígena, mientras ve alejarse hasta desaparecer la lancha que le ha llevado.*

Bronislaw Malinowski





# CAPÍTULO 3

## PROTOCOLO

### 3.1. La Comunidad

Llego a la Comunidad un poco más tarde de la hora acordada. Diferentes contingencias familiares me han retrasado más de treinta minutos. La casa está situada a medio camino de una colina al borde de una estrecha carretera comarcal que comunica dos importantes poblaciones industriales. Se trata de una zona boscosa, de árboles altos, en la que abundan los pinares de pino blanco y formaciones de vegetación baja tipo arbustos. La casa queda escondida bajo una pendiente y solo se llega a vislumbrar al entrar plenamente con el coche. La entrada no se encuentra protegida por ninguna puerta ni barrera. Tan solo un pequeño y modesto cartel escrito a mano anuncia el nombre de la institución: La Comunidad.

Otros carteles del mismo estilo me guían al aparcamiento que está situado al fondo de la pendiente. Durante este breve recorrido veo a los primeros usuarios dispersados en pequeños grupos a lo largo y ancho del jardín. Aparco el coche en una explanada cimentada en las que se encuentran otros cuatro automóviles que presupongo deben pertenecer al equipo profesional. Antes de salir del coche, siento nervios y todo mi propósito se me antoja frívolo y pretencioso. Un grupo de usuarios me reciben en el patio, me saludan amablemente y uno de ellos me acompaña hasta uno de los miembros del equipo profesional.

Tengo pactada una reunión con Jesús (director de la Comunidad), pero al llegar con tanto retraso, me ha saltado el turno y se encuentra reunido. Deberé esperar. Me lo comunica Gerard (uno de los terapeutas del equipo profesional y la persona que me ha servido de enlace para entrar en la Comunidad, pero al que no he conocido hasta este momento). Me invita a esperar en el despacho del equipo y mantenemos una charla informal sobre cuestiones personales y sobre la propia investigación. En el despacho también se encuentra

Eva (terapeuta) que va entrando y saliendo a la vez que va comentando asuntos laborales con Gerard. Durante la espera se producen diferentes llamadas de familiares de los “usuarios” (opto por preguntar a Gerard qué termino utilizan para denominar a las personas que viven en la Comunidad, aún y sabiéndolo, pero me sirve de excusa, ya que durante la conversación con Gerard he utilizado, por error, varias veces el término “interno”). Mi idea para estas primeras semanas de trabajo de campo es no realizar demasiadas preguntas directas al equipo profesional. Tengo la intuición que es lo más adecuado para procurar que mi presencia sea lo menos amenazante posible, pero también, para no cometer algún error de principiante que condicione la mirada del equipo profesional hacia mí. Aún y así, le hago algunas preguntas poco comprometedoras y me ofrece mucha información.

Jesús me recibe a los pocos minutos en su despacho. No lo conocía personalmente, tan solo nos habíamos comunicado por correo electrónico. Parece rondar los cincuenta y tantos años, muy delgado, rostro pálido y semblante sereno. No tengo ninguna información al respecto, pero por su apariencia, rápidamente lo catalogo como un ex yonqui de los años ochenta. Hablamos de horarios, dinámicas, normas de la casa y de los principales aspectos de la investigación. Al hablar sobre las normas de la casa, me explica de casualidad que los usuarios no se pueden dejar comida en el plato. *¿Y si no la acaban, hay castigo?* pregunto. *“Se la acaban”*. Lo expresa de forma tajante dando a entender que no hay opción. Me llama la atención una anécdota que me explica sobre un usuario que ha pasado quince años en la cárcel, pero que sin embargo, la estancia en Comunidad le está resultando muy dura. *“Allí era el típico tío chungo, pero aquí esa pose no sirve para nada”*.

En líneas generales, la reunión es muy positiva. No percibo que viva mi presencia de forma amenazante, al contrario, se muestra hablador y amable. Desde el primer momento, tengo la percepción que mantendremos una relación fluida. Es la relación más determinante para la investigación. Mi supervisión corre a cargo principalmente de Jesus, director de la institución, pero será ante Jesús, director de la Comunidad, ante quien tenga que responder por mis acciones en el día a día. La única condición que me pide a cambio de abrirme las puertas de la Comunidad, es que les eche una mano en determinadas cuestiones logísticas *“En el turno de mañana somos cuatro, pero no damos abasto. Solo tendrías que acompañar de tanto en tanto a algún usuario a hacer alguna gestión. Los usuarios de tercer nivel pueden conducir, pero no pueden ir solos, alguien tiene que acompañarlos”*. Antes de finalizar la reunión me habla sobre la hoja de confidencialidad y acordamos firmarla en otro momento.



Al acabar la reunión solicito a Jesús la posibilidad de conocer la casa. Me remite a Jordi, que me presenta como “Cap de grup”. Jordi me va enseñando los diferentes espacios a la vez que me hace oportunos comentarios y responde a mis preguntas. En cada espacio hay un grupo de usuarios. Al presentarme a uno de los usuarios ofreciéndole mi mano, me da un abrazo y me dice “aquí nos abrazamos, no nos damos la mano”. Los otros dos usuarios también me abrazan. Sin embargo, en el resto de espacios me estrechan la mano. Mantengo con ellos pequeñas conversaciones, sobre todo me preguntan “¿*Qué vienes a investigar?*”. Intento explicar, de forma general, que pretendo observar la vida de la Comunidad y que me tendrán por aquí mucho tiempo. En cada uno de los espacios se trabaja de forma pausada, pero aplicadamente.

La casa se encuentra extremadamente limpia, pero sin ningún tipo de decoración o artificio. Las paredes son blancas y en ellas tan solo hay colocados algunos carteles informativos para los usuarios, del tipo hoja de registros o similares. El poco mobiliario que hay es de baja calidad y malgastado, pero en ningún caso el aspecto de la casa es de dejadez. La temperatura es considerablemente fría -sin llegar a ser gélida- aunque observo que hay radiadores en las paredes. Jordi me comenta que tan solo se utilizan en la segunda y tercera planta, donde están situadas las habitaciones.

Obviamente, es una casa grande ya que en ella conviven unas cuarenta personas y la utilizan alrededor de sesenta diariamente (los usuarios de tercera fase pernoctan en sus casas). La parte central de la casa tiene tres plantas y es bastante antigua, pero da la sensación de que se amplió con posterioridad un ala de la casa, ya que tiene un estilo arquitectónico diferente. La distribución de la casa es funcional, dos puertas de entrada, de las cuales, una de ellas da a la sala que se utiliza como comedor y como sala de reuniones para los usuarios de primer nivel, y la otra, da a la sala de estar. Junto a esta sala se encuentra la cocina, no demasiado grande para la cantidad de gente que vive en la casa, pero con una distribución muy práctica y bien acondicionada. El mobiliario de la cocina es de tipo industrial y, al mostrármela Jordi, hay varios usuarios cocinando. En la planta baja también hay un dormitorio y dos cuartos de baño con diferentes estancias. Se accede a ellos a través de un estrecho pasillo repleto de chaquetas colgadas en sus respectivos colgadores. El cuarto de baño destinado a los hombres es pequeño, un lavamanos en el centro y dos estancias laterales a modo de retrete. Me fijo intencionadamente en las puertas de los retretes. Tal como suponía ninguna de las puertas dispone de cerrojo. Jordi me explica que los usuarios deben colocar un pequeño cartel con su nombre colgando del pomo en la parte exterior de la puerta.

*-Así se sabe si hay alguien dentro y quien hay. Luego les diré a los de mantenimiento que te hagan uno para ti, con tu nombre-*

En la segunda planta se encuentran cuatro dormitorios más, otro cuarto de baño con tres duchas y la sala de medicación. Esta pequeña estancia también es utilizada como dormitorio para los voluntarios que pasan la noche en Ct (por las noches no trabaja ningún miembro del equipo profesional, sino un voluntario que realiza las funciones propias del equipo). Los dormitorios de los usuarios constan de dos literas, armarios empotrados y dos mesitas de noche. Todas las habitaciones se encuentran recogidas y muy limpias, y como en el resto de la casa sin ningún tipo de decoración. Me sorprende que no haya fotografías de familiares de los usuarios situadas en las mesitas de noche. Cada habitación tiene un cartel de madera pintado a mano colocado en la puerta con el nombre de la habitación (los nombres hacen referencia a diferentes montañas catalanas: Collbató, Pica d'Estats, etc...).

No he podido acceder a la tercera planta, denominada *Torreta*, ya que es el área de mujeres. Jordi, me explica que en ella hay dos dormitorios, una sala de estar y un baño, pero que no está permitido el acceso a ningún usuario masculino si no va acompañado de algún miembro del equipo. Las tres plantas están conectadas por una escalera estrecha que también da acceso al ala adyacente de la casa. En ella, encontramos la sala de informática (en reformas en este momento), una sala de reuniones (denominada Sala rosa por el color en el que estaban pintadas las paredes antiguamente, si bien, actualmente son blancas) en la que se realizan grupos terapéuticos, y una pequeña estancia (denominada Administración) en la que los usuarios realizan aquellas funciones que tienen que ver con el funcionamiento logístico y administrativo de la casa. Junto a esta sala se encuentra el lavadero (denominado Bugaderia) en la que encontramos cinco lavadoras, un escritorio y los asientos traseros de una furgoneta a modo de sofá. Entre medio de estas dos salas se encuentra el almacén o despensa formado por dos salas, en la primera están situados los congeladores, y en la segunda, una sala frigorífica de formato industrial en la que se conservan los alimentos frescos. La última estancia de esta parte de la casa es el despacho del equipo profesional (denominada Sala) y junto a ella se encuentra el despacho del director. Tanto la sala del equipo profesional como el propio despacho del director están decorados con la misma sencillez y falta de pretensiones que el resto de la casa. Incluso la mesa y la silla del director- con la carga simbólica que esto puede suponer- son de la misma baja calidad que el resto del mobiliario de la casa. A esta sala se accede desde el patio mediante una escalera metálica muy inclinada. Me sorprende positivamente que no haya diferencia estética entre el espacio destinado a los profesionales y el espacio destinado a los usuarios.

La casa está envuelta por un jardín, coronado en la entrada principal por un patio de cemento de unos cuarenta metros cuadrados, con algunos bancos, árboles y un pozo de agua en el centro. Este patio da acceso, bajando unas escaleras, a una pequeña casa de madera de una sola estancia. Esta sala se denomina Tanaka y en ella se realizan las principales actividades de la casa (grupos terapéuticos, reuniones con los familiares, dinámicas de grupo, etc.). Justo al lado de Tanaka, está la piscina, en este momento con el agua sucia, pero durante el verano es utilizada por los usuarios. Y detrás de la piscina, un huerto considerablemente grande. Desde el patio se accede mediante unas escaleras a un espacio cimentado denominado “Foso” que se utiliza como aparcamiento por las mañanas y como espacio para hacer deporte por las tardes. En una de las paredes hay una canasta de baloncesto. Desde lo alto del patio de la casa se oye el ruido de los coches que circulan por la carretera, pero sin que llegue a ser molesto. Al bajar por el patio, el ruido de los motores desaparece y se aprecian unas vistas excelentes de las montañas. La situación geográfica de la casa es ideal para el propósito institucional porque se encuentra aislada, pero no excesivamente alejada de las poblaciones cercanas. Esto, posibilita que el usuario perciba la sensación de desconexión y alejamiento con la vida exterior, pero que al mismo tiempo sea funcional logísticamente en las idas y venidas que deben hacer tanto el equipo profesional como los usuarios. A escasos cincuenta metros de la casa se encuentra la parada de autobús que conecta la casa con las dos poblaciones. Jordi, me comenta que en ocasiones los usuarios realizan el trayecto a pie. Alrededor de 20 minutos andando por la carretera para llegar a Montcada i Reixach.

En líneas generales, la casa confiere un aire insustancial i desangelado. Me ha parecido una casa triste en comparación al resto de Comunidades Terapéuticas que he conocido, pero funcional, tanto por su ubicación geográfica como por la propia distribución arquitectónica de la casa.

**Día 1.** Martes, 5 de mayo de 2019. Entrada 9:30h- Salida 12:30h

## 3.2. Grupos Sociales

La vida social de la Comunidad está compuesta por dos grupos sociales claramente diferenciados: *usuarios* y *no-usuarios*. Esta sencilla clasificación nos advierte del carácter binario del establecimiento en el que un individuo solamente puede ser ubicado en una de estas dos posiciones sociales. No existen grupos sociales intermedios como se suelen dar en otras organizaciones de carácter similar<sup>3</sup>. Ambos grupos sociales se configuran a partir de una organización toscamente jerarquizada que afecta tanto a la vida social de la Comunidad como a la logística estructural del propio grupo. Esta compartimentación se corresponde con la que Goffman (2003) hemos visto que establece entre estigmatizados y “normales”, que en nuestro caso se pasan buena parte manteniendo situaciones sociales mixtas. Los estigmatizados son, por supuesto, los adictos en vías de desestigmatización, es decir de cura y rehabilitación. En situaciones de encuentro como las que se producen en la Comunidad, las personas normales –profesionales o voluntarios– harán lo posible por conducirse en relación con el estigmatizado intentando compartir o hacer ver que comparten su punto de vista y que comprenden su situación de desventaja, asumir que el estigmatizado es “esencialmente normal”, a pesar de las apariencias y de sus propias dudas.

Entre los normales destacada –y nos interesa– el papel de aquellos que Goffman llama sabios, es decir “personas normales cuya situación especial las lleva a estar íntimamente informadas acerca de la vida secreta de los individuos estigmatizados y a simpatizar con ellos”. Las personas sabias son normales, que pueden ser ellos mismos hasta cierto punto marginales, ante los cuales el estigmatizado no tiene por qué sentirse avergonzado por su estigma ni ejercer un autocontrol especial, porque sabe que a pesar de su imperfección será considerado como un individuo corriente o que puede llegar a serlo si se le ayuda. Como en la Comunidad Terapéutica, el sabio con frecuencia es alguien cuya sabiduría proviene de sus actividades en un establecimiento o institución que aspira a satisfacer las necesidades de los estigmatizados y que pertenece a la red de ayudas que la sociedad ofrece a éstos para paliar su desventaja. Es en este contexto que Goffman habla de la “estigmofilia” (p. 44) del sabio,

---

<sup>3</sup> En las instituciones penitenciarias, por ejemplo, pueden darse grupos intermedios como los individuos que realizan talleres para los reclusos de forma voluntaria. En este caso no se pueden clasificar ni dentro del grupo social de los presidiarios ni dentro del grupo social de los profesionales que trabajan en la institución. Esto sucede cuando un determinado grupo no comparte la visión de ninguno de los dos grupos. Otro ejemplo, es el personal de mantenimiento.

para oponerla a la estigmofobia que suelen experimentar el resto de normales hacia las personas desacreditadas por su estigma.

El grupo social de los *usuarios* lo conforman exclusivamente aquellas personas que, en ese momento concreto, se encuentran realizando el programa terapéutico. Pueden ser usuarios de primera, segunda, o tercera fase, o pueden encontrarse en fase de reinserción. La composición del grupo social *no usuarios* es un tanto más compleja. Este grupo social está formado por: a) Equipo profesional/terapéutico b) Equipo profesional/educador c) Equipo de voluntarios d) Equipo de veteranos e) Estudiantes en prácticas.

He denominado equipo profesional/terapéutico al grupo social que realiza una jornada laboral y recibe una retribución económica por la tarea que ejerce dentro de la Comunidad. Esto incluye a Jesús (director de la Comunidad) y a los cuatro profesionales del turno de mañana (Eva, Gerard, Susana y María). Son los responsables de tomar las principales decisiones en el día a día de la Comunidad, así como aquellas decisiones que pueden afectar a la vida civil del usuario en el exterior. Su jornada laboral es de siete de la mañana a tres de la tarde, pero habitualmente las diferentes contingencias de la Comunidad y el sobrecargo de tareas de las que se hacen cargo les obligaba a finalizar la jornada alrededor de una hora más tarde.

El equipo profesional/educador está formado por la profesional del turno de tarde (Isabel) y por el profesional encargado del fin de semana (Gustavo) y no recibe la misma consideración social que el equipo terapéutico, ni por parte de la institución ni por parte de los usuarios. Se sitúan en la misma escala salarial que sus compañeros, pero no tienen la misma autoridad para tomar decisiones. El siguiente recorte etnográfico nos puede ayudar a comprender como se articula la escala jerárquica entre estos dos subgrupos.

Al finalizar el *escuchamos*<sup>4</sup> me reúno con Judit (estudiante de Educación Social en prácticas). Está realizando un seguimiento a Pau como estudio de caso dentro de las prácticas que realiza para la universidad. Ayer me preguntó si nos podíamos reunir para

<sup>4</sup> Los *escuchamos* son reuniones informativas y organizativas caracterizadas por realizarse con mucha asiduidad y bajo pautas muy ritualizadas. Serán analizadas en detalle en el Capítulo 4.1.

darle mi opinión sobre Pau. Creo que no le aporoto nada nuevo con las tres consideraciones que le hago al respecto, sin embargo, la conversación es interesante por el rol que tiene Judit dentro de la Comunidad. Maneja mucha información tanto del equipo profesional como de los usuarios y, si bien, realiza muchas de las funciones del equipo, no forma parte de él. Es una lástima que en pocos días finalice su periodo de prácticas, porque es una fuente de información muy útil para mí dada la posición que ocupa en la Comunidad.

La conversación me ha permitido poder preguntarle sobre su visión del equipo y sobre algunos aspectos del tratamiento. Considera adecuada la rudeza de María y Susana durante las *trobadas* “*porque si no, no hacen caso. Y, además, ya son adultos*”. A destacar, una nomenclatura que había advertido, pero no sabía que se realizaba de forma consciente. El equipo profesional de la mañana se auto denomina genéricamente como “*terapeutas*”, sin embargo, a los profesionales que trabajan por las tardes y durante los fines de semana se les denomina “*educadores*”. Judit: “*cuando entré, María me dijo que yo trabajaría con el equipo de terapeutas y no el de educadores. Le pregunté si no era lo mismo y me dijo: no, ellos son educadores y nosotros terapeutas. Ellos no hacen grupos terapéuticos. Pero es curioso porque en realidad el único que es psicólogo titulado es Gerard, el resto, a pesar de que se consideran terapeutas no tienen formación como psicólogos*”. Le pregunto sobre cómo se ha sentido ella durante su etapa de prácticas “*los primeros días flipé mucho con todo, casi me quería ir. Pensaba que era como una secta... pero muy pronto le cogí el tranquilo y entendí el que se hace aquí. Además, me he sentido muy a gusto con los usuarios. Me he sentido siempre respetada por todo el mundo, también por el equipo, pero sobre todo me ha sorprendido como me han tratado los usuarios. Desde el primer día he tenido la sensación de que estaba trabajando y no haciendo prácticas. Los usuarios siempre me han tratado como si fuera una más del equipo.*”

**Día 38.** Martes, 14 de mayo de 2019. Entrada 12h- Salida 19h

El resto de personal *no-usuario* no obtiene ninguna retribución económica por las tareas realizadas. El equipo de voluntarios suele estar formado por personas que han tenido algún tipo de contacto previo con la institución como es el caso de familiares de antiguos usuarios que como muestra de gratitud se involucran en la institución realizando tareas de voluntariado. También se da el caso de voluntarios que no han tenido contacto con la institución, pero que consideran que pueden aportar algún tipo de ayuda a los usuarios. En algunos casos realizan funciones determinantes para la institución como es el caso por

ejemplo de los maestros que acuden a la Comunidad para realizar clases a los usuarios. En otros, ejercen funciones no relacionadas con su profesión, pero que resultan decisivas en el día a día del usuario. Por ejemplo, pueden realizar tareas de supervisión o ejercer la función de *acompañamiento* en aquellos casos en los que el usuario no dispone de una red social o familiar fuera de la Comunidad. El voluntario es una figura clave dentro de la infraestructura institucional de esta organización y relativamente poco común en el resto de Comunidades Terapéuticas.

Los estudiantes en prácticas también ejercen un rol significativo dentro del organigrama social de la Comunidad. Realizan tareas similares a las que desempeñan los voluntarios, pero tienen mayor presencia temporal en el día a día de la Comunidad. Los voluntarios suelen acudir a Comunidad días concretos a realizar tareas concretas, los estudiantes en prácticas, en cambio, acuden a la Comunidad de forma continuada durante algunos meses. Durante el periodo de trabajo de Campo coincidí con tres estudiantes en prácticas. Dos de ellas absorbieron la cultura institucional y finalizaron el periodo de prácticas expresando su satisfacción por la experiencia. Establecieron un vínculo muy cercano tanto con el equipo profesional como con los usuarios. La tercera estudiante en prácticas abandonó la Comunidad durante la semana posterior a iniciar su estancia.

Antes de marcharme busco a Noelia, la nueva estudiante en prácticas para preguntarle cómo está viviendo estos primeros días en la Comunidad. Me ha parecido verla muy desubicada y huidiza. La encuentro sentada en uno de los sofás de la sala de televisión tomando notas en un cuaderno.

*-Yo es que no entiendo que es lo que hacen aquí. A ver, sí que lo entiendo, pero creo que la mayoría de cosas que hacen no sirven para nada. La mayor parte del día los usuarios están haciendo la comida o aquí en el huerto, o limpiando el jardín. Sí que hacen grupos terapéuticos y algunos están bien, pero en la mayoría de grupos lo único que hacen es discutir entre ellos. Yo estoy estudiando psicología y creo que esto no me sirve de nada. Aquí no se hacen ni sesiones terapéuticas individuales. No aprendo nada.*

Intento explicarle cual es la lógica del tratamiento y me doy cuenta que sin pretenderlo estoy definiendo determinadas lógicas institucionales. Me comenta que está valorando la opción de pedir un cambio de prácticas a la universidad.

**Día 40.** Jueves, 16 de mayo de 2019. Entrada 8:30h- Salida

La principal función del grupo social *no-usuarios* es, principalmente, la de ejercer el control social formal de los usuarios. A pesar de ocupar diferentes rangos son percibidos y representados por los usuarios bajo la misma consideración y respeto. El usuario los percibe como antagonistas de su situación vital y social, y todos, ya sea el director de la Comunidad o un estudiante en prácticas, son tratados por el usuario con la misma relación de subordinación. Sin embargo, el usuario tiende a respetar la escala jerárquica institucional y es consciente en sus interacciones de los diferentes niveles de estatus en los que se sitúa cada miembro del grupo. Las conversaciones informales que se producen entre ambos grupos fuera de los espacios específicamente terapéuticos revelan a través de pequeños detalles (movimientos gestuales, tono de voz, etc.) como el usuario se adapta a la escala jerárquica de la institución. Es muy evidente sobre todo en las interacciones que los usuarios mantienen con el director de la Comunidad, al que los usuarios dispensan un trato casi reverencial y con los profesionales del turno de mañana situados en el segundo escalafón del orden jerárquico. Esta circunstancia es perceptible también en el ambiente general de la casa si comparamos los diferentes turnos horarios. Se aprecia una gran diferencia entre el turno de mañanas, en el que están presentes tanto el director de la Comunidad como el equipo de terapeutas, con el resto de turnos horarios en los que mayoritariamente el equipo está formado por personal no profesional. Estas dos viñetas etnográficas extraídas del diario de campo dan cuenta de hasta qué punto varían las interacciones entre ambos grupos sociales según el turno horario en el que se produzcan.

Por la tarde, tengo por objetivo observar en qué medida varía la dinámica mañana/tarde, ya que es la primera vez que acudo a Comunidad en turno de tarde. Hoy, toca “formación”. Dos días a la semana, vienen a Comunidad dos profesores voluntarios a realizar tres horas de clase. Ambos son docentes ya jubilados. Los usuarios se dividen en dos grupos, un grupo la primera hora y media para cada docente y posteriormente se intercambian el grupo. Hoy, asisto al grupo en el que se da un contenido más escolar (historia, lengua, etc.). El otro grupo, realiza un contenido más enfocado al ámbito laboral y a la reinserción.



La “formación” me sorprende porque es la primera vez que veo a los usuarios en una actitud mucho más relajada. Durante la sesión no piden el turno de palabra, sino que participan aleatoriamente o hablan entre ellos y bromean, algo insólito durante el turno de mañana. En general se percibe una distensión, pero el ambiente en ningún momento es caótico. La docente introduce un tema histórico relacionado con una exposición que fueron a ver la semana pasada en este mismo horario. Les hace preguntas para observar que recuerdan y posteriormente va llevando el tema a aspectos más reflexivos para luego hacer pequeños grupos, hablarlo entre ellos y, finalmente, escribir una breve reflexión sobre el tema. Los usuarios realizan la tarea de forma ordenada y con interés, pero de manera desenfadada. No percibo tanta rigidez, ni el automatismo institucional habitual en sus respuestas.

**Día 5.** Jueves, 28 de febrero de 2019. Entrada 8:30h– Salida 12h. Entrada 15h– Salida 19h.

Aunque sea lunes, es día festivo en la Comunidad ya que en la provincia de Barcelona se celebra la Segunda Pascua. Por lo tanto, hay pocos usuarios, se mantiene el horario y las dinámicas del fin de semana, y el equipo corresponde al turno de fin de semana. El equipo lo forman Inés (educadora) y Marta (voluntaria). Al llegar, están todos reunidos en el salón comentando el horario que se seguirá durante toda la jornada. Tan solo quedan quince usuarios en la casa y el ambiente, como es habitual durante los fines de semana, es más distendido. De 10h a 11h tiempo libre. Por primera vez, escucho música en la Comunidad. Inés ha mandado colocar un reproductor y unos altavoces en la ventana que da al patio, y se puede escuchar la música tanto en el interior de la casa como en el patio. Se nota que la música da otro aire a la casa. Cada usuario puede dedicar el tiempo a lo que le apetezca - dentro de los márgenes que permite la estricta normativa que regula los espacios de ocio-, aun así, siete de ellos dedican el tiempo libre a escribir en sus libretas tareas relacionadas con el programa terapéutico (programación de fase, devolución de compartos, etc.) Del resto de usuarios, David juega al ajedrez con Dani G. Ana, Inés y Moha ven la televisión. Leandro hace funciones de terapeuta con Ismael en el sofá situado al lado. Leandro tiene tendencia a dar consejos y tratar de ayudar a los usuarios que percibe como más desvalidos (sobretudo, Samuel, Gabriel y Moha). Gabriel y Nordine no hacen nada en concreto. Nordine se sienta en uno de los bancos, de tanto en tanto se levanta, da una vuelta por el patio y se vuelve a sentar. No se le ve incómodo, en cambio, Gabriel, hace exactamente lo mismo, pero da la sensación de que no se encuentra tan a gusto. Cuando pasea por el patio

va mirando lo que hacen el resto de usuarios y alguno de ellos le anima a que haga alguna cosa “*si no haces nada, el día se te hará más largo. ¿No tienes que hacer la programación?*”. Gabriel, probablemente, es el usuario que más tocado se le ve psicológicamente. La mirada perdida por el efecto de la medicación, la boca entre-abierta y la forma de hablar pastosa. Tan solo hace unos días que está en Comunidad y prácticamente no se comunica con nadie. No conozco nada sobre él, pero me da la sensación que su ingreso en Comunidad no se debe a un problema grave de adicción. En algunos casos (Jose Antonio, por ejemplo, que dejó el programa hace unas semanas) el usuario es consumidor ocasional de alcohol o cocaína, pero la familia, junto a los diferentes servicios sociales, aprovechan la circunstancia para colocarlo en algún lugar en el que se hagan cargo durante un tiempo. Es solamente una conjetura, pero por mi experiencia personal sé que esto sucede con relativa facilidad. Preguntaré al equipo y trataré de fijarme en él, porque considero que es un caso muy diferente al resto de usuarios. Me pregunto si un tratamiento tan exigente y conductual como este, tendrá un efecto, en él, similar al del resto de usuarios.

Dani sigue regando el huerto de forma meticulosa. La comida se adelanta treinta minutos y, excepcionalmente, se comerá fuera en el jardín. Inés ha decorado las cuatro mesas en las que comeremos con unos pequeños jarros con flores. También es la primera vez que veo un detalle de este tipo. Aunque pueda parecer poca cosa resulta significativo del buen ambiente que se percibe en la casa durante los fines de semana.

**Día 51.** Lunes, 10 de junio de 2019. Entrada 10h – Salida 17h

La distancia social entre ambos grupos dentro del contexto de la Comunidad es notable mientras perdura el programa terapéutico, pero puede existir movilidad social una vez el usuario ha finalizado el proceso y ha pasado un tiempo considerable desde su graduación. Esta es una de las particularidades de las Comunidades Terapéuticas desde sus inicios respecto a otros establecimientos de similares características. Si el usuario finaliza todo el proceso terapéutico con éxito, existe la posibilidad de que éste modifique su estatus social y se convierta en *veterano*. El concepto de éxito debe entenderse desde la perspectiva institucional. Es decir, no se trata tan solo de que el usuario haya finalizado el tratamiento y abandonado el consumo de tóxicos de forma definitiva, sino que también debe seguir manteniendo un discurso alineado con el discurso oficial de la institución. Se trata de mimetizarse con el discurso terapéutico y hacer constar de forma evidente que se siguen

---

manteniendo las pautas conductuales que el usuario asumió durante su paso por la Comunidad Terapéutica. Es necesario, también, mantener una cierta vinculación con la institución una vez finalizado el proceso terapéutico. Esta vinculación puede darse en forma de visitas esporádicas a la Comunidad, a las instalaciones ambulatorias de la institución o simplemente a través del contacto telefónico. En el caso de que se den estas condiciones, pasados dos años aproximadamente del alta terapéutica el usuario tiene la posibilidad de volver a vincularse a la institución de forma activa, pero esta vez formando parte del equipo de veteranos.

Este rol es alcanzado por una parte muy reducida del conjunto total de usuarios que obtienen el alta terapéutica, sin embargo, es fundamental para el buen funcionamiento de la institución por dos motivos. En primer lugar, la figura del *veterano* es indispensable a nivel logístico. Se debe tener en cuenta que el carácter gratuito de la institución dificulta su capacidad económica y no le permite contratar a todo el personal que sería necesario. Así, la figura del *veterano* –de la misma forma que la figura del voluntario y la del estudiante en prácticas– cubre muchas de las necesidades de personal que no alcanza cubrir económicamente la institución. Según mis datos, en torno al cuarenta por ciento de las tareas realizadas en la Comunidad son desempeñadas por personal no profesional. Por otro lado, y, en segundo lugar, la figura del *veterano* es importante, también, en términos culturales. Los *veteranos* cumplen una función primordial en el proceso de socialización cultural de la Comunidad porque ejercen un efecto simbólico en calidad de referentes. El usuario puede ver en ellos, aquello que aspira a alcanzar si finaliza con éxito el programa terapéutico. Asimismo, realizan una función destacable en los procesos de transmisión cultural entre las diferentes generaciones de usuarios de la Comunidad, al actuar como testigos de las prácticas terapéuticas o de determinados aspectos culturales de la institución. No es extraño escuchar en las conversaciones informales entre los usuarios anécdotas referidas al pasado de la Comunidad “*antes, durante los descansos no te podías ni sentar, dicen que no podías ni apoyarte en la pared*” (David, usuario. Diario de campo 14 de junio de 2019) “*cuando se hacia la trobada todos los usuarios recitaban la filosofía de la Comunidad de memoria*” (Jesús, director. Diario de campo, 28 de octubre de 2019). Mayoritariamente, este tipo de información suele provenir de la figura del *veterano*, aunque también es posible que

determinados miembros del equipo profesional transmitan este tipo de conocimiento. En todo caso, como en cualquier proceso de transmisión cultural, algunas de estas informaciones se ajustan a la realidad, otras tienen una base real, pero son aderezadas o transformadas al pasar de una generación a otra de usuarios. Y otras son completamente ficticias e inventadas. Durante el trabajo de campo no tuve demasiada relación con la figura del *veterano* ya que suelen acudir a la Comunidad a realizar sustituciones mayoritariamente durante el turno de noche. Tan solo realicé una visita etnográfica durante el turno de noche en la que pude charlar pausadamente con Carlos, un *veterano* que hacía dieciséis años que había conseguido el alta terapéutica. La conversación estuvo plagada de anécdotas y recuerdos de su estancia en la Comunidad que me sirvieron para conocer en qué medida las prácticas terapéuticas se iban modificando con el paso de los años.

Sergi: *¿Cuánto tiempo estuviste fuera de estructura?*

Carlos: *Diecinueve días. Estuve diecinueve días, y además en invierno.*

Sergi: *¿Fuera? ¿En el exterior?*

Carlos: *Sí, sí, fuera. Antes se hacía en el bosque. ¿Sabes que está la zona del bosque?, pero no en esta primera, que es donde caen las pelotas cuando los chicos juegan al vóley y tal. No, ahí no, bastante más para abajo. Entones te bajaban a las seis y media de la mañana, bajabas, esperabas a la hora, subías, desayunabas, estaba el desayuno ahí, no veías a nadie, bajabas otra vez al bosque y hasta la hora de comer, que hacías lo mismo; subías, no veías a nadie, comías solo, volvías, traían la comida y hasta última hora del día. Después de que acabaran de cenar todos, venía el terapeuta que fuera y te acompañaba a la ducha, a la medicación, a la habitación y a dormir.*

Sergi: *¿Tenías unas mantas o algo?*

Carlos: *¿Ahí abajo? No, no. No te dejaban ni gestionarte, entonces, no tenías boli ni nada, ni tabaco... Que esto supongo que más ahora tampoco se tiene... Pero bueno. Cuando estuve era eso, tú contigo mismo ahí... A ver, siempre había alguien pendiente de que estuvieras ahí, pero bueno...funcionaba como funcionaba. A veces había movida en otro lado y tú estabas ahí y...bueno, se olvidaban. Llovía, o lo que sea... Se pasaba mal, muy mal. Pero bueno, en*

*mi caso tampoco fue demasiado duro porque venía de prisión, de aislamiento, de consecuencias bastante más contundentes. Sí que es cierto que en ese tiempo tienes la oportunidad de valorar lo que... Si estás haciendo lo correcto, o si te va a valer de algo quedarte.... Tomar una decisión, en definitiva.*

**Día 55.** Lunes, 27 de agosto de 2019. Entrada 12.30h – Salida 15h

Otra figura relevante en orden a preservar la distancia social entre ambos grupos sociales es la figura de *coordinador de día*. El tratamiento utiliza esta figura como enlace entre el personal y los usuarios. Diariamente, y de forma rotativa, alguno de los usuarios que ya se encuentran en la tercera fase de tratamiento realiza la función de *coordinador de día*. Cualquier petición de cualquier usuario debe pasar, en primer lugar, por el coordinador. Éste, valorará la situación y en caso necesario traspasará la petición o consulta al equipo. Si bien el coordinador de día tiene cierta capacidad para tomar algunas decisiones de escasa importancia en la mayoría de ocasiones su función es supervisada por el equipo. Esta figura mediadora facilita la dinámica laboral del equipo profesional y permite al equipo moverse por la Comunidad sin ser constantemente incomodados con demandas o consultas, pero sobretodo supone un distanciamiento simbólico y efectivo entre ambos grupos sociales.

En el jardín charlo con Franc (hoy coordinador de día). Lleva cinco meses en la Comunidad y está en tratamiento en la organización desde hace dos años. Primero, hizo el programa ambulatorio, pero al recaer, decidió ingresar en Comunidad. Se define como adicto a la cocaína y a la prostitución. Va vestido de forma informal pero impecable. Extremadamente presumido, el pelo arreglado hasta el último detalle y perfectamente bronceado. Tiene un buen discurso y se le nota cómodo en el papel de coordinador. Por lo que he visto en los diferentes grupos durante estos primeros días es uno de los usuarios que más participa y con mayor voluntad de mostrarse adecuado al tratamiento. Parece haber asumido el rol de alumno perfecto. Mientras charlamos se acerca otro usuario y le comunica que en el sector de interiores están todos sentados sin hacer nada. Al ser hoy coordinador de día, es el responsable de solventar estas situaciones. Vamos hacia el sector “interiores” y pide explicaciones de forma muy educada. Estos comentan que el *coordinador de sector* les ha dado permiso porqué ya no tenían más trabajo que hacer. Al alejarnos del grupo me explica brevemente en que consiste ser *coordinador de día*.

*-Ves, es así como se deben pedir las cosas. Algunos se piensan que por ser el coordinador son los jefes de la comunidad ese día. Y no. Un día de coordinación y se creen los amos. Lo que se ha de hacer es dar ejemplo y estar tranquilo...*

*- Pero es mucha faena, ¿no?*

*-Sí, bueno, sobre todo las de mañanas. Por la tarde es más tranquilo porque hay menos gente y no se han de hacer sectores. Pero por la mañana sí que vas de culo desde que te levantas. Empiezas con las revisiones de las habitaciones, luego llevar los escuchamos, la trovada, los cuadrantes, controlarlo todo, es un poco estresante al principio. Y bueno, y que todo el mundo te viene a pedir cosas, sobre todo los de primer y segundo nivel...*

**Día 3.** Jueves, 7 de febrero de 2019. Entrada 8.45h– Salida 15h

El *coordinador de día* también es un reflejo de cómo se articula la vida social en la Comunidad y del carácter binario de la organización. Son los propios usuarios los que se hacen cargo -en mayor medida que el equipo profesional- de la gestión diaria de la Comunidad. La figura del *coordinador de día* encarna esta idea ya que sobre él recae la responsabilidad del buen funcionamiento logístico de la Comunidad durante esa jornada concreta. Incluso tiene un peso importante en el ambiente general de la casa. La mayor parte de veces esta función es realizada por los usuarios de forma efectiva teniendo en cuenta que se trata de una tarea compleja y agotadora. El caso de Dani ilustra, por contraste, la determinación con la que la mayoría de usuarios asumen esta responsabilidad.

Hoy coordina por primera vez Dani. Nada más empezar la ceremonia se equivoca con los pasos. Lo corrigen, pero no parece importarle demasiado. Sus formas despreocupadas, los ojos entrecerrados por la metadona y su forma de arrastrar las palabras al hablar, al estilo yonqui, contrastan con la solemnidad con la que el resto de usuarios suelen dirigir el *escuchamos*.

El resto de la tarde es un despropósito a nivel organizativo. Es la primera vez que veo a un *coordinador de día* totalmente superado. En alguna ocasión he visto algunos coordinadores nerviosos o que no se les daba bien alguna tarea determinada y pedían ayuda, pero el caso de Dani es diferente. No solamente es la actitud despreocupada, es, sobretodo, que no

conoce ni las obligaciones más básicas del coordinador. Durante el espacio de ocio de las 20h he escuchado críticas hacia él en dos corrillos. Mañana lo confrontaran durante la *trobada*. Dudo que pueda ascender a tercer nivel, pero por los comentarios que ha hecho al ser criticado por otros usuarios no parece que le importe demasiado.

**Día 47.** Lunes, 3 de junio de 2019. Entrada 15h – Salida 21:30h

Realizar la función de *coordinador de día* tiene efectos significativos en la forma en que se percibe a sí mismo el usuario. La institución utiliza este cargo como una de las herramientas terapéuticas con las que el usuario va asumiendo responsabilidades a medida que avanza en las diferentes fases del programa. Se trata de una responsabilidad que la mayoría de usuarios asumen con muy buena disposición. Durante el trabajo de campo tan solo observé a Dani y a otros dos usuarios asumir el cargo de mala gana y mostrarse visiblemente contrariados ante las dificultades que supone realizar esta función. Los mismos tres usuarios que bajo mi punto de vista menos les afectó en su conjunto el proceso de institucionalización y que menos muestras dieron de interiorizar el discurso terapéutico. De hecho, los tres abandonaron la Comunidad antes de finalizar el programa terapéutico. El resto, se mostraban ilusionados cuando debían asumir la responsabilidad de *coordinador de día* y orgullosos cuando la finalizaban con éxito.

### 3.3. Las Jerarquías

En el *escuchamos* de después del desayuno hay muchas *comunicaciones*. En total ocho usuarios entran o salen del *silencio*. Por primera vez, veo a Gerard alterado y utilizando malas maneras al indicar a Martín que no sale del *silencio* porque no le ha entregado la hoja de reflexión posterior.

-¿Llevas dos días en silencio y no has podido hacer la hoja de reflexión? Eso quiere decir que el silencio no te ha servido de nada. ¿Qué es lo que te pasa? ¿Qué te piensas que porque has subido a tercero eres especial? No te pases un pelo Martín. Igual que has subido puedes volver a bajar.

Alfonso y Dani han fumado en alguno de los lavabos con el vaporizador y también entran en *silencio*. A Dani, como siempre, no parece que le afecte demasiado. Baja la mirada y espera hasta que Gerard acaba con el rapapolvo sin abrir la boca. Alfonso, en cambio, muestra su disconformidad. No parece que se lo haya tomado bien. Con la mano en la frente y tapándose el rostro balbucea algunas palabras en voz baja. Es uno de los usuarios que cuenta con mayor prestigio de la Comunidad y uno a los que se le asignan tareas de mayor responsabilidad. Alfonso intenta explicar lo que ha pasado con el vaporizador, pero Gerard lo corta en seco alegando que son excusas.

*-Entras en silencio y punto.*

La excepción de este *escuchamos* es la presencia de Jesús ya que no acostumbra a estar presente. Llega a los pocos minutos de iniciarse y se sitúa al fondo, detrás de todos los usuarios. Está claro que la presencia no es casual, ni ha venido a observar como hace otras veces. Interviene en tres ocasiones cuando el coordinador de día pregunta a los usuarios y al equipo si quieren *devolver* algo al compañero.

Esta mañana se ha producido un incidente con los cambios de habitación. Cada cierto tiempo, el equipo mueve a los usuarios de habitación para que no se consoliden ciertas *dinámicas de colegueo*. Durante toda la mañana he escuchado quejas de los usuarios cuando me movía por los diferentes *sectores*. Los más veteranos, algunos de los usuarios de tercera fase que están a punto de llegar a la fase de reinserción, piensan que existe una norma que les permite escoger la mejor cama. Se producen varios reproches entre usuarios de segunda y tercera fase hasta que Jesús interviene dirigiéndose a Ramón como presunto responsable de esta norma *bolet*. Las *normas bolet* (setas en español) es el término que se utiliza en la Comunidad cuando los usuarios se inventan normas que bajo la perspectiva del equipo no existen. Según me explicó Jesús, se las llama así porque los usuarios se inventan tantas normas que salen como setas. Esto sucede porque no existe una normativa específica, ni escrita, sino que la Comunidad funciona a partir de una reglamentación oral que va variando a medida que se va transmitiendo de una generación a otra de usuarios. La voluntad de mostrarse implicados y comprometidos con el tratamiento conduce a los usuarios a llevar al límite la normativa de la Comunidad. Cada cierto tiempo se reúne toda la Comunidad y se decide qué normas se mantienen y cuáles se eliminan.



El tono de Jesús es más duro del que suele utilizar y parece claro que tenía pensado lo que venía a decir. Al acabar el grupo le preguntaré sobre ello. Utiliza expresiones e ideas que ya le había escuchado anteriormente, pero hoy no lo hace de forma didáctica ni amistosa.

*-Todos sabéis que aquí no hay galones. Lo decimos siempre ¿verdad? Todos somos iguales. ¿Quién ha dicho que aquí alguien puede escoger cama? ¿Qué os pensáis que estamos en la cárcel o qué? Eso a mí me lo hicieron en la mili hace treinta años. Y a ti en el talego ¿verdad, Ramón? Estas a punto de llegar a reinserción, pero parece que no has entendido nada de cómo va esto. Aquí no hay privilegios. Todos somos iguales...Y mírame a los ojos cuando te hablo. (Sigue sin subir la mirada durante unos segundos hasta que finalmente lo hace). Deja de comportarte como un crío y asume lo que has hecho...*

Me ha sorprendido el gesto de Ramón porque es la primera vez que veo a un usuario - aunque sea mínimamente y tan solo con la ausencia de la mirada- desafiar a Jesús. Además, es destacable porque lo ha hecho uno de los usuarios que se muestra más disciplinado con el programa.

**Día 43.** Miércoles, 22 de mayo de 2019. Entrada 8.30h – Salida 13h

Una de las características que definen la morfología social de la Comunidad es que su estructura social se fundamenta en el modelo de intervención. Tanto los grupos sociales, como las categorías, roles y subordinaciones que de ellos se derivan nacen de dicho modelo. Es decir, el modelo de intervención -el tratamiento terapéutico, en su propia terminología- condiciona la estructura social de la Comunidad y todos los procesos sociales que se dan a cabo en ella. Podemos observar esta circunstancia en multitud de aspectos y situaciones que forman parte del día a día de la Comunidad - por ejemplo, interacciones o rituales - pero en el aspecto en el que probablemente es más evidente es en su estructura jerárquica.

El modelo de intervención se estructura en cuatro fases claramente diferenciadas: primera fase, segunda fase, tercera fase y fase de reinserción. En cada una de estas fases el usuario debe ser capaz de alcanzar una serie de objetivos para acceder a la siguiente fase. La temporalidad de cada fase varía para cada usuario de acuerdo con el cumplimiento de los objetivos establecidos y dependiendo de la valoración que realice el equipo profesional terapéutico en lo que se denomina institucionalmente como *valoración de fase*. Aunque no es

habitual, también se puede dar la posibilidad de que el usuario retroceda una o dos fases si el equipo considera que es pertinente para su correcta “evolución” terapéutica.

La primera fase del tratamiento empieza cuando el usuario ingresa en la Comunidad y se le asigna un *referente*<sup>5</sup> que lo acompañará en su adaptación a la Comunidad. Para superar esta fase el nuevo usuario debe conocer la normativa y cultura institucional, respetar las figuras de autoridad y adquirir hábitos considerados saludables. También debe superar una serie de objetivos mucho más subjetivos como son adquirir conciencia de adicción, motivarse para el cambio y responsabilizarse de su situación personal (familiar, jurídica, médica, etc.). En esta primera fase, se producen un mayor número de abandonos que en las siguientes fases porque esta fase realiza una función de filtraje.

El tono general del grupo es bastante más relajado que el que he podido observar en los grupos de segundo y tercer nivel. En este primer nivel el objetivo es que el usuario conozca la normativa, el funcionamiento de la casa e interiorice los principales elementos del tratamiento. Hay usuarios que no tienen ningún tipo de dificultad en afrontar esta fase y la superan en apenas tres semanas. Algunos de ellos ya conocen la metodología al haber estado en otras Comunidades o en esta Comunidad o en algún otro de sus recursos. Sin embargo, hay otros usuarios que tienen muchas dificultades en superarla. Algunos de ellos por no adaptarse a la rígida vida social de la Comunidad, otros, por falta de motivación y, otros, por falta de recursos. Es el caso de Nordine o de Galic (abandonó la semana pasada) ambos con dificultades para entender el idioma, y aún más, en leer o escribir en español.

Por ejemplo, Nordine, debe realizar su programación de fin de semana (no tiene salida de fin de semana ya que no tiene donde ir) a partir de una plantilla que le ha hecho Eva a base de dibujos y símbolos. De nacionalidad magrebí, lleva siete años en Catalunya. El hombre parece pasarlo realmente mal para seguir siquiera las indicaciones más elementales de sus compañeros o del equipo. Algunos usuarios comentan que no es un problema de idioma y le atribuyen “una actitud pasota” o incluso de fingimiento “no es tan tonto como parece. Yo creo que se hace el tonto para escaquearse. No hace nada y de mientras está aquí chupando del bote; comiendo gratis y durmiendo caliente”. Dentro del equipo también hay división de opiniones al respecto. Gerard y Eva creen que sus dificultades para adaptarse tienen que ver con el idioma. María y Susana tienen una opinión más crítica sobre él. La semana

---

<sup>5</sup> Esta figura la analizaré en profundidad en el siguiente capítulo.

pasada al salir de grupo terapéutico hizo el siguiente comentario: *“le echa jeta. Cuando le explico las cosas las entiende perfectamente, pero luego no quiere hacer nada. Éste venía de la calle y se piensa que esto es un hostel. Lleva dos meses y medio en primera fase y no avanza nada. Está como el primer día y así no podemos seguir”*.

**Día 24.** Lunes, 15 de abril de 2019. Entrada 8h – Salida 12h

En la segunda fase el usuario debe aprender a hacer lo que la institución considera un buen uso de las herramientas terapéuticas e introyectar y respetar un orden en su vida cotidiana. Por otro lado, la institución demanda al usuario como objetivo de esta fase algo tan etéreo como “conocerse a sí mismo” o “aprender las consecuencias de su conducta”. En esta segunda fase el usuario también debe empezar a modificar su conducta y autocontrolar sus actitudes, participar en los grupos terapéuticos de forma activa, empezar a asumir responsabilidades y mantener los objetivos de la fase anterior.

Los objetivos de la tercera fase están asociados a asumir un rol positivo para sí mismo y para el resto de usuarios y asumir nuevas y mayores responsabilidades. Identificar aquellas situaciones que puedan haber influenciado en el consumo de drogas y trabajar sus vínculos familiares y sociales. Esta fase se caracteriza por ser la última fase residencial y por ser una etapa de evaluación. El usuario durante esta fase puede pernoctar en su domicilio si su situación social y familiar se lo permite. Hay un buen número de usuarios de tercera fase que siguen pernoctando en la Comunidad por diferentes motivos. En la mayoría de los casos lo hacen porque no les resulta funcional en tanto que sus redes vinculares residen fuera de la provincia de Barcelona.

La fase de reinserción se realiza por completo en el exterior de la Comunidad y el usuario tan solo acude durante las tres primeras semanas por las mañanas a Comunidad para realizar la función de *cap de grup*. Durante esta etapa el usuario trabajará estrechamente con el equipo terapéutico situándose en el escalafón más próximo a él y asumirá responsabilidades de mayor nivel como por ejemplo encargarse de atender las llamadas telefónicas que recibe la Comunidad. Al finalizar estas tres semanas el usuario acudirá diariamente al recurso ambulatorio de la institución a realizar grupos terapéuticos. Dependiendo de la coyuntura

familiar y social del usuario durante esta fase tiene la opción de residir en algunos de los *pisos terapéuticos* de los que dispone la asociación. El principal objetivo de esta fase es trabajar aquellos aspectos que puedan favorecer una mejor adaptación a su entorno habitual sobre todo en el ámbito laboral, familiar y social.

Desde la primera fase en la que el usuario no asume ninguna responsabilidad hasta la fase final de reinserción en la que el usuario prácticamente se siente parte del equipo terapéutico en su función de *cap de grup* varía de forma ostensible la percepción que tiene el usuario respecto a la institución y a sí mismo. De las entrevistas y de las charlas informales mantenidas con ellos se puede extraer que el usuario deja de percibirse como una persona que debe ser guiada y monitorizada por la institución para acabar sintiéndose -o aparentar sentirse- parte de ella y ser un referente para los nuevos usuarios. Asumir mayores responsabilidades de forma progresiva es uno de los factores que más positivamente valoran y que más lo vinculan a la institución.

Asumir los objetivos de las diferentes fases comporta adquirir nuevas responsabilidades y escalar en la estructura jerárquica y la distribución piramidal de poder que caracteriza la vida social de la Comunidad. Esta característica del modelo de intervención, común en todas las Comunidades Terapéuticas, se constituye como uno de los elementos primordiales para alcanzar la supuesta reestructuración del sujeto, a la vez que condicionan la estructura social de la Comunidad. Avanzar en cada una de las fases se considera un logro en su nivel general de socialización y en su estatus como persona. Supone alejarse paulatinamente de la percepción que tenía de sí mismo para ir incorporando los valores fundamentales que promueve la institución. Presupone, también, un concepto diferente del usuario por parte de la institución y, por tanto, se le adjudican nuevos roles a la vez que se le otorga el trato correspondiente a su categoría social.

Sin embargo, si atendemos al primer recorte etnográfico de este punto podemos observar cómo se produce una incongruencia entre lo que propone formalmente el modelo de intervención y la narrativa que el equipo terapéutico mantiene con los usuarios. “*Aquí no hay galones*”, “*Quítate los galones*” o “*En esta casa somos todos iguales*” son expresiones que

el equipo utiliza recurrentemente y que contradicen una de las premisas básicas de la institución al vincular el modelo de intervención y los procesos sociales que de él se derivan con la estructura jerárquica que rige la Comunidad. Por eso, teniendo en cuenta la propuesta metodológica de la Comunidad parece razonable la actitud de los usuarios más veteranos al reclamar para sí el privilegio de poder escoger la mejor cama. Los mecanismos estructurantes que desde el interior de los profesionales actúan como operadores de su racionalidad – *habitus*- (Bourdieu, 1988) y el *sentido práctico* que estos despliegan en su trabajo terapéutico les conduce a incurrir en esta incoherencia discursiva. Un sentido práctico que, como mostró Bourdieu (2007), *preconoce* y, por tanto, da por hecho que la actitud de Ramón corresponde a la forma de comportarse propia de un expresiadiario ingresado en una Comunidad Terapéutica. En los siguientes capítulos mostraré como este tipo de procedimiento interpretativo deriva de la concepción que tiene la institución en torno al usuario de drogas y al uso de las drogas. Como sucede en cualquier institución correctiva, estos discursos que preconocen tienen la finalidad de homogenizar a los usuarios atribuyéndoles una serie de características estereotipadas que permiten al equipo racionalizar y sistematizar su actividad, al mismo tiempo que les proporciona un medio para el mantenimiento de la distancia social que proporciona la estructura jerárquica de la Comunidad. El siguiente comentario corresponde a Eva, una de las profesionales del turno de mañanas, y fue realizado en el contexto de un grupo terapéutico. El comentario lo realizó sin ningún tipo de acritud al responder a un usuario.

*“Sois adictos: partimos de la base que sois deshonestos.”*

**Día 3.** Miércoles 6 de marzo de 2019. Notas de campo.

### 3.4. Personajes Principales

Con el objetivo de ofrecer una imagen más amplia de la vida social de la Comunidad presentaré algunos de los personajes centrales con los que coincidí durante el periodo de

trabajo de campo. En la Comunidad suelen tener plaza unos cuarenta usuarios aproximadamente. A medida que los usuarios finalizan el programa o lo abandonan se incorporan nuevos usuarios. Se puede establecer un promedio de dos bajas cada tres semanas –ya sea por finalización del programa, por abandono voluntario o por expulsión- y, por lo tanto, dos incorporaciones en ese mismo periodo. De esta forma, la Comunidad siempre mantiene un número de usuarios estable. Durante el transcurso de mi trabajo de campo coincidí con un total de ochenta y cinco usuarios, setenta hombres y quince mujeres. Ocho de ellos ingresaron en Comunidad por orden judicial, como medida alternativa. De estos, tan solo uno era mujer y tan solo permaneció un día en la Comunidad. En torno al noventa por ciento del total de usuarios eran de nacionalidad española. La edad media de los usuarios era de treinta y seis años, si bien, la franja de edad es muy extensa (entre los dieciocho y los sesenta y tres años). No se permite el ingreso en Comunidad a los menores de edad. El promedio de usuarios que finalizó el programa residencial durante mi estancia fue del cincuenta y ocho por ciento.

He seleccionado como personajes principales a once usuarios del total de ochenta y cinco con los que coincidí. Esta selección la realicé de forma aleatoria a partir del grupo de usuarios con los que había mantenido una mayor relación (alrededor de treinta usuarios). Con esta selección de usuarios no pretendí en ningún momento generar un perfil medio del usuario de la Comunidad. El único objetivo de la selección es situar al lector, mediante la presentación de algunos de ellos, para poder comprender mejor en que consiste la vida social de la Comunidad. La única variable que tuve en cuenta al realizar la selección de la muestra fue la de género con el objetivo de que la muestra sea representativa a este respecto. Mantuve una relación más estrecha con el grupo de usuarios que se encontraban o iniciaban la primera fase del tratamiento en el momento que inicié el trabajo de campo. Esto me permitió poder observar el recorrido institucional de este grupo de usuarios durante las diferentes fases que conforman el tratamiento durante un periodo aproximado de un año. Desde el ingreso en Comunidad hasta la fase de reinserción que se realiza de forma ambulatoria una vez el usuario ha finalizado la etapa de Comunidad. Con el resto de usuarios tuve una relación temporal más reducida si bien con muchos de ellos el vínculo etnográfico y afectivo fue igualmente estrecho.

De los once usuarios a los que seleccioné y realicé una entrevista en profundidad presentaré únicamente a cinco de ellos porque considero que este número es suficiente para ofrecernos una visión un poco más personal sobre las dificultades que ha experimentado el usuario durante su carrera de consumo y como ha vive el proceso de institucionalización. En este apartado, presentaré a cuatro de ellos, dejo una última presentación para el final del estudio porque considero que esta presentación puede ayudarnos a comprender determinadas lógicas que son representativas para el conjunto de usuarios.

Para realizar esta breve descripción he utilizado diferentes tipos de información. La principal fuente de información procede de la información que aportaban los usuarios sobre sí mismos durante los grupos terapéuticos y de lo que explicaban informalmente sobre ellos el equipo profesional. Los históricos de vida que realizaba cada usuario como condición necesaria para acceder a la segunda fase del tratamiento fueron una fuente importante para acceder a su historia familiar. Por otro lado, las charlas informales que mantenía con ellos durante los espacios de descanso fueron la fuente de información menos sujeta a formalismos y la que me permitió conocer, en mayor medida, como los usuarios se esforzaban en racionalizar congruentemente la experiencia de la institucionalización. Por último, y tal como he explicado en el apartado metodológico las entrevistas en profundidad me permitieron triangular los diferentes tipos de información que manejaba.

Por otro lado, y tomando como referencia el modelo dramático goffmaniano, los personajes que aparecen en escena se ven obligados a ajustarse a aquello que el contexto situacional espera de ellos. Naturalmente, esta circunstancia es común a cualquier otra situación social. Todos nosotros nos ajustamos al contexto que es requerido y adaptamos nuestro comportamiento a cada situación de forma espontánea. Sin embargo, en el caso de la vida social de la Comunidad está circunstancia se ve especialmente condicionada por la estructura institucional en la que se sustenta y por las exigencias situacionales que impone el tratamiento. Los usuarios deben ajustar su comportamiento y expresividad a dichas exigencias teniendo en cuenta en todo momento que son observados, examinados y evaluados, no solamente por el equipo profesional, sino también por sus propios compañeros

de tratamiento. El usuario debe ser disciplinado en su “actuación” si no quiere verse *confrontado*<sup>6</sup> ante toda la Comunidad y si pretende superar las diferentes fases que componen el tratamiento. Claro está, que ni siquiera bajo esta exigencia situacional es capaz de disimular los aspectos menos controlables de su conducta y que la información que *emana* de él (Goffman, 2017, p. 16) debe encuadrarse dentro del rol específico de usuario en tanto que mis observaciones se delimitan al contexto específico de la Comunidad Terapéutica.

## ***Marina***

Marina tiene 37 años y un hijo de ocho. Así es como ella lo expresó cuando le pregunté la edad que tenía. Es auxiliar de enfermería y antes de ingresar en la Comunidad trabajaba en una residencia. Estatura mediana, morena de piel y teñida de rubio platino que contrasta con unas finas cejas negras. En sus formas destaca ante todo su manera de expresarse. Usa un tono de voz muy alto y utiliza continuamente términos que en la Comunidad son calificados como *argot callejero* a pesar de que la normativa comunitaria los prohíbe utilizar. Esta característica y el hecho de saltarse con asiduidad el turno de palabra durante los grupos terapéuticos le ha supuesto varios retrasos en el cambio de fase: “*es que soy muy impulsiva. Es una de mis dificultades*”.

Al preguntarle sobre qué impresión le produjo la entrada a la Comunidad explica que “*sí que es un poco...dices, me he metido en una secta, aquí con el Escuchamos y tal. Yo le decía a mi padre que me parecía un cuartel de la Guardia Civil porque era todo como fa, fa, fa*”. Son muy habituales las referencias al confuso concepto de *secta* y a las prácticas policiales o militares al describir la primera impresión que causa conocer la Comunidad.

Este es su segundo proceso terapéutico; hace tres años ingresó en el Centro de Día de la organización en Tarragona, pero abandonó el programa en la segunda fase. Problemas de consumo con la cocaína, el alcohol y el juego “*era como un trio vicioso*”. Durante cinco años combinó el trabajo de enfermera con la venta de droga a pequeña escala. Principalmente mediante la venta de marihuana realizando plantaciones domésticas. Los dos últimos años, y

---

<sup>6</sup> Este término será analizado en la tercera parte de la investigación.



a raíz de un cambio de pareja, *“porque él necesitaba dinero”* se inició en la venta de cocaína y su consumo aumentó: *“llegó un punto que me vi fatal, muy mal, muy mal”*. El ingreso en Comunidad de Marina se produjo como consecuencia de lo que ella denomina una experiencia chamánica: *“mi hermano, con el que no me hablo, me quiso llevar para ayudarme a hacer un solsticio de verano con la ayahuasca. Es una droga de chamanes, a mí eso me traumatizó. Semanas más tarde yo me tiré cinco días de consumo y trabajando, y en una de esas que salía de la residencia, me vino la imagen de los mosaicos que yo vi cuando entré en trance de la ayahuasca, más un juego que siempre me ponía a jugar cuando yo estaba consumiendo. Entonces me hizo un crack y dije aquí has tocado fondo, horroroso, y digo: o de aquí te vas al Pere Mata, que es un psiquiatra de Tarragona o llamas a la María y que te echen una mano.”*

El equipo profesional de la Comunidad atribuye a la forma de relacionarse en pareja de Marina muchas de las problemáticas que ha tenido con las drogas: *“es una dependiente emocional de manual”* (comentario de María, equipo profesional). Mantiene una orden de alejamiento por malos tratos con el padre de su hijo y ha sufrido problemas de violencia machista con sus dos últimas parejas: *“siempre me ha pasado, a lo mínimo que te dan un poquito de cariño y un poquito de afecto... Como dice mi madre: no sabes vivir sin una pareja al lado”*. A lo largo de todo el programa, esta ha sido la circunstancia sobre la que más se ha pronunciado Marina durante los grupos terapéuticos y sobre la que más insistentemente ha “actuado” el equipo profesional llegando incluso a ser expulsada temporalmente de la Comunidad por mantener una supuesta relación con otro usuario. En el día a día de la Comunidad, Marina mantiene una actitud de enfrentamiento con muchos de los usuarios, especialmente con el grupo de mujeres *“yo me llevo bien con unas, pero con otras no me hablo”*. Se ha visto envuelta en diferentes conflictos y generalmente se muestra muy susceptible tanto con el equipo profesional como con el resto de usuarios, si bien en ocasiones se muestra cercana, cariñosa y divertida. Personalmente, mantuve con ella una muy buena relación y solíamos bromear por su forma de expresarse: *“mira Sergi, yo hablo como una choni charnega y catalana, pero tú pareces un profe pijo que yo tenía”*. Sin embargo, durante las primeras semanas de trabajo de campo me vi envuelto en un pequeño incidente con ella que me previno de su susceptibilidad.

Antes de marcharme de Comunidad, María (terapeuta) me aborda cuando caminaba por el jardín “¿Tú le has dicho a Marina que fuera a hacer una substitución a cocina?” Me sorprende el tono y las formas con las que me lo pregunta. Le explico que ha sido Eva (terapeuta) quien me lo ha pedido y me comenta que Marina está disgustada porque ha pensado que era yo quien lo había decidido. “Habla con ella. Lleva unos días un poco tocada y ha estado llorando porque le ha sentado mal”. Voy a buscarla a cocina, le explico cómo se ha producido la situación y me excuso por el malentendido. Ella también se disculpa y al final me da un abrazo “Perdona Sergi, pero es que me extrañó mucho, y a mí, no me tocaba ir a cocina”.

**Día 10.** Jueves 7 de marzo de 2019. Entrada 8.30h – Salida 12h

Es destacable la relación que Marina mantiene actualmente con su familia más cercana. Una de las características diferenciales del tipo de intervención que se lleva a cabo en las Comunidades Terapéuticas y que desarrollaré en profundidad en el siguiente capítulo es la infantilización a la que se ven sujetos los usuarios al realizar el proceso terapéutico. Las indicaciones constantes que recibe el usuario sobre respetar la autoridad, mantener un correcto aseo personal, tener buenos modales en las comidas o pedir permiso para realizar cualquier tarea por insignificante que sea, son prácticas que transportan al usuario a la infancia. El equipo profesional suele tratar al usuario con la condescendencia propia a la que se ven sujetos los niños por parte de los adultos. En algunos casos esta circunstancia se traslada también la familia del usuario “ahora la relación con mis padres es como cuando yo era pequeña, estupenda”. Durante las reuniones familiares que se realizan cada viernes por la tarde se puede observar el tipo de relación que mantienen los usuarios con sus familiares más cercanos. El caso de Marina era especialmente significativo porque su madre, al igual que ella, es muy expresiva.

Al llegar sus padres y verla, su madre se dirige a ella de forma afectuosa y alzando la voz “Ay mi nena, mi Marina, mi pequeña ¿cómo estás?”. La escena se produce ante un buen número de compañeros. Marina se dirige a ella y la abraza “Hola mama, bien, muy bien, ¿Cómo estáis vosotros?”. Su forma de actuar no indica que Marina sienta incomodidad ante la situación.

**Día 6.** Viernes, 1 de marzo de 2019. Entrada 11h- Salida 14h

Los encuentros entre Marina y sus padres en la Comunidad solían caracterizarse por este tipo de trato infantilizado, a la vez que se percibía una manifiesta actitud de reproche frente a algunos comportamientos o comentarios de Marina. Por otro lado, y a diferencia de algunos otros usuarios con hijos, el hijo de Marina nunca estuvo presente en las visitas que realizaban los abuelos a la Comunidad.

### ***Leandro***

Tiene cincuenta y dos años, estatura mediana, cabeza rapada al cero, facciones muy marcadas y extremadamente delgado. Durante la primera semana en la Comunidad, estuvo a punto de marcharse en dos ocasiones. *“Por mi condición de homosexual lo pasé fatal, fatal, porque tuve tres o cuatro enganchadas con algunos compañeros y al segundo día nadie se quiso duchar conmigo, la gente me daba un poco de lado... Y claro, yo también tenía mi miedo”*. El equipo terapéutico intervino sin que estas acciones tuvieran consecuencias en forma de sanción para el resto de usuarios, pero desde ese momento no volvieron a producirse situaciones similares. A partir de la segunda semana, se integró por completo a la Comunidad. Muy ocurrente y divertido, en poco tiempo y gracias a su personalidad se convirtió en uno de los usuarios más populares. Se define profesionalmente como estilista integral: *“He estado trabajando en Nueva York, Londres, París, Milán; en casi todos los sitios donde se trabaja la moda. Y bueno, mi vida ha sido un, allí me planto, allí creo, y he ido conociendo diversas culturas”*. De Granollers (Barcelona), el mediano de tres hermanos de una familia *“ultra católica”* según sus propias palabras. Padece problemas de salud graves, de páncreas, de hígado y es seropositivo

Consumidor de cocaína desde los veinte años. Estuvo ingresado en otra Comunidad de similares características cuando tenía veinticinco años aproximadamente. *“Fue fascinante, me hizo muy bien, pero todo lo que era emocional no lo toqué, me daba mucha vergüenza”*. El año anterior del ingreso en la Comunidad actual lo pasó viviendo en la calle. *“Tenía pisos,*

*tenía de todo, yo he ganado mucho dinero con la moda, pero todo se pierde. Con una adición muy potente, porque yo no he tenido nunca ni que robar, pero me lo gasté todo. Entonces acabé en la calle, acabé en la calle sin que nadie se preocupará de si estaba bien o estaba mal.”. Seis meses antes del ingreso y después de un intento de suicidio, solicitó ayuda en la Asociación Reto. A diferencia de Jaime, que estuvo en una asociación de similares características, Leandro no aguantó demasiado tiempo las humillantes condiciones que dispensaba la asociación. Apenas estuvo ingresado quince días. “Un lunes por la mañana me vinieron a buscar desde Alicante, me llevaron a Alicante, y flipé, porque aquello es... Yo no me escondo de lo que soy ni como soy, y cuando lo dije me hacían comer en un espacio diferente, me hacían ducharme tapado hasta arriba... Unas cosas rarísimas. Y a eso le añadías que no podía hablar con nadie, no podía relacionarme con nadie... Eso en el fondo me iba bien porque es lo que he hecho toda la vida, pero también tenía más tiempo para pensar, cuantos más días pasaba sin tóxicos, la cabeza empieza a pensar, empieza a reaccionar, y yo lo vi claro, no me dejaban ni comunicarme con mis amigas, nada. Cuando empecé a decir que me quería ir, me dijeron que me dejaban en una rotonda. No me querían dejar llamar a nadie para que vinieran a buscarme. No les pedía que me llevaran a Barcelona ni que me dieran dinero para comprar un billete. Solo quería llamar. Les dije que me iba directo a los medios de comunicación a explicarlo y entonces vino el director y me dejaron ir”.*

Probablemente, el aspecto más destacable de Leandro sea la continua tendencia que demuestra en justificar su situación actual. Se trata de un tipo de comportamiento que Goffman denominó *historias tristes* (2012: 157) y que se refiere a la tendencia que muestran determinados sujetos en explicar ávidamente sus experiencias más desoladoras con el objetivo de mantener limpio de agravio su sentimiento por no haber llevado una vida honorable. Desde el primer día que ingresó en la Comunidad, desarrolló una narrativa en el que el aspecto central de su discurso era la dramática situación que le había tocado vivir desde su infancia. “*Ya sabes que soy un niño abusado y maltratado. Desde los trece años he estado consumiendo todas las noches para no soñar, para no sufrir. La consecuencia de esto es mi situación actual*”. Es realmente difícil mantener una conversación con Leandro en la que, de una u otra forma, no surjan todo tipo de desgracias y lamentos. Esta tendencia se hizo

---

patente también durante la entrevista que le realicé, donde me vi obligado a redirigir la conversación al tema que estábamos tratando por esta circunstancia. *“Una persona como yo, con lo que ellos saben que he pasado y con todo el daño que he sufrido, que sea todavía capaz de dar cariño, de recibirlo... Es un ejercicio que estoy haciendo cada día, y es muy costoso, muy duro, pero a la vez el fruto es muy bonito, ¿sabes?, porque me gusta, en ese sentido. Entonces creo que es bastante amplio el repertorio de cosas bonitas que voy a poder recoger. Bueno, eso si mi salud me lo permite, claro. Estoy hecho polvo: el páncreas tocado, el hígado también... Yo he tenido muy mala suerte en la vida. O sea que... He llegado a la conclusión de que quiero vivir, o acabar de vivir, tranquilo, en paz”*.

Finalizó todo el programa residencial en la Comunidad y acudió durante seis meses a los grupos terapéuticos ambulatorios. De un día para otro y, sin previo aviso, no volvió a acudir a la organización. Ninguno de sus compañeros volvió a tener noticias suyas.

### ***Ignacio***

Ignacio es el usuario con el que mantuve una relación más estrecha y afectiva durante mi estancia en Comunidad. Tiene 48 años, estatura mediana, muy delgado, pelo lacio oscuro y ralla en medio. Ojos negros y hundidos. Andares desgarbados y ligeramente curvado. Su aspecto físico coincide con la imagen estereotipada del yonqui de los años ochenta/noventa que todos tenemos: aspecto enflaquecido, dentadura deteriorada y marcas en los brazos. Sin embargo, este estereotipo solamente se ajusta a su aspecto físico, cuando se expresa lo hace de forma clara, sintética y sin arrastrar las palabras. Ignacio no ha asumido el papel de yonqui que probablemente le correspondería por sus años de consumo. Siempre se muestra cordial y correctamente ubicado a la situación.

Nacido en Barcelona, de padres manchegos. Sus padres migraron a Barcelona y tuvieron tres hijos, Ignacio es el menor de los tres hermanos. Con el hermano mayor –once años de diferencia- no mantiene contacto ya que éste nunca ha tenido problemas de adicción ni problemas con la justicia y desde siempre se ha mantenido alejado de él, según la opinión de Ignacio *“para protegerse”*. Con el hermano mediano –dos años mayor- mantuvo un vínculo

muy estrecho hasta que se suicidó hace cinco años, después de pasar muchos años en prisión. Ambos hermanos han compartido una historia vital similar en cuanto a procesos de institucionalización y consumo de drogas se refiere. Sus padres también fallecieron y actualmente no tiene ningún contacto con su familia de origen. Durante los últimos años intentó hacerse cargo de su sobrino a raíz de la muerte de su hermano, pero debido a sus continuas recaídas a la heroína perdió el contacto: *“En el momento en que volví a consumir dejé de verlo, no le di la oportunidad de elegir, así como a los demás les dejé una puerta abierta; a él se la cerré porque no quise hacerlo pasar por todo eso, será más egoísta o menos egoísta, pero lo hice para protegerlo y ahora estoy pagando, porque no me quiere ver, no quiere saber nada de mí.”*

Tuvo el primer contacto con la heroína a los trece años y a los catorce empezó a delinquir siendo ya consumidor habitual. A los dieciséis ingresó en la Prisión de la Trinidad – antigua cárcel de menores-. De sus 48 años ha estado más de veinticinco años en prisión en diferentes fases. Ingresa en la Comunidad derivado de prisión según el Artículo 182 con la finalidad de hacer tratamiento de drogodependencia. Este es su segundo ingreso en esta comunidad. El primero fue hace diez años también derivado de prisión. Al finalizar este primer proceso terapéutico Ignacio consiguió todos los objetivos que demanda la institución para otorgar el alta terapéutica: consiguió un trabajo, vivía de forma autónoma en un piso compartido y había conseguido hacer un nuevo grupo de amistades. Sin embargo, al poco tiempo de finalizar el programa inició una relación sentimental con una compañera de la Comunidad que, según su opinión, no supo manejar correctamente *“era demasiado pronto para empezar un tema que tampoco había tocado demasiado, porque yo el trabajo a nivel afectivo con las parejas no lo toqué mucho, tenía otras necesidades y no lo toqué mucho; y bueno, me metí ahí y no me fue bien (...) Entonces recaí. Y me vi en la cárcel con creo que eran veinte años de petición entre unas cosas y otras. Otra vez. Después de haber pasado por aquí y tal. Pero bueno, estaba mal, estaba fatal, a punto de morirme, porque consumía a saco, sin miramientos”*.

De vuelta a la prisión, Ignacio inició una etapa autodestructiva en la que procuró romper el contacto con todas aquellas personas que habían estado junto a él durante los últimos años.

---

Su sobrino y tres personas más relacionadas de una forma u otra a la organización vinculada a la Comunidad. Una de ellas, su pareja actual y antigua voluntaria del piso de reinserción en el que Ignacio había realizado la última fase del tratamiento. Estas tres personas “*se mantuvieron ahí*” y le ayudaron a invertir la situación. Se inscribió en el programa de metadona y dejó el consumo de heroína por su propia cuenta “*Al final en la cárcel tienes que decantarte, ahí sí que no hay medias tintas: o te vas a un lado o te vas a otro. Y sí que es cierto que la hay, que hay mucha gente en consumo activo y tal, pero también hay una parte en la que puedes irte un poco a parte. Yo me movía bastante bien en prisión por los años que había estado y podía posicionarme de una parte que no me supusiera mucho problema, y decirles a esas personas: oye, yo ya no estoy en esta parte, voy a por otro lado; y la gente pues bueno, en principio les chocaba mucho, porque decían: este no...le ha pasado algo, está tonto... Pero al final, en el día a día, ellos te ven y dicen: bueno... Te respetan. Y me lo respetaron.*”. Ignacio abandonó el consumo de heroína sin ningún tipo de soporte terapéutico y en el contexto más dificultoso para hacerlo.

Diferentes circunstancias judiciales convirtieron los veinte años de condena que debía cumplir, en diez, lo que posibilitó que a los cinco años pudiera volver a salir de prisión con la condición de realizar el actual programa de drogodependencia en la organización. Durante estos últimos años en prisión obtuvo el Graduado Escolar y la Formación Profesional, superó las pruebas de acceso a la universidad e inició dos carreras. Realizó el primer curso de Derecho, pero lo abandonó porque no era lo que se esperaba y, posteriormente, inició Psicología. Un cambio de grado penitenciario le impidió continuar.

Ignacio es uno de los usuarios más respetados de la Comunidad, tanto por el equipo profesional como por el resto de usuarios. Cree firmemente en la metodología de la Comunidad a pesar de que durante su primera estancia realizara las dos primeras fases del tratamiento con el único objetivo de salir de prisión: “*Yo no creía en nada de esto, solo quería salir de la cárcel. No tenía pensado dejar de drogarme, ni de dejar de robar, ni nada por el estilo. Les seguía el rollo y nada más*”.

Es el usuario menos cuestionado por el equipo profesional y con el que mantienen una relación más de igual a igual. No recibe ningún tipo de privilegio, pero es evidente que se dirigen a él de forma más respetuosa. Su experiencia vital en prisión y realizar el tratamiento por segunda vez le otorga cierta ventaja respecto al resto de usuarios al moverse en Comunidad. No ha mantenido ningún conflicto con ningún compañero a lo largo de todo el proceso a pesar de “confrontar” con asiduidad y a pesar de la dificultad que supone no verse envuelto en algún tipo de trifulca en el día a día de la Comunidad. Tampoco se muestra excesivamente intervencionista en los grupos terapéuticos aun cuando sus opiniones suelen tener mucha importancia en la dinámica grupal.

Al preguntarle su opinión sobre la dureza de determinadas herramientas terapéuticas con las que pueda no estar de acuerdo, explica que afronta el tratamiento como: “*Un entrenamiento más. Hay cosas que hay que hacerlas porque sí*”. Esta consideración no implica que Ignacio no tenga una visión crítica con ciertos aspectos del modelo de intervención, pero igual que en la mayoría de usuarios a los que he preguntado sobre esta cuestión prevalece ante todo un tema de practicidad: “*Mientras funcione el tratamiento, el resto me da igual*”. De hecho, la crítica más contundente de Ignacio al modelo de intervención no es por su dureza o rigidez, sino por todo lo contrario: “*Al principio tuve bastante resistencia con los cambios en comparación al otro tratamiento. Pensaba que funcionaba más el otro recorrido que este*”. Atribuye los cambios en el modelo de intervención al tipo de usuario que actualmente ingresa en Comunidad: “*antes era mucho más rígido porque la gente venía menos estructurada, veníamos de prisión, de las calles, de la heroína; ahora la gente viene de tener casa, familia, de haber trabajado y no hay casi nadie de heroína, eso hace que algo cambie; es algo vivo, que se va adaptando (...) la mayoría de los que están aquí no estarían con la rigidez que había antes*”.

Ignacio es la persona que más conocimiento me ha aportado sobre la lógica interna del modelo de intervención. Por otro lado, ha sido el único usuario con el que he mantenido contacto una vez finalizado el trabajo de campo. Tres años después y una vez consumadas todas las fases del tratamiento sigue acudiendo a la Comunidad los fines de semana como



voluntario ocupándose del turno de noche. Vive en pareja, ha mantenido el mismo trabajo durante tres años y actualmente regenta la cafetería del mercado municipal de su barrio.

## ***Jaime***

Jaime es uno de los usuarios más discretos y que pasa más desapercibido, cualidad, por otro lado, que le ha sido muy funcional en el día a día de la Comunidad. Ha entrado en pocos conflictos con el resto de usuarios y es poco amonestado por el equipo terapéutico. Una habilidad meritoria en el contexto de la Comunidad porque el equipo siempre procura “sacarlos de su zona de confort para poder trabajar con ellos terapéuticamente” (Gerard, equipo terapéutico). Mantuve poca relación con él, pero durante la entrevista se mostró cercano y comunicativo aún y siendo una persona que habitualmente se muestra distante.

De Cornellà de Llobregat, treinta y cuatro años, con trabajo y piso en propiedad. Es uno de los pocos usuarios que no ha sido expulsado temporalmente durante su estancia en la Comunidad y de los pocos que entró voluntariamente, sin ser presionado por entorno. “Estaba viendo que iba a acabar en la cárcel o cualquier día me iban a dejar tirado por ahí en una cuneta. Se me estaba yendo de las manos y ya me entró como miedo a mí mismo. Entonces decidí, pues bueno, de la noche a la mañana, llegué a casa de mis padres, que no me hablaba con ellos para nada. Y llegué un día y les dije: vaya, necesito irme a un sitio, pero no a un CAS<sup>7</sup> ni nada de eso, sino irme a algún sitio y quedarme allí un tiempo, lo que sea. Y salir de mi entorno, aparte todos los amigos que tenía eran consumidores, tenía la pareja que no le dije nada tampoco, cogí y me fui”.

La estancia de Jaime en la Comunidad está marcada por un ingreso previo a otra Comunidad Terapéutica de carácter evangelista. “La experiencia fue fatal. No se la aconsejo a nadie, la verdad. Aquí estoy mucho más a gusto que allí. Llegabas allí y era todo de religión. De eso, se basaba en eso la terapia, la Biblia y ya está, llegabas, te levantabas, leían un capítulo de la Biblia, lo que sea, te lo explicaban un poco y ya te ponías a trabajar ahí, en el monte, a

---

<sup>7</sup> Centre d'Atenció i Seguiment de les Drogodependències

*cortar árboles o cosas así. Así, hasta las dos del mediodía que comíamos, veíamos luego el telediario, hasta las tres. Después te dejaban echarte media hora y después ya sí que tenía lectura o escritura, una hora, y ya devocionales, cantar y todo eso. No había grupos, ni terapias, tenía peleas cada dos por tres, con compañeros, e incluso con los que mandaban allí y eso. Y al final acabé tragando, pero nunca me puse ni a rezar, ni a leer, ni a cantar, ni cosas. Yo estaba ahí sentado y ya está, a pasar el rato. Los tres primeros meses me los tiré todos sancionado. Te ponían o en cocina todo el día, estabas tú solo en cocina y tenías que hacer la comida, tenías el desayuno, la merienda, la cena, tenías que poner los platos y recoger los platos, fregarlos y eso. Y como veían que no funcionaba, pues me cambiaron luego a hacer agujeros y tapar agujeros. Con una pala y un pico. Y encima cada mes pagaba quinientos euros. Seis meses aguanté.”*

La mala experiencia que le supuso esta estancia ha influido, por comparación, en la percepción que tiene de la Comunidad. “A mí esto, nada más entrar ya me gustó, porque fue una cosa, que allí [en la Comunidad Evangelista] nos hablaban también de que esta Comunidad era mucho peor, que ahí sí que te humillaban y no sé qué. Y luego, cuando vine aquí, vi lo que había, aquí no te ponías a hacer agujeros y taparlo, sino que te ponen una restitución o un silencio que, al fin y al cabo, tampoco es demasiado. Allí sí que te humillaban. En comparación, no tiene valor para mí, por lo menos”. Durante aquellos momentos en los que algún otro usuario manifestaba la rigidez del programa, Jaime siempre realizaba la comparación con la Comunidad evangelista. No considera que el programa sea estricto, pero sí que le está resultando largo “porque al juntarse el otro proceso con este y eso, ya son quince meses, quince meses y pico que llevo ya y se me hace pesado, se me hace muy pesado, estar siempre acompañado. No sé, como que necesito un poco de vida, ya”. En el caso de que finalice el tratamiento y teniendo en cuenta que la fase de reinserción se alarga por un periodo de dos años y medio, Jaime conseguirá el alta terapéutica después de cuatro años de tratamiento.

La capacidad de Jaime de pasar inadvertido entre la alta conflictividad que genera el modelo de intervención es una muestra del sentido práctico que aplica en sus opiniones y decisiones cotidianas. Muchas de sus respuestas a las preguntas que le realicé durante la entrevista

parecían contener un fragmento de incredulidad ante la obviedad de la pregunta, así como un punto de frialdad que no percibí que se debiera al contexto de la entrevista ni a ningún tipo de recelo hacia mí.

Sergi: *¿Cómo lo llevas lo de que lo de que venga tu familia? No sé si vienen a los grupos también.*

Jaime: *Vienen los sábados que es cuando pueden.*

Sergi: *Vale, pero tú no estás aquí, entonces.*

Jaime: *No, algún sábado, si no tengo nada que hacer, pues me vengo, era lo que hacía antes. Pero ahora como tengo lo del voleibol, pues ya voy haciendo yo, si no voluntariado o lo que sea. Pues ya no suelo venir, ya vienen ellos y ya está.*

Sergi: *Y cuando te vienen a buscar y tal, ¿cómo lo vives?*

Jaime: *Me es indiferente.*

Sergi: *¿No te supone nada?*

Jaime: *No, a mí es que no. A mí es más por ellos, que lo tienen complicado y es otro esfuerzo más que tienen que hacer y creas que no, también se agobian. Y luego, parece que no, pero también acabas tú pagando la olla de ellos.*

Sergi: *La relación con tus padres decías que es buena.*

Jaime: *Sí.*

El sentido práctico que utilizaba Jaime para moverse con solvencia por la Comunidad generaba cierta antipatía en el resto de usuarios. En algunos momentos era increpado por sus compañeros por participar poco en las dinámicas grupales y, durante la entrevista, reconoció que en muchas ocasiones se veía obligado a intervenir en los grupos “*para quedar bien, si no*

*la gente me aprieta*”. Este comentario adquiere relevancia en el contexto de la Comunidad porque el modelo de intervención no permite que los usuarios no se muestren participativos durante los grupos terapéuticos o durante el resto de actividades complementarias, pero tampoco permite realizar las actividades sin convencimiento. La confesión de Jaime en ningún caso podría haberla realizado de forma pública porque le hubiese supuesto algún tipo de consecuencia. El programa no solo demanda participación, sino que esta participación debe ser representada con convicción. El usuario debe mostrar cierto grado de entrega a las disposiciones institucionales si quiere ir superando las distintas fases que incluye el tratamiento. Jaime finalizó el programa residencial, pero lo abandonó cuando estaba realizando la fase ambulatoria de reinserción.

## **Equipo profesional**

Loïc Wacquant señala en su obra ya clásica *Entre las cuerdas. Cuadernos de un aprendiz de boxeador* los elementos culturales de cada profesión. “Cada oficio tiene su código ético, un conjunto de reglas que definen su carácter, la conducta y las relaciones adecuadas hacia y entre sus miembros. En algunas ocupaciones este código se formaliza, se recita e incluso se jura. En otras, es un conjunto de normas imprecisas, aprendidas y desplegadas en el propio ejercicio” (2004: 159). El caso de los profesionales de la Comunidad, se sitúa en este último supuesto, pero se da una característica especial que hace de este sector profesional un caso particular. La estructura profesional del sector abarca diferentes profesionales con diversas formaciones; psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, educadores o incluso monitores sin formación específica. Sin embargo, a diferencia de lo que sucede en otras instituciones de similares características, en las Comunidades Terapéuticas también ha sido habitual que antiguos usuarios formaran parte del equipo profesional y directivo.

Esta circunstancia tiene un efecto directo en la conducta profesional de sus miembros y en la naturaleza de su cultura institucional. El conocimiento del oficio, así como las diferentes reglas y prácticas a las que hace referencia Wacquant, se aprenden bajo la circunstancia de haberlas experimentado desde la perspectiva de antiguo usuario. De esta manera, los

---

profesionales tienen una visión personal en torno a los individuos sobre los que están actuando y, por tanto, determina el tipo de vínculo que mantienen con cada uno de ellos, así como en la manera en la que se implementa el modelo de intervención. Asimismo, se debe tener en cuenta que la experiencia de la institucionalización en una Comunidad Terapéutica es una experiencia sujeta a una serie de disposiciones poco habituales y que –como se verá a lo largo del estudio- tienen un efecto contundente en la estructura del yo. Me refiero con ello a que esta circunstancia puede darse en otros sectores profesionales, pero no tiene un efecto significativo como sucede en este caso. Por ejemplo, todo profesor ha sido alumno previamente, pero al ser esta una experiencia habitual en el proceso de socialización de todo individuo y no estar sujeta a procesos estigmatizantes, esta circunstancia no ejercerá un efecto determinante en el desarrollo de su práctica profesional.

A su vez, implica una relación con la institución que se extiende más allá del vínculo profesional que la une a ella, estableciendo un compromiso que se filtra en la vida de estos profesionales y que afecta a determinados dictados morales. El profesional que previamente ha ocupado el lugar de usuario debe comportarse en su vida pública y privada de acuerdo a un conjunto de reglas tan precisas como las que deben seguir los propios usuarios. Debe entregarse a las disposiciones institucionales en cuerpo y alma (Wacquant, 2004) y debe hacerlas evidentes a través de su conducta, tanto en su vida profesional como social. Dicha característica es cada vez menos común entre las principales organizaciones del sector, pero aún sigue siendo una práctica habitual en algunas de ellas. En el caso de la organización que nos ocupa, esta característica se establece como uno de los elementos principales que la definen.

Del grupo social *no-usuarios* he considerado presentar únicamente a los profesionales con los que mantuve una mayor relación etnográfica. Esto corresponde al director de la Comunidad y al equipo profesional del turno de mañanas. En beneficio de una mejor descripción, combinaré su presentación con las diferentes funciones profesionales que realiza cada uno de ellos dentro de la institución.

## ***Jesús***

Es el director de la Comunidad. Tiene cincuenta y cuatro años. Estatura media, delgado, cabello grisáceo por las abundantes canas y raya en medio. Ojos pequeños y entrecerrados pero de mirada directa y contundente. Se mueve lentamente, tanto en los andares como en sus movimientos corporales. Parece mostrar, en todo momento, un gran dominio de sí mismo. El menor de cinco hermanos de una familia pobre. *“En mi casa no había recursos, pero siempre estaba llena de gente. Era una planta baja y mi madre a cualquier conocido que pasara por delante le ponía un plato de comida”*. Sin estudios relacionados con el ámbito social. Fue usuario de la Comunidad hace veintiséis años y desde entonces está vinculado a ella.

Su espacio principal de trabajo es el despacho, aunque continuamente pasea por el jardín de la Comunidad o sale a fumar al patio durante los momentos de descanso de los usuarios. Estos paseos los utiliza para inspeccionar el ambiente de la Comunidad e imponer respeto con su presencia. La función de director de la Comunidad implica un volumen importante de trabajo burocrático que define como *“una carga que se ha de hacer, pero a mí lo que me gustaría es estar con los chicos. Lo que hacía antes. Pero bueno, toca lo que toca”*. Además de las tareas propias del cargo de director, es el responsable de mantenimiento de la Comunidad y de las compras de todos los recursos de la organización. En su función de responsable de mantenimiento se encarga sobre todo de gestionar al equipo de usuarios encargados de esta labor. La falta de personal terapéutico le obliga también a tener que realizar substituciones cuando algún miembro del equipo profesional solicita la baja médica o se encuentra en periodo vacacional.

Parece ser consciente del poder que conlleva su cargo y cómo utilizarlo. Mantiene una relación con los usuarios que bascula entre la proximidad y el distanciamiento. En los espacios no grupales se muestra cercano, bromista e incluso cariñoso con ellos. Durante los espacios grupales actúa siempre de forma rígida, distante e impecable en sus decisiones, pudiendo mostrarse irrespetuoso con los usuarios. Siempre tiene la última palabra en la toma de decisiones. En las reuniones informales del equipo suele reservarse su opinión para el

final. Escucha con atención la opinión del personal y parece tenerla en cuenta, pero finalmente siempre es su decisión la que prevalece.

Mantuve con él una excelente relación. Me habló en profundidad de su vida personal, se mostró interesado por mi trabajo y atento a mis demandas. Me ayudó a comprender la lógica del modelo de intervención y me explicó en diferentes ocasiones la dificultad que le supone tomar decisiones trascendentales en las vidas de los usuarios. *“Hay momentos difíciles, que sabes que si decides esto o aquello puedes joderle la vida a alguien. Y a veces te equivocas. Y claro, eso luego te lo llevas a casa”*.

### ***Eva***

Es la profesional que lleva menos tiempo trabajando en la Comunidad. Cuenta únicamente con dos años de experiencia en la institución y anteriormente no conocía profesionalmente el sector. Graduada en ciencias políticas. Tiene 28 años, estatura y peso medios. Actitud seca y distante, pero a pesar de ello, muy bien valorada por los usuarios. Además de las funciones propias que realizan todos los miembros del equipo profesional, Eva es la responsable de conducir los grupos terapéuticos de primera fase y la persona que se encarga de gestionar todas las cuestiones judiciales que afectan a los usuarios. Se trata de una tarea absorbente porque en torno al treinta por ciento de los usuarios tenían causas pendientes con la justicia en el momento del ingreso (datos facilitados por la propia organización). Tal como manifestó en una de las conversaciones que mantuvimos, su trato áspero y distante pudo ser uno de los motivos por los que accedió profesionalmente a la institución. *“Yo nunca había tenido ningún tipo de contacto con el ámbito social y no conocía nada del sector de las drogas. Entre aquí porque un amigo me comentó que buscaban personal y que no era necesaria ninguna formación específica. Jesús me hizo la entrevista y le gusté. Creo que porque a pesar de ser joven y sin experiencia tengo un carácter fuerte. Primero estuve dos meses sin ninguna responsabilidad, solamente seguía a María para aprender y tal. Dos meses después empecé a llevar los grupos de primera fase”*. A pesar de su carácter, a Eva le costó adaptarse a la cultura institucional: *“Yo no hablo demasiado de mi trabajo ni con mis amigos ni con mi familia porque al principio les explicaba cosas y la gente se extrañaba un poco de lo que les*

*explicaba. La verdad es que me costó bastante adaptarme a según qué cosas*". Se trata de la profesional que tiene menos influencia entre los diferentes miembros del equipo. Durante mi estancia, acumuló diferentes bajas médicas en periodos considerablemente extensos. Un mes antes de que finalizara mi trabajo de campo, dejó la organización. Mantuve con ella un trato cordial pero poco significativo.

### ***Susana***

Estuvo ingresada como usuaria de la Comunidad hace dieciséis años. No posee diplomatura ni formación relacionada con el ámbito social. Tiene cuarenta y cuatro años, estatura y peso medios, morena, cabello largo y ondulado. Muestra un carácter abierto y dicharachero, pero con propensión al enfado. Mantiene una relación particular con los usuarios porque tanto puede mostrarse bromista y cercana con ellos, como extremadamente distante e irrespetuosa. Según lo que me manifestaron la mayor parte de usuarios, es la profesional mejor valorada a pesar de lo ruda que se muestra durante los distintos espacios grupales. Durante los grupos terapéuticos se percibe en ella una cierta inseguridad cuando debe abordar aspectos estrictamente teóricos, pero su actitud despierta y despreocupada la ayuda a salvar las situaciones en las que se ve más comprometida. Fue la profesional que más partícipe me hizo en los grupos que ella conducía tal como se puede observar en la siguiente viñeta etnográfica.

A nivel teórico, la dinámica es un despropósito. Susana, mezcla conceptos, introduce como temática la importancia de educarse en valores, y, en general, todo se hace bastante incomprensible. Inicia la dinámica con un ejercicio de respiraciones. Nos pide a todo el grupo que nos sentemos cómodos y cerremos los ojos. Pone música con el móvil supuestamente relajante y, en un tono de voz bajo, nos va guiando en el ejercicio. Al acabar las respiraciones, pide a los usuarios que muestren los *post-its* que la semana anterior les había pedido que se preparasen con las diversas etiquetas que ellos consideran identificativas. El hecho más destacable es que ninguno de ellos (once usuarios) nombra la categoría "adicto". Algunos de ellos se etiquetan como "ex-drogadictos" o "ex-presidarios", entendiendo que el hecho de no consumir drogas en este momento, elude la etiqueta "adicto". Susana parece sentirse insegura en sus indicaciones, pide a los usuarios que añadan características a cada una de las etiquetas y les otorga diez minutos para que lo hagan. En este espacio de tiempo se acerca a mí, y me pide si la puedo acompañar fuera de



la sala un momento. Me sorprende su petición y al salir me pregunta si la puedo ayudar “*tú sabes de esto, ¿no? ¿Cómo crees que lo puedo enfocar?*” Le explico cuál es mi visión al respecto, pero le comento que no creo que sea adecuada mi participación. Aun así, una vez volvemos a entrar a la sala me pide que tome la palabra. Al salir, me agradece la participación. Dudo si comentarle mi incomodidad por el rol que he tenido que desempeñar, pero finalmente no lo hago.

**Día 28.** Miércoles, 28 de abril de 2019. Entrada 8.30h – Salida 14h

Susana es la responsable de conducir los espacios terapéuticos grupales de tercera fase y se encarga también de gestionar el contacto con los *seguimientos*. En los momentos en los que el equipo debe tomar una decisión sobre algún aspecto relativo al tratamiento, acostumbra a compartir la opinión de María, estableciendo una especie de camarilla. En el transcurso de las reuniones de equipo defiende su postura con firmeza y suele enfrentarse a Gerard al considerar que se muestra demasiado permisivo con los usuarios. Manifiesta un respeto muy evidente y casi reverencial por Jesús. Mantuvimos muy buena relación durante toda mi estancia y, en todo momento, se mostró interesada y colaborativa con mi labor.

### ***Gerard***

Tiene cuarenta y dos años. Mide alrededor de metro ochenta, delgado, castaño y cabello ondulado. Hace siete años que trabaja en la organización. Es el único miembro del equipo graduado en psicología. No fue usuario de la Comunidad. Siempre se muestra afable y cercano. En muy pocas ocasiones observé en él una actitud irrespetuosa hacia los usuarios en contraste con el resto de miembros del equipo. Durante los grupos terapéuticos, se muestra cercano con los usuarios, pero al mismo tiempo estricto y contundente cuando lo considera oportuno. Parece conducir el espacio con soltura y con un grado de profesionalidad ausente en el resto de miembros del equipo. Da muestras de sentirse verdaderamente integrado e implicado en la cultura institucional. Además de las funciones generales que realizan todos los miembros del equipo de mañanas, se hace cargo también de coordinar el equipo de voluntarios y es el responsable de la Comisión de Género de la institución. A pesar de no haber sido usuario de la Comunidad, ejerce un rol importante dentro del equipo y sus

opiniones suelen tener peso cuando se toman decisiones grupales. Durante los dos periodos en los que el director de la Comunidad estuvo ausente por periodo vacacional, Gerard ocupó su cargo y ejerció todas sus funciones. Es el responsable de la implantación de varias herramientas terapéuticas como la anamnesis<sup>8</sup>. *“Tuve que insistir mucho para que la empezáramos a utilizar, pero luego tuvo tanto éxito que ahora se utiliza en todas las Comunidades de la organización”*. En alguna ocasión me comentó privadamente su malestar por el sueldo que percibían todos los miembros del equipo. *“No es equitativo al número de horas que trabajamos ni a la responsabilidad que asumimos.”* Sin embargo, siempre acababa su jornada laboral mucho después de que terminara su turno. Un año después de finalizar el trabajo de campo abandonó la organización.

## **María**

Estuvo ingresada como usuaria de la Comunidad hace ocho años. Tiene treinta y siete años. Trabaja en la Comunidad desde hace cuatro. Es educadora social de formación. Cabello castaño, menuda y complexión atlética. Además de las funciones propias correspondientes a su cargo, asume toda la gestión logística de la Comunidad (temas médicos relacionados con los usuarios y previsión de despensa). Carácter seco y enérgico. Apenas la vi sonreír dos o tres veces durante mi estancia en la Comunidad y, en ningún momento, la vi bromear ni con sus compañeros ni con los usuarios. Aparentemente, controla sus emociones de forma rigurosa y no manifiesta dudas al tomar decisiones importantes relativas a los usuarios. Nunca pierde la compostura. Ente todos los miembros del equipo es la profesional que con mayor determinación apuesta por aplicar rigurosamente el modelo de intervención. Mantiene un tipo de relación con los usuarios difícil de determinar porque a pesar de su frialdad y las continuas faltas de respeto a las que les somete durante los espacios grupales, es muy valorada y apreciada. La mayor parte de ellos las describieron como una persona cercana y sensible durante los espacios terapéuticos individuales. *“La María en los coloquios parece otra. A mí es la persona que más me ha ayudado de aquí”* (Ramón, usuario). Por el

---

<sup>8</sup> Consiste en realizar una serie de sesiones individuales con cada uno de los usuarios a partir de una serie de pautas y así poder realizar un diagnóstico psicológico del usuario. Se trata de un diagnóstico sin validez oficial porque es realizado para uso interno. Las sesiones son realizadas por el equipo de voluntarios de la organización y posteriormente es el propio Gerard quien determina el diagnóstico.

contrario, es la única profesional de la que pude escuchar críticas directas por su actitud. En dos ocasiones, diferentes usuarios manifestaron una opinión negativa sobre ella. En varios momentos, durante las continuas conversaciones informales que manteníamos durante los espacios de descanso, desacreditó a determinados usuarios: *“A ese lo que le pasa es que está atontado”*. Pareciera tener una gran estima por algunos de ellos y desprecio por otros. Mantuve con ella una buena relación basada únicamente en aspectos relativos al tratamiento, ofreciéndome continuamente su opinión sobre los usuarios o valoración sobre el espacio grupal que había conducido en ese momento. La única información personal que me ofreció durante las múltiples conversaciones que mantuvimos fue que tenía una hija. En una sola ocasión mostró ante mí un resquicio de vulnerabilidad. Muestro el recorte etnográfico para una mayor comprensión.

He charlado un rato con María sobre una nueva usuaria, Hannah, una chica muy joven que ingresó hace dos días y a la que prácticamente no he escuchado hablar. Me explica que lleva toda la mañana hablando con los servicios sociales para recoger información sobre ella. Parece alterada y encendida porque dice que Hannah no le ha explicado nada sobre su verdadera situación. Los servicios sociales le informan de que sus dos hijas están en un Centro de Acogida por desamparo. Las niñas, de seis y ocho años, la tenían que ir a buscar por las calles cuando estaba borracha para llevarla a casa. María me comenta de forma acelerada que estas situaciones son las que más le cuestan y que debe hacer un esfuerzo por separar una cosa de otra. *“No entiendo por qué no usan preservativo, o que se esterilicen... ¿Pero para qué tienen hijos así? No lo entiendo. Además, no me ha dicho ni una palabra de todo esto. Me ha escondido un montón de cosas”*. Da la sensación que María se lo toma de forma personal. Al final de la conversación, se ha girado dándome la espalda. Me ha parecido que lo hacía para que no la viera emocionada.

**Día 56.** Martes, 15 de octubre de 2019 Entrada 08h – Salida 12h



## CAPÍTULO 4

# VIDA SOCIAL DE LA COMUNIDAD

### 4.1. El Modelo de Intervención

Para poder comprender la vida social de la Comunidad es indispensable, en primer lugar, analizar las principales características de su estructura organizativa. Teniendo en cuenta que esta estructura organizativa se fundamenta en el modelo de intervención terapéutico (o *tratamiento* en la terminología de las Comunidades Terapéuticas) es necesario analizar en profundidad en que consiste dicho modelo. El programa que se utiliza en esta organización no difiere sustancialmente de la mayoría de los programas utilizados en el resto de Comunidades Terapéuticas ya sean nacionales o internacionales. Todas parten de la misma voluntad: a partir de la abstinencia total del consumo de drogas se pretende transformar la forma de identificarse del individuo utilizando técnicas cognitivo-conductuales en un contexto ambiental cerrado o semicerrado durante un periodo de tiempo extenso. Es necesario, por tanto, cambiar la forma de actuar del usuario, así como su forma de relacionarse, de comunicarse y de mostrarse ante los demás. En definitiva, lo que se pretende es promover la *cura* de la persona que consume drogas de forma problemática a través del recorrido institucional.

No obstante, se debe tener en cuenta que este objetivo se realiza en función a la concepción que tienen las Comunidades Terapéuticas acerca de las drogas, del usuario de drogas y del binomio salud-enfermedad. La lógica en la que se fundamenta el modelo de intervención de estas instituciones es un reflejo del tipo de control con el que se aborda el uso de drogas actualmente. La concepción *droga-enfermedad-delito* (Romaní, 2020) que legitima el mecanismo punitivo-rehabilitador implementado desde el propio Estado (Touzé, 2006) se

refleja en las prácticas terapéuticas de la Comunidad y en cualquiera de las pequeñas decisiones que toma el equipo profesional en su día a día. Por ejemplo, al referirse a *la abstinencia total del consumo de drogas* se refieren únicamente a la abstinencia de drogas no institucionalizadas<sup>9</sup> y al alcohol, excluyendo de esta manera a todo un conjunto de sustancias que farmacológicamente pueden tener un efecto igual de nocivo sobre el usuario. De esta manera, el mismo concepto de “droga” orienta las prácticas institucionales creando categorías y valores que organizan la vida social de la Comunidad.

Hoy he realizado la mayor parte del zafarrancho junto a Iván. A lo largo de la mañana me explica su situación en la Comunidad. Realizó el proceso por primera vez el año pasado, recayó al poco de salir y estuvo ingresado en un hospital psiquiátrico durante un tiempo para desintoxicarse. Este verano volvió a entrar en Comunidad directamente en segunda fase. Me explica su experiencia en el hospital psiquiátrico, el tipo de internos con los que se encontró y lo mal que lo pasó. Lo comprendo bien porqué ingresar en un hospital psiquiátrico también fue, para mí, uno de los peores momentos por los que pasé durante todo mi recorrido asistencial. Es un paso obligatorio para aquellos usuarios que pretenden incorporarse a Comunidad, pero que, en ese momento, se encuentran en fase de consumo activo. Quince días de ingreso en una unidad psiquiátrica con el objetivo de entrar en Comunidad desintoxicado. Sin embargo, el único tratamiento que se lleva a cabo en este tipo de unidades es atiborrar al interno con un coctel de fármacos. No se realizan terapias grupales ni individuales, ni ningún tipo de actividad terapéutica ni física, sino que se trata, tan solo, de dejar pasar los días en un ambiente muy deprimente. De esta manera, el interno sale de la unidad desintoxicado de la sustancia que habitualmente ha consumido, pero intoxicado con otro tipo de sustancias y más deprimido. Es habitual que los usuarios que llegan a Comunidad, procedentes de una unidad psiquiátrica, se quejen por las altas dosis de medicación que les han pautado. Suelen dormirse durante los grupos terapéuticos y tienen dificultades en seguir el ritmo de trabajo de la Comunidad durante los primeros días. De hecho, resulta sencillo reconocer que usuarios vienen de esta situación por el tipo de mirada con la que llegan a la Comunidad. Una mirada vacía, como de ausencia. En los casos que he presenciado (Iván, Gabriel, Manoli, Raúl y algún otro) han solicitado al equipo terapéutico que les reduzcan la dosis. Lógicamente, el equipo no tiene competencia para realizar cambios en la medicación y, la Comunidad no dispone en su equipo de un médico psiquiatra con facultad de modificar pautas médicas. Por tanto, el usuario debe acudir a su

---

<sup>9</sup> Drogas institucionalizadas: alcohol, tabaco, benzodiacepinas, cafeína, etc. Drogas no institucionalizadas: heroína, cocaína, cannabis, etc.

CAS de referencia para realizar el cambio, pero la situación se suele alargar durante varias semanas por la saturación (o en ocasiones mala gestión) en la que se encuentran estos recursos ambulatorios. De esta forma, los usuarios procedentes de unidad psiquiátrica transitan por la Comunidad durante el primer mes o mes y medio con esta dificultad añadida.

**Día 59.** Viernes, 22 de octubre de 2019. Entrada 8:30h – Salida 15:30h

De la misma manera, la noción totalizante que tiene la institución sobre el usuario de drogas condiciona y moldea el modelo de intervención. El ingreso en una *institución de salud* como es una Comunidad Terapéutica no solo indica que quienes están allí dentro son un tipo particular de personas –enfermas- sino que también les impone el deber de curarse (Renoldi, 2001) y se les trata en función a su condición. A esto se añade que la voluntariedad del tratamiento (un concepto confuso que desarrollaré en el siguiente capítulo) legitima un tipo de trato hacia el usuario que genera dinámicas institucionales en las que se empuja al individuo a consentir. El siguiente fragmento etnográfico corresponde a una de las habituales alocuciones del equipo profesional a los usuarios a modo de reprimenda. En este caso, la arenga corre a cargo de Jesús.

Nosotros no os fuimos a buscar a vuestra casa. Fuisteis vosotros los que vinisteis a llamar a esta puerta ¿no? Pues la filosofía de la Comunidad es muy clara. Lo primero es la honestidad y, si escondéis cosas de vuestros compañeros, no estáis siendo honestos y no os estáis cuidando, ni a vosotros, ni a ellos. Tener en cuenta que lo que os ha traído aquí no son solo las drogas. Son también las actitudes, formas de funcionar que os han destruido. Vosotros sabréis lo que queréis hacer con vuestras vidas, pero si os quedáis aquí es con nuestras normas. Si no, ya sabéis donde está la puerta”.

**Día 42.** Martes, 21 de mayo de 2019. Entrada 8.30h – Salida 15h

Encontramos en este discurso dos elementos que estructuran el modelo de intervención. En primer lugar, la referencia a la voluntariedad del tratamiento que legitima y genera dinámicas invisibles de coacción y sitúa al usuario en una posición de debilitamiento en su capacidad de autodominio. En segundo lugar, Jesús, hace referencia a *las actitudes* como elemento

fundamental para comprender la división que realiza la institución entre salud y enfermedad. Al contrario de lo que pueda parecer, la diferencia *salud-enfermedad* es una construcción social que ha variado a lo largo del tiempo según el contexto socio-cultural. No se trata en ningún modo de una distinción natural, sino que son categorías sociales consensuadas que de acuerdo al momento histórico y socio-cultural agrupan determinadas prácticas y no otras. En las sociedades modernas el desarrollo científico ha definido y ha rellenado de contenido estas dos categorías mediante discursos y prácticas que establecen un orden social determinado. En el uso de lo que hoy llamamos *drogas* se han producido distintos modos de usarlas y significarlas.

Tal como plantea Romaní (2010, p. 118), *“para entender la variabilidad de efectos de las drogas no podemos disociar la sustancia consumida del sujeto consumidor ni del contexto donde se da el acto de consumo (...) el consumo de drogas puede tener un efecto u otro dependiendo de las condiciones materiales y simbólicas en las que se produzca”*. Las sustancias psicoactivas pueden tener un efecto negativo si se asocian a un uso excesivo provocando intoxicación o generando dependencia o adicción. Es importante que nos detengamos en el concepto de “dependencia” o “adicción” en tanto que es el concepto que legitima la intervención. Las condiciones que favorecen una intervención no dependen siempre de la existencia de una enfermedad física o psicológica. Un individuo puede ser “intervenido” debido al diagnóstico de una situación social, o respecto a las consecuencias de una decisión moral o ideológica. En el caso de las adicciones, el contexto sociocultural es decisivo para comprender la variabilidad de los motivos de intervención (Romaní, 2004). El concepto de “dependencia” o “adicción” no alude únicamente a los efectos farmacológicos de una sustancia sobre un individuo, sino que se refiere también, a un constructo sociocultural en el que confluyen diferentes procesos: relaciones sociales, expectativas culturales o afectivas, procesos de construcción del yo, etc.

El modelo biomédico (Nowlis, 1975) atribuye el factor causal de la intervención en drogas a la “dependencia” a una determinada sustancia pero, en realidad, en torno a esta idea de dependencia, se articulan una multiplicidad de factores que tienden a configurar una relación causal mucho más compleja. Este modelo tiende a ofrecer una explicación *cerebrocéntrica* al



afirmar que el origen de la adicción se produce en el cerebro (Romaní, 2019) utilizando un esquema clasificatorio que permite diagnosticar y, posteriormente modificar las conductas inadecuadas (las conductas a las que hace referencia Jesús en su discurso). Este esquema clasificatorio es ejercido por el poder psiquiátrico y pivota desde sus inicios en torno a tres términos: el exceso, la falta de control de sí mismo y la peligrosidad social (Massó, 2014). A partir de una revisión al manual de referencia del ámbito psiquiátrico “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*” (DSM) de la American Psychiatric Association (APA), y siguiendo los argumentos de Massó (2014), observamos la evolución discursiva de este potente dispositivo nominador.

En la primera publicación del DSM, en el año 1952, el consumo de sustancias psicoactivas se clasifica como un “trastorno de la personalidad psicopática”, junto con la “conducta antisocial” y las “desviaciones sexuales”. En la segunda versión, DSM II (1968), la categoría ‘drogodependencia’, se relaciona a una amenaza del orden social. En DSM III (1980), el término dependencia, ya no se clasifica dentro de “trastornos de personalidad” sino dentro de una categoría mucho más neutra: “abuso de sustancias”. En la cuarta versión DSM IV (1994), la “dependencia” se relaciona con la “anulación del gobierno de sí mismo”, y añade “los sujetos no sólo son peligrosos para la sociedad sino para sí mismos”. En la última versión DSM-V (2013), la “dependencia” clasifica la personalidad de los usuarios dentro de los tipos de personalidad “antisocial, límite o borderline, narcisista e histriónica” como factores que predisponen al abuso de sustancias psicoactivas. Actualmente, la propuesta clasificatoria más utilizada es la denominada “patología dual” que añade el concepto de “dualidad” y, a menudo, el de “multiplicidad” de trastornos mentales (trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad, etc.) a la adicción como enfermedad mental.

Hoy por hoy, la institución de investigación más influyente del mundo en el ámbito de las drogas, NIDA (National Institute on Drug Abuse, de EE. UU.) define la adicción como “un trastorno médico crónico”, obviando la importancia que los aspectos socioculturales y políticos tienen en un asunto tan complejo. El problema es que esta concepción orgánica sobre la adicción se traslada a los correspondientes estamentos sanitarios e institucionales y tiene un efecto directo tanto en las representaciones sociales sobre el usuario problemático de

drogas como en las prácticas asistenciales correspondientes. En el caso concreto de las Comunidades Terapéuticas, este traslado no es casual si tenemos en cuenta que el principal ideólogo teórico y máximo referente de la metodología de las Comunidades Terapéuticas es George De León (1995, 2004, 2011) quien ejerce como Director del Centro de Investigaciones en Comunidad Terapéutica del NIDA.

El modelo de intervención adapta la esencia del discurso *cerebrocéntrico*, otorgando mucha importancia a la propuesta del DSM en el momento de clasificar a los usuarios. Por ejemplo, se realizan grupos terapéuticos específicos para aquellos usuarios considerados “duales” generando una división y reforzando el estigma entre los usuarios, pero, en cambio, el diagnóstico se realiza en términos psicosociales y las herramientas terapéuticas utilizadas tienen un marcado carácter conductual o cognitivo-conductual. Tal como advierten Apud y Romani (2016) con relación al modelo biomédico, “*mientras el modelo biomédico explica la adicción en términos biológicos, la diagnóstica en términos psicosociales, y mientras intenta explicar el comportamiento humano en términos clínicos objetivos, el tratamiento sigue dependiendo en gran medida de la voluntad y la motivación del paciente. El paradigma biomédico termina siendo incapaz de completar su modelo neurobiológico de adicción, y termina apelando a la categoría de dependencia psicológica*” (2016). Veremos a lo largo de la investigación múltiples ejemplos que dan cuenta de cómo el equipo terapéutico concurre habitualmente a esta incongruencia conceptual y metodológica. Se hace evidente, también, en la discusión sobre si el consumo de drogas problemático es entendido como una *enfermedad en sí misma*, o bien es entendido como síntoma de padecimientos o trastornos preexistentes. El discurso institucional concibe desde un inicio el consumo de drogas problemático como una enfermedad crónica al apelar a la conciencia de enfermedad como uno de los elementos primordiales para superar la primera fase del programa terapéutico. Sin embargo, y como veremos a lo largo del siguiente apartado, una gran parte de las intervenciones terapéuticas se abordan desde la perspectiva de entender el consumo como un *síntoma* de otros trastornos o padecimientos preexistentes.

Abordar el consumo abusivo de drogas como una enfermedad en sí misma permite clasificar al individuo como un tipo de persona poseedora de una “personalidad adictiva”, que se

maneja a partir de los hábitos propios de su condición de adicto. De esta forma, se consigue homogeneizar al sujeto a la vez que permite categorizar las conductas o actitudes como síntomas de la enfermedad. Se entiende entonces que el *adicto* se comporta a partir de unos parámetros determinados y que el modelo de intervención debe modificar las actitudes que le son propias. Asimismo, esta categorización -sustentada en la legitimidad que otorga a ojos del usuario el saber científico – lo conduce a asumir su condición y participar de ella.

Obviamente, en el día a día de la Comunidad no se produce un debate específico en torno a estas cuestiones, ni por parte de los usuarios ni por parte de los profesionales, sino que son cuestiones que ya están instauradas en la vida social y cultural de la Comunidad generando prácticas discursivas que cimentan y moldean el modelo de intervención. Foucault (2010) ya advirtió que, para generar prácticas discursivas resulta necesario encontrar las palabras para las cosas de acuerdo a una racionalidad determinada. A lo largo de la investigación veremos como este proceso performativo está presente en la vida social de la Comunidad y en todos los aspectos que conforman el modelo de intervención, convirtiendo esta racionalidad en un dogma uniforme, rígido y prácticamente indiscutible.

## **4.2. El Proceso de Entrada**

En su conjunto, las Comunidades Terapéuticas se comportan como cualquier otro gremio en tanto que asumen una intencionalidad compartida. Es necesaria una sistematización tanto de sus discursos, como de sus prácticas. Esta sistematización teórica ha sido realizada principalmente por dos únicos autores George de León (1995, 2004, 2011) y María Elena Goti (1990). Sin embargo, esta producción teórica no ha sido relevante ni decisiva en la configuración de los lineamientos básicos de las Comunidades Terapéuticas. Las principales referencias teóricas del ámbito han sido escritas y publicadas a posteriori, varias décadas después de que el modelo “base” de las Comunidades Terapéuticas ya estuviese firmemente consolidado. En sus inicios, los rasgos esenciales de la metodología terapéutica fueron transmitidos oralmente tal como admite el propio De León:

“Las enseñanzas sobre la metodología de la Comunidad Terapéutica se han transmitido mediante la tradición oral desde un principio. El modelo y el método de la Comunidad Terapéutica derivan de las experiencias de ensayo-error de sus primeros participantes, que crearon y organizaron sus propias comunidades de auto-ayuda. Desde entonces, tres generaciones de trabajadores, o “para-profesionales” han ido desarrollando la metodología de la Comunidad Terapéutica, a través de la experiencia personal y el aprendizaje. (De León, 2004, pp. 27-28)”

Asimismo, los diferentes organismos autonómicos, nacionales e internacionales orientados a la información y prevención de las drogodependencias han jugado un papel secundario en la aplicación metodológica de la Comunidad Terapéutica. De la misma forma que sucede con las referencias teóricas, todos estos organismos –con la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas (WFTC) en la cúspide- han ejercido una función a posteriori, unificando criterios, profesionalizando el sector y generando un tipo de dinámica gremial -promovida principalmente mediante encuentros y congresos- que busca alcanzar, sobretodo, un alto grado de “costo-efectividad” (Menéndez y Yubero, 2008).

Más allá de la variabilidad de modelos de intervención y de los detalles que pueden diferenciar su implantación en cada Comunidad Terapéutica, en general, todas ellas parten de una misma esencia y comparten muchos elementos. Es cierto que existen diferencias significativas en la forma de implantar el programa terapéutico o en los recursos para llevarlo a cabo, pero en general la perspectiva se apoya en todos los casos en una serie de métodos y normativas comunes que no difieren demasiado entre las diferentes Comunidades Terapéuticas. El programa terapéutico que ofrece la organización objeto de esta investigación se caracteriza por ser un programa de *alta exigencia*, es decir, por aplicar técnicas conductuales muy estrictas y por establecer una rígida normativa como base de funcionamiento de dicho programa.

Esta *alta exigencia* es conocida por la mayoría de usuarios antes de entrar en la institución y no es extraño escuchar comentarios al respecto “*esta es una de las Comunidades más duras que hay*” (Rubén, usuario. Diario de campo. 13 de junio de 2019), “*yo antes de entrar ya sabía de qué iba esto*” (Pau, usuario. Diario de campo. 14 de junio de 2019).

Se dan dos vías para ingresar en la Comunidad. El ingreso voluntario y el ingreso como medida alternativa a la prisión. Esta segunda vía la trataré en un apartado concreto debido a sus particularidades. El ingreso voluntario es el más significativo proporcionalmente (92% del total de ingresos. Dato facilitado por la propia organización) si bien en muchos de estos casos se trata de una voluntariedad relativa o, como mínimo, sujeta a una serie de condicionantes. Estos condicionantes -por regla general- se relacionan con presiones familiares que fuerzan al sujeto a tomar una decisión que por sí mismo no hubiese tomado o hubiese pospuesto para otro momento. Suelen ser comunes las exigencias o ultimátum por parte de familiares directos con romper el vínculo de parentesco en caso de no ingresar en una Comunidad Terapéutica. También puede suceder que el sujeto se encuentre en una situación límite a nivel laboral y que sea forzado o presionado laboralmente para encontrar una solución a su precaria situación laboral. Asimismo, se dan casos en los que el sujeto se ve envuelto en alguna problemática judicial que de una forma u otra impulsan la necesidad de revertir la situación en la que se encuentra. Está claro que estos condicionantes no anulan el carácter voluntario del ingreso; todos los usuarios entran en Comunidad por su propio pie y en cualquier momento tienen la posibilidad de abandonarla. No obstante, es importante tener en cuenta todos estos factores para poder comprender mejor el rol que asumirá posteriormente como usuario y tener claro que cuando hablamos de voluntariedad del tratamiento debemos significarlo dentro de estos términos.

Consulté a todos los usuarios con los que coincidí en la Comunidad sobre cómo había sido el proceso que les había conducido al ingreso, en un principio, la gran mayoría manifestaban haber tomado la decisión por propia voluntad. Sin embargo, a medida que seguía preguntando sobre las causas concretas o hechos determinantes que les habían impulsado a ingresar en la Comunidad iban surgiendo todos estos factores. Parecía ser que estos usuarios querían dar la impresión de que eran ellos quienes habían dado el paso, mostrando así un añadido de disponibilidad institucional en el rol de buen usuario. Asimismo, también hay un reducido número de usuarios que ingresan en la Comunidad debido a una decisión personal, asumiendo que es lo que más les conviene y realizando por sí mismos los trámites administrativos necesarios. En estos casos, un relato muy habitual es el surgimiento de dudas

en la toma de decisión a pesar de “*querer hacerlo*”. El proceso burocrático que precede al ingreso y que suele ser largo y tedioso aumenta las dudas al aproximarse la fecha de entrada “*yo tenía claro que tenía que ingresar porque estaba fatal, pero me daba mucho miedo*” (Jonathan, usuario 5 de marzo de 2019). Lola, una mujer de 54 años que ingreso en la Comunidad después de que sus hijos conocieran su problemática con la cocaína, me explicaba durante la entrevista “*El caso es que los días previos yo decía que sí, que sí, pero con la boca chica. Y yo pensaba esto, no sé, no, es que tampoco te sé decir que pensaba, yo pensaba que sí, que sí, pero como si eso fuese una cosa, como si estuviera jugando, como si hiciera entro, pero me voy. Como no consciente de lo que estaba haciendo para nada, vale, para nada*”. Otra narrativa común –probablemente la más común– es la sensación de resignación al encontrarse en una situación sin salida “*no tenía otra opción. O ingresaba o no sé qué hubiese pasado conmigo*” (Úrsula, usuaria, 8 de mayo de 2019.).

Pero, en definitiva, sea cual sea el grado de voluntariedad y teniendo en cuenta la variabilidad de circunstancias que pueden conducir al ingreso, el hecho de iniciar un tratamiento de estas características siempre comporta una derrota en términos identitarios. Incluso antes de iniciarlo, el solo hecho de aceptar el ingreso supone la pérdida de ciertos roles que han identificado al individuo hasta ese momento. Significa el abandono de una forma de vida y la admisión de que una parte de lo que ha sido, ha comenzado a cambiar.

Para la mayoría de usuarios de la Comunidad el consumo abusivo de sustancias se enmarca dentro de una forma de vida en la que adquiere tanta importancia el consumo en sí mismo como todo aquello que le envuelve. Raúl (27 años), un usuario que abandonó la Comunidad durante la primera fase del programa me explicaba lo siguiente al salir de un grupo terapéutico “*para mí, lo más difícil fue tomar la decisión de entrar aquí. Entré por mi novia. Y no me fue difícil entrar a la Comunidad por dejar de drogarme, no, eso para mí era bastante fácil. Yo ya lo había dejao dos o tres veces durante un tiempo porque ella no quería que me metiera coca, pero luego volvía. Tampoco me costaba tanto dejarlo, lo que pasaba es que cuando iban pasando los meses me relajaba y como también vendía pues al final me volvía a meter. Yo creo que estoy más enganchao a vender droga que a meterme*”. Durante los grupos terapéuticos había explicado en varias ocasiones lo que significaba para él “*el*

*mundo de las drogas” en términos identitarios “a mí en mi barrio la gente me conoce. Todo el mundo sabe quién soy y saben que vendía. Y la gente me respeta, yo tengo una reputación. Muchos amigos no entienden que me haya metido aquí. Lo ven de locos. Creen que soy un pringao”* (Diario de campo 4 de marzo de 2019). En la visión del mundo de Raúl, la venta de drogas otorga notoriedad social. Esta circunstancia se produce en mayor medida entre aquellos usuarios que, además de manifestar un problema con el consumo de sustancias, han dedicado parte de su trayectoria a la venta de drogas. Se establece una mayor identificación con un estilo de vida alternativo al proporcionar dinero fácil y cierta aureola de peligrosidad. En aquellos usuarios de la Comunidad que no se han dedicado a la comercialización de drogas esta identificación se sigue produciendo, pero en menor medida. Otorgar una importancia central al consumo reconfigura la vida psicosocial del individuo (Pallarés, 1995). Sin embargo, en la actualidad, no se producen procesos de identificación tan acusados con la sustancia como sucedió con los consumidores de heroína en España a principios de los años ochenta o con el movimiento hippie en los años sesenta y setenta.

El proceso de internación suele ser un periodo de incertidumbre, tanto para el usuario como para sus redes vinculares más próximas. Según el relato de los familiares es una etapa marcada por la angustia, el desconcierto y por la culpabilidad -sobre todo en el caso de las madres según mis observaciones-. Se trata de un periodo de impás que se puede alargar según el tipo de Comunidad Terapéutica al que se pretenda ingresar. En la mayor parte de ellas –de tipo concertado- la lista de espera suele oscilar entre los cuatro y los seis meses desde que se inician los trámites hasta el ingreso en la Comunidad. En nuestro caso este periodo es más reducido, pero aún y así durante unos meses la familia debe hacerse cargo del cuidado y resguardo *“sin saber muy bien que hacer porque nadie te dice cómo controlarlo. Estaba fatal, solo quería consumir y nosotros teníamos que trabajar. Hacíamos turnos para no dejarlo solo”* (Rosa, madre de usuario. 3 de mayo de 2019). *“fueron meses muy complicados porque yo no sabía nada de todo esto. No había hecho aún ningún grupo de familias; iba muy perdida”*. (María, madre de usuario. 3 de mayo de 2019). Cuando el ingreso se hace efectivo supone, generalmente, un momento de liberación y esperanza para la familia (Garbi, 2020). Esta sensación de alivio se asocia con la necesidad de poder delegar o compartir el cuidado con un experto.

Las redes vinculares seguirán teniendo un rol importante durante las diferentes fases del programa terapéutico. El modelo de intervención de las Comunidades Terapéuticas actuales incorpora a las familias como parte fundamental del tratamiento mediante reuniones periódicas en la Comunidad con el objetivo de proporcionarles información y conocimiento. Las familias deben ir alineadas a las directrices institucionales y los grupos de familia son, en cierta forma, una especie de entrenamiento para ellas. Estas reuniones familiares se realizan una vez por semana en el interior de la Comunidad sin la presencia de los usuarios. Antes de producirse el internamiento, la institución solicita a las redes vinculares uno o dos referentes que realizarán la función denominada *seguimiento*. Esta figura debe estar consensuada con el usuario –debe dar su aprobación- y ejerce dos importantes funciones. En primer lugar, el *seguimiento* es el referente externo del usuario, la persona o personas con las que la institución se comunicará de forma exclusiva para todo aquello que tenga que ver con el usuario y las únicas personas que tendrán potestad para tomar decisiones en su nombre. Esto implica una gran diversidad de situaciones en las que el equipo profesional debe comunicarse con el *seguimiento*: incidencias en la vida diaria de la Comunidad, trámites burocráticos, permisos de salida, pautas médicas o solicitud de material para el usuario entre muchas otras posibilidades. En segundo lugar, la figura del *seguimiento* es la responsable de la conducta del usuario durante las diferentes fases del tratamiento siempre que éste no se encuentre presencialmente en la Comunidad. Este rol implica que el *seguimiento* debe interiorizar el grueso de la cultura institucional, el lenguaje propio de la Comunidad y la lógica del tratamiento para poder ir en sintonía con las directrices terapéuticas.

La minuciosidad y el rigor con el que se lleva a cabo el tratamiento conductual y el tipo de régimen semiabierto que estructura el modelo de intervención de la Comunidad, convierten la tarea del *seguimiento* en una responsabilidad absorbente y cargada de tensiones. El *seguimiento* tiene la función de ser la sombra del usuario ya que éste no puede quedarse solo en ningún momento cuando se encuentra en el exterior de la Comunidad. En todo momento debe estar acompañado. En el resto de Comunidades Terapéuticas esta función solamente debe ser ejercida durante las salidas programadas que se realizan durante la última fase del tratamiento. En el caso de la Comunidad aquí estudiada la tarea es mucho más exigente en



tanto que muchos usuarios empiezan a pernoctar en sus domicilios cuando acceden a la tercera fase del programa. Esta responsabilidad suele provocar grandes preocupaciones al *seguimiento*. Se trata de una tarea compleja porque esta figura se encuentra ubicada entre dos bandos. Por un lado, debe seguir las estrictas indicaciones institucionales a las que el usuario está sometido al salir de la Comunidad. En la mayor parte de ocasiones, estas estrictas indicaciones también afectan de forma contundente su cotidianidad. Por otro, las exigencias terapéuticas que demanda el equipo profesional sobre el control social formal que debe ejercer sobre el usuario se convierten en un foco de discusión constante entre ambos o entre el seguimiento y los miembros del equipo.

Lograr la reestructuración del usuario que pretende la institución implica un gran despliegue de técnicas que históricamente se han aplicado en contextos institucionales cerrados. En este sentido, la propuesta de la asociación por implantar el régimen semiabierto es arriesgada. Exige un mayor esfuerzo a las familias y a la propia institución, tanto logístico como personal. Asimismo, implica un elevado grado de organización familiar gestionar las idas y venidas del usuario y poder garantizar que éste se encontrará acompañado en todo momento. Pero, sobre todo, el régimen semiabierto convierte a las redes vinculares en una extensión del equipo terapéutico fuera de la Comunidad. Su función principal es la misma que realiza el equipo dentro de la institución: ejercer el control social formal sobre el usuario.

Como en cualquier orden de cualquier sociedad organizada el control social formal e informal tienden a complementarse el uno al otro (Cohen, 1988). Las Comunidades Terapéuticas son un ejemplo paradigmático de cómo se articulan y como se complementan estos dos niveles de control social. La mayor parte de ocasiones es el propio individuo que habiendo interiorizado la filosofía del tratamiento sigue de forma rigurosa las indicaciones terapéuticas aunque no se encuentre ante la presencia inmediata del equipo profesional. En el exterior de la Comunidad funciona la misma lógica. El seguimiento ejerce la función de control social formal, vigilando, estando presente en todo momento, pero en realidad es el propio usuario el que se impone a sí mismo el mayor nivel de control.

### 4.3. La Entrada a Comunidad

Uno de los hechos que más me sorprendió durante el periodo de trabajo de campo fue la facilidad y la rapidez con la que la gran mayoría de usuarios parecían adaptarse a la Comunidad. Contrariamente a lo que esperaba, no aprecié crisis emocionales durante los primeros días de estancia en la Comunidad en ninguno de los usuarios recién llegados y tan solo una usuaria abandonó la Comunidad durante la primera semana del programa (un caso especial sobre el que reflexionaré en el Capítulo 6.3). En las conversaciones informales mantenidas con los usuarios en el patio pregunté a algunos de los usuarios sobre cómo habían vivido el ingreso y como se habían sentido durante sus primeros días y a excepción de algunas respuestas en las que el usuario manifestaba el impacto que le había producido el exceso de normativa, el resto de ellos aseguraron no encontrar demasiadas dificultades en adaptarse a la Comunidad.

En un primer término, esta circunstancia parecía producirse porque muchos de los usuarios acumulan una larga carrera asistencial, habiendo estado en contacto con diferentes establecimientos relacionados con la asistencia a las drogodependencias. Asimismo, en muchos casos el usuario ha estado ingresado en otra Comunidad Terapéutica con anterioridad. De esta forma, es característico que los usuarios ingresen en la Comunidad con un cierto marco de referencia que les permite obtener mecanismos defensivos ante el impacto emocional que puede producir el ingreso. Aun así, me resultaba sorprendente la disposición con la que el usuario asimilaba el cambio que comporta ingresar en una Comunidad Terapéutica. Se debe tener en cuenta las circunstancias objetivas del ingreso de cada usuario (problemas familiares, económicos, estados emocionales, etc.) y lo que estas pueden suponer para la *estructura del yo* en una persona (Goffman, 2012).

Pasado un tiempo pude darme cuenta de que la narrativa que mantenían respecto a la escasa dificultad que les había ocasionado el ingreso no se ajustaba exactamente a la realidad. Al preguntarles por ello de forma informal manifestaban su rápida adaptación a la Comunidad. Sin embargo, cuando establecí una mayor relación con ellos y profundicé en esta cuestión fueron surgiendo las diferentes dificultades que se encontraron al inicio de su estancia en la

Comunidad. Pasado un tiempo puede advertir que la voluntad por mostrarse adecuados al contexto de la Comunidad que a aquello que verdaderamente les había supuesto el ingreso.

El primer día de estancia en la Comunidad es para el usuario una jornada intensa emocionalmente y en la que además deberá asimilar mucha información. Suelen ser muy comunes los relatos en los que aparecen miedos y temores.

Esta mañana, como cada semana, se ha incorporado un nuevo usuario. La incorporación de nuevos usuarios a la Comunidad no tiene un calendario establecido ni se produce un día determinado, sino que depende de las altas terapéuticas, expulsiones o abandonos que se produzcan durante la semana. Normalmente se incorporan entre uno y tres usuarios por semana. Durante el periodo de espera hasta que hay una plaza libre en la Comunidad los usuarios empiezan a familiarizarse con el tratamiento acudiendo a un recurso ambulatorio de la institución situado a pocos kilómetros de aquí en el que realizan grupos terapéuticos.

Hoy se ha incorporado Mónica. Ha llegado en coche junto a su familia (padre, madre y hermano) y al llegar, han tenido que esperar un buen rato en el patio para realizar la entrevista con el Director. Al salir al patio para hacerlos pasar, Jesús se ha mostrado más afable y sonriente de lo que se muestra habitualmente con los usuarios. Está claro que pretende rebajar la tensión de las familias. No me he atrevido aún a pedir a Jesús poder estar presente en alguna de estas reuniones de incorporación porque considero que es un momento demasiado delicado tanto para las familias como para el usuario. La reunión ha durado alrededor de 45 minutos y por lo que me ha explicado Jesús consiste en establecer las condiciones básicas de la estancia en la Comunidad *“se trata de poner los puntos sobre las ies desde un principio. Si quieres estar aquí: esto es lo que hay. Claro que depende del chico que entre y de cómo lo vea. A algunos se les tiene que apretar más y otros vienen tan asustados que casi tienes que tranquilizarlos”*.

Como prácticamente todos los momentos en la Comunidad, las incorporaciones siguen una pauta ritualizada. Al acabar la reunión, el mismo Jesús muestra la Comunidad tanto al usuario como a la familia. La presencia de familiares en el interior de la casa es una situación poco habitual en una Comunidad y es una característica del régimen semiabierto de esta institución. Una vez finalizado el recorrido por la casa, Jesús ha dado el relevo a Franc (en funciones de *Cap de grup*) que ha explicado a la usuaria y a sus familiares las

principales directrices del tratamiento. Estas indicaciones son importantes también para los familiares en tanto que las tendrán que tener presentes durante los permisos y salidas.

Poco después, usuaria y familia se han despedido por tres veces. Una vez se han marchado, la usuaria se ha sentado en uno de los bancos del patio, sola, y se ha puesto a llorar en silencio con las manos en el rostro. En este momento, todos los usuarios se encontraban reunidos en las salas realizando grupos. En el patio, tan solo se encontraban los *caps de grup* (Franc y Albert), y Judit (estudiante en prácticas, muy integrada a la Comunidad y muy cercana a la visión del equipo terapéutico) quien, después de unos minutos, se ha acercado a ella para consolarla. Es la primera vez que veo llorar a un usuario en público el día de su llegada. Hasta el momento (en todas las nuevas incorporaciones que he podido observar) ningún usuario había reaccionado de esta manera. Me sorprendía bastante que fuera así.

Cuando han finalizado los grupos terapéuticos todos los usuarios han salido al patio a fumar. A Mónica se le ha asignado a Aitor como *referente*. Estará en todo momento junto a ella durante las dos primeras semanas. Se sentarán juntos durante los grupos y durante las comidas; la acompañará a aquellas zonas de la casa a las que un recién llegado no puede acudir solo, y será la primera persona a la que deba preguntar cualquier cuestión normativa, de funcionamiento de la casa o terapéutica. Tan solo se separarán para dormir y durante el grupo de *trobada*. Incluso cuando quiera ir al baño se lo deberá comentar antes y lo acompañará hasta la puerta.

Se sientan en un banco y con una libreta en la mano van repasando el horario.

Aitor: *De 6.30h a 6.45h aseo y cama, has de ir bastante rápido porque pasan volando los quince minutos y además somos muchos y hay pocos baños. La cama tiene que quedar bien hecha porque luego pasan a revisarla, pero tranquila los primeros días no serán estrictos. Luego te enseño como tiene que quedar la cama. A las 6.45h desayuno...*

El resto de usuarios se van acercando a ella y se presentan:

Oriol: *Hola, me llamo Uri. ¿Cómo estás?*

Mónica: *Bueno, un poco nerviosa...*

Oriol: *Tranquila, todos estamos igual el primer día. Es normal...*

Mónica: *Y no sé si me acordaré de tantas cosas, entre normas, nombres, horarios...*

Oriol: *Bueno, es que somos muchos...pero ya verás que en nada te los sabrás todos, ya lo verás.*

Estando en el patio, Pau, de tercera fase, *pide actitudes* a un compañero de primera fase, que en tono de broma y dirigiéndose a otro usuario usa la expresión: *¿Qué pasa loco?*

Mónica: (Está justo al lado y lo ve. Le cambia la cara y suspira fuerte) *“¿Cómo? ¿Pero, si no ha dicho nada?”*

Aitor: *Eso es argot callejero, no podemos hablar como hablamos en la calle.*

Mónica: *Esto va a ser imposible para mí, yo siempre hablo así. En serio, no voy a ser capaz. Es que me sale solo...*

Finalizado el descanso el *responsable de día* llama al *escuchamos*. Es un *escuchamos* de los largos y pesados. Aclarar una pequeña trifulca entre Marcos y David que ha ocurrido durante el desayuno ocupa más de veinte minutos. Me dedico exclusivamente a observar a Mónica. Está situada junto a Aitor en primera fila, donde deben situarse los usuarios de primera fase. No puedo sacar conclusiones de su gestualidad porque prácticamente no se mueve, pero por su expresión facial parece hacer un esfuerzo por aparentar concentración. En un momento determinado parece querer preguntarle alguna cosa a Aitor, pero éste le hace el gesto de espera y de silencio. Está totalmente prohibido hablar durante el *escuchamos* a no ser que se pida el turno de palabra. Poco después el *responsable de día* llama a Mónica y la invita a subir los tres escalones que sirven de tarima. La presenta a toda la Comunidad siguiendo las pautas habituales. Al acabar de presentarla, le pregunta de forma demasiado brusca *¿A qué has venido?* Es la última parte del ritual de incorporación, una pregunta que siguiendo el ritual solo puede tener una respuesta, pero que al preguntárselo de forma tan abrupta, parece una acusación. Su *referente* debería haberle explicado que le harían esta pregunta y debería haberle apuntado la respuesta. Se queda descolocada durante dos segundos, hasta que encuentra la respuesta. *“A curarme de una adicción”*. Solo han sido los nervios, Aitor ha hecho bien su trabajo. Todos los usuarios le responden a la vez *“Bienvenida, Mónica”*, aplauden y se da por cerrado el ritual de incorporación.

Antes de la comida pido al responsable de cocina la posibilidad de sentarme en la misma mesa que Mónica y Aitor para poder seguir observando la incorporación de Mónica a la

Comunidad. Lo he solicitado demasiado tarde porque ya tenía todas las mesas distribuidas. Aun así, realiza algunos cambios y me sitúa junto a ellos. Procuero no pedir demasiadas cosas a los usuarios para no aumentar la distancia social que me separa de ellos. A excepción siete u ocho casos con los que he conseguido establecer una relación más natural el resto de usuarios mantienen conmigo el mismo trato de subordinación que dispensan al equipo profesional.

No existe un orden establecido sobre el lugar en el que se deben situar los usuarios durante las comidas sino que es el responsable de cocina quien aleatoriamente organiza las mesas. Para su distribución debe tener en cuenta cuatro consideraciones: a) los miembros del equipo y los *caps de grup* deben situarse en diferentes mesas, b) las mujeres usuarias se sientan todas en la misma mesa, c) los usuarios que se encuentran en *silencio* se sitúan juntos en una mesa relativamente separada del resto, d) *referente* y *referido* aunque sean de diferente género se sitúan en la misma mesa uno al lado del otro.

Cuando nos sentamos, Aitor sigue dándole todo tipo de indicaciones y explicándole todo tipo de normas. Se crece tanto con las normas que incluso se inventa de nuevas.

(Mónica, visiblemente nerviosa, en un momento determinado coge los cubiertos y al poco los vuelve a colocar sobre la mesa).

Aitor: (dirigiéndose a Mónica) *Los cuchillos siempre tienen que estar colocados con la parte de la sierra pa' dentro.*

Manel: (usuario de tercera fase que está sentado en la misma mesa) *Pero, ¿qué dices? Eso no es ninguna norma. Pero si estos cuchillos no cortan* (coge un cuchillo y se corta en el brazo).

No se hace ningún corte porque, ciertamente, los cuchillos no sirven ni para pelar fruta. Un día, un usuario me enseñó como cortar la naranja con la cuchara porque era más efectivo que con el cuchillo. Esta medida es preventiva para que no haya objetos cortantes en la casa

Aitor: *Pues yo pensaba que era una norma.*

Manel: *No hombre no, eso es, solamente, para cuando se montan las mesas, que los cuchillos tienen que estar colocados con la sierra para dentro, pero luego no vas a estar todo el rato*

*mirando como los dejas...Y no la agobies tanto con las normas que es su primer día y suficiente tiene...*

*Mónica: Bueno sí, mejor, poco a poco. Es que ya no me cabe nada más...*

Después de comer y justo antes de irme, me dirijo a Mónica para preguntarle cómo está pasando el primer día.

*-Tengo miedo a la primera noche.*

**Día 28.** Miércoles, 24 de abril de 2019. Entrada 8.30h – Salida 15h

En este recorte etnográfico podemos ver alguna de las situaciones con las que se encuentra cualquier usuario durante su primer día en la Comunidad. La intensidad con la que viva la situación variará para cada uno de ellos, pero en general todos atraviesan el mismo ciclo de experiencias durante la primera jornada.

El primer momento que puede tener una consecuencia directa en la concepción que tiene sobre sí mismo el usuario es el impacto que le produce la llegada a la Comunidad. Hasta ese momento concreto el ingreso es, para él, solamente una idea abstracta en la que se mezclan temores y esperanzas “yo sabía a donde iba, pero era como que me dejaba arrastrar (...) Si, recuerdo mucho cuando subí por las escaleras y vi a todo el mundo en el patio y pensé: mierda ¿qué he hecho?” (Jonathan, usuario. 3 de junio de 2019). “Al entrar en esta Comunidad fue diferente porque era mi segundo ingreso y ya sabía de qué iba la cosa, pero sí que recuerdo cuando entré en Can Serra. En aquella Comunidad la familia no puede entrar, no hay visitas ni te traen en coche el primer día como aquí. Allí bajaba un educador al pueblo y luego él, con la furgoneta te subía a la Comunidad. Me despedí de mi madre y de mi hermano en un descampao. Y era como si intercambiaran un paquete. Yo estaba mal porque venía de consumir mucho hasta quince días antes. Ya no tenía mono, pero me encontraba mal y estaba muy deprimido. Y me recuerdo de aquel viaje con la furgo por la

*montaña. Igual eran veinte minutos de caminos de tierra hasta la Comunidad<sup>10</sup>. Subíamos y subíamos. Solo pensaba: ¿y si me quiero ir de aquí como lo hago? No puedo hacer todo este camino andando. Ahí el ingreso duraba un año. Nunca había pasado tanto miedo como cuando subí por esa montaña.”* (Dani, usuario). Se produce un choque de realidad, la verificación de que su vida va a cambiar y que se adentra en un lugar desconocido. Durante las primeras semanas del tratamiento el usuario no puede recibir visitas ni contactar telefónicamente con sus allegados. Conocer esta circunstancia aumenta tanto la sensación de desamparo como la tensión que siente al tomar conciencia que efectivamente se está separando de su mundo habitual.

Una vez el usuario ha llegado a la Comunidad se realiza la entrevista de admisión. El equipo profesional afronta la entrevista con un volumen importante de información sobre el usuario. La institución, en contacto con los recursos sanitarios públicos que han supervisado el ingreso en la Comunidad, accede a todos los informes generados a lo largo de su carrera asistencial y sanitaria. En el caso que el usuario haya estado ingresado en prisión o tenga antecedentes penales también dispondrá de los informes realizados por la entidad penitenciaria o por el aparato jurídico. A estos informes externos se añaden los informes internos realizados por la propia institución durante las semanas previas al ingreso en las que el usuario ha acudido al recurso ambulatorio de la entidad.

Toda esta información es realizada por profesionales de diferentes ámbitos (educadores y trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, médicos, juristas) y se traduce en un diagnóstico social y psicológico del usuario. Ambos diagnósticos proporcionan a la institución un esquema clasificatorio que permite ubicar al usuario dentro de los parámetros perceptuales que abarca la categoría adicto/drogodependiente, pero será el diagnóstico psicológico el que tendrá un mayor peso en el trato diario con el usuario. Se clasificará al usuario en base a su *personalidad* y/o a su supuesta *patología* lo que proporcionará al equipo

---

<sup>10</sup> La mayor parte de Comunidades Terapéuticas españolas están situadas fuera de los núcleos urbanos. Habitualmente en lugares alejados de cualquier tipo de actividad. No se puede determinar los motivos por los que se produce esta circunstancia, pero probablemente tengan que ver con el tipo de infraestructura necesaria para llevar a cabo su actividad. Es necesaria una residencia de gran tamaño y es más frecuente encontrar este tipo de infraestructura en el ámbito rural. Sin embargo, aunque probablemente este no sea el motivo, esta circunstancia tiene un impacto directo en la sensación de ruptura con el mundo exterior. El usuario percibe un mayor distanciamiento de su mundo habitual.



profesional un recurso teóricamente científico que permitirá racionalizar la intervención terapéutica.

El diagnóstico social no será determinante para la estancia del usuario en la Comunidad porque en líneas generales el modelo de intervención no tiene demasiado en cuenta sus contingencias sociales ni culturales durante esta fase del tratamiento. El programa terapéutico no se adapta a sus circunstancias personales, sino que es cada usuario el que se debe adaptar a los esquemas interpretativos de la institución. No obstante, los diferentes informes sociales sí que tendrán importancia durante la fase de reinserción. Una de las labores mejor valoradas por la figura del *veterano* es la disposición de recursos laborales, formativos y sociales adaptados a las circunstancias personales de cada usuario que ofrece la institución una vez finalizada la etapa en la Comunidad.

Si tal como veremos en los siguientes capítulos la estancia en Comunidad puede entenderse como un rito de paso entre la *enfermedad* y la *salud* (Renoldi, 2001), la entrevista de admisión puede considerarse una forma de iniciación. Se trata de un acto protocolario en el que el director de la Comunidad informa al usuario sobre su nueva condición. En tanto que protocolo esta primera entrevista consta de una dimensión formal y de una dimensión simbólica. La formal tiene que ver con toda una serie de procedimientos de admisión, entre los que se incluye el registro intensivo del usuario con el objetivo de que no entre drogas a la Comunidad, la supervisión e inventario de sus enseres personales, la realización de un análisis de orina, la firma del contrato vinculante entre la institución y el usuario y, por último, o la explicación de la normativa básica de la Comunidad. Se registra, también, junto a la familia presente en la entrevista, la pauta médica del usuario y se verifican diferentes aspectos administrativos y legales. Se establece cuáles serán las personas allegadas que realizarán la función de *seguimiento* y las pautas a seguir durante las salidas de la Comunidad como, por ejemplo, la formalización de una cuenta bancaria mancomunada entre el *seguimiento* y el usuario para que este no pueda disponer ni administrar dinero sin el consentimiento de la familia. En definitiva, se trata de formalizar una serie de aspectos prácticos que en adelante estructurarán el día a día del usuario.

Simbólicamente, la entrevista de admisión puede caracterizarse como una despedida y un comienzo. Durante la entrevista el usuario se encuentra ubicado simbólicamente y físicamente entre dos mundos. Por un lado, la familia o las personas allegadas responsables de su resguardo durante su última etapa; por otro; la figura del Director de la Comunidad en representación de la institución que lo tutelaré y lo guiará por el *buen camino* (la normalización) a partir de ese momento. Se produce un proceso de intercambio entre la familia y la institución en el que el sujeto empieza a percibir que perderá el escaso margen de autodeterminación que le quedaba. La situación vital previa al ingreso es similar en la mayor parte de usuarios. Ingresan en la Comunidad en una situación personal fracturada, sin poder hacer frente a una multitud de problemas que le plantea su salud, su entorno o su falta de recursos (Castel y Coppel, 1994). Afrontan el ingreso en la Comunidad después de un largo recorrido asistencial, presionados por sus redes vinculares y manejando una percepción de sí mismos muy deteriorada. En la etapa previa a la Comunidad en la que acuden al recurso ambulatorio de la institución empiezan a conocer la cultura institucional y a tener una idea sobre en qué consiste el programa terapéutico. Aun así, incluso con toda esta problemática, antes del ingreso conservan cierta capacidad de autodeterminación. Dentro de los márgenes que le permiten los controles familiares pueden tomar decisiones por sí mismos. Cuando el usuario se entrevista con el director de la Comunidad se despide del que era su mundo habitual. Deja atrás sus roles del pasado para pasar a ser un adicto en recuperación y comportarse conforme a ello. Desde ese momento el usuario pierde su autodeterminación y deberá asumir todo lo que le dicen, esté o no esté de acuerdo. En palabras de Jesús “*Si quieres estar aquí: esto es lo que hay*”.

Al finalizar la entrevista y despedirse de la familia, el usuario deberá enfrentarse rápidamente a su nueva realidad. El impacto cultural es tan brusco que se ve obligado a permanecer alerta en todo momento para poder mostrarse adecuado a la situación. Cambian muchos códigos de interacción y debe estar al tanto de muchas más circunstancias de las que demanda la vida en el exterior. Se trata en muchas ocasiones de dinámicas invisibles, pequeños detalles que estructuran la vida de la Comunidad a la vez que forman parte de la mecánica del modelo de intervención. Veamos un ejemplo que no corresponde a un usuario, pero que se ajusta a lo

que significa para alguien ajeno a la Comunidad tener que ubicarse en este contexto en su primer día de estancia.

Esta mañana ha empezado una nueva voluntaria. Durante el descanso, ha cogido una de las sillas de plástico que se encuentran apiladas bajo el porche del patio para sentarse a charlar junto a un grupo de usuarios. Al acabar el descanso, se ha levantado en dirección al despacho de dirección, pero no ha devuelto la silla a su lugar. Rápidamente, un usuario le ha advertido de que debe colocar la silla donde la había recogido (se encontraba a dos metros de distancia). La voluntaria se ha justificado aludiendo que pensaba volver a sentarse en ella más tarde, pero el usuario le ha explicado una de las normas de convivencia de la casa.

*-Da igual si luego vuelves. La tienes que poner en su sitio igualmente. Todo tiene que quedar tal como te lo has encontrado. Pero tranquila, no pasa nada, ya te irás acostumbrando.*

Se ha disculpado ruborizada.

**Día 7.** Lunes, 4 de marzo de 2019. Entrada 15h – Salida 19h

Y este otro ejemplo etnográfico de Jaime al presentarse ante un grupo de compañeros en su primera jornada como usuario en la Comunidad.

Jaime: (dirigiéndose a una usuaria) *Hola guapa, soy Jaime...*

Susana: (Equipo profesional, se encontraba a escasos metros del grupo de usuarios) *De guapa nada. Aquí nos llamamos por el nombre, ni guapas, ni guapos, ni apodos.*

Jaime: *Ay perdón, creo que han sido los nervios...*

**Día 59.** Viernes, 22 de octubre de 2019. Entrada 8:30h– Salida 14:30h

Más allá de los códigos culturales y de las nuevas dinámicas de interacción a la que se ve expuesto durante la primera jornada, el nuevo usuario también debe asimilar una gran cantidad de información práctica relativa a la normativa interna. Una de las características de

la estructura social de la Comunidad es que no existe una normativa escrita que el usuario pueda consultar, tal como sucede en otras instituciones de similares características. A pesar de que la minuciosidad de la normativa llega a límites inverosímiles –y, por tanto, es muy extensa- toda esta normativa se transmite oralmente de una generación a otra de usuarios. Las tres únicas normas de la casa escritas en papel, y que tienen como consecuencia una expulsión definitiva de la Comunidad son: “no drogas, no sexo y no violencia”. El resto de normas, sencillamente, deben ser aprendidas y, posteriormente, interiorizadas. La primera jornada implica un esfuerzo memorístico sustancial porque a toda esta normativa se añade la obligación de aprender el frenético horario que estructura la vida diaria de la Comunidad y recordar los nombres de un volumen significativo de compañeros y profesionales.

Para orientarse debidamente y acompañarlo en esta adaptación, la institución asigna a cada nuevo usuario un *referente* que lo guiará durante las dos primeras semanas. En la Comunidad son llamados *referente* y *referido*. Esta figura cumple una doble función. Por un lado, es un sustento para el nuevo usuario, por otro, es una herramienta terapéutica muy efectiva para el *referente* ya que esta responsabilidad lo reafirma identitariamente en su posición de usuario experimentado. Esta es una de las situaciones que más vinculan al usuario con la institución y que más efecto tienen en la estructura del *yo*. En un margen relativamente corto de tiempo el usuario pasa por diferentes etapas en la percepción que tiene de sí mismo. Accede a la Comunidad con una imagen propia muy deteriorada y en pocos meses -y por primera vez en mucho tiempo, sentirá que es un referente para alguien.

El equipo profesional procura destinar a cada nuevo usuario un *referente* que tenga una trayectoria de consumo análoga, considerando que por esta condición tendrá mayor capacidad para guiarlo, acompañarlo y monitorizarlo durante las primeras semanas para lograr una adaptación rápida a la Comunidad (Garbi, 2020). Pregunté a la mayoría de usuarios sobre cuál había sido su experiencia en la relación con su *referente* y la mayor parte de ellos la calificaron como muy positiva. Se establece un vínculo significativo entre ambos por que durante dos semanas prácticamente no se separan uno del otro. Si una vez finalizada la etapa de adaptación este vínculo se mantiene o deriva en una relación que supera los límites considerados terapéuticos, el equipo profesional puede imponer la herramienta

terapéutica denominada *límites* entre ambos usuarios. Esto significará cortar toda relación entre ellos, tan solo podrán comunicarse para aquellas cuestiones que son esenciales en la vida diaria de la Comunidad. Esta herramienta suele ser utilizada, en la mayor parte de ocasiones, cuando se establecen relaciones sentimentales entre usuarios de las que el equipo sospecha que pueden derivar en relaciones sexuales, pero también puede ser utilizada sin que se dé esta posibilidad. El modelo de intervención considera que los usuarios no deben mantener relaciones sentimentales ni de amistad porque esto puede apartar el usuario de su proceso terapéutico “*entramos solos y salimos solos*” (Jesús, Director. 8 de marzo de 2019).

Tal como sucede con otras herramientas terapéuticas el equipo profesional lleva esta práctica a su máxima expresión. En una ocasión presencié como el equipo profesional reprendía a un usuario por mantener, únicamente, contacto visual con otro usuario con el que tenía impuesto *límites*. No obstante, y a pesar que la institución realiza esfuerzos para que no sea así, los usuarios mantienen relaciones de amistad entre ellos que van más allá de lo deseable institucionalmente. La mayoría de usuarios conservan el contacto con algún o algunos compañeros una vez finalizado todo el proceso terapéutico.

El acompañamiento que ofrece el *referente* proporciona una ayuda al nuevo usuario que le permite situarse mínimamente durante la primera jornada. No obstante, esta figura también representa efectiva y simbólicamente la pérdida de autodeterminación a la que se verá expuesto a partir de este momento. Durante las dos primeras semanas será su *referente* quien de forma casi exclusiva lo corregirá, estará a su lado en todo momento y le mostrará que su margen de autodeterminación prácticamente será inexistente. Posteriormente, esta función la realizará el equipo terapéutico, sus compañeros de proceso y, en el exterior de la Comunidad, sus redes vinculares. La sola revisión del horario que estructura la jornada laboral de la Comunidad le empezará a mostrar su nueva realidad. Al revisarlo junto a su *referente* observará que prácticamente no tiene margen de maniobra y que uno de los pocos momentos de la jornada en el que podrá escoger por sí mismo entre dos opciones será inmediatamente después de despertarse. Al levantarse el usuario tiene libertad para decidir si en primer lugar prefiere asearse, o bien, arreglar la cama. El resto de su rutina diaria estará completamente reglamentada.

En este contexto tan rígido y novedoso el nuevo usuario debe esforzarse en presentarse adecuado ante el equipo profesional y ante el resto de usuarios. La dinámica institucional no le permite pasar desapercibido ni eludir las formas de sociabilidad propias de la Comunidad. A pesar del impacto que le pueda ocasionar adentrarse en un sistema cultural tan desconocido, se ve obligado situacionalmente a aparentar normalidad. Al preguntar a los usuarios sobre cuál fue su impresión sobre su inicio en la Comunidad, muchos de ellos hacían referencia al impacto que les produjo presenciar por primera vez alguno de los tres principales actos ritualizados que estructuran la vida social de la Comunidad. Son muy comunes las referencias al término *secta* o al ámbito carcelario/ militar como primera impresión durante la primera jornada. No obstante, el usuario debe aparentar que tal contexto no le proporciona desconfianza ni lo desubica. Esta forma de simulación nos remite a la noción de *self* propuesta por G.H. Mead que la define como la perspectiva que toman las personas intentando asumir la de aquellos con quienes interaccionan (1999, pp. 167-248). Según la propuesta de este autor el usuario deberá adaptarse al contexto por distante que le resulte y comportarse de acuerdo a los requisitos dramáticos de cada situación. El *self*, según el padre del interaccionismo simbólico, es el recurso a través del cual el sujeto se percibe como objeto de la percepción y el juicio ajeno, lo que le permite estar a la altura de las circunstancias, “salvar la cara”, sortear las contingencias que le convertirían en vulnerable ante los demás.

Posteriormente, Goffman (2006), a partir de esa noción interaccionista de *self*, elaborará su teoría acerca de la autoteatralización donde desarrolla que las personas, en cada situación concreta en la que se encuentran, se esfuerzan por resultar aceptables ante su público; entendiendo que el sentido social de nuestras acciones debe comprenderse con relación a la situación interactiva en la que surge, al mismo tiempo que relación al contexto sociocultural en que los individuos actúan. Goffman, sigue así las apreciaciones de Durkheim y Mead que, desde perspectivas distintas, apuntaron la existencia de mecanismos mediante los cuales nuestro *ser* más íntimo se construye socialmente. La conciencia individual, continuando con la tradición durkheimiana, es parte de la conciencia colectiva, por lo que la interacción viene condicionada por la imposición externa de representaciones colectivas, valores, normas y

formas de control social. Las prácticas de interacción se inscriben de forma compleja y articulada con las estructuras sociales. Randall Collins (2009, p. 68) sintetiza estos postulados bajo el siguiente enunciado: *nos socializa la experiencia social interiorizada*. El ritual de incorporación por el que pasa cada usuario durante su primer día en la Comunidad es el punto de partida del que será, a partir de entonces, su espacio de sociabilidad y, por tanto, el espacio donde se definirá ante el equipo profesional, ante el resto de usuarios y, sobretodo, ante sí mismo.

Llegamos a ese concepto clave, provisto por Bourdieu, de *habitus*, relativo a cómo una determinada estructura social se subjetiviza, se encarna hasta en el mínimo acontecimiento social, puesto que posee a todos y cada uno de sus participantes, hace previsible su actuación de cada cuál asumiendo su papel como agente social, siguiendo la senda de lo que la sociología funcionalista clásica había dicho sobre cómo se internalizan los valores sociales (Bourdieu, 2007, pp. 7-8). Esto es lo que uno encuentra en la Comunidad Terapéutica. Individuos poseídos por su habitus como pacientes-usuarios, predispuestos a resultar en todo momento constantes e inteligibles, productos de una biografía bien construida y congruente. Habitados por su habitus devienen seres totalizados y tematizados, reducidos a la unidad en tanto que drogadictos en fase liminal de reintegración social. Es el habitus lo que hace de ellos individuos que están entrenándose para dejar de ser lo que eran y convertirse en lo que deben ser, seres que han incorporado dispositivos de acción, percepción y juicio que ellos no han generado, sino que les han sido infundidos desde fuera. Será la asunción de un nuevo habitus lo que les transformará en quienes, en efecto –y de ahí el sentido de la calificación a que aspiran–, podrán ser devueltas al mundo exterior como personas hábiles y habilitadas, en este caso rehabilitadas, reparadas y puestas de nuevo en funcionamiento social.





## CAPÍTULO 5

# UNA COMUNIDAD RITUALIZADA

He comentado con anterioridad que Brígida Renoldi (2001) interpretó el conjunto del tratamiento como un rito de paso de la *enfermedad* a la *salud*. Al hilo de esta interpretación y siguiendo la clasificación sobre los ritos propuesta por Van Gennep (2008) podemos distinguir tres etapas diferenciadas en este proceso: la etapa de admisión (separación), la etapa de permanencia (liminal) y la etapa de egreso (reagregación).

La primera etapa corresponde al periodo previo al ingreso analizada en el capítulo 3. Esta etapa se inicia en el momento que el usuario se inscribe en la institución y finaliza una vez ha concluido el proceso de ingreso en la Comunidad. Comprende tanto el periodo de espera en el que el usuario no ha acudido al recurso asistencial ofrecido por la institución, como aquel en el que se inician las visitas ambulatorias a este recurso. Incluyo estos dos momentos en esta primera etapa porque, tal como advierte Goffman (2012), la separación del usuario se inicia desde el mismo instante en el que éste se inscribe en la institución “cuando el ingreso es voluntario el *recluta*<sup>11</sup> ya se ha separado en parte de su mundo habitual, la institución reprime severamente algo que en realidad ya ha comenzado a decaer” (2012, p. 30).

Ciertamente, la separación del usuario con la que ha sido su forma de vida hasta ese momento se inicia durante el proceso en el que admite su problemática con el consumo ante aquellos que son significativos para él. Víctor, uno de los usuarios que mantenía uno de los discursos más alejados de la narrativa institucional me comentaba en una conversación informal “*yo hacía muchos años que sabía que tenía un problema con el alcohol. No soy idiota. Joder, si lo primero que hacia al despertarme era beberme media botella de ron. Por eso no entiendo eso que dicen aquí sobre que tenemos que adquirir conciencia de*

---

<sup>11</sup> Goffman utiliza el término recluta porque en este caso se está refiriendo a un ejemplo sustraído de un campamento militar.

*enfermedad. Yo era muy consciente. Otra cosa es que quisiera dejar de beber por mucho que me cascara*” (Notas de campo). La separación puede darse de formas muy diversas -mayor o menor voluntariedad u obligación- pero en todos los casos comprende la conducta simbólica por la que se expresa la separación del individuo de un conjunto de condiciones culturales y la adquisición de un nuevo rol: adicto en proceso de recuperación.

La etapa de admisión se caracteriza por el compromiso que adquiere el sujeto ante los otros al realizar un proceso terapéutico residencial de largo recorrido. Con *los otros* me refiero, sobre todo, al compromiso adquirido con sus redes vinculares, pero al mismo tiempo dicho compromiso puede adquirir otras formas. Ese compromiso puede haberse adquirido, por ejemplo, en el ámbito laboral al recibir un ultimátum por parte de sus empleadores o del sistema judicial, como sería el caso de los usuarios derivados del sistema penitenciario, pero de todos modos esta etapa se caracteriza por el compromiso, las expectativas y la incertidumbre que genera el cercano ingreso a la institución.

La ceremonia de incorporación a la Comunidad marca tanto el cierre de la etapa de separación como el inicio de la *etapa de permanencia*. Este periodo intermedio o liminal abarca toda la estancia en la Comunidad y se alarga durante un espacio temporal indefinido que es concebido como un tiempo lineal ya que va en una dirección unívoca: *la salud*. Asimismo, y en tanto que la estancia en la Comunidad está concebida como un reordenamiento de valores a la vez que pretende alcanzar un supuesto cambio en la identidad del sujeto se puede definir como una etapa esencialmente moralizante. Durante su estancia en la Comunidad, la institución centrará su intervención en modificar una serie de valores y conductas mediante un adiestramiento del usuario ideado a partir de diferentes métodos disciplinarios. El modelo de intervención incorpora tanto procesos de aprendizaje o instrucción como de desaprendizaje.

<p>Al volver a Comunidad tenemos dificultades para acceder a la casa ya que ha llegado un camión cisterna que se encargará de cimentar los fundamentos donde se situará la nueva sala del equipo terapéutico. Hay varios operarios y mucho más jaleo en la casa. Mientras instalan la manguera de la cuba que va desde el camión hasta la parte del patio, uno de los</p>
---

operarios pregunta a un grupo de usuarios “¿Y aquí qué es lo que hacéis? Iván no comprende la pregunta “¿Cómo que qué hacemos?”

El operario responde: *¿Que qué aprendéis aquí?*

Iván se muestra rápido en la respuesta: “Bueno, aquí más que aprendiendo, estamos desaprendiendo”

Al escuchar la respuesta, la anoto en el cuaderno de notas. Iván observa como lo hago y me dice: “¿Te ha gustado la respuesta, eh?”

**Día 59.** Viernes, 22 de octubre de 2019. Entrada 8:30h – Salida 14:30h

Este periodo también puede ser interpretado, tal como expresaron varios de los usuarios durante las entrevistas, como un acto de fe. Desde el momento en el que el usuario accede a la Comunidad admite su entrega a la institución. El ingreso significa declarar de forma oficial que no ha sabido valerse por sí mismo y que transfiere su propósito de cambio a un conjunto de expertos a los que otorga la capacidad de someterlo si con esto alcanza el objetivo por el que ha ingresado.

*Al principio alucinaba bastante, pero luego, cuando llevas unos días, te vas acomodando, vas empezando a entender las cosas; yo venía con muchas ganas, con muchas... Estoy todavía con muchas ganas. Pero venía con muchas ganas, con las ideas muy claras y con mucha fe. Con mucha fe. Creo que esto ha sido un factor muy importante que me ha ayudado, que tengo mucha fe en el proceso, en el programa y en la Comunidad. Me decía: si no son ellos, ya no hay nadie más que me pueda ayudar. Venía un poco como: a ver, ¿qué tengo que hacer? Venía con una disposición muy grande. Y creo que me ha ayudado, he tenido muy pocos momentos de bajón; he tenido malos momentos, pero solo dudé una vez en dejarlo.*

**Transcripción entrevista a Alfonso**

Viernes, 12 de julio de 2019

El modelo de intervención reglamenta toda la existencia del usuario mediante una estricta disciplina –como se relaciona y con quien, como emplea el tiempo y el espacio, como se

expresa, cuál es su estado de ánimo- con el objetivo de alcanzar el constructo *salud* como ideal. Esta etapa de *permanencia* se caracteriza por la entrega del usuario a la institución. Pero creer en el tratamiento y ser capaz de sostenerlo no significa que el usuario no albergue dudas respecto a él. La Comunidad en tanto que etapa y lugar liminal sitúa al usuario en una posición transitoria –no está en fase de consumo pero no está *curado*- en la que experimenta momentos de crisis y de incertidumbre. La constante tensión entre la fe en el tratamiento y la duda en abandonarlo o el temor a ser expulsado están continuamente presentes en esta etapa.

La etapa de egreso se inicia con la ceremonia de despedida del usuario de la Comunidad, abarca todo el proceso de desinstitucionalización y finaliza con la ceremonia del *alta terapéutica*. Se trata de la etapa más prolongada -alrededor de dos años- y es consumada por un escaso número de usuarios (12% según los datos proporcionados por la propia institución). Durante esta etapa el usuario sigue vinculado a la institución de forma ambulatoria. Pueden darse diferentes casuísticas en esa vinculación dependiendo de la situación social del sujeto. Puede residir durante un espacio de tiempo limitado en el piso terapéutico del que dispone la institución o puede, únicamente, acudir a las sesiones individuales y a los grupos terapéuticos que se realizan el recurso ambulatorio de la institución. Sea cual sea su situación debe mostrar que sigue manteniendo el mismo estilo de vida que mantenía durante su etapa en la Comunidad y debe de demostrarlo a través de su narrativa.

Durante esta etapa el sujeto ha superado la fase liminal de internamiento, ha finalizado la etapa más intensa del rito de paso y en virtud de ello se sitúa en un nuevo estatus social. Este estatus social viene definido por las representaciones sociales con respecto a los usuarios y al consumo de drogas que sustenta el modelo de intervención. El usuario no alcanzará en ningún momento el estado ideal de *salud* porque los parámetros que utiliza la institución no contemplan la posibilidad de la plena *curación*. La narrativa institucional respecto al concepto de *cura* es común a todos los modelos de intervención y a la mayor parte de perspectivas respecto al concepto de *adicción* del ámbito sanitario. Al considerar la adicción una enfermedad incurable el usuario nunca podrá situarse del lado de los *normales*. La mácula que lo identificará será la de adicto recuperado. Una categoría que no lo situará en la

plena normalidad ni dentro de su tejido social ni en la percepción que tendrá de sí mismo. En este sentido, podría aplicarse la analogía que utilizó Claude Lévi-Strauss (2010) al estudiar la lógica de las operaciones simbólicas en materia gastronómica, en tanto que según la perspectiva institucional los usuarios no están ni *crudos* (enfermos) ni cocidos (curados) sino que se situarán para siempre en un estado intermedio. “No son ni una cosa ni otra”, o tal vez “son ambas al mismo tiempo” (Turner, 2007, p. 208).

## 5.1. Escuchamos

Comentaba anteriormente que al preguntar a los usuarios sobre cuál había sido su impresión durante la primera jornada de ingreso, la gran mayoría de ellos hacían referencia al impacto que les había ocasionado observar por primera vez alguna de las tres actividades que tienen mayor presencia en la vida diaria de la Comunidad. En la terminología de la institución estas tres actividades se denominan como: *Escuchamos*, *Confronto* y *Entrar en silencio*. Se trata de tres actividades que tienen una función determinante en la composición de la vida social de la Comunidad. Tienen, además, una gran visibilidad porque se realizan con mucha asiduidad y bajo unos parámetros estrictamente ritualizados. Se trata de una ritualización sumamente concisa en sus coreografías, objetos y disposición. Cada una de estas tres actividades ejerce una función diferente. Según la narrativa del modelo de intervención el “*confronto*” y “*entrar en silencio*” pueden ser consideradas herramientas terapéuticas. El “*escuchamos*”, en cambio, ejerce una función organizativa en la vida social de la Comunidad. En primer lugar, me centraré en analizar esta última actividad y posteriormente expondré como se aplican las dos herramientas de intervención.

No está establecido el número exacto de *escuchamos* que se deben hacer a lo largo de la jornada. Habitualmente se realizan entre siete y ocho *escuchamos* dispuestos en diferentes franjas horarias. El primero de ellos tiene lugar a las ocho de la mañana y el último en torno a las ocho de la tarde. Tampoco hay un tiempo establecido que determine la duración del espacio, pero suele extenderse entre veinticinco y treinta minutos. Dependiendo de las incidencias que se hayan producido, la ceremonia se puede alargar más allá de la hora.

La actividad es conducida por el *responsable de día*, por lo tanto, solamente pueden realizar esta función los usuarios que se encuentran en tercera fase. Los usuarios de segunda fase pueden dirigir el *escuchamos* solamente en el caso de que no se encuentre ningún usuario de tercera fase en la Comunidad. Esta circunstancia tan solo sucede en algunas ocasiones, por las tardes, cuando los usuarios más veteranos ya no pernoctan en la Comunidad. Deben estar presentes todos los usuarios, los *caps de grup* y algún miembro del equipo profesional - habitualmente dos de ellos-. Se realiza siempre en la parte central del patio, a excepción de los días de lluvia que se traslada al interior de la casa. Los objetivos formales del *escuchamos* son: a) informar sobre lo que se va a hacer inmediatamente después de que finalice el encuentro b) decidir y organizar la forma de hacerlo y c) revisar y comunicar que incidencias logísticas, terapéuticas y relacionales han sucedido desde el posterior *escuchamos*. Generalmente, son los miembros del equipo los que deciden el contenido del espacio, pero se trata de una práctica tan mecanizada que su intervención se limita únicamente a dar unas breves y concisas indicaciones al *responsable del día*.

El acto se inicia con la llamada al *escuchamos* del *responsable de día* a toda la Comunidad. En voz alta y moviéndose por los diferentes lugares de la casa para que todos los usuarios queden advertidos. ¡*Escuchamos!* ¡*Escuchamos!* ¡*Escuchamos!* Una vez reunida toda la comunidad en el patio, el *responsable de día* se sitúa en lo alto de tres escalones (que realizan la función de tarima) frente al resto de usuarios para que estos lo *escuchen*. La distribución espacial de cada participante está muy regulada. En un lado se sitúan los miembros del equipo, los *cap de grup* y junto a ellos aquellos usuarios que se encuentran en situación de *silencio*. Al frente, el resto de usuarios. Los usuarios recién llegados se colocan en primera fila, junto a sus *referentes*. En caso de no hacerlo, la responsabilidad será del *referente*. Será advertido por algún compañero y se situará, junto a su *referido*, en primera fila. Junto a ellos, el resto de usuarios de primera fase y, detrás de estos, los de segunda fase. Los usuarios de tercera fase se sitúan al fondo del grupo. Cada usuario parece conocer el lugar que le corresponde según la posición social en la que se encuentre dentro de la estructura jerárquica que rige la Comunidad. Durante la actividad los usuarios han de mantener una posición erguida, estar en silencio y no apoyarse entre ellos ni en ninguna superficie.

Hasta el momento, durante los *escuchamos*, me estoy colocando junto a los terapeutas, en uno de los lados. Por mi rol dentro de la Comunidad es el lugar que me corresponde. Hoy, al llegar una vez iniciada la ceremonia, me he situado al final de todo, junto a los usuarios de tercera fase. Al colocarme entre ellos he podido observar como uno de los usuarios de tercer nivel corregía la postura corporal de uno de sus compañeros. Éste, ha colocado el pie en un pequeño bordillo que bordea uno de los árboles del patio. Al verlo, le ha avisado con un leve toque en el brazo y le ha hecho un gesto con la mirada. Ha rectificado la posición, se ha disculpado con un gesto y, ambos, han vuelto a dirigir la atención hacia el *responsable del día*.

**Día 7.** Lunes, 4 de marzo de 2019. Entrada 15h- Salida 19h

Al iniciar la ceremonia el encargado de dirigir el *escuchamos* debe llevar encima *la carpeta* que ejerce la función simbólica de distinguir al *responsable del día* del resto de usuarios. Se trata de una carpeta común, de color blanco y sin ningún distintivo que la caracterice, pero cargada de poder simbólico. Durante toda la jornada el portador de *la carpeta* se situará en la posición social más cercana al equipo profesional. La ceremonia se divide en varias secciones, cada uno de estos espacios, tiene una función distinta y el *responsable del día* debe conocer el orden de cada uno de ellos. Siempre se utiliza la misma estructura, los mismos pasos y los mismos términos lingüísticos. En primer lugar, se realiza el espacio denominado *comunicaciones*

- ¿Alguien tiene algo que comunicar?

Se levantan siete u ocho manos. Uno de los usuarios que ha pedido el turno de palabra se encontraba situado en el lateral, junto a los *cap de grup* y los miembros del equipo. El coordinador le da la palabra, avanza, sube los tres escalones que sirven de tarima y se sitúa junto al coordinador, mirando al grupo.

-Comunico a la casa que salgo del silencio.

- ¿Qué has sacado?

*-He sacado que tengo que vigilar con las autosuficiencias, aprender a pedir ayuda y gestionarme.*

*-Cámbialo.*

*- ¿Alguien tiene algo que devolver a Serafín?*

Se levantan varias manos y dos usuarios lo apremian por su mal comportamiento. Le dan varios consejos. Son discursos largos y repetitivos. Al acabar de recibir tres consejos similares, el usuario ya no se sitúa en el lateral, sino que se une al resto de usuarios situados en el centro del patio. El coordinador vuelve a tomar la palabra.

*-El compañero sale del silencio y se le devuelve en el patio.*

La secuencia se repite cuatro veces exactamente en los mismos términos. Se repiten las mismas palabras y los mismos movimientos. Incluso los consejos que reciben los usuarios apremiados son similares en la forma y en el fondo. El espacio se hace largo y aburrido. El resto de comunicaciones no tienen que ver con usuarios que *salen del silencio*, sino con detalles o incidentes de la casa de poca importancia. La última de las comunicaciones hace referencia a que un usuario ha encontrado un baño sucio, El coordinador utiliza la misma dinámica, pero ahora se dirige a todo el grupo.

*- ¿Alguien asume la incidencia?*

Nadie levanta la mano. El coordinador espera durante unos treinta segundos mientras toda la Comunidad permanece en silencio. Finalmente, María, sin pedir el turno de palabra, se dirige a los usuarios. Es la primera vez que interviene un miembro del equipo en los veinticinco minutos que llevamos de ceremonia.

*- Muy bien. Es la tercera vez en pocos días que se comunica un baño sucio sin que nadie lo asuma. ¿No sabéis comportaros como personas adultas? Pues tendremos que trataros como niños. A partir de ahora cuando los chicos tengáis que ir al baño lo haréis de dos en dos. Se lo decís a cualquier compañero y que espere fuera. Cuando acabéis el compañero revisará el baño y así nos aseguramos que queda limpio. Parece mentira que tengáis que aprender así, pero con vosotros parece que no hay otra forma. Estaremos así un tiempo hasta que entandáis que no vivís solos en este mundo.*



Una de las usuarias de tercera fase pide el turno de palabra.

- *¿Las chicas también tenemos que hacer lo mismo?*

-*No. Claro que no. Ha sido siempre en el baño de chicos.*

Al finalizar el espacio de comunicaciones se da paso al espacio denominado *poner por delante*<sup>12</sup>. El coordinador pregunta al grupo si alguien tiene algo que *poner por delante*. Extrañamente, ningún usuario pide el turno de palabra. En la última fase de la ceremonia el coordinador abre la libreta y nombra a los usuarios por grupos.

- *Galic, Úrsula, Xavi i Luca a economato. Jacobo, Manel, Martin, i Cristian a exteriores. Toni, Raúl, Jaime y Laura administración...Me falta alguien para el sector de cocina ¿algún voluntario?* A pesar de que trabajar en el sector de cocina es uno de los turnos laborales más largos y exigentes, seis o siete usuarios se ofrecen como voluntarios.

- *Recordar que mañana se hará una nueva lista de actitudes. ¿Alguien tiene algún confronto?* Nadie levanta la mano. *Pues se da paso al desayuno. Se controla la impulsividad. Gracias compañeros y compañeras.*

-*Gracias Raúl.*

**Día 18.** Miércoles 3 de abril de 2019. Entrada 8:30h- Salida 16:30h

Una de las características fundamentales del *escuchamos* es que se manifiesta como un reflejo de lo que significa la vida social de la Comunidad. Nada de lo que sucede durante el *escuchamos* es ajeno a lo que uno puede observar en el día a día de la Comunidad. Todos los elementos que conforman la ceremonia se repiten de una forma u otra posteriormente. Por ejemplo, el uso de determinados términos lingüísticos propios puede llevar a alguien ajeno a la Comunidad a no comprender muchas de las acciones o de los mensajes que se dan en el espacio. Muchos de los términos que se utilizan tienen un significado propio o diferente al que se le suele dar fuera de la Comunidad. Cuando el *responsable de día* dice al resto de usuarios “*se le devuelve en el patio*” no se refiere a que se le tenga que devolver nada material, sino que el resto de usuarios tienen la obligación, una vez finalizada la ceremonia,

<sup>12</sup> Esta práctica será analizada en el siguiente capítulo

de acercarse a su compañero para aconsejarlo y hacerle ver que su actitud no era correcta. Sin embargo, esta forma de comunicarse no se limita únicamente al espacio del *escuchamos*, sino que es propia de la vida social de la Comunidad. Lo mismo sucede con las estrictas formas con las que se lleva a cabo la ceremonia, con la actitud disciplinaria de María o con la sumisión que muestran los usuarios ante las arengas del equipo. Todas ellas son un reflejo de lo que se observa en la vida cotidiana de la Comunidad. La ceremonia, en tanto que acto ritualizado, condensa y maximiza muchas de las cosas que se dan fuera de ella. Las hace más visibles y extraordinarias a ojos ajenos porque las concentra en un breve espacio de tiempo y las representa mediante actos muy repetitivos. Por este motivo al usuario recién llegado le produce un fuerte impacto su primera presencia en el *escuchamos*.

En ocasiones, cuando el *responsable de día* es la primera o segunda vez que conduce el espacio, es asistido por alguno de sus compañeros de tercer nivel que le va indicando los pasos a modo de apuntador. La mayor parte de veces el usuario *responsable de día* conoce perfectamente cuales son los pasos y los términos que debe utilizar, pero en ocasiones se equivoca. Cuando este sucede, algún otro usuario, alza la mano para pedir turno de palabra y corrige al *responsable*. Éste, debe entregar la carpeta a algún otro usuario de tercer nivel -y solo de tercer nivel- y corregir el error. Durante ese breve espacio de tiempo, el usuario deja de realizar su función hasta que corrige el error. En el caso que no sepa solventar la situación, por minúscula que sea, no estará capacitado para continuar con el cargo de *responsable de día* y seguirá delegando su responsabilidad. Una vez corregido, recupera la carpeta y continúa su labor. Este error se puede producir por un defecto de forma o de fondo, pero en la mayoría de los casos es corregido por defectos de forma prácticamente insignificantes. Veamos un ejemplo de hasta qué punto son los propios usuarios los que llevan al límite la práctica del *escuchamos*.

<p>Hoy, durante el <i>escuchamos</i> del mediodía han sucedido dos situaciones destacables. Al iniciar la ceremonia el <i>responsable de día</i> llevaba consigo (además de <i>la carpeta</i>) un bolígrafo en la mano. Uno de sus compañeros lo ha corregido indicándole que no era correcto tener nada en las manos a excepción de la carpeta. Ha entregado la carpeta al usuario que le ha hecho la anotación y ha tenido que volver a empezar desde el principio. Al corregir el error su compañero le ha devuelto la carpeta. En otro momento, un usuario</p>
--

de primer nivel ha subido a la tarima para comunicar que *entraba en silencio*. Al hacerlo se ha dirigido con la mirada al *responsable de día*, éste, lo ha interrumpido y le ha indicado que realizara la comunicación mirando y dirigiéndose al frente, es decir, al resto de usuarios y no a él.

**Día 48.** Miércoles 5 de junio de 2019. Entrada 8.30h – Salida 15.30h

En ninguno de los múltiples *escuchamos* a los que asistí observé que algún miembro del equipo realizara alguna de estas correcciones. En todos los casos eran los propios usuarios los que se corregían unos a otros y, nunca, tampoco, vi explicar al equipo ninguna de las pautas que conforman la ceremonia, la forma de realizarlo o en qué lugar se debían situar los usuarios. Son ellos mismos quienes aprenden, mediante la práctica diaria y los mecanismos de transmisión cultural, la importancia del simbolismo y de la estructura ritual inherente a este espacio. Son ellos, los que modelan y perfeccionan el ritual, los que lo hacen más rígido y mecánico y los que lo llevan hasta las últimas consecuencias. El *escuchamos* es el espacio en el que se hace más evidente la participación del usuario con la institución, y este tipo de correcciones, el mayor ejemplo de sustitución del *yo civil* por el *yo institucional* (Goffman, 2012).

La función organizativa que bajo la narrativa de la institución realiza el *escuchamos* es muy relativa. Las incidencias que ocupan la mayor parte de la ceremonia podrían ser tratadas en alguno de los múltiples grupos terapéuticos que se realizan a lo largo del día. Asimismo, las indicaciones que facilita el responsable de día al resto de usuarios podrían solventarse con una simple indicación. En todo caso, podría ser funcional para la gestión logística de la Comunidad que se realizara un espacio diario de estas características, pero en ningún caso parece eficaz realizar un número tan elevado de encuentros y por un espacio de tiempo tan prolongado.

En una ocasión, después de finalizar uno de estos espacios y mientras fumábamos en el patio, pregunte a Jesús cual era el motivo por el que se hacían los *escuchamos*. Siempre tenía que andar con cuidado con las preguntas que le formulaba porque la visión que tenía sobre mí y la relación que mantenía con él, era fundamental para el buen propósito de mi tarea

etnográfica. Uno de los elementos que más tuve en cuenta durante el periodo de trabajo de campo fue realizar el menor número de preguntas directas al equipo profesional y, en caso de hacerlo, procurar que fueran oportunas. Pude advertir que no consideraba la pregunta adecuada. Me miró con cara de incredulidad y me respondió “*Pues porque sí. Siempre se ha hecho así*”. Durante unos días tuve la sensación de que Jesús se había tomado la pregunta como un ataque directo a su profesionalidad o como un cuestionamiento de la labor institucional. Pasados unos días y después de una charla con otro miembro del equipo profesional pude darme cuenta que, en realidad, nadie sabía, o nadie podía explicar el motivo por el que se realizaban los *escuchamos*. Comprendí que la reacción perpleja de Jesús no se debía a un enfado, sino que, en realidad, nunca se había planteado esta cuestión.

La respuesta de Jesús sobre cuál era la función que realiza el *escuchamos* en el contexto de la Comunidad me conduce a introducir algunas consideraciones teóricas en relación a la función que ejercen los rituales como mecanismo de construcción de identidades colectivas. En su teoría de la sociedad en general y en su sociología religiosa en particular, Durkheim (1982) asignó un lugar central al estudio de los rituales analizando su concepción sociológica e integracionista y argumentando que los rituales desempeñan un papel importante al proyectarse en ellos las cosmovisiones, esquemas conceptuales, creencias y principios básicos de un grupo social determinado, expresando al mismo tiempo cohesión y solidaridad grupal. El antropólogo James L. Peacock (1975) resume así la concepción integracionista de Durkheim sobre el ritual:

“Cuando Durkheim habla del ritual como solidificando la sociedad, no implica la fusión de agregados de cuerpos. Se refiere a la integración del sistema social con sus valores y creencias subyacentes. El ritual hace recordar a la gente que comparte esos valores y creencias, contribuyendo así necesariamente a su solidaridad (...) Concibe el ritual como necesario para la estabilidad social.” (1975, p. 16)

Esta concepción integracionista del ritual implica también división y exclusión. Los rituales poseen una función solidificadora porque promueven la pertenencia al grupo que lo practica y excluye a aquellos que no lo practican. Pierre Bourdieu (1993, p. 113) retomó la clásica idea de ritos de paso y considerando precisamente la línea divisoria que posibilita ese tránsito

señaló la distinción entre “aquellos que lo han experimentado (...) de aquellos que no lo experimentarán de ninguna manera”. Los rituales advierten de la lealtad a un grupo a la vez que proclaman de forma pública el vínculo a un sistema de creencias determinado y la exclusión de todo aquel que no forma parte de él. Por este motivo, los rituales son concebidos como actos de obediencia y acatamiento, obligando a quien lo ejecuta a realizar una serie de prácticas -en ocasiones minúsculas- cargadas de significado.

Sin embargo, para Durkheim, el carácter obligatorio del ritual no implica desagrado para el grupo que lo lleva a cabo, porque se convierte en algo deseable.

“Por el solo hecho de estar reunidos se reconfortan mutuamente; encuentran el remedio porque lo buscan en conjunto. La fe común se reanima naturalmente en el seno de la colectividad reconstituida (...) Tienen más confianza porque se sienten más fuertes; y están realmente más fuertes porque las fuerzas que languidecían se han despertado en las conciencias.” (Durkheim, 1975, p. 533)

En el marco de estas consideraciones podemos discutir la función organizativa de este espacio en la vida social de la Comunidad ¿Cuál es la verdadera funcionalidad del *escuchamos*? ¿Por qué motivo el *coordinador de día* no puede portar consigo un bolígrafo al conducir la ceremonia? ¿Qué importancia tiene a qué lugar mire el usuario al subir a la tarima? ¿Por qué un usuario advierte a otro que no puede colocar el pie en lo alto del bordillo? ¿Por qué no es necesaria la intervención del equipo para el buen curso de la ceremonia? La respuesta de Jesús a mi pregunta comprende, en cierta forma, la respuesta a este conjunto de cuestiones “*Pues porque sí. Siempre se ha hecho así*”. Todas estas cuestiones que pasan desapercibidas y que se asumen como naturales no pueden obtener una respuesta meramente funcional porque son de orden simbólico. Los rituales desempeñan un papel importante, precisamente, porque posibilitan no tener que responder –ni siquiera plantearse- todas estas preguntas.

Veamos otra situación etnográfica que ilustra en qué medida los rituales son actos de unidad social que obligan a quienes los practican a participar en ella, mostrando un tipo de actuación

adecuada al contenido. Para una mejor comprensión del recorte etnográfico situó brevemente el contexto.

En la mayor parte de ocasiones la estructura del *escuchamos* es siempre la misma, pero en determinadas circunstancias se realizan otras ceremonias rituales dentro de la misma ceremonia. El mejor ejemplo de ello son las rituales que se realizan cuando se incorpora un nuevo usuario o cuando algún miembro de la Comunidad -pertenezca al grupo social que pertenezca- finaliza su estancia en la institución. Esta circunstancia ocurre con relativa frecuencia teniendo en cuenta que se producen una media, aproximadamente, de dos altas comunitarias cada mes. La ceremonia tiene como objetivo festejar la finalización del periodo terapéutico correspondiente a la fase de Comunidad. Aunque el acto esté concebido como una despedida, el usuario no se despide de la Comunidad ya que seguirá acudiendo a ella diariamente -durante tres semanas más- para realizar la función de *cap de grup*. Por tanto, se trata de un rito de paso intermedio (Van Gennep, 2008) que proclama el tránsito de su condición de usuario raso a usuario experimentado.

El *escuchamos* de después de *trobada* se ha alargado muchísimo porque hoy dos usuarios han cerrado la etapa de Comunidad. Es la primera vez que coinciden dos ceremonias de despedida en el mismo día, pero ha sido positivo porque he podido comparar las diferencias entre el discurso y la puesta en escena de uno y otro usuario. El primero en subir a la tarima ha sido Jon. Ha sido un buen ejemplo de cómo los usuarios afrontan y llevan a cabo esta ceremonia. Ha utilizado los mismos recursos discursivos que utilizan todos los usuarios, empleando las mismas coletillas que utilizan todos ellos durante esta ceremonia. Tanto en el fondo como en la forma su discurso ha sido exactamente igual que los que he presenciado hasta el momento. Los comentarios que le han hecho el resto de usuarios a modo de agradecimiento también se han basado en los mismos tópicos que se suelen utilizar. Al finalizar el baile, Jon ha agradecido insistentemente la labor del equipo y ha llorado tal como se espera que hagan todos los usuarios en esta situación. Todos lo han abrazado.

Después, el *responsable de día* ha hecho subir a Cristian. Desde un inicio se ha comportado de forma poco habitual. Al subir a la tarima, lo más común es que el resto de usuarios aplaudan y vitorean el nombre del usuario homenajeado, y éste, devuelva el aplauso y se muestre sonriente y agradecido. Cristian, en cambio, se ha mantenido serio y

sereno en todo momento hasta que ha iniciado el discurso. Ha sido un discurso breve y no ha utilizado ninguno de los argumentos habituales que se suelen utilizar. Se ha centrado, únicamente, en explicar que, para él, el tratamiento se ha dividido en dos fases. Una primera fase en la que no entendía y no creía en el tratamiento y otra etapa en la que “*hice un clic*”. Cuando estaba explicando lo mal que lo pasó en la primera etapa se ha mostrado visiblemente emocionado, pero ha controlado el llanto. La última parte del acto es la más festiva. El grupo canta la estrofa de la canción que cierra el ritual, mientras, el usuario tiene la obligación de corresponderla con un baile. Con las manos hacia arriba y cogidas una a otra, imitando un árbol, debe mover las caderas mientras el grupo canta la *Canción de la Palmera* y aplaude “*La palmera se mueve, se mueve...*”. La mayoría de usuarios se muestran sonrientes y alegres mientras la bailan, aunque, ciertamente, se trata de un baile ridículo y una canción poco apropiada para la ocasión. Cristian ha realizado los movimientos que exige el baile, pero sin mostrar ningún tipo de entusiasmo.

No he conseguido entender la actitud de Cristian. Es un chico muy discreto al que no le gusta destacar y que siempre se ajusta a la situación.

Al finalizar la ceremonia he coincidido con Jesús en el patio. Lo primero que me ha dicho es “*vete preparando, que aquí, del baile, no se escapa nadie*”. Es verdad, me quedan pocos días para ser yo el que baile.

**Día 61.** Martes, 28 de octubre de 2019. Entrada 8.30h – Salida 16h

El aspecto más destacable de esta viñeta es el comportamiento de Cristian. Días después de la ceremonia, tuve la ocasión de preguntarle privadamente sobre su actitud. De entrada, procuré no abordarlo con una pregunta directa para no condicionar su respuesta y porque mi interpretación sobre su comportamiento podía ser errónea. Sin embargo, él, rápidamente, situó la conversación dentro de los términos que yo esperaba. *¿Tú también te diste cuenta, no? Varios compañeros me preguntaron qué me pasaba.* Me explicó que bastantes días antes de la ceremonia empezó a considerar el contenido del discurso, teniendo en cuenta lo que significaba para él aquel momento “*a mí me da mucha rabia cuando veo que todo el mundo dice más o menos lo mismo. Parecen autómatas. Para mí el cierre en Comunidad es muy importante y quería ser honesto con lo que decía. No quería repetir el mismo sermón como un loro*”. Le comenté también que lo había visto emocionado. “*Sí, pero al final no*

*lloré. No quería llorar. No quería echar lágrimas de cocodrilo como hacen todos. Me había dicho a mí mismo que si lloraba era de verdad”*. (Diario de campo. 31 de octubre de 2019).

Si aplicamos la interpretación integracionista de Durkheim sobre los rituales a esta viñeta etnográfica podemos considerar que la forma de actuar de Cristian no se ajusta al contenido de la situación. Tal como señaló Rodrigo Díaz (1998), la práctica del ritual implica una serie de propiedades formales comunes a todos ellos. Obliga a quien participa a llevarlo a cabo mediante una serie de reglas de acción: un orden de ejecución determinado, una serie de repeticiones ya sea de contenido y/o de forma, una actuación no espontánea y una puesta en escena evocativa. Asimismo, el ritual posee un significado social, su mera representación contiene ya un mensaje social; la representación no es solo un instrumento para expresar algo; es en sí misma, un aspecto de lo que se está expresando. La actuación de Cristian contempla algunas de estas propiedades formales (por ejemplo, realiza el baile según los pasos establecidos), pero su voluntad por convertir el ritual en algo personal y auténtico lo alejan de su verdadera función. Su discurso y su actuación fue la que me pareció más sentida de todas las que presencié en la Comunidad, pero también fue la más inadecuada y la que más se alejó de la función que ejerce esta ceremonia para los fines institucionales. El problema de Cristian fue, probablemente, que no entendió que esta ceremonia sirve para expresar sentimientos, pero no para sentirlos.

Hasta el momento, en este apartado he tratado de esclarecer en qué medida una práctica ritual como el *escuchamos* ejerce un papel determinante en la estructura social de la Comunidad. Los ejemplos etnográficos nos han servido para dar cuenta de hasta qué punto esta ceremonia recrea y reordena simbólicamente la vida diaria de la Comunidad más allá de la pretensión organizativa a la que en un principio está destinado el espacio. No pretendo con ello ofrecer un análisis pormenorizado sobre las múltiples funciones o las variadas interpretaciones que se pudieran hacer de estas ceremonias. Mi objetivo en este apartado ha sido, más bien, mostrar en qué medida las diferentes prácticas rituales- ya sea en formato de ceremonias colectivas o en formato de rituales de interacción- nos ayudan a poder captar significados que en un principio podrían quedar ocultos bajo la apariencia disciplinaria de la institución. Al referirme a la Comunidad como una Comunidad ritualizada quiero señalar en qué medida las



prácticas rituales son constitutivas de la existencia cotidiana de la Comunidad, como legitiman el orden institucional y como articulan y potencian las herramientas de intervención terapéuticas.

En la Comunidad se producen muy pocos actos festivos y hay un margen muy reducido en el que el usuario pueda recrearse mediante una actividad lúdica. Como en el resto de órdenes sociales que estructuran la vida cotidiana de la Comunidad el orden lúdico y festivo también se encuentra regulado por la institución. Para ello, el modelo de intervención tiene destinado un espacio en el que, dentro de unos límites muy determinados, se permite al usuario cierto margen de maniobra donde subvertir simbólicamente el orden social de la Comunidad. Este espacio es denominado *segundas partes*. Se trata de un espacio de distensión en el que los usuarios pueden realizar algún tipo de actuación que sirva para relajar el ambiente de la Comunidad. En principio, está programado para realizarse diariamente, pero en la práctica se realiza muy puntualmente durante el tramo final del espacio grupal denominado *trobada*, del que hablaré en el próximo capítulo. Los usuarios suelen preparar algún tipo de contenido cómico o lúdico que puede incluir desde la preparación de breves juegos grupales, representaciones musicales o *performance* de todo tipo. Lo singular de este espacio es que en muchas ocasiones los usuarios lo utilizan como medio de inversión a través de la imitación paródica del equipo profesional.

Las *segundas partes* de hoy han sido excepcionales. Ignacio ha imitado magistralmente a Jesús. Es la cuarta vez que observo una performance de este tipo, y por las reacciones del equipo cuando lo comento durante el desayuno, debe ser algo habitual. Leandro, Ignacio y Marc piden a María, a Judith y a mí mismo que dejemos libres nuestras sillas para colocarnos en sus respectivos lugares. Salen de la sala Tanaka para preparar la performance, y, al entrar, Leandro se ha colocado una peluca rosa y Ignacio una especie de tela que imita el corte de pelo de Jesús. Se han repartido los papeles: Ignacio hace el papel de Jesús, Marc de coordinador de día y Leandro de usuario, un usuario que a la vez es el mismo Leandro, pero una versión aún más afeminada y alocada de él mismo. Ignacio/Jesús les reprende su actitud pasota de la casa, utilizando gestos y frases típicas del Jesús real “*me preocupa como os estáis moviendo*” o “*aquí no viene uno a ponerse galones*”. Las manos entrelazadas colocadas entre las piernas y otros gestos característicos de Jesús delatan que se trata de él. Además, físicamente tienen un aire, los dos muy

delgados y con un aspecto que cuadra con la imagen estereotipada del consumidor de heroína de los años ochenta. Todo el grupo rompe a carcajadas, incluso María. Creo que es la primera vez que la veo reír. Claramente están haciendo una parodia de la intervención de hace unas semanas. En pocos minutos se ha dejado atrás la tensión del grupo de trobada.

**Día 32.** Viernes. 3 de mayo de 2019. Entrada 8.30h – Salida 10.30h. Entrada 16h – Salida 21h

Al final de la trobada se hacen *segundas partes* (Jon, Manoli y Franc). Realizan una performance imitando a Inés (equipo profesional del fin de semana). Manoli imita el acento argentino de Inés mientras la abronca por haberse dejado un papel tirado en el suelo, con frases del tipo “*ustedes sabrán porque han venido aquí, pero nosotros no fuimos a buscarlos, boludos*”. Todos los usuarios ríen a carcajadas porque la imita realmente bien. Nunca hubiese pensado que Manoli tuviese esa vis cómica. Susana también se ríe. La actuación es paradójica porque pocos minutos antes Susana reprendía a Manoli en términos parecidos. Antes de realizar la imitación, Manoli se ha acercado a Susana (me encontraba sentado justo a su lado) y le ha comentado en voz baja que tenía la autorización de Inés para hacerla

**Día 20.** Martes. 9 de abril de 2019. Entrada 8.30am – Salida 12pm.

En estos dos recortes etnográficos podemos observar cómo estas prácticas de inversión permiten sacar momentáneamente a los usuarios del orden social existente. El elemento más importante de estos cuadros satíricos no es que el equipo permita al usuario parodiar a algún miembro del personal, sino que la parodia incluya una burla de los principios que rigen el modelo de intervención. Estos elementos cómicos permiten ampliar los márgenes de acción e inaugurar un espacio para el *discurso desinhibido* (Scott, 2003) en el cual es posible decir cosas que fuera de este espacio serían reprimidas. Son muestras de lo que Michel de Certeau (1996) llamó tácticas, o lo que James Scott (2003) artes de resistencia, tretas y trucos de los débiles contra los fuertes, estratagemas que permiten frustrar o vivir la ilusión de un fracaso de la supuesta fatalidad del orden social que padecen. Las frases que utilizan los usuarios a modo de burla son expresiones recurrentemente utilizadas por los miembros del equipo que, en cierta manera, forman parte de la cultura popular de la Comunidad, pero también, son expresiones que definen el modelo de intervención y la perspectiva institucional. No es

casualidad que escojan frases que señalan el trato infantilizado que reciben porque esto les puede ofrecer la posibilidad transitoria de subvertir los códigos disciplinarios y de mofarse colectiva y públicamente de la presión institucional. Es como si los usuarios quisieran poner de relieve que son conscientes de la comedia (dramática) de la que forman parte, tanto ellos, como el equipo profesional y quisieran dejar claro que cada cual realiza el papel que tiene asignado.

Cabe preguntarse si estas prácticas se pueden interpretar desde la perspectiva integracionista que aplica Durkheim a los rituales y que, por tanto, operen como un elemento de unión institucional. A esta interpretación funcionalista podríamos añadir la tesis de Max Gluckman (1968) sobre el efecto reparador de la ritualización del conflicto al subrayar que este tipo de prácticas solo se pueden dar en sociedades en las que el orden está establecido y, por tanto, no hay nada que lo amenace. No olvidemos que estas performance satíricas cuentan con la aprobación del equipo profesional y que son ellos los que consienten un margen relativo de burla porque en el fondo estas actuaciones solamente son un reflejo de su capacidad de dominio sobre los usuarios. Se debe tener en cuenta hasta qué punto la vida del usuario puede resultar asfixiante, al no disponer de espacios en los que su línea de acción no se encuentre supeditada a la supervisión institucional. Los reducidos espacios de sociabilidad en los que el equipo profesional no se encuentra físicamente presente, permite a los usuarios entablar un tipo de interacción sensiblemente más espontánea. Sin embargo, ni en estos espacios el usuario se puede permitir actuar de manera completamente espontánea. El uso de la ironía o la sátira entre los propios usuarios es, en la mayor parte de ocasiones, un arma de doble filo. Veamos un ejemplo etnográfico que ilustra la dificultad que supone para los usuarios actuar adecuadamente en este tipo de contexto.

Los martes por la mañana los usuarios hacen zafarrancho. Mientras, el equipo profesional al completo se reúne en la sala de dirección. El responsable de cada sector se encarga de organizar la limpieza en cada uno de sus respectivos sectores. Se trata de una limpieza metódica y excesiva, si tenemos en cuenta que se realiza cada semana y que, además, la casa se limpia cada día. Hoy, me he ido moviendo por los diferentes sectores de la casa para poder charlar con los usuarios y observar cómo trabajan. Si bien los usuarios trabajan aplicadamente, el ambiente es relajado. Lo hacen en parejas o en equipo,

charlando entre ellos o bromeando. En el sector de economato el grupo de trabajo se divide en dos. Un grupo realiza el zafarrancho, el otro, efectúa las tareas propias del sector. La mayor parte de la comida que se consume en la Comunidad procede de la *Fundació Banc dels Aliments*. El martes el responsable de sector de economato, junto algún cap de grup y un miembro del equipo acuden a la sede de la *Fundació* y cargan la furgoneta con todo tipo de alimentos. Roger, Jesús y Jacobo están sentados en círculo sobre unas cajas de plástico justo enfrente de la sala que sirve de despensa. Escogen la verdura que consideran aprovechable y descartan la que no. Me siento con ellos un buen rato. Se trata de una tarea entretenida, pero que no demanda demasiada concentración. Roger bromea sobre el corte de pelo que le hizo ayer Leandro a Ramón.

-“Tú ¿Qué pasa?, te creces mucho cuando no está el responsable, eh”, le dice Ramón. “Nah, no te lo digo en serio, es importante bromear. Se trabaja más a gusto. Eso sí, siempre desde el respeto”.

Los usuarios son conscientes de lo delgada que es la línea con relación a las bromas. De ahí, la aclaración de Ramón. No existe una norma como tal, que prohíba realizar bromas, pero en el listado de actitudes que regula el comportamiento de los usuarios y que posibilita realizar confrontos aparece escapar con la broma. Una actitud demasiado bromista o un comentario jocoso en un determinado momento, puede ser considerado como una forma de no afrontar una dificultad concreta o no hacerse cargo de una responsabilidad. Los usuarios se suelen confrontar entre ellos regularmente por este motivo. En términos terapéuticos la broma adquiere una connotación negativa.

**Día 8.** Martes, 5 de marzo de 2019. Entrada 10h - Salida 17h

## 5.2. El Confronto

-Cámbialo. -Cámbialo. -Cámbialo. -Cámbialo -Cámbialo -Cámbialo -Cámbialo - Cámbialo

Esta palabra es una de las más utilizadas en el contexto de la Comunidad. Forma parte del ambiente sonoro de la Comunidad. Se utiliza ritualmente a modo de cierre de la que es la principal herramienta terapéutica utilizada por la institución. Es denominada *confronto*, pero

también se utiliza el término *pedir actitudes* para referirse a ella. El *confronto* es la forma establecida en la Comunidad para que un usuario advierta a otro usuario sobre un comportamiento que, según la perspectiva institucional, se considera no adecuado. Si un determinado usuario, o un miembro del equipo, consideran que uno de sus compañeros ha tenido una mala actitud, en cualquier momento, debe *confrontarlo* pidiéndole *actitudes*. Este debe darlas, considere, o no, que su actitud ha sido inadecuada. El conjunto de actitudes que regula los comportamientos no adecuados está recogido en un listado que se entrega al usuario en su primer día en la Comunidad. (ver Figura 1)

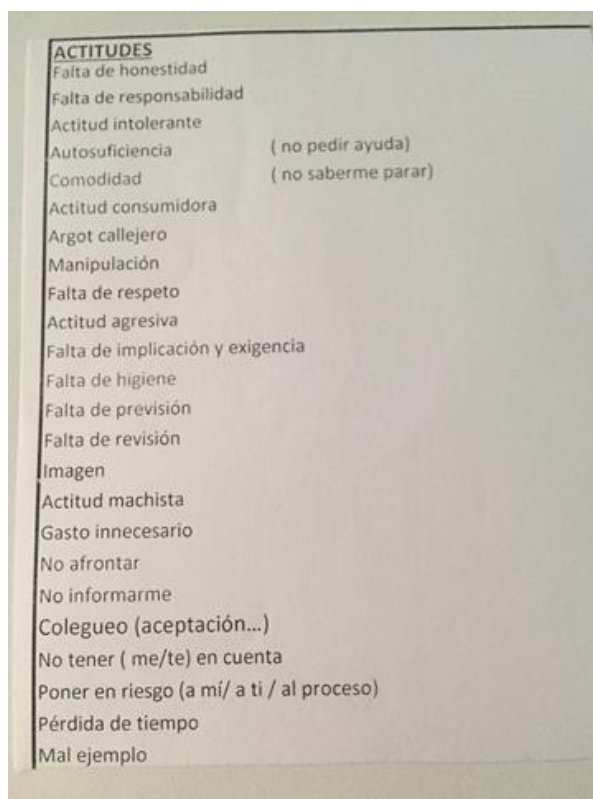


Figura 1. Lista de actitudes que deben regular la conducta en la Comunidad

Esta *lista de actitudes* se imprime en pequeño formato, tal como se puede observar en la Figura 1, para que el usuario pueda llevarla consigo en todo momento. Algunos de ellos la llevan en la cartera, otros en los bolsillos y algunos la enganchan a la libreta que utilizan todos los usuarios en la Comunidad para tomar notas. Es consultada, sobre todo, por los

usuarios de primera fase, posteriormente, el usuario la suele tener interiorizada, y solamente necesita consultarla puntualmente. El listado funciona como una especie de guía de conducta. Cada una de las actitudes que comprende la lista puede abarcar infinidad de situaciones. Cada actitud concreta se debe conectar con una conducta determinada. Algunas de ellas son de fácil clasificación, por ejemplo, si un usuario se dirige a otro en estos términos: “¿qué pasa, tío?”, se le pedirán actitudes y este deberá responder “*por argot callejero*”. A lo que el primero responderá “cámbialo”. En este caso, al usuario, no le resultará difícil clasificar dicha acción con esa actitud. Sin embargo, hay determinados comportamientos que son más difíciles de clasificar. Aun así, hay dos actitudes que se pueden utilizar en todos los casos y que funcionan como una especie de comodín “*mal ejemplo*” y “*poner en riesgo*”. Habitualmente, estas dos actitudes suelen añadirse a alguna otra del listado “*por argot callejero y mal ejemplo*”, pero también pueden utilizarse por sí solas cuando el usuario no es capaz de identificar ninguna otra actitud en la que clasificar el comportamiento por el que se le *confronta*. En muy pocos casos se utiliza una sola actitud del listado, lo más común es que el usuario utilice tres o cuatro actitudes de la lista para definir el comportamiento que le han confrontado.

Todo el ritual en torno al *confronto* está sujeto a una serie de pautas. Por ejemplo, no se puede confrontar sentado, ni con un cigarrillo en la mano, ni sonriendo. Se debe llevar a cabo en un tono de voz adecuado y de forma educada. El *confronto* se basa en una lógica sencilla y los usuarios interiorizan con facilidad la idea que plantea, pero su aplicación es compleja y es habitual que los usuarios se corrijan entre ellos. Si bien, en algunos casos, los usuarios realizan estas correcciones por errores de forma, lo más habitual es que lo hagan por errores de fondo y acaben discutiendo si tal o cual comportamiento corresponden a tal, o cual actitud.

Pasado el primer mes o mes y medio de estancia en la Comunidad, el usuario aprende a vincular cada comportamiento a una determinada actitud. Este rápido aprendizaje no se basa, únicamente, en la gran cantidad de veces que cada usuario pide, o le piden a él actitudes, sino que se aprende también al observar al resto de usuarios hacerlo. Durante un día en Comunidad, un usuario puede observar o realizar esta acción un gran número de ocasiones y,

por tanto, se habitúa a su aplicación con mucha facilidad. Veamos un ejemplo etnográfico que ilustra cómo se lleva a la práctica el *confronto* y qué tipos de errores pueden darse en su aplicación.

Por otro lado, hoy, no está presente el equipo terapéutico. Es la segunda vez que se produce esta situación desde que hago trabajo de campo en la Comunidad. El conjunto del equipo profesional del turno de mañanas se reúne en la sede central de la organización, con el resto de personal profesional y directivo. Dos veces al año se reúnen todos los trabajadores de los diferentes recursos de la institución junto a los miembros del equipo directivo para realizar una especie de asamblea. Se quedan a cargo de la Comunidad, Pilar, educadora de apoyo, Marta, voluntaria, y Zuleka, estudiante en prácticas de Educación Social. Ayer, durante los diferentes grupos terapéuticos, el equipo advirtió en varias ocasiones a los usuarios sobre las consecuencias que podría tener un mal comportamiento durante el día de hoy. Según el punto de vista del equipo, la última vez que se produjo esta situación “*os comportasteis como niños, cuando no están los padres delante*”. A mi modo de ver, y por lo que recuerdo, tan solo la *trobada* fue un poco más movida de lo que suele suceder cuando están presentes los miembros del equipo, y se debió, en parte, a que se realizó de forma conjunta, y no en dos grupos, como se hace habitualmente. Al juntarse tantos usuarios parece razonable que en el grupo se perciba un ambiente más caótico. El comentario se entiende más si se engloba dentro de la narrativa habitual del equipo. La infantilización del usuario es uno de los recursos más habituales del trato institucional.

Debido a esta advertencia, los usuarios se muestran todavía más preventivos en sus reacciones. Lo he observado en varios momentos, sobre todo en usuarios de tercera fase a los que en esta situación se les demanda, por la posición jerárquica que ocupan, un plus de exigencia. Es el caso de Manel, un chico joven muy divertido que habitualmente suele tener dificultades para no rebatir cuando le *confrontan*, o para pedir el turno de palabra. Es de los pocos usuarios que ocasionalmente se excede haciendo algún comentario gracioso durante los grupos terapéuticos. Hoy, en cambio, debido a la advertencia, parece que Manel pretende hacer el papel de usuario serio y responsable. Incluso, durante el grupo de *trobada* (que se ha realizado de forma conjunta por falta de personal) *pide actitudes* a Samuel por hablar con otro compañero justo al iniciarse el grupo. Es extraño porque es uno de los usuarios que menos *confronta*. Pilar, Marta y Zuleka se sientan en lo que se puede considerar la cabeza que preside el gran círculo que conforma todo el grupo de usuarios y que abarca toda la sala Tanaka. La mayor parte de usuarios han tomado asiento, pero algunos aún se disponen a hacerlo.

-Manel (justamente en ese momento entra en la sala): *Compañero, estás hablando durante el grupo de trobada ¿Ves actitudes?*

-Samuel (con cara de asombro y negando levemente con la cabeza): *Actitudes por impulsividad, por no respetar al compañero y por mal ejemplo.*

Manel: *Cámbialo.*

Al acabar es Nacho, en su función de responsable de día, el que se dirige a Manel.

Nacho: *Manel, no tenías por qué confrontar a Samuel. El grupo aún no ha empezado. Hasta que yo no diga: Buenos días, compañeros y compañeras, se da paso a trobada, el grupo no empieza. Él puede estar hablando en voz baja, con el compañero de al lado hasta que yo empiece.*

Al acabar Nacho, toma la palabra Pilar.

Pilar: *Tiene razón Nacho. El grupo todavía no se había iniciado. Además, has pedido actitudes estando de pie y Samuel estaba sentado.*

Pilar argumenta la razón por las que se debe hacer de esta manera. Explica que el *confronto* debe realizarse desde una posición de igualdad. Al estar Samuel sentado, se sitúa en una posición de inferioridad frente a Manel, lo que rompe, según la visión institucional, el principio de igualdad que caracteriza la técnica del *confronto*. Nunca me lo había planteado desde esta perspectiva. Había escuchado varias veces que se debe *confrontar* estando de pie y siempre veía que los usuarios se alzaban al pedirse actitudes, pero pensaba que era una característica protocolaria del *confronto*, en cuanto práctica ritual. Antes de acabar el razonamiento, incluso se atreve a citar un pasaje de lo que se conoce como *Filosofía de la Comunidad* y relacionarlo con la técnica del *confronto*. Se trata del escrito fundacional de la institución y se encuentra reproducido tanto en la entrada principal de la casa como en varias estancias.

-Pilar: *Hasta que una persona no se confronta en los ojos y en el corazón de los demás, escapa*



La cosa todavía se alarga más porque al final se considera que es Manel el que debe dar actitudes a todo el grupo por haber confrontado a Samuel cuando no era necesario.

Nacho: *Manel, ¿ves actitudes por lo sucedido con Samuel?*

Manel: *Sí, compañero. Por mal ejemplo.*

Nacho: *¿Y ya está? ¿No crees que también tendrías que dar actitudes por manipulación y por arrogancia? Creo que has abusado de tu posición de usuario en tercera fase con un compañero que todavía se encuentra en primera fase.*

Manel (ahora es él quien niega con la cabeza): *Sí, compañero. Veo actitudes por manipulación y arrogancia.*

Nacho: *Y por mal ejemplo, también ¿no?*

Manel: *Sí, y por mal ejemplo.*

Nacho: *No; compañero. Tienes que dar las tres actitudes a la vez.*

Manel: (chasquea levemente y respira hondo) *Veo actitudes por manipulación, arrogancia y mal ejemplo.*

Nacho: *Cámbialo.*

Durante toda la secuencia Pilar se ha mantenido callada, pero al acabar el *confronto* interviene al considerar que el incidente ha sido suficientemente grave como para intervenir.

Pilar: *Manel, lo comunicas mañana en trobada con María y ya decidiréis qué medida reparatoria te corresponde, pero ahora no perdamos más el tiempo y empecemos ya.*

Nacho: *Buenos días, compañeros y compañeras, se da paso a trobada.*

A Manel no le ha podido salir peor la jugada.

**Día 43.** Miércoles 22 de mayo de 2019. Entrada 8:30h – Salida 13h

Una de las principales características de la técnica del *confronto* es que el usuario debe aceptar en todo caso aquello por lo que se le *confronta*. De ningún modo puede rebatir, cuestionar o discutir el motivo por el que otro usuario le ha *pedido actitudes*. No importa si el usuario está o no está de acuerdo. Debe aceptar lo que se le dice sin protestar y escoger alguna o algunas de las actitudes del listado que definen el comportamiento por el que se le *confronta*. El hecho de *rebatir actitudes* es visto como una forma de rebeldía o de no aceptación del tratamiento. Los usuarios procuran no rebatir cuando consideran que no han realizado ninguna acción incorrecta, pero la mayor parte de ocasiones tienen dificultades en no hacerlo.

La perspectiva institucional considera que la confrontación es la vía más estratégica para que los usuarios interioricen su nueva realidad. Se considera que el usuario en su condición de *adicto* es una persona deshonesto. Se asume por principio que el usuario miente y es deshonesto porque forma parte de su personalidad adictiva. Si quiere modificar esta y otras características deficientes que definen la personalidad de todo adicto, debe aprender a ser humilde y superar los sentimientos de frustración que provoca ser confrontado constantemente por otros usuarios y por el equipo profesional.

Sin embargo, para el modelo de intervención el objetivo de esta técnica es bidireccional. El usuario es presionado por la institución para que adquiera el hábito de confrontar con regularidad a sus compañeros. Se considera que la práctica del *confronto* ayuda al usuario en su proceso de cambio. Si rebatir un *confronto* es visto como una forma de rebeldía, el hecho de no confrontar es visto como una falta de implicación en el tratamiento.

Al finalizar el desayuno, otra vez *escuchamos*. Se anuncia la distribución de los diferentes grupos. Decido ir al grupo de autoayuda de primera fase. En primer lugar, se comunica que hoy Manoli pasa a segunda fase. Los *Cap de grup* y la terapeuta (Eva) le aconsejan sobre el cambio de fase: “*ahora las cosas se complican, empezarás a trabajar aspectos emocionales*”. Jordi (*Cap de grup*) bromea con Eva sobre que ella también tendría que pasar a segunda fase. Es la primera broma que escucho en un espacio grupal. Se felicita a Manoli y se le aplaude. Se levanta y sale de la sala para dirigirse al grupo de segundo nivel. Entre el

cambio de fase de Manoli hoy y el de Cristian ayer y los dos abandonos de esta semana, ha quedado un grupo de primer nivel muy reducido. Hasta el martes no ingresarán dos nuevos usuarios. Eva pide a los usuarios que saquen la hoja en la que les pidió ayer que escribieran una dificultad personal que quisieran trabajar en este espacio.

Marina: *Dificultad con el argot.*

Lola: *Dificultad en ser honesta.*

Jacobo: *Dificultad con la programación.*

Martín: *Dificultad en pensar que los problemas de los demás son tan o más importantes que los míos.*

Dani: (como es habitual durante los grupos de primera hora de la mañana, se queda dormido en la silla debido a la medicación y a la metadona. Eva lo despierta alzando la voz y le indica que se ponga y se mantenga de pie durante un rato para no dormirse): *Dificultad en no rebatir durante los confrontos.*

Thais: *Dificultad en relacionarme y confrontar.*

Se centran en Thais que tan solo lleva ocho días en comunidad. Explica que le cuesta relacionarse con el resto de usuarios. Le preguntan si es tímida, pero responde que no, que lo que le pasa es que no le gusta tener mal rollo con la gente y que “si aquí te relacionas, seguro que acabas teniendo mal rollo”. Eva la corta en seco.

*-¿Dices que te cuesta relacionarte? ¿Y no drogarte no te cuesta? Tienes que prohibirte la frase: me cuesta.*

Entre Eva y el grupo de usuarios discuten cuál puede ser una *restitución* adecuada. Consensuan que lo más adecuado es imponerle cinco *confrontos* diarios.

Thais: *Cinco son muchos, ¿no?*

Eva: *No, qué va. Si yo salgo al patio, durante el descanso y me lo propongo, puedo hacer diez confrontaciones en dos minutos. Tú fijate bien y verás, uno mal sentado, otro que se deja la silla, alguno que habla estando en silencio... La cuestión es que te trabajes tu dificultad a*

*confrontar. Si aquí en la Comunidad no te posicionas y no eres capaz de decirle a un compañero que no ha hecho correctamente una cosa, el día que te pongan droga delante o que una amiga te llame para echar unas cervezas tampoco serás capaz de negarte.*

Dani pide permiso a Eva para ir al baño a lavarse la cara e intentar despejarse. Tiene 46 años.

**Día 13 Viernes, 22 de marzo de 2019.** Entrada 9h- Salida 12h

El *confronto* busca instaurar un alto grado de conflictividad en la vida social de la Comunidad. A las disputas y fricciones habituales que se originan de forma natural, debido a la convivencia diaria de un gran número de personas en un espacio cerrado, se añade los roces derivados de esta práctica. Los conflictos entre los usuarios son el principal material terapéutico con el que cuenta la institución. Goffman ya señaló esta circunstancia al referirse al conjunto de las instituciones totales como una de sus características sociales “*En las instituciones totales, mantenerse al margen de conflictos probablemente requiere un esfuerzo consciente y sostenido. El interno tal vez tenga que renunciar a ciertos niveles de sociabilidad con sus compañeros para evitar posibles incidentes*” (2012, p. 55). Sin embargo, en el caso de las Comunidades Terapéuticas el usuario no tiene la posibilidad de renunciar a este nivel de sociabilidad porque se ve constantemente interpelado a confrontar al resto de usuarios. No confrontar con regularidad puede ser utilizado como uno de los motivos por los que el equipo terapéutico -durante el proceso denominado *valoración de fase*- no valore positivamente la evolución del usuario y no le permita acceder a la siguiente fase del tratamiento.

Llego a la Comunidad con la expectación de ver cómo estará la casa después de la *intervención* del viernes. Será una semana un poco diferente porque empieza la Semana Santa. La mayoría de usuarios se marcharán a su casa el jueves y no volverán hasta el lunes por la noche. Tampoco estará Jesús en toda la semana porque es el único miembro del equipo que se marcha de vacaciones toda la semana. El resto del equipo terapéutico solamente estará ausente durante los días festivos. Su ausencia afectará sobre todo a Gerard (terapeuta), en tanto que será él quien ejerza el rol de director de la Comunidad durante estos días.

Entro a *trobada* de segundo y tercer nivel. Hoy el coordinador de día es Francisco, pero al finalizar la rueda de *feed-back* explica que ha tenido un fin de semana de permiso bastante complicado. Le entraron a robar en el taller (es mecánico) y ha muerto un familiar lejano. Susana no entiende cómo no lo ha comunicado antes y le recomienda que traspase la responsabilidad a otro compañero “*si no estás equilibrado emocionalmente no podrás hacer bien la función de responsable de día*”. Ignacio dice verse bien para coordinar porque ninguno de los dos hechos le ha afectado tanto como para no poder realizar esta función. Susana pide al grupo la opinión y todos concuerdan que lo más adecuado es que pase la responsabilidad a otro compañero. Ignacio sigue sin verlo necesario, pero ante la insistencia acaba aceptando. Es la típica situación que se da en casi todos los grupos. El usuario no está de acuerdo con alguna consideración, en un principio muestra su disconformidad, el grupo y el equipo presionan y, finalmente, acepta a regañadientes. Prácticamente, cada día se observa en alguno de los grupos una situación como esta.

En general, la *trobada* tiene un tono más calmado que los últimos dos o tres días, aun así considera necesario un mayor grado de implicación.

Susana: *Seguimos en intervención. Estamos en un momento delicado en el que no podemos trabajar vuestras líneas personales, tal como tocaría. Aquello que os tocaría trabajar a cada uno. Ahora tenemos que mirar por la casa. Así que, calma, confrontos y tranquilidad. No entiendo qué os pasa. Después de todo lo que pasó con Ferrán la semana pasada y seguís sin confrontar. Parece mentira que estemos así. Aquí no se viene a calentar la silla. O confrontamos, o esto no sirve para nada*”.

**Día 16.** Lunes, 5 de abril de 2019. Entrada 8h– Salida 12h

No hay establecido un criterio específico que determine en qué casos un *confronto* puede tener consecuencias para el usuario en forma de sanción. La mayor parte de veces los usuarios se *confrontan* entre ellos en aquellos espacios en los que el equipo no se encuentra presente sin que esto comporte ningún tipo de represalia. Lo llevan a cabo de forma rápida, casi automática, cerrando el breve ritual con el característico *cámbialo*. Habitualmente, el incidente no supera esta fase, pero en aquellos casos que el usuario que ha *pedido actitudes* considera que el hecho ha sido grave, la cuestión tiene más recorrido. Tiene la posibilidad de comunicar al equipo y al resto de usuarios la incidencia en dos espacios destinados para ello. En la terminología de la Comunidad esta acción es denominada *poner por delante* y se puede

realizar tanto durante el *escuchamos* como en el grupo de *trobada*. Una vez comunicado el incidente se determina qué tipo de sanción le corresponde.

En ningún caso y bajo ningún concepto en la Comunidad se utilizan los términos *sanción* o *castigo* para referirse a las consecuencias derivadas de esta práctica. Estos términos forman parte de un tipo de vocabulario que no se considera adecuado desde la perspectiva institucional. Más adelante me detendré en analizar la importancia de aquello sobre lo que se puede o no se puede hablar en la Comunidad. Nada es casual para el modelo de intervención y, en consecuencia, tampoco lo es decidir qué término es el adecuado para definir cada cosa. De momento, tan solo puntualizo que estas dos palabras tienen una connotación negativa y que no se ajustan a lo que el modelo de intervención prevé al utilizar la técnica terapéutica *poner por delante*. El término adecuado para definir las palabras castigo o sanción desde la perspectiva institucional es: *medida reparatoria*. Se utilizan cinco tipos diferentes de *medidas reparatorias* de las que podemos establecer una supuesta escala según la gravedad de la acción por la que se aplica: 1) restitución 2) entrar en silencio 3) expulsión temporal 4) fuera de estructura 5) expulsión definitiva.

El castigo o medida reparatoria más leve es efectuar una *restitución* que consiste en realizar una tarea determinada al cometer una infracción. Es impuesta por uno mismo, por el grupo, o por el equipo profesional. El tipo de restitución debe tener relación con el tipo de infracción. Por ejemplo, si un usuario llega tarde al almuerzo porque se ha dormido, la restitución puede ser levantarse treinta minutos antes de la hora establecida durante toda una semana. O si un usuario *confronta* a otro por no limpiar suficientemente bien su plato de comida al dispensarlo en la cocina, una posible medida reparatoria sería entrar durante tres o cuatro días en el turno denominado *fregada* para limpiar los utensilios de la cocina. Las *restituciones* se imponen habitualmente en el espacio de *trobada* y se aplican de forma inmediata. Se gestionan a través de un cuadrante del que se hace cargo el *sector* de administración. Estos, se encargan de anotarlas y de revisar que se han realizado correctamente. No son anunciadas durante los *escuchamos* como sí que se hace con otras *medidas reparatorias*. El equipo no está demasiado pendiente de su realización, ni desempeñan una función destacable en la estructura social de la Comunidad. El usuario suele encajar esta medida con naturalidad y sin

mostrar excesiva disconformidad porque sabe que es la menos grave de las posibles consecuencias. La mayor parte de las *restituciones* que se realizan han sido aplicadas a partir de la confesión por parte del propio usuario de haber realizado alguna pequeña infracción. No suele ser común que se impongan *restituciones* como consecuencia de que un usuario haya *puesto por delante* a otro a partir de un *confronto*. Habitualmente, tiene consecuencias más graves. La medida reparatoria más utilizada en estos casos es *entrar en silencio*. Esta, y el resto de medidas reparatorias graves, las analizaré en el siguiente apartado.

Cuando un usuario *pone por delante* a otro usuario ante todo el grupo y ante el equipo terapéutico, en cierta forma lo está delatando. La narrativa institucional justifica esta acción en términos de autoayuda “*aquí no hay yo. Aquí somos todos*” (Nico, usuario- cap de grup 7 de febrero de 2019). Se considera que esta práctica ayuda al usuario a dejar de ser deshonesto, aunque ello implique romper códigos de lealtad. Algunos usuarios relatan no tener demasiada dificultad en obedecer la visión institucional, otros, me explicaron la dificultad que les supuso adaptarse a ello. Veamos diferentes ejemplos extraídos de las entrevistas realizadas a los usuarios.

*Estuve bastantes meses en contra de todo, luchando con todo, porque no... Todos los valores que yo tenía, que me hacían ser quien era, al final, dentro de que seas un delincuente y un toxicómano, uno tiene una serie de valores; yo tenía el de la lealtad, el de no chivarse, todas estas cosas las tenía bastante arraigadas desde pequeño. Lo primero que me impactaba era esto, decir: aquí todo el mundo se chiva. Claro, el confrontar para mí era chivarse, o el comunicar y sobre todo el poner por delante. Tuve una resistencia... En varias ocasiones pedí que me devolvieran a prisión. ... Tenían bastante paciencia, por cierto, y me decían: mañana, mañana, mañana vamos a hablar. Entonces como vi que no me iban a derivar otra vez a prisión, y yo tampoco quería quebrantar porque no quería enmerdar más la cosa, lo único que quería era acabar, digo: bueno, pues yo acabo aquí a mi bola, y hago lo que me dé la gana; y así estuve pues otros meses más. Hasta que al final empecé a entender cosas, cómo funcionaba esto; empecé a ver gente que me devolvía mucha ayuda, por mucho que yo les quisiera un poco buscar el enfrentamiento, el tal, y siempre me devolvían ayuda, siempre me devolvían cariño, siempre me ayudaban, y al final esto fue... Fue ahí mellando, y llegó un momento en que entré en conflicto conmigo mismo. Y digo: si te quedas aquí, a esta gente no puedes seguir haciéndole esto; o te quedas, o te vas, pero... Algo tienes que hacer, si te quedas aquí te quedas confiando; y fue lo que al final decidí.*

**Transcripción entrevista Ignacio.**

Lunes, 1 de julio de 2019

Sergi: *Cuando un compañero o un miembro del equipo te piden actitudes, y crees que no has hecho nada incorrecto, pero aquí se tienen que dar actitudes igualmente, ¿cómo lo ves? ¿Qué piensas de esto? ¿Cómo lo vives?*

Alfonso: *Te tengo que dar dos lecturas, ahí. A día de hoy lo tengo interiorizado, normalizado, y al final lo vivo bien, como una norma, una directriz, y le veo el sentido. Si te has equivocado te has equivocado, no pasa nada. Creo que es una forma de parar y evitar conflictos y que bueno, después de llevar aquí tiempo te vas dando cuenta que todo tiene sentido, que todo tiene una funcionalidad y su utilidad, con lo cual al final lo ves bien. Si que al principio, cuando me pedían actitudes por la cara, me molestaba mucho, me cabreaba, a veces me irritaba, incluso a veces según cómo me pidieran las actitudes, incluso si tenían razón, me ponía violento.*

Sergi: *¿Y cuándo eres tú el que confrontas? ¿Te cuesta?*

Alfonso: *No. Ahora no. Al principio sí que costaba un poco más, te sientes raro, un poco lo que te decía, te cuesta confrontar porque parece que poner por delante es meterle a uno en un callejón, putearlo y tal; luego ya lo vas normalizando, con el tiempo, y al final pedir actitudes es echar una mano: date cuenta de que estás haciendo esto mal; y al final es un poco eso. A mí ahora no me cuesta confrontar. Además, creo que ahora lo hago de forma muy empática, muy asertiva; voy con cuidado.*

Sergi: *Has tenido dificultad, a nivel moral, o a nivel tuyo, en el sentido de... Aquí, por ejemplo, comunicar, se entiende de una manera, pero en la calle (interrupción).*

Alfonso: *Sí, en la calle sería chivarse; aquí el concepto es comunicar, echar una ayuda, una mano... Sí, sí, en la calle esto es ser un chivato y estás crucificado, nadie se fía de ti y van a por ti.*

Sergi: *¿Lo has vivido mal, esto, o lo has entendido desde un inicio?*



Alfonso: *Sí que es verdad que conforme he ido estando en el proceso, al final ves que los terapeutas no son ni tan malos, ni son el enemigo, ni es así, ni es asá; entonces al final dices... Te vas familiarizando con todo esto y ves que al final estás echando una mano a la gente y que bueno, al final confrontar y poner por delante pues ves que no, al final es ir de cara, ser honesto... Las cosas son así y punto. Y evitar moverte como nos hemos movido siempre, de qué pensarán, qué dirán, qué me van a decir, y no afrontar las cosas; aquí me he dado cuenta de que es muy importante afrontar las cosas para aprender de los errores. Si no afrontas, realmente no puedes pararte a ver qué es lo que has hecho mal y en qué te has equivocado.*

**Transcripción entrevista a Alfonso**

Viernes, 12 de julio del 2019

Sergi: *¿Te cuesta confrontar a tus compañeros?*

Lola: *Me cuesta confrontar depende de lo que sea. Depende de lo que sea, sí me cuesta todavía. Lo que pasa es que ayer hablé con Jesús y me dio una visión de esto que lo voy a poner en práctica, que es verdad. Ayer me dio una lección sobre las normas. Me dijo algo que me hizo pensar. Por ejemplo, nosotros aquí, fíjate que no nos podemos dejarnos ni siquiera un bolígrafo. Yo no he confrontado jamás por esto. A mí me piden un bolígrafo, una hoja y tal. Y es que yo lo tengo hasta en automático. Se la doy y punto. Pues a mí lo que me dijo Jesús es como se tiene que hacer desde el principio, de decir no, o incluso decir no, si quieres que te deje el bolígrafo, pregúntale al coordinador y yo te lo dejo. Fíjate qué sencillo, que dice él que luego eso se interioriza tanto que lo que ahora es un bolígrafo, luego es otra cosa más gorda, y tampoco me va a costar. Me cuesta mucho confrontar, pero que a lo mejor yo no entendía la norma, ¿por qué no te puedo dejar un bolígrafo? Pues todo tiene su qué, como dice él, todo tiene su qué.*

**Transcripción entrevista a Lola**

Miércoles, 10 de julio de 2019

Sergi: *Cuando un compañero, un miembro del equipo, por alguna razón te pide actitudes y crees que no has hecho nada incorrecto, ¿qué es lo que piensas?*

Jaime: *Bueno, yo me mosqueo, a mí me enfada. Yo las doy, las actitudes y eso. Pero me enfada, me enfada el hecho de, infórmate primero antes de esto, o pregúntame, yo que sé. No sé, me enfada. Me enfada mucho.*

Sergi: *¿Eres una persona a la que le cueste confrontar?*

Jaime: *Sí. Sí me cuesta confrontar a la gente.*

Sergi: *Sí, yo no te veo mucho hacerlo.*

Jaime: *Afrontarles y eso me cuesta, soy más de, esto así no, lo que sea, pero ir de... me das actitudes por esto, me cuesta, me cuesta.*

Sergi: *¿Tiene alguna consecuencia no pedir demasiadas actitudes?*

Jaime: *Bueno, el equipo aprieta, pero es una cosa más general, a mí no me dicen mucha cosa, pero a Roger lo bajaron de fase. Son más los compañeros los que me vienen...*

Sergi: *¿Cuándo pides aptitudes, lo haces porque consideras que es lo correcto? De tanto de tanto en tanto sí que las debes pedir.*

Jaime: *A veces, muchas veces las pido, depende también quien hay alrededor, si hay alguno de primero y eso, las suelo pedir, más que corregirlo. Para que vean ellos también cómo se hace, para que luego no empieces, pues i esto no lo piden tampoco. Si viene un terapeuta para que no me diga a mí tampoco nada, las pido, un poco como obligado.*

Sergi: *O sea que sí, que hay una parte de hacerlo porque se tiene que hacer.*

Jaime: *Sí. A veces está uno hablando de terceros o lo que sea, y yo: dejad la conversación, no es que no sé qué y sigue... Si viene un terapeuta o lo que sea, le pido actitudes. Si no, el terapeuta me va a decir, ¿y tú qué? Y me va a caer a mí también un marrón por culpa de ellos.*

Sergi: *¿Consideras que hay compañeros, otros usuarios que lo hacen un poco...? ¿Cómo ves el tema de pedir actitudes en la casa?*

Jaime: *Bueno, a ver, hay muchas clases, hay quien lo hace por revanchismo, hay quien lo hace por quedar bien, por ponerse medallitas y eso y luego hay también quien lo hace, supongo que para ayudar, se nota, cuando lo haces de una manera o de otra, se nota mucho.*

**Transcripción de entrevista a Jaime**

Miércoles, 5 de junio de 2019

Sergi: *¿Te cuesta confrontar?*

Marina: *No, no, al principio me costaba mucho, porque me daba mucha vergüenza, pero una vez que paso un tiempo, ya te digo, no me costó. Confrontar es ir de cara y le haces un bien a la otra persona.*

Sergi: *Entonces, ¿poner por delante, te cuesta más?*

Marina: *Bueno, si pones por delante no vas de cara. Eso está claro. Y es verdad que estás jodiendo al otro. Lo más seguro es que como mínimo le caiga un silencio. Pero yo pienso como el equipo, lo estás ayudando y esconder cosas no sirve de nada. Por ejemplo, si cuando yo me enrollé con David no me hubiesen puesto por delante, la cosa hubiese acabado mal. Muy mal. Entonces me jodió, pero luego me he dado cuenta que es así como se hacen las cosas. No sirve de nada ir escondiendo cosas. Yo me he pasado la vida escondiendo cosas. Cosas mías y cosas de los demás. Joder, no he hecho otra cosa que esconder cosas a mi familia, de todos los hombres con los que he estado. No me hubiese jodido tanto la vida si hubiese hecho esto antes.*

Sergi: *Cuando pides actitudes, ¿crees que las pides siempre por qué es lo correcto pedir las?*

Marina: *Sí, sí. Yo sí te tengo que pedir una actitud por un motivo o por un hecho pues te las pido. Pero eso de pedir actitudes, como mucho piden actitudes para pedir las o salir a confrontar cosas chorras por ganar un poquito de protagonismo con el equipo o que te vean que destacas más. A mí no me gusta destacar por tonterías.*

**Transcripción entrevista a Marina**

Martes, 9 de julio de 2019

La última respuesta de Marina representa acertadamente la opinión que tiene el conjunto de usuarios respecto a esta cuestión. La presión que ejerce la institución sobre los usuarios para que se interpielen entre ellos a base de *confrontos* acaba derivando en una especie de competición. Tanto en las entrevistas como en las charlas informales que mantenía con ellos durante los momentos de descanso manifestaban realizar siempre los *confrontos* con un propósito terapéutico. Al mismo tiempo que defendían esta posición, todos ellos consideraban que otros usuarios no realizaban los *confrontos* con la misma buena voluntad. En el relato de los usuarios siempre son *los otros* los que procuran mostrarse adecuados ante el equipo. Este tipo de actitud es tan común y la opinión sobre ello tan generalizada que incluso popularmente los usuarios han adaptado una expresión para referirse a esta conducta.

En el grupo de primer nivel sobre normativa y objetivos del programa se trata el tema *actitudes*, haciendo una revisión de la *hoja de actitudes*. Hoy se han repasado aquellas actitudes con las que los usuarios tienen mayor dificultad o no acaban de entender. Eva (terapeuta) pregunta cuáles de las actitudes son las que no entienden y entre todos han nombrado las siguientes: agrado, arrogancia, escapar con la broma y autosuficiencia. Los usuarios van discutiendo entre ellos que significa dentro de la Comunidad cada actitud y que se pretende con ello terapéuticamente. Cuando Eva considera que no lo explican suficientemente bien, interviene para puntualizarlo. Hago una breve síntesis sobre las conclusiones a las que han llegado conjuntamente, al discutir sobre el propósito de cada una de estas actitudes dentro de la perspectiva del modelo de intervención:

Agrado: intentar quedar bien con todos. No confrontar para que el otro no se enfade. Si tienes que decirle alguna cosa a un compañero porque no lo ha hecho bien, se lo dices. Se lo dices educadamente, pero se lo dices. ¿Cómo se trabaja? Confrontando.

Arrogancia: creer que eres superior al resto. Por ejemplo, cuando los usuarios de tercera fase tratan de malas maneras a los usuarios de primera fase porque aún no saben hacer determinadas cosas.

Escapar con la broma: cuando utilizas la broma para no hacerte cargo de una situación, una dificultad o una responsabilidad.

Autosuficiencia: cuando no pides ayuda al equipo o al resto de compañeros o tomas una decisión sin consultarlo previamente.

Lo más destacable del grupo ha sido la salida de tono en forma de queja de Antonio cuando estaban discutiendo “*esta casa parece una caza de brujas, muchos van con el cuchillo en la boca buscando en que te equivocas para pedirte actitudes*”. El resto de usuarios no está de acuerdo con esta consideración y le argumentan que esa es la actitud correcta en la Comunidad. Antonio considera que una cosa es pedir actitudes cuando algún compañero no ha hecho algo correcto, y otra, es ir buscando constantemente el más mínimo error para fastidiarlo, o para quedar bien delante del equipo.

Me ha sorprendido el comentario de Antonio porque no es habitual que los usuarios manifiesten este tipo de opiniones tan contundentes durante los grupos terapéuticos. La expresión *ir con el cuchillo en la boca* la he escuchado muchas veces durante los corrillos en el patio, pero nunca en un espacio grupal.

**Día 43.** Miércoles 22 de mayo de 2019. Entrada 8.30am – Salida 16h

No querría dar por concluido este apartado sin hacer alusión a los orígenes del *confronto* como técnica de intervención. La forma de llevar a cabo el *confronto* en la Comunidad es una variación mucho más flexible de la originaria utilizada en las primeras Comunidades Terapéuticas de Estados Unidos. Tal como explicaba en la primera parte de la investigación, fueron algunos ex miembros de Alcohólicos Anónimos los que fundaron el primer centro residencial de intervención por uso problemático de drogas. Las Comunidades Terapéuticas *Synamon* y *Dayton Village* configuraron lo que se conoce como el modelo jerárquico de Comunidades Terapéuticas Norteamericano. La base metodológica del *confronto* tiene su origen en los denominados *juegos de Synamon* (Miller y Rollnick, 1999) que se utilizaban como estrategias de confrontación entre los residentes de Synamon. Fueron denominados como *terapia de ataque*, *técnica de la silla caliente* y *técnica del corte de pelo emocional*. Era habitual que los métodos de confrontación empleados adoptaran formas agresivas y denigrantes. De estas tres estrategias, la denominada *silla caliente* establece la base de lo que actualmente se conoce como *técnica del confronto*.

La técnica de la *silla caliente* o *técnica del confronto* se utilizaba regularmente en las Comunidades Terapéuticas fundadas en España durante los años ochenta y se continuó

empleando hasta finales de la década de los noventa. Actualmente, sigue siendo utilizada en Comunidades Terapéuticas internacionales (Garbi, 2020) en su versión original, y con variaciones en determinados centros nacionales. La técnica se inicia al situar a uno de los usuarios en el centro de un círculo para que posteriormente sea interpelado por el resto de usuarios y por el personal de la Comunidad. El objetivo es destruir las defensas del sujeto para que modifique alguna actitud considerada no terapéutica o adictiva. Dependiendo del grado de resistencia que muestre el usuario, el grupo puede utilizar un tono más o menos agresivo que puede llegar hasta los gritos o los insultos. Cada usuario lo confronta nombrándole alguna actitud negativa a la que ha incurrido durante la convivencia diaria de la casa. Uno por uno, sin respiro y sin poder de réplica. Al finalizar la intervención del grupo, el usuario debe asumir la responsabilidad de todo lo que se le ha dicho y explicar cómo lo revertirá sin tener la posibilidad de poder justificarse o de defenderse sobre aquello de lo que se le acusa.

La forma en que se utiliza el *confronto* en la Comunidad es una variación de la técnica original. Estas variaciones son significativas en cuanto a las formas de ponerla en práctica, pero el objetivo de la técnica se sigue manteniendo: *quebrar al usuario*. En el contexto de la Comunidad, el equipo terapéutico utiliza regularmente el término *quebrar* para referirse a esta situación. Veamos un ejemplo que nos permite contextualizar el uso de este término.

Durante el tiempo que dura el espacio de *trobada*, alguno de los cuatro terapeutas que integran el equipo de mañanas se queda en sala atendiendo -o realizando- las correspondientes llamadas a familiares de usuarios. Este contacto permanente con las familias (con su *seguimiento*) permite al equipo conocer en profundidad las relaciones que mantiene el usuario en aquellos momentos en los que no se encuentra presencialmente en el interior de la Comunidad. Durante el desayuno del equipo en ocasiones se comenta alguna de estas llamadas.

Susana: *la hermana de Marc me ha comentado que ayer se saltó la programación.*

María: *¿Este? Pero si es don perfecto...tenemos que apretarlo para que salga su verdadero yo. Háblale de la madre, por ahí se desmonta...*

Júlia (Voluntaria): *Si, es verdad. He empezado la anamnesis con él, y al hablar de la madre siempre se emociona. Es un chico muy frio...hasta que se menciona algo de la madre.*

Susana: *Vale, pues miraré de quebrarlo por ahí.*

**Día 30.** Lunes 29 de abril de 2019. Entrada 8:30h- Salida 15h

La idea de utilizar la *confrontación* para destruir los mecanismos de defensa del usuario se corresponde con la concepción que, desde los principios del siglo pasado, comenzó a imponerse respecto al *sujeto adicto*. El usuario, en tanto persona adicta es considerado incapaz de ser honesto ante sí mismo y ante los demás debido a un complejo sistema de mecanismos de defensa -por ejemplo, la negación o la proyección de culpa- mediante el cual refuerza su autoestima al tiempo que justifica su necesidad de consumo (Carreras, 2011). La modalidad de *confronto* que se utiliza en la Comunidad no contempla la humillación basada en gritos o insultos, pero sí que busca *quebrar* al sujeto mediante estrategias disciplinarias más igualmente humillantes, pero más sutiles como la inspección jerárquica -coacción a partir de la mirada- (Foucault, 1976) con el objetivo de que el usuario *toque fondo*. El siguiente apartado estará destinado a analizar otra de estas sutiles estrategias de intervención.

### 5.3. Entrar en Silencio

*“El silencio es una herramienta básica del proceso”.*

*“En la vida de fuera nunca te paras y no tienes tiempo para reflexionar, el silencio te ayuda a reflexionar y a conocerte”.*

*“No es un castigo, es una herramienta de introspección”.*

*“Si interrumpes el silencio de un compañero, lo jodes porque lo estás desconcertando. No lo estás dejando pensar, le estás empujando a que vuelva a consumir”.*

*”El silencio es un privilegio que tenemos aquí y hay que aprovecharlo”.*

Estas son algunas de las frases con las que, durante los espacios grupales, los usuarios hacen referencia a la herramienta de intervención denominada *entrar en silencio*. Al contrario de lo que sucede con la técnica del confronto no hay estudios que hablen sobre el uso de esta práctica como metodología de intervención en otras Comunidades Terapéuticas. Por las charlas mantenidas con usuarios de la Comunidad sobre sus experiencias de ingreso en otras Comunidades tampoco tenemos constancia de que se utilice en ninguna de las diferentes Comunidades Terapéuticas actuales o se haya utilizado con anterioridad. Tampoco hay constancia de que se utilice en aquellas en las que el modelo de intervención es más rígido y severo o aquellas de carácter pentecostal. El estudio realizado por Silvana Garbi (2020) en Argentina señala que esta práctica se utiliza de forma ocasional, pero no tiene una presencia continua en el día a día de la Comunidad. Parece ser que el uso del silencio como herramienta de intervención habitual es exclusivo del modelo de intervención de la esta organización.

Tal como explicaba anteriormente, esta práctica se situaría en el segundo escalafón de medidas reparatorias. Se utiliza para aquellos casos en los que el equipo terapéutico considera que la infracción, o un determinado comportamiento, necesitan tener una consecuencia más contundente que la realización de una mera *restitución* en forma de tarea reparatoria. Aun así, los motivos por los que un usuario puede *entrar en silencio* suelen ser de poca importancia. Esta medida puede imponerla, únicamente, el equipo (si bien, en una ocasión, un usuario entró en silencio por voluntad propia) y es anunciada a toda la Comunidad durante el *escuchamos* inmediato a su imposición. La anuncia el propio perjudicado ante el resto de usuarios de la Comunidad, para que todos tengan conocimiento y no se dirijan a él. Debe explicar el motivo concreto por el que se le ha aplicado, sin utilizar generalidades ni justificaciones. El usuario no tiene conocimiento del tiempo que estará en silencio en ningún momento, sino que es el equipo quien se lo comunica personalmente cuando consideran que es el momento de salir del silencio. El plazo de tiempo más habitual son dos días, pero durante el periodo en el que realicé trabajo de campo, vi a usuarios permanecer en silencio hasta siete días. Puede dirigirse al equipo cuando lo considere, y al resto de usuarios solamente cuando sea estrictamente necesario para solventar aquellas



cuestiones relacionadas con el funcionamiento de la casa. Sigue dentro de la dinámica habitual de la Comunidad, trabajando en su *sector* y acudiendo a grupos terapéuticos, pero comunicándose lo menos posible en estos espacios. En el caso de que el usuario sea responsable o coordinador de alguno de los *sectores*, debe relegar su responsabilidad a otro compañero.

Durante los momentos de descanso debe estar alejado del grupo y en soledad, con los ojos abiertos y sin realizar ninguna tarea (leer, escribir, etc.) que pueda distraerle de la supuesta introspección. Durante las comidas se habilita una mesa concreta para aquellos usuarios que se encuentran en silencio. Habitualmente, hay varios usuarios por día en esta situación (entre dos y cuatro usuarios aproximadamente) y en muy pocos casos, un usuario no es puesto en silencio, en varias ocasiones a lo largo de las diferentes fases de las que consta el programa. Durante mi periodo de trabajo de campo tan solo un usuario (Albert) no entró en silencio en ninguna ocasión. Al salir del silencio, debe realizar una reflexión escrita sobre la experiencia, entregarla al equipo y compartirla oralmente con el resto de usuarios. Esto lo realizará, mediante pautas ritualizadas, durante el posterior *escuchamos* al que el equipo le haya comunicado la derogación de la medida. Todas estas pautas son las que normativamente (siempre teniendo en cuenta que se trata de normativa oral) rigen la aplicación del *silencio*, sin embargo, su aplicación siempre estará determinada por el rigor con el que el usuario lleve a cabo la medida. En múltiples ocasiones, he observado como el perjudicado conversaba con otros usuarios (de forma disimulada ante la posible presencia de algún miembro del equipo, o de forma abierta, ante su ausencia), o bien, se dormía durante espacios de tiempo considerables.

Dos de los seis coordinadores de sector, no han asistido a la reunión porque se encontraban en silencio. En su lugar han acudido los responsables de sector. En total, hoy había seis usuarios en silencio. Durante uno de los descansos he saludado a Manoli, al no darme cuenta qué se encontraba en silencio. Me ha hecho el clásico gesto del silencio con la mano para indicármelo. Todavía me cuesta habituarme a estas situaciones. Poco después la he visto dormirse en la silla, hasta que otro usuario la ha despertado. Al cabo de un rato se ha vuelto a dormir.

**Día 9.** Miércoles 6 de marzo de 2019. Entrada 10h – Salida 16:30h

El poco personal con el que cuenta la institución no permite realizar una observación constante sobre el usuario y, por tanto, su supervisión queda supedita a formas de control social informal. Al contrario de lo que sucede en otros aspectos de la vida social de la Comunidad los usuarios no se muestran, mayoritariamente, demasiado rígidos en cuanto a la supervisión -entre ellos mismos- de esta medida. Ignacio, que estuvo ingresado en la Comunidad por primera vez hace diez años, me explicaba durante la entrevista como ha variado, con los años, la forma de aplicarla *“entrabas en silencio, que antes se llamaba experiencia, para reflexionar y tal; lo que se hace ahora en los silencios normales. En ese tiempo eso se llevaba muy a rajatabla, antes el silencio no se rompía así como así, como se rompe ahora”*. Aunque el equipo terapéutico aparentemente procura aplicar la medida de forma más severa, los usuarios parecen haber llegado a un pacto de no agresión y no se interpelan en exceso por este motivo. Veamos un recorte etnográfico al respecto y un recorte de la entrevista de Dani que nos muestran las dificultades del equipo en implantar la medida.

A raíz de esta conversación entre el equipo, Jesús, comenta que han de modificar la forma de llevar a cabo los silencios *“porque no puede ser que estén en silencio sin hacer nada, que piensen con el chapo en la mano, en el huerto, pero no puede ser que estén sentados ahí en el patio, o en el sofá, porque al final acaban hablando o durmiendo”*. Pero por lo que puedo observar durante el resto de la jornada, tan solo ha sido una advertencia, ya que no se aplica a aquellos usuarios que hoy se encuentran en silencio.

**Día 29.** Viernes, 26 de abril de 2019. Entrada 8:30h – Salida 14h

Sergi: *Has estado muchas veces en silencio, ¿cómo lo has vivido?*

Dani: *Pues la verdad que muy pocas veces, he estado lo que quiere decir en silencio, porque siempre me lo estaba saltando, siempre me lo he saltado, muy poco he estado en silencio.*

Sergi: *¿O sea, que no te ha supuesto un esfuerzo ni nada?*

Dani: *Si que he hecho la hoja de reflexión que siempre me han pedido y estas cosas. Pero siempre me lo acababa saltando con uno, con el otro, siempre me lo acababa saltando.*

Sergi: *¿Se te hacía pesado estar en silencio?*

Dani: *Sí, sí, se hace pesado. Y quieras o no alguien que te viene a hablar y te pones a hablar con él, pero estás en silencio, sí, pero dímelo, así hablo con alguien, por lo menos.*

**Transcripción entrevista a Dani**

Lunes, 10 de junio de 2019

Al consultar con posterioridad a los usuarios respecto a la visión que tienen de este castigo, la mayoría de ellos, la valoran como una medida positiva y de gran utilidad. Cuando en alguna ocasión les preguntaba al respecto, utilizaban expresiones, o frases aprendidas, que se traspasan de una generación a otra de usuarios, como las que mencionaba al inicio de este apartado del tipo “*el silencio te ayuda a conocerte*”. Sin embargo, las respuestas no son tan positivas cuando les consultaba inmediatamente después de salir del silencio. No formulan reproches directos, ni manifiestan abiertamente disconformidad, sin embargo, podía advertir una diferencia en la forma de expresarse corporalmente. Esto se puede apreciar con claridad en el momento que los usuarios explican, al resto del grupo, durante el *escuchamos*, que es lo que han sacado del *silencio*. Si atendemos a la corporalidad, en la mayor parte de los casos, el usuario, parece mostrarse enfadado o disconforme con la medida que se le ha aplicado. En este momento, lo vive como un castigo que considera injusto. Ceños fruncidos, las mismas frases repetidas por todos los usuarios cuando deben explicar a toda la Comunidad que han sacado del silencio, miradas al vacío, tocamientos faciales o veladas insinuaciones de justificación. Sus palabras, dicen una cosa, pero sus expresiones y su cuerpo, otra diferente. Los recortes extraídos de las entrevistas nos muestran algunos ejemplos sobre como experimentan los usuarios este método de intervención.

Leandro: *... Bueno, me pusieron el primer silencio a la semana de estar aquí, que lo viví fatal, porque yo el silencio lo vivo fatal, y ahora vivo el silencio de otra manera.*

Sergi: *Esa era la siguiente pregunta, si me podrías explicar cómo vives el silencio.*

Leandro: *Pues fatal, porque tenía la necesidad de hablar, porque era una necesidad que tengo. Si hablo mucho, quizás no te dejo tiempo ni de que me preguntes. Y ahora no. Ahora escucho muchísimo, me callo muchísimo... Hablo muchísimo también, pero desde otra perspectiva, no es la misma que era antes. En eso sí que me he visto un buen cambio, porque soy capaz de pasar el tiempo solo, siempre haciendo algo, pero en soledad. Y ahora me voy, estoy un rato solo, el otro día me fui al banco, estuve ahí una hora conmigo mismo. Ya no me da tanto miedo estar solo conmigo, porque creo que voy como recolocando las piezas que tengo que recolocar.*

**Transcripción entrevista Leandro**

Lunes, 10 de junio de 2019

Sergi: *¿Cómo lo has vivido?*

Marina: *Lo vives mal, porque lo primero que te sale es hablar. O sea, lo llevas mal, pero lo llevas mal, porque lo llevas por encima, si lo interiorizas y ves el porqué del silencio, te das cuenta que lo necesitas y que te vale para reflexionar, para pensar en qué has fallado y porqué estás en ese silencio. Porque es tu momento para tí, para aprender tú. O sea, es una herramienta. ¿Qué es un castigo? No, para nada. Es una herramienta, es una herramienta, lo ves al principio como ah, qué putada, un castigo. No, no, qué va, qué va, hay que verlo de esa manera, hay que ver que es una herramienta, pero de las mejores que hay.*

**Transcripción entrevista Marina**

Martes, 9 de julio de 2019

Sergi: *¿Supongo que has estado en silencio alguna vez?*

Cristian: *Sí, no muchas, dos o tres.*

Sergi: *¿Cómo lo has vivido?*

Cristian: *Aburrido, porque, entonces, sí que el hecho de no poder hablar con nadie, entonces quieres hablar con alguien y no puedes. Pero bien, lo he vivido cómo que los silencios que me han puesto me los había ganado, realmente, y es lo que hay. Han sido breves, también. Nunca he estado una semana en silencio, han sido un par de días.*

Sergi: *¿No te agobiabas?*

Cristian: *No, porque han sido cortos y dos o tres solo.*

**Transcripción entrevista Cristian**

Lunes, 10 de junio de 2019

Sergi: *Me puedes explicar un poco, a ver si lo recuerdas, ¿cómo has vivido estar en silencio?*

Jaime: *El primero cuando estaba aún en primera fase fue un enfado y un poco también de pasotismo que me dio. En plan, ¿qué quieren ahora? No lo voy a hacer y ya está. Y fue así, después empecé ya entrar, a hacerlo. Al principio fue enfado, porque aparte fue una cosa que la veía injusta y cuando veo algo injusto no puedo.*

Sergi: *¿Seguiste viéndolo injusto después del silencio?*

Jaime: *Sí, sigo viéndolo injusto, pero ya me trabajaré la justicia por esto y ya está. Pero sí, seguí viéndolo injusto y no sé, no saque mucho la verdad.*

Sergi: *¿No te hizo variar tu pensamiento de lo que creías?*

Jaime: *No, quieren que pase por eso, pues paso y ya está.*

Sergi: *¿Pero no te cambió tu percepción?*

Jaime: *Mi pensamiento sigue siendo el mismo.*

Sergi: *¿Cuánto tiempo estuviste?*

Jaime: *Estuve tres días.*

Sergi: *¿Te costó? ¿Te supuso un esfuerzo?*

Jaime: *No. Porque aparte soy una persona callada, no voy por todos lados hablando... Así que no, no me costó.*

**Transcripción entrevista a Jaime**

Miércoles, 5 de junio de 2019

En todas las respuestas -a excepción de la de Cristian- se observa como los usuarios realizan un proceso de racionalización que les permite justificar y adaptarse a esta práctica. Aquello que en un principio experimentaban como un castigo, posteriormente es descrito como un aprendizaje. Estos procesos de justificación son indispensables para la adaptación del usuario a la vida social de la Comunidad, pero también para lograr mantenerse psicológicamente estable. Las diferencias individuales determinarán el modo en el que cada uno de ellos se adapta o justifica la experiencia del *silencio*, pero en líneas generales se dan a cabo una combinación de procesos por los que pasan todos los usuarios durante su proceso de institucionalización.

Goffman (2012) analizó los diferentes modos personales de adaptación al ambiente que utilizan los internos en las instituciones totales. De las diferentes formas de adaptación que consideró, *la conversión* es la principal estrategia con la que los usuarios de la Comunidad se adaptan a la presión que ejerce el modelo de intervención sobre ellos “el interno parece asumir plenamente la visión que el personal tiene de él y se empeña en realizar el rol del perfecto pupilo (...) presentándose como aquel con cuyo entusiasmo institucional puede contar el personal en todo momento (2012, p. 74). A excepción de tres casos (Dani, Nourdine y Charo que fueron expulsados o abandonaron ellos mismos el tratamiento) el resto, los ochenta y cinco usuarios con los que coincidí durante mi estancia en la Comunidad parecieron utilizar esta modalidad de adaptación. Este comportamiento adaptativo pareciera ser el más razonable para los intereses del usuario si tenemos en cuenta que una de las principales exigencias del modelo de intervención es la implicación que muestra el usuario al tratamiento. Debe intervenir durante los grupos terapéuticos, debe *confrontar* con regularidad a sus compañeros, debe participar activamente en las tareas domésticas y en las actividades programadas por el equipo profesional y debe hacerlo siempre mostrando el mayor grado posible de disponibilidad. Este alineamiento debe hacerse evidente, también, en su narrativa

y hasta en la forma de expresarse. Es por este motivo por el que adquieren tanta importancia los aspectos menos controlables de su conducta (gestualidad, reacciones corporales) como los que se pueden observar inmediatamente después de finalizar el *silencio*. El nivel de vigilancia y sometimiento al que está sujeto cada usuario, tanto por los miembros del equipo como por el resto de compañeros, deja un margen muy reducido para poner en práctica cualquier otra modalidad de adaptación que no sea la del converso que ha asumido plenamente la perspectiva institucional. Por descontado, el usuario también utiliza un sutil entramado de triquiñuelas, desacatos y simulacros de adaptación que constituyen lo que Goffman (2012, p. 75) denominó un *juego astuto*, una combinación oportuna de estrategias destinadas a aumentar las posibilidades de salir indemne de la presión que ejerce el modelo de intervención. Subvertir la visión reglamentaria, obliga al usuario a buscar los márgenes del tratamiento para tratar de abrir pequeñas grietas de insubordinación que le permitan de algún modo seguir sintiendo que mantiene cierta capacidad de autonomía y agencia.

Sin embargo, el usuario debe ser muy cuidadoso con este tipo de prácticas porque todo comportamiento, por minúsculo que sea, que no se alinee al servilismo institucional, tendrá consecuencias en forma de castigo, ya sea mediante la imposición del *silencio*, la no obtención de pase de fase, la expulsión temporal de la Comunidad o cualquiera del resto de medidas disciplinarias que utiliza la institución.

La herramienta de intervención denominada *entrar en silencio* no es el único recurso que utiliza la institución para ordenar el silencio del usuario. Uno de los procesos más significativos e influyentes del modelo de intervención es el uso que se realiza sobre la narrativa del usuario, sobre el lenguaje que utiliza, sobre qué, cómo y cuándo hablar, y sobre cuándo debe callar. Analizaré esta cuestión en detalle en el Capítulo 6.4.

## **5.4. Los Grupos Terapéuticos: entre lo verdadero y lo verosímil**

Los dos principales ejes en los que se sustenta el modelo de intervención son el uso de la “Comunidad como método” (De León, 2004) y los grupos terapéuticos. He considerado presentarlos en un mismo apartado porque ambos se complementan. El uso deliberado de la vida diaria en la Comunidad es el principal material del que se abastecen los grupos terapéuticos. A su vez, los grupos terapéuticos son los espacios en los que se estructura la vida social de la Comunidad. En primer lugar, analizaré en profundidad en qué consisten los grupos terapéuticos, como los podemos clasificar, cuál es su función y en que principios se fundamentan. Analizar los grupos terapéuticos es, también, analizar la vida social de la Comunidad. Posteriormente, explicaré que significado otorga el modelo de intervención al uso de la “Comunidad como método”.

La sala Tanaka es el espacio en el que se realizan la mayor parte de los grupos “*la construyó un japonés. Él solo. Por eso le pusimos su nombre. Solamente lo ayudamos a subir las vigas de madera*” (Jesús, Director de la Comunidad). Si tal como acertó en apreciar Edward T. Hall (1989) “el espacio habla” (173) la sala Tanaka parece haber alcanzado el objetivo para el que fue diseñada. Transmite la solemnidad ideal para realizar grupos terapéuticos, grupos familiares y ceremonias festivas. Se trata de una estancia de grandes dimensiones y de una sola planta, situada entre el patio y el huerto y construida toda ella de madera. Desde el exterior, su sobria infraestructura parece diseñada para impresionar al usuario porque proporcionalmente sus dimensiones le otorgan un aire de templo profano. Al acceder a ella, llama la atención su simpleza y la luminosidad proporcionada por doce ventanas que facilitan la entrada de luz natural desde todos sus ángulos.

En esta sala se realizan los grupos terapéuticos más importantes y todas las ceremonias institucionales que tienen lugar a lo largo del año en la Comunidad. Estas ceremonias son poco frecuentes y provocan un gran entusiasmo entre los usuarios porque rompen la monotonía que caracteriza la vida social de la Comunidad. Más adelante me extenderé en analizar alguna de estas ceremonias institucionales y el papel que juegan en el día a día de la Comunidad, pero de momento me centraré en analizar los grupos terapéuticos en cuanto actividad principal que se lleva a cabo en la sala Tanaka.



Aunque la propuesta metodológica de la organización aquí estudiada no se sitúa dentro del tipo de Comunidades en las que los grupos terapéuticos tienen mayor presencia en su modelo de intervención, estos, siguen ocupando un papel central en la actividad diaria de la Comunidad. La jornada del usuario se inicia con el grupo de “trobada” en el que se realiza una revisión de lo acontecido el día anterior. Este grupo es probablemente el más significativo en términos relacionados con la vida social de la Comunidad, ya que en este grupo se incide de forma específica en aspectos conductuales y relacionales en el que juega un papel central los continuos conflictos entre los propios usuarios. Analizaré la importancia de este espacio en la parte final de este apartado.

Después del desayuno se realizan grupos más específicos en los que se tratan aspectos que se consideran más terapéuticos. Dentro de los parámetros interpretativos que configuran el modelo de intervención podríamos clasificar estos grupos terapéuticos en dos modalidades: a) los que pretenden intervenir en el sujeto desde una perspectiva principalmente conductual: *Grupo de revisión de fin de semana, Grupo de prevención de recaídas, Grupo objetivos del programa* y, b) los que pretenden hacerlo desde una perspectiva principalmente emocional: *Grupo de autoayuda, Grupo de autonomía, Grupo genograma familiar o Grupo de mujeres*. Establezco esta clasificación tan primaria con el único objetivo de proponer una división formal que ayude a comprender bajo qué términos teóricos se plantea la institución intervenir en el sujeto. En la práctica, durante los grupos terapéuticos, esta división no se produce porque, aunque el grupo esté orientado a intervenir en aspectos emocionales, el equipo profesional siempre tiende a intervenir en aspectos conductuales. Las interacciones entre los usuarios ocupan la mayor parte del tiempo de los grupos, sea cual sea su temática.

Durante el desayuno el equipo comenta que sería adecuado hacer un grupo terapéutico de mujeres porque hay dos conflictos en *Torreta* que se deben tratar. Por un lado, al limpiar el baño se ha encontrado una pastilla por el suelo. Al ser encontrada en el baño de mujeres, tan solo puede ser de alguna de ellas porque los hombres no tienen acceso a esta parte de la casa. Por otro, el equipo cree que se ha creado una camarilla entre el grupo de chicas, y que estas, tenían constancia del acercamiento sentimental entre Martín y Ana. El grupo de mujeres se realiza quincenalmente y se centra en abordar temas relacionados con la sexualidad y con el “empoderamiento” de las mujeres en la Comunidad y fuera de ella. No

he solicitado asistir a ninguno de estos grupos porque pienso que no es adecuada mi presencia por la cuestión de género. Sin embargo, hoy ha sido la propia Susana quien me ha consultado si quería asistir.

Antes de empezar, Susana ha preguntado a las usuarias si tenían algún reparo en mi presencia y todas ellas han dado el visto bueno. El grupo se ha realizado en la parte superior del jardín y estaba formado por siete usuarias (Marina, Ana, Lola, Marian, Carmen, Laura, Úrsula), la terapeuta y yo. Susana ha empezado la sesión reproduciendo una canción en su teléfono móvil. La ha presentado como una canción infantil típica de cuando era una niña (Hola Don Pepito, hola Don José) y ha preguntado a las usuarias que sentían al escuchar esta canción. Las dos usuarias más veteranas han cantado la canción mientras sonaba en el móvil y posteriormente todas han coincidido en comentar que las transportaba a la infancia. La canción era un anzuelo. Susana les ha explicado que ha puesto esta canción para mostrarles que su actitud le recuerda a sus propias actitudes de la infancia, engañando, escondiendo cosas, peleándose y haciendo grupitos entre ellas como cuando eran niñas. A partir de aquí, ha preguntado quién tenía constancia del acercamiento entre Ana y Martín y si alguna de ellas sabía de quién era la pastilla. Han empezado a reprocharse cosas entre ellas y a sacar a la luz actitudes y comportamientos que no habían revelado anteriormente. Cosas insignificantes como *“el otro día Marian me dejó ponerme su colonia antes de salir de permiso”* o reproches como *“Úrsula le dijo a Ana, que Martín la miraba mucho”*.

Cinco de las siete usuarias sabían cosas, unas de otras, que rompía la normativa de la Comunidad. Las otras dos estaban aisladas de este grupo. Durante la hora y cuarto que dura el espacio me siento muy incómodo por la situación, es humillante para ellas que se hagan públicas cosas tan íntimas y a la vez tan poco importantes y que ellas participen de la manera que lo hacen. Se delatan unas a otras mientras Susana prácticamente no necesita participar. Este grupo es la muestra de que en Comunidad no existe ningún tipo de intimidad y que entre los usuarios no puede haber secretos. La frase de Jesús *“aquí, al final, todo se sabe”* no puede ser más cierta, porque, por lo visto hasta ahora, la presión del equipo y del grupo siempre acaba haciendo que los usuarios se delaten unos a otros. En definitiva, se acaba concluyendo que la pastilla es de Marian -aunque ella lo niega-.

En cuanto a la relación de Ana y Martín, todo el grupo de mujeres lo sabía, pero nadie lo había comunicado al equipo. Ana sentía atracción por Martín, y había *“hecho manitas”* en el sofá, según ella misma ha comentado. También sale a la luz que Ana se acostó con su expareja en uno de los permisos y no podía hacerlo porque estando fuera de la Comunidad

el usuario no puede estar solo en ningún momento. Esto implica que su *seguimiento* (en este caso su madre) la dejó sola por error o conocía la situación, por lo tanto, el equipo hablará con su madre sobre este asunto. Por último, Susana le pide a cada una de ellas que realicen una *lista de honestidades* para mañana “*por si hay cosas que todavía no han salido*”. La *lista de honestidades* es una herramienta terapéutica muy utilizada en la Comunidad. El equipo suele solicitarla a los usuarios cuando uno de ellos ha escondido alguna información a la institución. Aunque se haya producido una confesión por parte del usuario, el equipo considera que puede haber más cosas que en ese momento el usuario no haya revelado de forma pública y que una posible reflexión más pausada le ayude a considerar la situación.

Todos los grupos terapéuticos finalizan con una rueda final de *feedback*. El responsable del grupo pide a cada usuario que realice una conclusión sobre lo que ha sacado del grupo. Desde hace unos meses el equipo me ha incluido en esta rueda. Siempre hago una valoración sobre cualquier aspecto que se me ocurra en ese momento. Es una situación comprometida porque lo que diga tiene que estar en concordancia con la perspectiva institucional. Esto no significa que no pueda expresar la opinión que considere más apropiada. Nadie me ha dado ninguna indicación sobre lo que puedo o no puedo decir. No hace falta, el contexto situacional ya te indica que tipo de comentarios son apropiados y cuáles no. Por lo tanto, intento hacer algún comentario que me permita conservar mi rol de científico social, pero que a la vez no desentone con lo que se espera que se diga en este tipo de grupos. Procuro hacer comentarios honestos, pero siendo consciente de los límites y en los términos en los que debo hacerlos. Utilizo el mismo doble juego que utilizan los usuarios. También podría no participar, pero considero que mi rol en la Comunidad no se puede limitar a la de un mero observador. Creo que por el solo hecho de permitirme acceder a estos grupos tengo la obligación de implicarme activamente de alguna manera. Hoy, sin embargo, al preguntarme Susana he preferido no participar. La situación me ha resultado tan embarazosa que no he sabido qué decir.

**Día 39.** Miércoles 15 de mayo de 2019. Entrada 9h – Salida 12h / Entrada 17h - Salida 20h

Estos grupos específicos son más reducidos en cuanto al número de asistentes y el ambiente general es ligeramente más distendido en comparación al grupo de “trobada”. Asistí a un gran número de grupos de estas características y pude apreciar una diferencia significativa en el trato que los profesionales dispensan a los usuarios dependiendo del número de asistentes. Cuando el grupo es más reducido, el profesional que conduce el grupo parece mostrarse más

relajado y con un discurso menos acusador ante el usuario. Esta circunstancia me hizo plantear si se trataba de una práctica consciente realizada conforme a una directriz terapéutica. Consulté a los cuatro profesionales sobre esta cuestión y ninguno de ellos pareció comprender sobre que preguntaba. No existía ninguna directriz que les hiciera modificar su conducta, sino que se trataba de prácticas inconscientes en las que el profesional encargado de dirigir el grupo desplegaba un tipo de actuación menos conflictiva y más cercana que le permitía establecer mayor complicidad con los usuarios. A medida que iba acudiendo a más grupos se hacía más presente el carácter performativo del espacio, cuyo esquema simbólico se inserta en la organización de las pautas de interacción y en la relación de poder que se establece entre el equipo y los usuarios.

Tal como apuntaba Goffman (2006, p. 360) en *Frame Analysis* “es la participación adecuada la que genera la conducta apropiada”. El concepto de *Frame* hace referencia a aquello que posibilita al individuo definir las situaciones de interacción y estructurar su experiencia en la vida social. El marco primario que regula el espacio y la puesta en escena de sus participantes nos ayuda a comprender el carácter singular de las representaciones compartidas que colaboran en la elaboración de una definición concreta. Por ello, el concepto de *performance* resulta decisivo para entender en qué modo intervienen las relaciones de poder entre ambos grupos sociales durante estos espacios.

Los grupos terapéuticos se sustentan en una serie de creencias y disposiciones institucionales que generan un esquema interpretativo propio y que permite a sus integrantes (tanto a los usuarios como a los profesionales) asumir una base relativamente estable de la representación de la realidad. De ese modo puede entenderse que después de la velada humillación a las que se ven sometidas las usuarias durante el *grupo de mujeres* mediante la reproducción de una canción infantil empiecen a delatarse unas a otras. Nótese que Susana prácticamente no presiona a las usuarias para que estas se delaten. No es necesario que lo haga, ya que es el propio marco el que las conduce a hacerlo. El marco de referencia del grupo terapéutico se enmarca en una serie de liturgias, disposiciones y expectativas ambientales generadas por el contexto institucional y, representadas en este caso, en la relación de subordinación ante Susana. En este mismo sentido se encuadra la *performance* de Susana con la canción infantil

durante el espacio, o la actitud del conjunto de profesionales encargados de dirigir los diferentes grupos cuando adaptan el tono de su discurso al número de participantes.

Sin embargo, y aunque estas consideraciones nos ayudan a comprender el carácter performativo del espacio y la puesta en escena de sus participantes, no se puede dejar al margen el tipo de contenido que se aborda en estos grupos terapéuticos. Comentaba con anterioridad que el equipo parece empeñado en centrar todos sus esfuerzos e intervenciones en cuestiones conductuales que tienen que ver con las interacciones que mantienen los usuarios en el contexto de la Comunidad.

Aun así, hay grupos terapéuticos en los que la temática conduce al usuario a hablar sobre determinados aspectos de su pasado, experiencias o conflictos individuales que el equipo terapéutico debe dejar por un momento al margen las cuestiones relacionales. Las intervenciones de algunos usuarios durante los grupos terapéuticos muestran los problemas reales y concretos por los que la mayoría de ellos han pasado antes de ingresar en la Comunidad. Veamos un apunte etnográfico de uno de los grupos que se realizan semanalmente denominados *grupos de autoayuda*. La dinámica del grupo suele girar en torno a una cuestión previamente propuesta por la terapeuta.

Posteriormente, he entrado al grupo de autoayuda de segunda fase. La terapeuta del grupo es María y su actitud es diferente a la que muestra en el resto de espacios porque, sin llegar a mostrarse afectuosa, sí que parece más cercana, o como mínimo, menos severa. El grupo está formado por ocho usuarios, la terapeuta y yo mismo. María ha comenzado despidiendo a Jon y David que se incorporan a tercera fase. Al finalizar la despedida, se ha entrado en el tema del grupo: la culpa.

El primero en intervenir ha sido Raúl. Explica que no tiene vínculo con su hijo de tres años. No sabe explicar exactamente a qué se refiere, pero comenta que se compara con otros padres de su alrededor y tiene la sensación de que no hay un vínculo entre su hijo y él. Detalla la envidia que siente al observar la relación que mantiene uno de sus amigos de la infancia con sus hijos. Al finalizar el relato, María y el resto de usuarios le hacen comentarios y algunas preguntas. Explica sus ausencias y fracasos como padre. Se siente

culpable por no estar presente en el nacimiento de su hijo ni al poder cambiarle los pañales por el temblor y sudor de manos debido al consumo de alcohol.

Después ha intervenido Lola. Dice que hasta ahora no había sentido ni valorado la separación con su exmarido. Durante los últimos años, se ha separado y ha perdido muchas amigas, pero hasta ahora no había sentido nada al respecto. Explica que ahora no para de llorar y pensar en ello. No da demasiados detalles sobre el tipo de relación que tenían, o el tiempo que hace que se separaron, ni si fue culpa suya, o no, solamente, explica que un día ella decidió irse sin decirle nada. Se siente culpable por no haber hablado con él, ahora le gustaría hacerlo, pero él no quiere. Como siempre cuando habla de algo importante para ella, Lola, cierra los ojos. Es una forma de concentrarse, pero al hacerlo tan a menudo resulta extraño porque puede pasarse seis o siete segundos con los ojos cerrados. Las primeras semanas, estando en primera fase, el grupo intentó cambiarle esta costumbre, pero poco a poco han ido desistiendo. Hoy no deja de hacerlo mientras habla y llora.

Úrsula explica que la semana pasada en el *grupo de mujeres* explicó por primera vez que su padre abusó de ella sexualmente desde los ocho, hasta los quince años, cuando él entró en prisión por otro delito. Es una intervención muy breve. Tan solo dice que aún se siente culpable por ello.

Martín explica que se siente culpable por la muerte de un primo suyo. No lo llamó durante los dos últimos años y al final se suicidó. Cuando un compañero le pregunta por qué no le llamó, explica que él no estaba bien, que lo pensaba a menudo, pero no se veía con fuerzas. Durante muchos años se despertaba sin ganas de vivir, muy frustrado y pensando constantemente en el suicidio. María le pregunta desde qué edad recuerda sentirse así “*siempre me he sentido inmaduro e inferior*”. No deja de llorar mientras habla. Martín es probablemente el usuario con el que más converso en el patio sobre temas no relacionados con el tratamiento. Aunque siempre dice que el fútbol ya no le interesa, hablamos mucho de fútbol. Se frustró mucho por no triunfar como futbolista, siempre le decían que era demasiado pequeño y poca cosa. El acento uruguayo y el rostro triste le dan un aire melancólico con el que dice no sentirse a gusto. En algún otro grupo ha comentado que quiere dejarse de ver como un “llorón”, dejar de quejarse y ser más maduro. Aquel día, durante el desayuno, mientras el equipo comentaba entre ellos como se había desarrollado el espacio, Susana hizo burla de ese comentario. Esto no es muy habitual entre el equipo, ya que no suelen hacer comentarios jocosos de los usuarios, al menos, ante mi presencia.

El grupo queda interrumpido mientras habla Martín porque entra Javi. Viene de *coloquio* (reunión que se realiza después de una expulsión temporal y en la que están presentes terapeuta, director, usuario y miembros de la familia). Ayer, a petición de Eva, hizo una *lista de honestidades* en la que revelaba algunas cosas que no había explicado antes de la expulsión. A Javi lo expulsaron porque durante la *intervención* de la semana pasada, el equipo se enteró qué tenía el número de teléfono de algunos excompañeros que ahora se encuentran en fase de reinserción en régimen ambulatorio. Está prohibido que los usuarios compartan sus números de teléfono porque la institución considera que no es adecuado que los usuarios mantengan relaciones más allá de las estrictamente terapéuticas.

Debo replantearme la forma de situarme en estos grupos de autoayuda porque es el único espacio donde no tengo claro cómo debo actuar. De hecho, tengo la sensación de haberme equivocado por segunda vez al intervenir en el grupo. Hay momentos en los que se me hace muy difícil no participar y, además, dudo sobre cuál debe ser mi postura. En otros espacios participo, pero no implica que ponga una parte de mí en ello. En el resto de grupos, cuando se me pide, puedo hacer algún comentario que me sirva para salvar la papeleta. No me mojo demasiado. O si me piden que participe en una actividad o que realice alguna tarea de la casa, no se me plantea ninguna duda ética. Estas situaciones se incluyen dentro de lo que entiendo como observación participante. Sin embargo, hacer un comentario, o no hacerlo, en un grupo de estas características, sí que me lo plantea. ¿Debo quedarme al margen como si la cosa no fuera conmigo? ¿Qué tipo de comentario puede ser, o puede no ser pertinente? Durante estos grupos no puedo dejar de sentirme identificado con algunos usuarios. No hace tanto era yo el que lloraba en un grupo parecido a este. Hoy, al tratar el tema de la culpa, le he comentado a Martín que diferenciase entre culpabilidad y responsabilidad. El resto del día he sentido vergüenza por haber hecho un comentario tan presuntuoso y de libro de autoayuda. ¿Cómo me sitúo respecto a los usuarios en este contexto? ¿Desde qué posición intervengo cuando posteriormente haré un uso académico y en mi propio beneficio del contenido del espacio? De momento, dejaré de intervenir, a no ser que me interpielen directamente.

Me ha sorprendido la actitud de todos los usuarios durante el tiempo de descanso posterior al grupo. Justo al salir por la puerta de la Sala Tanaka, el responsable de día ha dado la autorización para fumar. A medio cigarro, Raúl ya había *confrontado* a Martín porque consideraba que debía entrar en el turno de fregada. Ursula bromeaba con un grupo de usuarios de primera fase. Alfonso y Juan Antonio discutían por algo relacionado con la *hoja de planificación* que todos los usuarios deben llevar consigo cuando salen de la Comunidad

durante el fin de semana. No habían pasado ni dos minutos y toda la tensión emocional que se respiraba durante el grupo había desaparecido.

**Día 33.** Lunes, 6 de mayo de 2019. Entrada 8:30h- Salida 13h

He considerado hasta el momento la importancia que tiene el despliegue performativo de los actores durante los grupos terapéuticos, tomando como referencia el modelo dramático goffmaniano. He hecho referencia también al concepto de *Frame* (2006) como aquello que posibilita a sus participantes definir las situaciones de interacción y estructurar su experiencia durante los grupos terapéuticos. No obstante, incurriría en un análisis parcial si me limitaré a realizar un estudio de estos espacios teniendo en cuenta únicamente una perspectiva performativa o teatral. Los espacios terapéuticos grupales han de pensarse necesariamente como surgidos y funcionales dentro del orden social que establece el modelo de intervención, cuyo esquema simbólico se inserta en la organización de las pautas de interacción y la relación entre los usuarios y la terapeuta (Martín, 2021). Si bien se parte de esta premisa para entender el marco primario que regula el espacio y la puesta en escena de sus participantes, no se puede dejar de señalar el malestar subjetivo que relatan los usuarios durante sus intervenciones en los grupos terapéuticos. Las personas que ingresan en una Comunidad Terapéutica se encuentran en una situación vital y emocional compleja que pone de manifiesto los problemas reales y concretos por los que han pasado antes de llegar a la Comunidad. Tener una relación problemática con una sustancia –sea del tipo que sea- da cuenta del profundo malestar en el que se encuentran. La narrativa de los usuarios al explicar los motivos o las circunstancias que les indujo ingresar en la Comunidad suelen coincidir al señalar el ingreso como última opción posible para tratar de solventar la complicada situación por la que están pasando “*si no son ellos, ya no hay nadie más que me pueda ayudar*” (Alfonso) “*toqué fondo*” (Marina) “*no tenía otra salida que no fuera tomar una decisión drástica e ingresar en un centro*” (Cristián). Los usuarios toleran con resignación el sometimiento y humillación implícitos al modelo de intervención porque consideran que el ingreso se presenta como su “*último cartucho*” (Alfonso).

Este estudio parte de la premisa de que hay una esfera subjetiva completamente insondable en el sujeto. La observación participante y el posterior análisis del material etnográfico me



han permitido constatar la opacidad del mundo interior de las personas con las que conviví en la Comunidad. No es posible tratar de conocer ni examinar la interioridad de los usuarios tal como promueve el modelo de intervención. Tampoco pretendo tratar de esclarecer qué papel juegan las emociones dentro del contexto del grupo terapéutico, ni trazar una línea que delimite hasta qué punto, por ejemplo, las lágrimas de Lola al hablar sobre su situación sentimental forman parte de la dimensión teatral del espacio o es una expresión emocional espontánea y verosímil (Delgado, 2002). En efecto, la reacción de Lola parece lógica en ese contexto. Llorar, forma parte de lo que se espera en un grupo terapéutico y, en cierta forma, si analizamos la situación desde una perspectiva performativa, expresar emociones durante un espacio como este es prácticamente obligatorio.

El cambio de registro que hacen los usuarios inmediatamente después de que finalice el espacio grupal confirma como el grupo identifica la estructura previa de comportamientos considerados pertinentes y actúa en consecuencia. ¿Quiere decir esto que podemos considerar las reacciones emotivas que mostraron durante el grupo terapéutico como una actuación? ¿Podemos establecer una línea que delimite lo performático de lo sincero? Mi planteamiento es que en todo caso las emociones están presentes, pero que no se puede esclarecer en qué medida mostrar estas emociones también forma parte de una actuación. En todo caso, mi objetivo no es responder estas cuestiones, sino plantearlas como uno de los límites de esta investigación.

Estas apreciaciones me sirven para enlazar con otro de los ejes modulares del modelo de intervención: la domesticación de los usuarios. Me refiero al conjunto de códigos y reglas para la configuración y el condicionamiento de las “buenas costumbres” en el sentido apuntado por Norbert Elias (1987). El objetivo es recalificar y corregir las pautas de comportamiento del usuario. Moldearlos de forma que permita devolverlos aparentemente más civilizados. En ningún momento, durante los grupos terapéuticos o durante las conversaciones con el equipo se hizo la más leve referencia a los aspectos estructurales que posibilitan el fenómeno social de las drogas. La narrativa de los profesionales siempre señala a los usuarios como únicos responsables de su situación. Como apuntaba Saül Karsz (2004,

p. 104), nunca se hace referencia a los problemas reales y concretos de empleo, explotación, vivienda, violencia y sufrimiento subjetivo. La responsabilidad siempre es individual.

## 5.5. El Grupo de Trobada (“encuentro”)

El término *trobada* es una palabra catalana que en español se puede traducir por *encuentro*. En la Comunidad se realizan dos grupos de *trobada* simultáneamente a las 8:40 de la mañana de lunes a viernes. En una sala, el grupo de usuarios de primera fase, en otra sala, los usuarios de segunda y tercera fase. Según la perspectiva institucional, esta división se realiza para poder trabajar adecuadamente aquellos aspectos terapéuticos que corresponden a cada usuario según el momento en el que se encuentren en el programa. Los grupos de *trobada* son representativos en cuanto a la manera como se ejerce el control institucional sobre los usuarios.

El siguiente fragmento etnográfico corresponde a mi cuarto día de trabajo de campo en la Comunidad y al primero en el que asistí al grupo de trobada de segunda y tercera fase. Como en el resto de espacios grupales, la institución plantea el grupo a partir de una puesta en escena ritualizada y, por tanto, las dinámicas están muy marcadas. En este grupo cada usuario da cuenta al equipo terapéutico de todos aquellos incidentes grupales e individuales que han sucedido el día anterior. Ningún aspecto objetivo o subjetivo puede quedar oculto. Cada usuario sabe lo que tiene que hacer y lo que tiene que decir. Es el espacio en el que el usuario tiene mayor obligación de parecer verosímil, ya que será evaluado tanto por el equipo terapéutico como por sus compañeros de forma.

Finalizado el *escuchamos* de las 8.30h entro por primera vez a *trobada* de segundo y tercer nivel. El grupo se realiza en la sala Tanaka y hay 34 usuarios (31 hombres y 3 mujeres). Al entrar, los usuarios recogen las sillas plegables apostadas en la pared y las colocan en forma de círculo. El proceso es rápido y coordinado. Se nota que cada día hacen esta misma acción. Uno de los usuarios coloca una silla, para la terapeuta, en lo que se puede entender como la cabeza del círculo, y otra, justo al lado, para mí. Durante estos primeros

días estoy intentando situarme en otro lugar del círculo (con la intención de mezclarme más entre los usuarios), pero en todos los grupos me han situado junto a la terapeuta.

Una vez estamos todos sentados, la imagen causa impresión porque es un círculo considerablemente grande y hay un silencio absoluto. Aún no ha llegado la terapeuta, pero aun así, el *coordinador de día* toma la palabra e inicia la dinámica.

*-Silencio y buenos días, compañeros y compañeras, estamos en trovada. María me ha dado autorización para empezar porque ella tardará unos minutos. Damos paso a decidir la línea semanal. ¿Quién tiene alguna propuesta?*

Las palabras del coordinador suenan robotizadas, poco naturales. Aleatoriamente, levantan manos y hacen varias propuestas. Luego, el coordinador pide votar entre las diferentes opciones que han propuesto y se decide que la línea semanal será “*menos colegueo*”. Este será el aspecto terapéutico que deberán trabajar todos, de forma conjunta. Aún no está confirmado porque falta el visto bueno de María. Se le preguntará cuando llegue si está conforme en que esta sea la línea de trabajo semanal. No consigo entender exactamente a que se refieren. Por lo visto, se trata de procurar “*confrontar más y no escondernos las cosas entre nosotros*”.

Se da paso a “*firmas y ausencias*” espacio en el que se revisa si han sido firmados los diferentes cuadrantes en que cada uno debe firmar y en el que se deja escrito que usuarios han de salir de la Comunidad durante el día para realizar gestiones. Se me escapan bastantes aspectos de lo que se dice, ya que no conozco el funcionamiento interno de la casa. Por ejemplo, un usuario admite no haber firmado “*nivel*”. No sé a qué se refiere. Le piden *actitudes*, pero no debe ser grave por qué no se le impone ninguna *restitución*. Luego, se da paso a “*recordatorios*”. Tema “*hojas ISO*”. Tampoco sé a qué se refiere.

Se interrumpe el espacio cuando entra María y los reprende. Ayer, un grupo de usuarios de tercer nivel, al coger el autobús (algunos usuarios de tercera fase salen de Comunidad sobre las 19h para ir a dormir a sus respectivas casas) se encontraron con un ex-usuario que fue expulsado de la Comunidad de forma definitiva hace un par de meses. Ahora, según María, está “*en fase de consumo activo, pero aun así lo saludasteis*”. Uno de los implicados intenta dar explicaciones, comentando que lo saludaron desde lejos, pero María lo corta de forma brusca y le dice que está hablando ella. Después, no le da el turno de palabra a pesar de que mantiene el brazo en alto durante un buen rato.

Posteriormente, se da paso a “*rueda de feed-back*” en donde cada usuario comenta como se encuentra en ese momento, como ha pasado la noche, o que animo tiene para pasar el día. De una punta a otra del círculo, uno a uno, cada usuario se toma su tiempo, utilizando una media de un minuto aproximadamente por usuario, por lo que el espacio se alarga bastante (alrededor de treinta minutos). Ayer contabilicé tres ruedas de estas características realizadas en cada uno de los grupos a los que asistí. Por lo que parece, todos los grupos terapéuticos inician o finalizan de esta manera. Debe resultar una tarea complicada y tediosa explicar tantas veces al día como te sientes.

*-Buenos días, compañeros y compañeras, vengo cansado y pensativo. Ayer hice un compartito con Albert que me fue muy bien...*

*-Buenos días, compañeros y compañeras vengo capaz, pero prudente...*

Utilizan frases hechas, palabras y coletillas que se repiten entre usuarios. Como esta última expresión “*capaz, pero prudente*” que se repite hasta cinco veces entre los treinta y cuatro usuarios. Cada intervención se inicia dando los “*buenos días, compañeros y compañeras*”. Por lo que he podido ver hasta ahora, la mayor parte de acciones que se dan en estos espacios están fijadas a unos protocolos y pautas muy concretos. Por otro lado, utilizan indistintamente el castellano o el catalán, según a cada uno le parece. La gran mayoría se expresa en castellano, en torno al 80% de usuarios. María se expresa en castellano cuando se dirige al conjunto del grupo. Al hacerlo individualmente, utiliza la lengua principal de la persona a la que se está dirigiendo.

El siguiente espacio se denomina “*incidencias*”. Se leen una serie de notificaciones que el *responsable del día* anterior anotó en un cuadrante. Por lo que parece son hechos de poca importancia, relacionados con la gestión y la convivencia de la casa, y, de los cuales no se conoce el responsable directo. Por ejemplo, ayer por la tarde, faltó un croissant de la merienda. Se pregunta al grupo, pero nadie se responsabiliza. En este caso, se considera que pudo ser alguien del equipo.

Posteriormente, se da paso a “*comunicaciones*” donde cada usuario que pide turno de palabra comunica aquello que no ha hecho correctamente el día anterior, según la normativa comunitaria. En ningún caso el usuario puede utilizar el espacio para justificar su actitud, sino simplemente comunicar la acción. En el caso de hacerlo, será interpelado por la terapeuta o por algún compañero.

Martin: *No cumplo las restituciones y no hago todos los compartos.*

Iván: *Escapo con el trabajo y a veces cuando estoy en casa toco la guitarra sin tenerlo programado.*

Emilio: *En Comunidad minimizo los compartos y no sigo siempre la programación.*

Iván: *A veces desisto de ayudar a los compañeros y en casa no cumplo todos los horarios.*

Carlos: *Me gestiono poco y confronto poco. Y me duermo antes de lo que tengo programado.*

José: *No traigo los compartos.*

Gabriel: *He hablado de terceros, de pasado, de fútbol y de política. Y no he sabido pararlo.*

Svetlana: *Cuando los fines de semana me quedo sola en Torreta no hago los empeños. Y si acabo la ducha antes de tiempo me vuelvo a echar en la cama.*

Dani: *Cuando estoy en casa guardo yo la medicación, no se la entrego a mi mujer.*

Armando: *Tomo más café del permitido en casa y pico entre horas. A veces me quedo dormido en el sofá y a veces no hago las restituciones.*

Ignacio: *Hablo de terceros y de consumo. Algunos fines de semana no apunto algunos cambios en la programación.*

Durante una de estas comunicaciones, María vuelve a intervenir. En primer lugar, se dirige a Dani. De momento, entra en silencio, pero lo más probable es que sea expulsado temporalmente porque no entregar la medicación al *seguimiento* se considera un tema grave. Al acabar con Dani, se dirige a todo el grupo.

*-Tenemos que subir el listón. Hay muchas personas en lista de espera para entrar y vosotros estáis aquí perdiendo el tiempo. Yo no soy ninguna policía, os lo he dicho mil veces. Solo vengo aquí a ayudaros. Da la sensación que os escondéis de papá y mamá. Dejad de hacer el tonto y poneros a trabajar. Como ya sabéis ha habido unas cuantas expulsiones ¿Queréis saber los motivos? A ver si así cogéis algo y aprendéis un poco. Edu, expulsión definitiva por violencia. Mónica, temporal, por mala actitud al coordinar la casa. La actitud del coordinador ha de ser ejemplar, no se puede reír las gracias a cualquiera como hizo ella. (En ese*

*momento, Manel pide el turno de palabra, pero María le dice secamente que baje la mano). Ramón, por aceptaciones durante el fin de semana. Se fue a pasear al perro, solo, sin su acompañamiento. Y luego encima dice que no estaba solo, qué estaba con su sobrino. Como si un niño de ocho años pudiese pararlo. En fin, vosotros mismos, ya veis como está el patio. Hacer un ejercicio de humildad si no ya sabéis donde acabaréis. Trabajo yo más que vosotros, y no es mi vida, es la vuestra. Yo, cuando estaba en esa silla, lo valoraba.*

Es la segunda terapeuta en comentar que anteriormente había sido usuaria.

El siguiente espacio se conoce como *poner por delante*. Consiste en *confrontar* a otro compañero delante de todo el grupo. En este caso, un usuario del que no conozco aún el nombre, hace un *poner por delante* a Franc. Su expresión corporal y facial cambia de inmediato, se le nota molesto e irritado, intenta replicar, pero María lo corta de forma fulminante. Al hacerlo, visiblemente molesto, dirige la mirada hacia abajo.

Se da paso a otro espacio denominado *aúpas*. Este espacio pretende fortalecer anímicamente a un usuario determinado. Uno de ellos sale al centro del círculo y le pide a un compañero que también se sitúe en el centro. Uno delante del otro, cogidos de las manos y mirándose fijamente a los ojos, el primero le agradece o le comenta alguna acción o comportamiento positivo. Estos *aúpas* no son espontáneos, sino que también están reflejados en una libreta. Antes de comunicarlos, la terapeuta los ha revisado. Hoy se han hecho, tres *aúpas*, en dos de ellos, el usuario tenía anotado en un papel aquello que quería agradecer al otro y lo ha leído. Al acabar el mensaje de agradecimiento, el primer usuario le dice al otro: *“y por eso te digo: aúpa”*. El resto de usuarios también gritan *“aúpa”* y aplauden.

Por último, se da paso a *segundas partes*. Este espacio cierra la *trobada* y pretender distender la situación y acabar el grupo con buen ambiente. Un usuario debe preparar previamente alguna performance, canción, chiste, o similar, pero hoy nadie tenía nada preparado.

La *trobada* ha durado más de una hora, y me ha causado más impresión que la de primer nivel. Son muchos más usuarios, y, por tanto, visualmente el grupo impacta más. También porque el espacio está mucho más ritualizado y las intervenciones de los usuarios parecen menos espontáneas. El tercer aspecto en el que he observado una diferencia entre ambas *trobadas* es en las formas utilizadas por las terapeutas. En primera fase, Eva se relaciona

con los usuarios de forma seca y marcando distancia, pero correcta en todo momento. Las formas de María son directamente irrespetuosas.

**Día 4.** Viernes, 8 de febrero de 2019. Entrada 8:30h- Salida 13h

Esta es la estructura básica del espacio, que se repite cada día bajo los mismos parámetros. Cada sección del espacio está destinada a intervenir en un aspecto concreto del usuario y de la vida social de la Comunidad. Por ejemplo, las dos primeras secciones “*firmas y ausencias*” y “*recordatorios*” están destinadas a controlar los aspectos logísticos y burocráticos de la Comunidad. Al tratarse de un establecimiento semiabierto, los usuarios de segunda y tercera fase tienen cierta libertad de movimiento (siempre acompañados) para realizar gestiones o determinadas actividades. Sin embargo, todo movimiento del usuario debe ser examinado y verificado. Cualquier movimiento externo debe quedar reflejado en un cuadrante en el que debe aparecer la firma del miembro del equipo que lo ha autorizado y la firma del *acompañamiento* que certifica que dicho movimiento se ha realizado según los parámetros establecidos. Estas dos primeras secciones del espacio son fundamentales para manejar la actividad diaria de forma controlada de la Comunidad.

Con la *rueda de feed-back* se pretende conocer cómo se siente anímicamente el usuario y como se ha sentido el día anterior. Se trata de un momento delicado para él porque cualquier argumento que utilice puede ser utilizado en su contra. En la mayor parte de ocasiones, el usuario opta por utilizar expresiones y argumentos poco comprometedores que le ayuden a pasar el trámite. No debe mostrarse ni demasiado positivo ni demasiado negativo y siempre debe manifestar motivación con el tratamiento. Los estados anímicos extremos se asocian, o bien, a un exceso de euforia, o bien pueden ser valorados como síntomas de dejadez o falta de compromiso. Desde la perspectiva institucional, ambos extremos se valoran negativamente porque pueden estar asociados al deseo de consumo. No resulta fácil encontrar el término medio y, al mismo tiempo, parecer verosímil. En este sentido, se observa una gran diferencia entre los dos grupos de *trobada*. En el grupo de primera fase, todos los componentes del grupo son recién llegados y permanecen en el grupo durante un espacio de tiempo breve (entre un mes y un mes y medio habitualmente). En cambio, la *trobada* conjunta de segunda y tercera fase, los usuarios la realizan un periodo aproximado

de siete meses. Cuando un usuario de primera fase cambia de nivel y accede al grupo de *trobada* de los usuarios más veteranos, tiene la posibilidad de observar e imitar la forma de proceder de sus compañeros. Puede aprender estrategias que le permitan realizar intervenciones más ajustadas a aquello que el modelo de intervención considera adecuado terapéuticamente. En consecuencia, la cultura acumulada (cultura, en el sentido de formas comunes de hacer las cosas) es transferida de generación en generación de usuarios a través de métodos informales de aprendizaje. Se instala en el grupo de forma permanente. En cambio, en el grupo de primera fase no conocen los elementos culturales propios del grupo, y cuando empiezan a conocerlos cambian de fase. Esto provoca que los usuarios de primera fase parezcan mostrarse más espontáneos en sus intervenciones.

La intervención más larga de toda la rueda de *feedback* es la de Rafa porque, al contrario de lo que ha sucedido con el resto de usuarios, Eva, ha intervenido cuando este ha finalizado.

*-Vengo poco motivado. No es que tenga ganas de consumir, es que tengo ganas de volver a mi vida de antes. Ya sé que no me toca, pero la echo de menos.*

*-Claro, porque tienes miedo. Hacer un proceso como este implica muchas cosas. Además, ¿a qué vida quieres volver? Si venías de la cárcel Rafa... y antes de la cárcel, ¿qué vida tenías? Parece mentira. Hace días que no veo al Rafa comprometido. No tienes objetivos... Creo que lo mejor será que entres en silencio unos días y reflexiones.*

El rapapolvo ha durado al menos cinco minutos.

**Día 55.** Lunes 27 de agosto de 2019. Entrada 9h– Salida 15h

Representar una buena imagen de sí mismo en la Comunidad es una tarea complicada. Parecer verosímil se convierte en la principal ocupación y preocupación del usuario durante el tratamiento. No se trata tan solo de integrar los postulados institucionales, sino que también es necesario aparentar y mostrar que se han interiorizado subjetivamente. En *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Goffman considera que cuando la persona se presenta en público, se convierte en “un inquieto forjador de impresiones” (2017, p. 282)



para procurar, en todo momento, resultar creíble ante los otros. Durante la *rueda de feedback* el usuario debe resultar creíble en su intervención y ser muy sutil si no quiere cometer errores de cálculo que puedan jugar en su contra. Estos errores de cálculo no son exclusivos de la *rueda de feedback*, sino que se pueden dar en cualquiera de las intervenciones que realiza el usuario durante la *trobada*.

Los lunes, durante la *trobada* de primera fase, se revisa como les ha ido a aquellos usuarios que han pasado el fin de semana fuera de la Comunidad. Los viernes, todos los usuarios (también los que se quedan en la Comunidad) realizan una minuciosa programación escrita en papel sobre aquello que van a hacer durante el fin de semana. La programación debe contener toda actividad del usuario y con quien la realiza. Debe plasmarse en ella hasta los detalles más insignificantes como, por ejemplo, el tiempo que utilizará para ducharse o qué ruta tomará al realizar un paseo. Cada usuario realiza su propia programación y posteriormente es revisada y firmada por su terapeuta de referencia antes de salir. El usuario debe respetar la programación todo lo posible, pero está previsto y permitido realizar cambios en la programación. De hecho, si al revisar como se ha desarrollado el fin de semana el usuario no comunica que se ha visto obligado a hacer cambios de programación, se considera que el usuario no ha sido honesto porque el equipo sostiene que una programación tan minuciosa es imposible respetarla íntegramente. El grupo está formado por ocho usuarios de primera fase, un *cap de grup* y la terapeuta.

En este contexto, Marc explica cuáles han sido sus cambios de programación. Ha respetado todos los horarios y todas las actividades que tenía programadas con sus *seguimientos* porque según sus propias palabras “*soy una persona muy estructurada y obsesiva. De hecho, el otro día Gerard me dijo que es uno de los aspectos que más me tengo que trabajar. Por eso, para trabajarme esta obsesión con el orden, he decidido que me iría bien romper la programación y darme un pequeño premio. He alargado el paseo con mi hermana treinta minutos más para poder ir más tranquilo, y no ir, como siempre, a toque de pito*”. Al explicarlo, considero que tiene sentido dentro de la lógica conductual que rige el tratamiento y que, por tanto, no será rebatido ni por sus compañeros ni por el *cap de grup* ni por la terapeuta. No es así. En la *devolución*, Sergio (*cap de grup*) argumenta que “*aún no es el momento para premios. Si ahora en Comunidad ya te das premios, cuando salgas fuera, el premio será ir un ratito al bar a hacer un café, al día siguiente una sin alcohol, el otro, una con alcohol, y en menos de una semana ya sabes lo que estás haciendo*”. Otros usuarios argumentan cosas por el estilo y a medida que van explicándole que no ha hecho lo

correcto, Marc, va asintiendo con la cabeza dándoles la razón. Finalmente, Eva considera que Marc debe entrar en silencio por esta circunstancia. Él, se muestra de acuerdo.

**Día 24.** Lunes, 15 de abril de 2019. Entrada 8h- Salida 12h

El principal valor moral que reclama la institución a los usuarios es la honestidad. En las continuas reprimendas y reproches que acostumbran a ofrecer los miembros del equipo a los usuarios durante los grupos de *trobada*, siempre hay alguna referencia a la necesidad de ser honestos. La honestidad es la primera de las únicas cuatro normas escritas de la Comunidad. Tiene la categoría institucional de *norma básica*. Como anteriormente he apuntado, el concepto de castigo no tiene cabida dentro de la lógica institucional. Se entiende que la terapeuta aplica una consecuencia a la actitud poco disciplinada de Marc. Y Marc no tiene muchas más opciones que actuar en situación y asumir las consecuencias de esa supuesta honestidad.



## Tercera Parte

# Desenmascaramiento

*“Yo también he vivido aquí y sé cómo funcionan los bajos fondos”.*

Jesús, director de la Comunidad.



## **CAPÍTULO 6**

### **FISURAS INSTITUCIONALES**

#### **6.1. La región posterior**

Si hasta el momento hemos podido comprobar en qué medida el control y la disciplina estructuran la vida social de la Comunidad y cómo se lleva a cabo el modelo de intervención, propongo ahora un viraje a lo que, de algún modo, podría representar su desenmascaramiento (Martín, 2021). A lo largo de todo el periodo de trabajo de campo pude observar como los usuarios trataban de demostrar a toda costa que estaban asumiendo las directrices terapéuticas y que estaban haciendo efectiva la transformación que reclama el modelo de intervención. La entrega que los usuarios deben mostrar respecto a las disposiciones institucionales se considera un indicador positivo en su proceso de cambio. Hemos visto que el programa terapéutico se estructura en diferentes fases en las que el usuario debe alcanzar determinados objetivos para avanzar en cada fase hasta conseguir el alta definitiva. El equipo terapéutico determina en cada caso si el usuario ha cumplido con los objetivos propuestos y merece ir avanzando en el tratamiento. Cumplir con los objetivos responde a ir adquiriendo ciertas actitudes y comportamientos, y adaptarse al conjunto de códigos y reglas que articulan la vida social de la Comunidad.

Es difícil explicar en qué medida el usuario se esfuerza en demostrar que actúa conforme a las normas y valores institucionales. El control al que está sometido es tan profundo y abarca tantas dimensiones que no le queda otra opción que mantenerse alerta en todo momento si pretende ir avanzando por las diferentes fases que componen el programa. Durante mi estancia en la Comunidad, pude comprobar personalmente en qué medida los usuarios se

mostraban disciplinados y sumisos ante todo aquello que representará a la institución. La principal dificultad de mi labor como etnógrafo era la posición en la que me situaban los usuarios. Las relaciones de campo con ellos estuvieron determinadas, en un inicio, por el distanciamiento social y la deferencia que me dispensaban al percibirme del lado del equipo terapéutico. La comunicación conmigo se manifestaba de diversas formas, pero siempre bajo un halo de respeto y sumisión que me resultó muy chocante durante las primeras semanas de trabajo de campo. Cada día podía percibir pequeños detalles que daban cuenta de la posición social en la que me situaban dentro de la escala jerárquica que regula la institución.

Hace unos días que percibo como un usuario (Edu) busca mi presencia asiduamente. Hoy me ha abordado en el patio con la pregunta “¿Tú solo observas y tomas notas, o también preguntas? Pareces el de la peli esa de Bailando con Lobos, todo el día con la libreta”. Le explico que durante este primer mes, prefiero observar, conocer el terreno y no molestar demasiado. Me responde: “Yo también te observo”. Parece que se ha acercado con la intención de que le pregunte sobre él, porque rápidamente, me explica sus cosas. Estuvo en *El Patriarca* (la primera Comunidad Terapéutica en España) durante los años ochenta. Consumidor de heroína principalmente, “aunque en realidad soy politoxicómano”. Muy hablador. Alto, delgado y pelo completamente blanco. No le pregunto, pero debe tener en torno a los cincuenta y cinco años. Tiene buen aspecto físico y es atractivo. A no ser por las marcas en los brazos, no hubiese pensado que era un yonqui de los ochenta.

Por casualidad, me toca junto a él en la comida. Mientras comemos, me hace indicaciones continuamente sobre el funcionamiento y la normativa de la casa sin que le haga ni una sola pregunta. Al final de la comida se reparte el café o el té. Uno de los usuarios que se encargan del turno de cocina (Carlos) me pregunta si quiero azúcar con el café y me pone dos cucharillas. Le pido si me puede poner otra, pero me informa que la normativa indica que son dos cucharillas por persona. Edu no está de acuerdo. Increpa a Carlos, indicándole que esa normativa es únicamente para los usuarios: “¿Pero qué no lo ves? No es un usuario, es un investigador, es como si fuera parte del equipo. Él puede ponerse el azúcar que quiera”. Discuten. Carlos considera que la normativa afecta a todos por igual. Edu cree que determinadas normas son exclusivas para los usuarios. Edu pretende consultarlo al equipo para que lo aclaren. Les comento que no me importa lo que diga la normativa ni el equipo porque mi propósito, desde el primer día, es seguir aquellas normas que han de cumplir los usuarios. Explico que el único problema es que desconocía esta norma porque no acostumbro a tomar café. Se acaba la discusión y Carlos vuelve a la cocina, pero Edu sigue

sin estar de acuerdo y sigue refunfuñando “*es que aquí hay algunos que no tienen vista. Esa no es forma de tratar a alguien que viene de fuera*”. Es bastante divertido ver como se toma las cosas tan a pecho. Acabamos todos riendo.

**Día 8.** Martes, 5 de marzo de 2019. Entrada 10h- Salida 17h

Las muestras de respeto que me profesaban los usuarios no eran tan evidentes como en este caso con Edu. Nunca se verbalizaban, sino que tenían más que ver con una sutil forma de proceder, como, por ejemplo, la forma de dirigirse a mí, o reacciones serviciales a las que no estaba acostumbrado. Berreman (1963) manifestaba que la veracidad del relato etnográfico dependía, en su mayor parte, de la interacción entre el etnógrafo y la sociedad estudiada. El antropólogo basa su saber en el establecimiento de relaciones personales o, al menos, en superar la desconfianza inicial que provoca su presencia. Las relaciones, por lo tanto, no solo son objetos de investigación, sino el medio de llevarla a cabo (Goldman, 2006; Quirós, 2014). Con el objetivo de superar esta desconfianza procuré acercarme lo máximo posible a los usuarios utilizando diferentes estrategias. En la medida de lo posible seguía todas las normas que ellos debían seguir. Cambié el lugar en el que me situaban durante los grupos terapéuticos y me mezclé entre ellos. Durante los espacios de descanso me unía a los corrillos e intentaba distanciarme del equipo terapéutico. En cada movimiento que debía hacer me planteaba cuál era la mejor opción para romper esta barrera. Mi experiencia como usuario también me ayudó en este acercamiento. Al mantener conversaciones con ellos podía entender mejor su punto de vista, saber qué circunstancias les presentaban mayor dificultad o comprender cuándo debía de abstenerme de preguntar. Por otro lado, los usuarios habían podido comprobar durante los grupos terapéuticos que yo, en ningún caso, ejercía ningún tipo de control sobre ellos ni pretendía fiscalizar su conducta. Era la única persona de la Comunidad que no realizaba *confrontos*. En definitiva, el objetivo era intentar transmitirles que mi propósito en la Comunidad era observar, pero no vigilar ni controlar. Todas estas pequeñas estrategias y pasar muchas horas junto a ellos, me ayudaron a establecer una relación de confianza y, en parte, poder romper la barrera social que nos separaba. Sin embargo, y a pesar de que me esforzaba en cambiar esta dinámica, tuve que asumir que mi posición comportaba ciertas limitaciones.



En las charlas informales que manteníamos, su narrativa nunca traspasaba el límite de lo que era terapéuticamente correcto. Podían realizar alguna objeción a determinados aspectos del tratamiento o en el mayor de los casos manifestar alguna velada insinuación de disconformidad. Incluso, estando fuera de la Comunidad, durante los trayectos en coche que hacía regularmente con diferentes usuarios, para acompañarlos a realizar gestiones y en los que se establecía un ambiente más íntimo, tampoco manifestaban ningún tipo de queja ni rebajaban en su discurso el nivel de alineamiento institucional. Durante todo el periodo de trabajo de campo, tan solo en una ocasión, un usuario exteriorizó de forma contundente su malestar por estar ingresado en la Comunidad.

Al alargarse tanto la revisión de armarios, los usuarios han tenido muy poco tiempo de descanso y prácticamente no les queda tiempo para fumar. La mayoría echan la culpa a Carlos por discutir con el coordinador de día y retrasar así todo el proceso de revisión: *“Me ha hecho subir porque dice que el pijama no estaba del todo recto”*. Veo a Rafa y Jacobo un poco separados del resto de usuarios y de espaldas al grupo, en una especie de balconcillo que ofrece unas magníficas vistas de las montañas. Últimamente, pasan mucho tiempo juntos.

Dejo el grupo de Carlos y otros usuarios y me acerco a ellos.

Sergi: *¿Qué tal? ¿Cómo va?*

Rafa: *Bien, me queda una hora para largarme que tengo hora con el dentista.*

Jacobo: *Joder, Sergi, mira como estamos que preferimos ir al dentista que estar aquí.*

**Día 37.** Lunes, 15 de mayo de 2019. Entrada 8:30h – Salida 12:30h

Este comentario resulta comprometido en el contexto de la Comunidad porque fácilmente puede tener consecuencias. Aunque Jacobo realiza el comentario en un contexto que considera de confianza, no puede saber con seguridad si Rafa, o yo mismo, lo *confrontemos* posteriormente ante el resto de la Comunidad. Hacer comentarios de este tipo solo pueden hacerse en contextos de máxima confianza, y, aun así, siempre comporta un riesgo. Una de las máximas que habitualmente dirigía Jesús a los usuarios era *“aquí, las paredes hablan”*.

Su larga trayectoria en la Comunidad, primero como usuario, posteriormente como voluntario, luego como terapeuta y finalmente, como director, le otorgaba la suficiente experiencia para saber qué -cómo también decía él- “*todo se acaba sabiendo*”. El control informal al que están sujetos los usuarios forma parte de la misma estructura social de la Comunidad y es uno de los elementos distintivos de las Comunidades Terapéuticas respecto a otros establecimientos de carácter similar. El tratamiento consiste, en buena parte, en trasladar a los usuarios la responsabilidad de vigilarse unos a otros. Además de modificar sus propias actitudes, tienen la obligación de modificar aquellas conductas de sus compañeros que el modelo de intervención considera impropias. Es lo que la literatura afín denomina *la comunidad como método* (De León, 2004). Esta práctica instituye la cotidianidad del usuario, y reduce su autodeterminación. En esta coyuntura no resulta extraño que los usuarios fueran extremadamente precavidos conmigo, y no solo en su narrativa habitual sino, también, en las reacciones de carácter espontáneo como esta de Hannah.

Al salir del grupo me dirijo al baño. En el pasillo que enlaza el baño de hombres y mujeres veo a Hannah, a punto de entrar al baño con un cepillo de dientes en la mano, cuando se escucha a lo lejos al *coordinador de día* dar paso al *escuchamos*. “*Joder*” Se queja en voz alta. Ya no tiene tiempo de lavarse los dientes. Al girarse y verme, se disculpa con un gesto por el taco, agacha la cabeza y sale a paso acelerado dirección al patio.

**Día 60.** Miércoles, 23 de octubre de 2019. Entrada 8:30h – Salida 15h

Ya he explicado con anterioridad las limitaciones que encontramos en el acceso a la subjetividad de cualquier situación comunicativa. La única cosa que tenía clara es que los usuarios parecían decirme siempre lo que querían que pensase que pensaban sobre el tratamiento. Cada día se producían situaciones paradigmáticas que reflejaban que yo, en ningún caso, tenía acceso a lo que decían entre bambalinas, ni podía percatarme de muchas de las cosas que ocurrían en la trastienda de la Comunidad. Regularmente, se sucedían quebrantamientos de normas de las que solo tenía conocimiento cuando se hacían públicas. En las charlas que mantenía con ellos informalmente, su narrativa siempre parecía ir dirigida a convencerme de su compromiso con el tratamiento. Sin embargo, una mañana un usuario me hablaba sobre lo motivado que se sentía y dos días después abandonaba la Comunidad

por voluntad propia. En muy pocos casos un usuario podía explicarme a mí, personalmente, algo que no hubiese podido explicar en el contexto de un grupo terapéutico. En este sentido, es paradójica la reacción de Jesús el día que me reuní con él, en su despacho, para que me concediera permiso para entrevistar a los usuarios.

Después de salir de grupo de autoayuda de tercera fase me he reunido con Jesús en su despacho. Le he planteado algunas cuestiones sobre mi posición en la Comunidad y le he pedido permiso para realizar entrevistas a algunos usuarios y al equipo. En general la respuesta ha sido positiva, hemos concertado que le pasaré un listado con aquellos usuarios que quiero entrevistar y un borrador de entrevista.

Tan solo ha puesto una objeción que me ha parecido razonable. Le he comentado que, para mí, puede ser positivo establecer un pacto de confidencialidad con los usuarios. Es decir, que en el momento de la entrevista tengan presente, que nada que me revelen a mí, lo haré llegar al equipo. Me ha preguntado el motivo y posteriormente me ha explicado que en lo relativo a determinados aspectos no puede haber esta confidencialidad: *“Si, por ejemplo, un usuario durante la entrevista te explica algo relevante, y el equipo lo desconoce, como, que estuvo involucrado en un delito, o que ha tenido una relación con alguien, o cosas de este estilo, nos lo tienes que comunicar para que podamos trabajar con él”*. Lo entiendo, y desde su punto de vista tiene lógica. Al no planteármelo desde esa perspectiva no había pensado en esa posibilidad. Le explico que lógicamente no pretendo preguntar cosas de ese estilo sino que, con la confidencialidad, lo único que intento es que los usuarios se sientan más relajados si hacen alguna crítica al tratamiento o al equipo. En este sentido, no tiene inconveniente porque no le preocupa y porque *“a mí, al final me llega todo. Si te lo dicen a ti, quiere decir que se lo han dicho antes a otro usuario, que lo harán más adelante, o que lo dirán en algún grupo. También te puedes meter en un lío porque si al final me llega, y no me llega por tu parte, te pueden acusar de haberlo dicho tú”*. Finalmente, hemos acordado que no les comentaré lo de la confidencialidad respecto al equipo porque en el fondo tampoco servirá de mucho. No me lo ha exigido, me lo ha sugerido, por lo tanto, si en un determinado momento encuentro que debo hacerlo, lo haré, pero no en un principio. Deberé mostrarle un borrador de las entrevistas, antes de realizarlas, pero no después. Es decir, le interesan más las preguntas que plantee a los usuarios que no las respuestas que puedan darme. No tengo inconveniente porque dudo que me vete ninguna pregunta, y en el caso de que lo haga también habrá valido la pena. A mí también me puede interesar más, el motivo por el que no puedo hacer una pregunta que las respuestas que puedan darme.

En cuanto a mi posición en la Comunidad, le he vuelto a explicar que el equipo también forma parte de mi observación y que, en determinados aspectos, puedo tener una visión crítica con los procedimientos del equipo. También le he comentado que a partir de ahora realizaré más preguntas, tanto a los usuarios como al equipo, y no ha visto inconveniente. Le he puesto algunos ejemplos de aquellos aspectos que me pueden interesar y el tipo de pregunta que puedo realizar. Por último, me ha comentado que más allá del informe que pueda presentarles en el futuro, le puedo comentar, durante el día a día, aquellos aspectos que yo veo críticos con relación al equipo o al tratamiento.

**Día 35.** Miércoles, 8 de mayo de 2019. Entrada 8:30h – Salida 12:30h

En definitiva, a lo largo del trabajo de campo quedó patente mi incapacidad en poder acceder a los bastidores de los usuarios. Ciertamente, la presión que ejerce el modelo de intervención es de tal magnitud que los usuarios prácticamente no disponen de situaciones en las que poder descansar de su personaje para posteriormente poder volver a escena. El nivel de panoptismo (Foucault, 1976) es tan extremo y alcanza tantas dimensiones de la vida social de la Comunidad que los usuarios no pueden ni recurrir al baño como espacio de desconexión. Recuérdese que los baños no disponen de cerrojo y que cada usuario debe colocar en el pomo exterior de la puerta del baño el cartelito con su nombre que siempre lleva consigo. Por descontado, el usuario tampoco puede decidir libremente, en sus momentos de descanso, alejarse de la Comunidad para dar un paseo en soledad, o situarse en los márgenes o lugares más ocultos para aislarse brevemente del ajetreo de la casa. En las habitaciones tampoco dispone de ningún tipo de intimidad porque se trata de dormitorios colectivos de entre cuatro y seis usuarios y las duchas no están dispuestas en cubículos individuales. Como ya he explicado, durante las tres primeras semanas, el usuario recién llegado tiene asignada la figura del *referente* que será el encargado de permanecer a su lado en todo momento. Una medida que en términos de intimidad afecta por igual en ambas direcciones. Durante los espacios de trabajo se realizan las tareas por *sectores* a modo de cuadrillas o parejas y los usuarios siempre trabajan acompañados. Durante toda la jornada el sujeto no se encuentra solo en ningún momento. En las salidas al exterior de la Comunidad el usuario no puede permanecer solo bajo ninguna circunstancia y su vigilancia permanente queda a cargo de su *seguimiento*. Se producen escenas delirantes cuando el usuario no se encuentra en la Comunidad y son sus redes vinculares las que se deben hacer cargo de su control. En el

contexto de la Comunidad todo está perfectamente dispuesto y calculado para favorecer su vigilancia, pero en la vida exterior hay muchos más factores y situaciones en las que el usuario tiene la posibilidad de ausentarse brevemente. Para que esto no ocurra y siguiendo las indicaciones institucionales recibidas durante los *grupos de familias*, los *seguimientos* emplean formas de control tan estrictas que provocan situaciones bochornosas al usuario. La instrucción que reciben las familias durante estos grupos las sumergen en un estado obsesivo de control que, junto a la poca experiencia en estas situaciones, provoca que en determinadas ocasiones incluso lleven la vigilancia más allá de lo propuesto por la institución. En la mayoría de ocasiones se trata de situaciones domésticas que implican un sentimiento de pudor de baja intensidad, por cuanto ocurren en el ámbito privado. Pero cuando este tipo de control se produce en el ámbito público, a la pérdida de intimidad se añade un lógico sentimiento de vergüenza.

La temática del grupo ha versado, en un primer momento, respecto a esta cuestión, porque Carmen, ha explicado una situación que le sucedió durante el fin de semana. El sábado, tal como tenía estipulado en su programación, quedó con una persona que conoció en un voluntariado que está realizando (prácticamente todos los usuarios de tercera fase realizan voluntariados) para socializar, según sus propias palabras. Carmen, tiene 55 años, divorciada, con dos hijas de 20 y 22 años y muy presentes en el seguimiento de su proceso. Antes de acudir a la cita, pactaron entre sus hijas y ella, que una de las hijas la acompañaría a la cafetería y se situaría unas mesas más allá para vigilarla. El objetivo de ello, no era una preocupación por su integridad física, al quedar con una persona más o menos desconocida, sino, procurar que, durante este espacio de tiempo no consumiera alcohol. Este tipo de cuestiones y situaciones son las que habitualmente se tratan en los *grupos de prevención de recaídas*. Susana, y el resto del grupo, le recomiendan hablar con sus hijas y utilizar otras estrategias para evitar la preocupación que les puede provocar una situación de este tipo, si piensan que hay posibilidad de que Carmen consuma alcohol. La propuesta de Susana es que las hijas esperen fuera del local. Varios usuarios le proponen, también, realizar controles de orina periódicos para fortalecer la confianza de sus hijas e intentar hacerles comprender que ese tipo de control tan estricto no es recomendable ni efectivo.

**Día 52.** Martes, 11 de junio de 2019. Entrada 9h – Salida 16h

Pero la vigilancia a la que somete la institución al usuario no se fundamenta únicamente en estas disposiciones formales e informales de control. Otra vía por la que el usuario pierde toda intimidad sobre sí mismo se puede apreciar durante los grupos terapéuticos al verse obligado a exponer ante toda la Comunidad hechos y sentimientos acerca de sí mismo. Para ir superando las diferentes fases que componen el programa, el usuario debe mostrarse participativo en los grupos y exponer detalles de su intimidad de forma pública. La institución considera que la *cura* de la persona pasa por abrirse a los demás, compartir experiencias y no esconderse de uno mismo. Esta concepción de intervención terapéutica vuelve a partir de la idea general que se tiene sobre la adicción y sobre el adicto. Se descarta toda singularidad del sujeto al atribuir de forma ordinaria el motivo por el que éste ha establecido una relación problemática con una determinada sustancia. En esta adjudicación global de identidad se supone que el usuario consume drogas como vía de escape por no saber exteriorizar, ni poner en palabras, su malestar vital. Curarse de la enfermedad pasa por compartir ese malestar. El escrito conocido como *filosofía de la Organización*<sup>13</sup> sintetiza este supuesto.

*Estamos aquí, porque no hay ningún refugio donde escondernos de nosotros mismos.*

*Hasta que una persona no se confronta en los ojos y en el corazón de los demás, escapa.*

*Hasta que no permite a los demás compartir sus secretos, no se libera de ellos.*

*Si tiene miedo de darse a conocer a los otros, al final,  
no podrá conocerse a sí mismo, ni a los demás, estará solo.*

*¿Dónde podremos conocernos mejor sino en nuestros puntos comunes?*

*Aquí juntos, una persona puede manifestarse claramente,  
no como el gigante de sus sueños ni el enano de sus miedos,  
sino como un hombre, parte de un todo, con su aportación a los demás.*

---

<sup>13</sup> Aunque la narrativa institucional promociona este texto como su carta fundacional, este texto es común a muchas otras Comunidades Terapéuticas. Hasta hace pocos años se recitaba cada día durante el primer *escuchamos* del día para reforzar la identidad institucional, actualmente, solo se recita puntualmente durante el transcurso de algún grupo terapéutico. Se puede ver expuesto tanto en la entrada principal de la casa como en alguna otra estancia. En realidad, fue escrito por Richard Beauvais, un usuario de la Comunidad Terapéutica estadounidense Daytop.

*Sobre esta base podemos enraizarnos y crecer,  
no solos como en la muerte, sino vivos para nosotros mismos y para los demás”.*

Tal como manifestaba Jaime durante la entrevista, esta exposición pública también es una forma de perder la intimidad que puede provocar sentimientos humillantes y desacreditar la percepción que tiene el usuario de sí mismo.

Sergi: *¿En los grupos te sientes cómodo?*

Jaime: *A veces sí y a veces no.*

Sergi: *Sí, es verdad, el otro día, por ejemplo, te vi muy incómodo durante el grupo de autoayuda.*

Jaime: *Sí, depende la gente que haya, hay gente muy manipuladora y muy de estos que no van a ayudar, que van a ver si te pueden... Entonces no estoy cómodo y no suelo hablar.*

Sergi: *Hace poco lo dijiste en un grupo. Creo que era María que te dijo que debías participar más.*

Jaime: *Sí, cuando éramos tantos.*

Sergi: *No te sientes cómodo por explicar tu intimidad.*

Jaime: *Porque como ya me pasó en el otro lado, que llegaba (estuvo ingresado anteriormente en otra Comunidad Terapéutica), explicaba las cosas con confianza y luego iban y toma, para que todo el mundo se ría de ti y cosas así, y eso me hervía por dentro. Y cuando llegas y ves un grupo de cierta gente que está esperando a que digas esto para coger luego y hacerlo en tu contra, no digo nada y ya está.*

Sergi: *¿Te ha pasado aquí en la casa?*

Jaime: *Sí. Aquí me ha pasado con alguno, pero puntuales, muy puntuales. Allí era casi cada día.*

Sergi: *¿Con el equipo te ha pasado?*

Jaime: *Con el equipo, no.*

Por último, quisiera apuntar uno de los elementos que en mayor medida coartan la intimidad de los usuarios y del que hasta el momento no he hecho ninguna referencia en el texto.

Se siguen revisando como han ido los diferentes fines de semana de los usuarios. Al ser este grupo de tercera fase en el que los usuarios ya tienen mucha experiencia, me sorprende el nivel de determinadas preguntas o consideraciones. Se suceden cuestiones de mínima importancia, que muestran hasta qué punto, el usuario participa del control al que es sometido.

Manel: *¿Puedo llamar a mis abuelos el fin de semana si no lo tenía programado previamente?*

Susana: *No, lo que puedes hacer, es, dar la orden de programarlo para cada fin de semana. Si no los llamas no pasa nada, y así, si lo haces, ya lo tenías programado.*

Raúl: *Durante el fin de semana se pueden tomar tres cortados al día ¿no? Pero, ¿podría partirlos? ¿Podría tomarme la mitad de un cortado en un momento? ¿Y luego un poco más tarde la otra mitad?*

Susana: *No, porque de esta forma te estarías tomando seis cortados al día y no tres. Por cierto, Raúl, veo que después de comer tienes un espacio de media hora en el que no indicas nada.*

Raúl: *Bueno, esto es lo que te comenté ayer en el coloquio...*

Susana: *Pues entonces en la programación debes indicarlo. No hace falta que especifiques nada, solo pon R.I. en la hoja de programación Si no parece que te hayas olvidado de apuntar que haces en esa media hora.*

Estos son solamente, algunos ejemplos que revelan el nivel de minuciosidad al que llega la evaluación y la revisión del fin de semana. La recomendación terapéutica es realizar la programación de la forma más detallada posible, a poder ser, en espacios de quince o treinta minutos. Me queda la duda sobre a qué se refiere Susana con (R.I), pero tengo la



sospecha que se refiere a relaciones íntimas. Hasta el momento no había escuchado ninguna consideración respecto a esta cuestión ni tenía conocimiento que se realizara en ninguna otra Comunidad una supervisión sobre la cuestión de la sexualidad.

Durante el resto de tiempo que dura el grupo me planteo la poca importancia que le he otorgado al tema de la sexualidad durante todo el periodo de trabajo de campo. Basándome en mi experiencia tengo conocimiento de la relación que se puede establecer entre las relaciones sexuales y la sustancia consumida de forma problemática. La mayoría de personas que han consumido drogas durante espacios de tiempo prolongados han mantenido relaciones sexuales, durante muchos años, utilizando drogas, ya sea con voluntad recreativa, como forma de afrontar las dificultades provocadas por el consumo, o por mera necesidad. Las drogas pueden condicionar tanto los aspectos físicos como psicológicos y emocionales que conforman la actividad sexual. En el caso de los heroinómanos, es manifiesta la falta de deseo sexual. Una de las principales características del consumo habitual de opioides es la pérdida total de la libido.

Al acabar el grupo, me dirijo a la sala de terapeutas y pregunto a Susana sobre la cuestión. Me explica que el tema de la sexualidad debe figurar en las programaciones, pero que nunca se discute durante los grupos. El usuario debe indicar el espacio de tiempo en el que tiene programado realizar la actividad sexual y la situación será tratada únicamente en el espacio denominado *coloquio*, que realiza privadamente con un miembro del equipo. Tan solo pueden mantener relaciones sexuales los usuarios que tienen una pareja estable: “Ahora no es momento de buscar nada. Cuando estén bien ya tendrán tiempo”. Me explica también que actualmente ya no es así, pero que hace unos años el usuario también tenía que programar en que momento pensaba realizar prácticas onanistas. Creo que es lo más surrealista que he escuchado desde que estoy aquí.

**Día 52.** Martes. 11 de junio de 2019. Entrada 9h – Salida 16h

He considerado hasta el momento algunas de las formas más evidentes de coartar la intimidad del usuario. También se ha podido observar a través de los diferentes recortes etnográficos el reducido margen de maniobra que le queda al usuario para moverse entre bambalinas y mi indisposición como etnógrafo de poder acceder a ello. No obstante, que mi posición de investigador me situara fuera de su *región posterior* (Goffman, 2017, pp. 124-131) no significa que no existiera. En el día a día de la Comunidad los usuarios no dejaban de

saltarse la normativa, de tomar decisiones inesperadas o de tejer alianzas entre ellos. A posteriori, se hacían públicas muchas de estas situaciones, porque los usuarios se delataban entre ellos o porque lo confesaban ellos mismos debido a la presión grupal, o debido a las diferentes formas de presión que puede ejercer el equipo terapéutico al poner al usuario “*entre la espada y la pared*” (Alfonso, usuario). Pero no todas estas situaciones se hacían públicas, porque, aunque Jesús afirmase que en la Comunidad “*todo se acaba sabiendo*” siempre hay una parte, por muy asfixiante que sea la presión que ejerce la institución, que queda oculta y no se llega a hacer pública. Extrapolando esta circunstancia a la sociedad en general es lo que en el ámbito criminológico se denomina *Cifra negra*, es decir, el número de delitos que no han llegado a ser descubiertos por las autoridades.

En este sentido, puedo confirmar desde mi experiencia como exusuario que tuve conocimiento de multitud de prácticas de este tipo que la institución nunca llegó a conocer. Me refiero a diferentes formas de desacatos, artimañas, relaciones entre compañeros y un sinfín de quebrantamientos de normas que podían ir desde pequeños hurtos en la despensa de la cocina hasta el intercambio de medicación entre los propios usuarios. Ni el nivel de control más intenso puede evitar que exista una *vida secreta* en cualquier orden social. Como observara Goffman con relación a la institución psiquiátrica en la que realizó su estudio, “donde quiera que se imponen mundos, se desarrollan submundos” (Goffman, 2012, p. 302).

Sin embargo, conviene destacar que este tipo de prácticas no pueden ser entendidas como formas de resistencia a las medidas disciplinarias que utiliza la institución, sino, más bien, como todo lo contrario. Desde la perspectiva institucional, estas situaciones son necesarias e indispensables para el desarrollo de su actividad. El desacato es la principal fuente de trabajo del equipo. El tratamiento se basa fundamentalmente en localizar y corregir las conductas no apropiadas. Asimismo, toda actitud puede ser leída en términos terapéuticos; si el usuario realiza una acción o mantiene una actitud considerada no adecuada, se pensará que no está evolucionando en su proceso terapéutico; si, por el contrario, mantiene una actitud positiva, se considerará sintomática de su restablecimiento.

Desde la perspectiva del usuario, este tipo de prácticas son imprescindibles para mantener cierto equilibrio consigo mismo y escapar brevemente del personaje de usuario. Goffman, propuso el término *ajuste secundario* (2012, p. 192) para referirse a aquellas prácticas que, sin desafiar directamente al personal, permiten a los internos emplear medios o alcanzar fines no autorizados, o bien ambas cosas, esquivando los supuestos implícitos acerca de lo que estos deberían hacer y, en última instancia, lo que deberían ser. A su vez, distingue dos modalidades de *ajustes secundarios*: a) aquellas prácticas que permiten alcanzar satisfacciones lícitas a través de medios prohibidos y b) aquel tipo de conductas que permiten obtener satisfacciones prohibidas.

En el contexto de la Comunidad, la mayor parte de prácticas corresponden al tipo de *ajuste secundario* que busca obtener satisfacciones prohibidas, por cuanto el listado de actitudes prohibidas abarca la mayor parte de acciones que el usuario puede realizar. En cambio, durante las salidas al exterior se dan muchas situaciones en las que el usuario prevé alcanzar una satisfacción lícita mediante un medio prohibido.

Al volver al patio, el grupo de familias ya ha entrado a Tanaka. Decido no entrar una vez iniciada la sesión porque no creo oportuno presentarme en el grupo cuando este ya ha empezado. Me quedo fuera, moviéndome entre los diferentes *sectores*. Los viernes, en el espacio de sectores, el ambiente es más distendido que el resto de días. El tiempo de trabajo es más corto y la presencia de las familias, o la proximidad del fin de semana, hacen que el contexto sea menos estresante. Esto me permite tener varias conversaciones relajadas con diferentes usuarios. Jacobo (usuario de primera fase, ingresó en Comunidad la semana pasada), me explica que tiene que llegar a la Barceloneta antes de las 14h, para ir al banco y sacar dinero de su cuenta, junto a su pareja. Tiene la cuenta corriente mancomunada, de forma que tan solo puede retirar efectivo por ventanilla y ante la presencia de su pareja como apoderada. Él no dispondrá en ningún momento del dinero, pero es necesaria la firma de ambos. Esta situación es común al resto de usuarios, ya que en ningún caso el usuario de primer y segundo nivel puede disponer de dinero. En tercer nivel se le asigna una paga simbólica para los pequeños gastos diarios. Esta asignación es supervisada de forma rigurosa. El usuario debe mostrar recibos de cada uno de los establecimientos en los que ha consumido y las cuentas deben cuadrar hasta el último céntimo. No es una expresión al uso; en el caso de que no cuadre exactamente el importe, la siguiente semana no dispondrá de paga. Esto puede producir situaciones embarazosas y

vergonzantes para el usuario como tener que pedir tickets por compras de un importe tan reducido como puede ser un chicle.

Mientras charlo con Jacobo, se une a la conversación Gerard, (usuario de tercera fase). Jacobo le pregunta si en tercera fase (en esta fase del programa el usuario ya no debe ir acompañado durante las salidas) pueden acudir a un bar, solos, para tomar un café. Gerard explica que no está permitido salvo que necesites urgentemente ir al baño, *“pero eso, solo te puede pasar una vez, o dos como mucho, durante toda la tercera fase, porque sino, no cuela. Había uno, ahora no recuerdo quién era, que cada semana decía que había echao un café en la estación porque tenía ganas de mear. A la tercera o cuarta vez seguida, le retrasaron la salida por mentir”*.

**Día 6.** Viernes, 1 de marzo de 2019. Entrada 10h- Salida 14h

Durante la tercera fase de estancia en la Comunidad, el usuario puede empezar a disponer de pequeñas cantidades de dinero en efectivo, pero dado el control global al que está sometido y al poco uso que hace de él, no le supone un grave inconveniente. Sin embargo, durante la *fase de reinserción* -que se puede alargar durante dos años- la administración del dinero es un asunto que puede generar muchas incomodidades. El control del dinero es uno de los aspectos en los que más incide la institución al instruir a las familias en la incorporación del usuario a la vida exterior. Dependiendo del contexto en el que suceda, tener que solicitar recibos por cada gasto que realiza - por reducido que sea el importe- sitúa al usuario en una posición incómoda.

Veamos otros dos ejemplos extraídos de las entrevistas que dan cuenta del tipo de *ajuste secundario* que busca alcanzar satisfacciones lícitas con medios prohibidos. Estos recortes nos muestran cómo los usuarios buscan puntos de fuga dentro del intrincado conjunto de normas que deben seguir.

Sergi: *¿Hay alguna norma que no compartas, que creas, que para ti no es necesaria, pero que aun así la cumplas?*

Alfonso: *A ver, no sé. Quizá alguna norma. Por ejemplo, ahora mismo, en el momento que estoy de autonomía, pues a lo mejor algún tema de las llaves, no poder llevar las llaves de*

*casa, no poder llevar el móvil... ¿Qué más da que lleve yo las llaves de casa? Lo del móvil lo puedo entender más... Me gusta responsabilizarme de mis cosas. Por ejemplo, con una norma con la que tuve problemas fue con el tema del líquido, del vaper (vaporizador para fumar cigarrillos electrónicos). No estamos acostumbrados, no sabemos cómo medirlo; pues te quitamos el líquido... ¿Por qué me tenéis que quitar el líquido, si la gente lleva sus quince cigarrillos? Dame mi dosis del líquido diaria que ya me encargo yo de gestionarla...*

Sergi: *¿Y cómo lo llevas, eso?*

Alfonso: *Bueno, me costó, me costó... Al final lo llevé como pude. Y entonces, pues bueno, lo llevé con frustración, con injusticia, el rechazo este de: ¿por qué? De llegar al acuerdo y al entendimiento y tal sí que me ha costado digerirlo, pero bueno... Al final lo fui llevando como pude, aceptándolo; no me quedaba otra, y ya está. Ahora ha llegado un momento que la cosa ha cambiado un poco. He hecho alguna trampilla y me he salido con la mía (risas). Pero bueno, al final ha sido una cuestión de eso, han visto que me lo he ido trabajando, me lo he gestionado, he ido pasando por todo lo que me han dicho y supongo que como ha hecho su función la norma en mí, pues han dicho: cógete el líquido diario y repártetelo y tal y ya está.*

**Transcripción entrevista a Alfonso**

Viernes, 12 de julio del 2019

Sergi: *¿Hay alguna norma que no entiendas, que no entiendas el sentido o que no la compartas? O sea, que digas esta norma yo no le veo porque la tengo que hacer.*

Jaime: *Bueno, la mayoría de las normas entiendo el significado. Y si te paras a pensarlo, tienen sus razones. Lo que sí que hay normas que como no me pertocan a mí, pues son normas muy generales. Y claro, por ejemplo, la norma de entrar en un bar y no poder ponerte mirando a la barra, Tener que estar sentado en una mesa. Si yo no bebo alcohol, a mí la verdad que eso me da igual, ponerme mirando la barra o sentarme en una mesa. O que mis padres se quieran tomar una cerveza y se tengan que tomar una Coca-Cola por mi culpa. Si a mí eso no me genera nada. La verdad es que se toman la cerveza y a mí me da igual. Pero en teoría no se puede hacer.*

**Transcripción de entrevista a Jaime**

Miércoles, 5 de junio de 2019

Sergi: *En referencia a las normas de comunidad, tanto las que debes cumplir aquí, como las que tienes que cumplir cuando estás fuera ¿Hay alguna norma que no entiendas?*

Lola: *Claro, yo no entendía muchas normas de estas. Pero claro, siempre te dicen que es para que aprendas a decir no, que lo más importante es saberte posicionar. O, por ejemplo, lo de la siesta, que no te puedas echar la siesta, sino que te quedes en el sofá y no te duermas. Pues esta norma, claro, yo todas las normas me las traslado luego a mi futuro, cuando yo salga de aquí, pues cuando yo salga de aquí, pues no me digas tú, es que yo no sería honesta si no te dijese que yo me voy a echar la siesta en el sofá, la echaré en la cama. Claro, luego entra la otra parte y dices claro, pero ahora es una normativa, la tienes que cumplir. Y entonces ahí entran esas dos partes. O, por ejemplo, yo me programo que me voy a las 12 a la cama. ¿Tú crees que si estoy viendo una película y acaba a las doce y cuarto me voy a ir a la cama y voy a dejar de ver el final? No, lo siento mucho. No, no voy a ir. Pero es que no lo voy a hacer. Entonces, claro, en esas cosas no estoy de acuerdo que no haya una flexibilidad. No una apetencia, sino que yo pueda poner, me he ido a las doce y cuarto porque estaba viendo esta película, que no sea un salto de la programación, cosas así.*

Sergi: *¿Cómo vives, tener que cumplir este tipo de cosas?*

Lola: *Yo, fatal.*

Sergi: *Pero supongo que debe haber algunas normas, como esto que me dices de la película, que no las cumples y que luego no lo comunicas. ¿Hay algunas?*

Lola: *No lo comunico. O, por ejemplo, a veces tampoco está en tu mano, porque tú también tienes que adaptarte un poco a veces. Mira, yo no es que me sienta como una carga, pero si yo voy a casa de mi hijo me tengo que adaptar a su casa. Aquí lo que te dicen es que no podemos ver la tele en la habitación. Las niñas por la noche se acuestan y yo duermo en su habitación y antes de dormir se ponen la tele en la habitación. ¿Qué hago yo? ¿Qué hago? Aquí dicen de quitar la tele. Yo no voy a decir a mi hijo que desmonte la tele. Yo esto no lo he estado comunicando. A mí no me importa, porque tú crees que yo voy a ver la tele, es una película de dibujitos animados, a mí ni me va ni me viene. Esto es una cosa. O, por ejemplo, estamos en el parque, venga, Javier, mira que a las ocho y media tengo puesto en la programación que tal... se encuentran con unos amigos, qué tengo que estar ahí todo el rato,*

*venga, vamos. Si yo ya me posiciono, pero yo creo que con la primera vez que lo digo ya me posiciono.*

**Transcripción entrevista Lola**

Viernes, 12 de Julio de 2019

Lo más interesante de estas respuestas es que ilustran la concepción totalizante del modelo de intervención. Bajo ningún concepto la normativa se adapta a las condiciones de los usuarios. Se considera que la normativa debe afectar a todos por igual y no atender a las circunstancias personales de cada uno. Según la narrativa institucional, el usuario debe respetar todas las normas para interiorizar un estilo de vida disciplinado en el que aprenda a autorregularse por sí mismo. Por lo tanto, no es determinante si la normativa afecta de una u otra forma a cada uno de ellos. En tanto que el tratamiento es considerado un entrenamiento, toda la normativa debe ser respetada por igual. Sin embargo, cuando los usuarios perciben que la normativa no afecta a aquellas circunstancias que pueden suponer un riesgo de consumo o carecen de sentido ellos, optan por no comunicar la situación a la institución y utilizar alguna estrategia que les permita alcanzar el fin que buscaban.

Enlazo esta última consideración con las prácticas tendientes a obtener satisfacciones prohibidas apuntadas anteriormente. En el contexto de la Comunidad se producen un gran número de situaciones que podríamos considerar dentro de este supuesto. Me centraré en analizar, únicamente, dos modalidades de este tipo de arreglo dada la importancia que ambas tienen para la vida social de la Comunidad. En primer lugar, analizaré el papel que ocupan los vínculos sentimentales o afectivos entre los usuarios y en segundo lugar la función que ejerce el tabaco en el contexto de la Comunidad.

Ya he comentado con anterioridad la preocupación que muestra la institución por los posibles vínculos que pueden establecer los usuarios entre ellos. Las relaciones privadas están absolutamente prohibidas en la Comunidad. Se considera que puede ser un factor disruptivo en la evolución del usuario y desde el primer día de ingreso se advierte al recién llegado del riesgo que conlleva mantener relaciones significativas con otros compañeros, sobre todo si este vínculo se mantiene una vez finalizado el tratamiento. Una de las áreas en las que más

persevera la institución durante la tercera fase del programa y durante la fase de reinserción es en la intervención y modificación de todas aquellas relaciones que puedan ser consideradas negativas en términos terapéuticos. Se considera una persona tóxica -utilizando su propia terminología a todo aquel individuo que de una u otra forma consume cualquier tipo de sustancia. En la mayor parte de ocasiones esto incluye romper el contacto con la mayoría de amistades que el usuario mantenía antes de ingresar en la Comunidad y crear nuevos vínculos que puedan ser considerados menos nocivos.

Desde esta perspectiva se considera que toda relación afectiva entre dos usuarios puede influir negativamente a ambas partes. En el caso de que uno de los dos usuarios inicie aquello que en términos terapéuticos se denomina *proceso de recaída* -es decir, que reinicie el consumo- supondrá un factor de riesgo para el otro usuario. La literatura aún lo argumenta en los siguientes términos.

Los vínculos románticos entre residentes en el programa pueden impedir la socialización y el crecimiento psicológico de los miembros involucrados en la relación. Las relaciones pueden distraer a los residentes del foco de atención principal que es su trabajo en la recuperación y el crecimiento personal. La relación también puede “privatizar” a los participantes, fomentando la comunicación secreta en lugar de una apertura más general y, en ciertos casos, potenciar la confabulación para proteger la relación a expensas del crecimiento personal. También puede limitarse la capacidad de autoevaluación de los residentes, a medida que la capacidad de confrontación se desvía de cualquier verificación de la realidad que pueda amenazar la supervivencia de la relación. En otras palabras, la propia relación puede volverse más importante que la recuperación de los individuos que están implicados en ella. (De León, 2004, p. 235)

Para intentar evitar que se produzcan este tipo de vínculos, la institución utiliza diferentes estrategias. Cada cierto tiempo modifica la distribución de los usuarios en los dormitorios y redistribuye los diferentes *sectores* de trabajo. Durante las comidas, cada día se modifica el lugar donde se coloca cada usuario y en la medida de lo posible el equipo intentar evitar que se repitan las mismas parejas en las diferentes actividades realizadas en el contexto de la



Comunidad. El equipo está pendiente tanto de las relaciones individuales como de las cuadrillas que se puedan generar entre grupos de usuarios. Cuando se detecta que una relación es más estrecha de lo terapéuticamente recomendable, se utiliza la herramienta anteriormente mencionada denominada *límites*. Esto significará cortar toda relación entre ellos y tan solo poder comunicarse para aquellas cuestiones que son esenciales en la logística de la Comunidad.

Sin embargo, el elemento amoroso juega un papel importante en la existencia del usuario durante su periodo de estancia en la Comunidad. Las relaciones sentimentales, de atracción sexual o el simple flirteo le permite salir brevemente del rol que tiene asignado y puede llenar en gran medida la monótona vida de la institución. Por otro lado, se debe tener en cuenta las circunstancias objetivas en las que entra el sujeto en la Comunidad. El ingreso suele venir precedido de una etapa en la que debe atender un elevado número de problemáticas que sitúa el interés amoroso en un lugar residual. Una de las narrativas en la que más coincidían los usuarios al explicarme sus circunstancias personales previas al ingreso era el escaso interés que mostraban en mantener vínculos sociales, sentimentales o sexuales. Otorgar una importancia central al consumo reconfigura la vida psicosocial del individuo y en sus últimas fases es habitual que el sujeto rompa la mayor parte de vínculos sociales y se cierre en su propio mundo.

El ingreso supone un cambio radical en el estilo de vida del usuario. La rutina reglamentada hasta al más mínimo detalle, el ambiente disciplinario de la institución, la restricción de la capacidad de movimiento, la pérdida de intimidad y la ausencia de consumo contrastan con el tipo de vida que mantenía el sujeto antes del ingreso. Al mismo tiempo, el modelo de intervención prevé que durante las dos primeras fases del tratamiento el usuario procure aparcar todas aquellas problemáticas pendientes de solventar previas al ingreso. Eva, terapeuta encargada de dirigir los grupos terapéuticos de primera fase, lo explicaba periódicamente durante los grupos en estos términos *“Ahora lo que os toca es centraros en vosotros mismos. No me vengáis con que afuera esto o aquello. Qué si mi mujer tal o mi hijo no sé qué. Lleváis un montón de años sin preocuparos por nada que no sea el consumo. Centraros en esto ahora y en tercera fase y reinserción ya se trabajarán o se solucionará lo*

*que se pueda solucionar. La única excepción a esto son los temas médicos o judiciales”.* (Diario de campo, 2 de mayo de 2019).

En este contexto el usuario se encuentra en la Comunidad ante una situación novedosa, por primera vez durante un largo periodo de tiempo debe compartir toda la jornada con otros individuos identificados bajo la misma categoría institucional y que experimentan las mismas dinámicas de sometimiento. La extrema exigencia que demanda el orden disciplinario de la Comunidad conduce inevitablemente a tratar de encontrar grietas que le provengan de una cierta capacidad de autonomía.

Los vínculos entre los usuarios no tienen por qué ser recíprocos ni consumados para que sean significativos. El solo hecho de mantener interés en otro usuario puede ocupar mucho tiempo y ayudarlo a sobrellevar la rutina de la Comunidad.

Sergi: *¿Tienes algunos compañeros con los que te relacionas más, con los que te llevas mejor?*

Lola: *A día de hoy yo tengo aquí dos compañeros que para mí son, todos son compañeros, pero esos dos son compañeros especiales, no te lo voy a negar. Yo sé que somos compañeros.*

Sergi: *¿Me puedes decir quiénes son?*

Lola: *Raúl y Rafa. Ahora yo esto ya me lo he tomado como un amor de verano, se acaba el proceso y se acaba. De hecho, no le he dado los teléfonos, pero no por nada, porque sé que si se los doy me voy a poner en contra. ¿Solución? No lo hacemos. O sea que yo ya aprendí.*

**Transcripción entrevista Lola**

Viernes 12 de Julio de 2019

También se dan otro tipo de acercamientos entre usuarios en los que el elemento amoroso no juega un papel importante, sino que se establece un vínculo fraternal o de camaradería. En estos casos la perspectiva institucional también considera que la relación no es adecuada porque se pueden establecer relaciones de dependencia. Ignacio, el usuario que parecía tener más profundamente integrada la perspectiva institucional y que más claramente la sabía

transmitir, me explicaba durante la entrevista su punto de vista desde dos experiencias diferentes.

Sergi: *Dentro de comunidad, ¿tienes algún compañero o algunos compañeros con los que tengas mejor relación? Me explicabas antes que en el ingreso anterior hiciste muy buena relación con un chico.*

Ignacio: *No, ahora no. Ese es uno de mis caballos de batalla. El tema reaceptaciones, de colegueo y todo esto... Sí, tuve mucho en el otro proceso, y eso quizá fue una de las cosas que me llevo a recaer. Al acabar el proceso nos seguimos viendo dos o tres compañeros. Todo valía menos consumir. Nunca perdíamos ese norte; podíamos darnos tabaco, no sé qué, pero no quedábamos para tomarnos una cerveza. Esto sí que lo teníamos. Pero aun con esto, entiendo que eso me negó mucha autonomía. Me dio cosas, cosas buenas, y cosas malas, y propició otras que luego me han pesado, porque claro, yo también, partiendo de la necesidad que yo tenía, que era un poco el que no tenía estructura familiar, salía de prisión, no tenía nada... En otro momento quizá hubiera sido bueno, pero en el momento de hacer el programa, a lo mejor por pena o lo que fuera, el darme lo que yo no tenía, a nivel de trabajo, dinero, productos de higiene, estar con ellos en un día señalado, implicaba hacer muchas cosas mal fuera que tapaban mucho... Y ese fue uno de mis principales errores. En este ingreso vine muy alerta con todo esto. Y creo que me salió bien porque marqué territorio muy rápido cuando llegué esta vez, y quizá me estoy perdiendo un poco de vínculo afectivo o emocional, pero creo que eso ya se verá en su momento, y ahora toca pasar por aquí...*

Sergi: *¿Te pones como un poco de distancia?*

Ignacio: *Sí, sí.*

Sergi: *¿Pero hay algún compañero con el que tienes más contacto?*

Ignacio: *Sí, con David. Su forma de ser me tira mucho, lo que pasa es que me paro. El histórico de él me tocó bastante porque me veía muy reflejado. Pero no quiero interferir en su tratamiento, él tiene que hacer las cosas como... Desde la parte... Yo no le puedo decir ciertas cosas porque no le van a ir bien, tiene que llegar él por su pie; y me cuesta, ¿eh? Me cuesta mucho; muchas veces le diría: tío, ¿no te das cuenta de esto, esto y esto? O por aquí no que tal... Pero...*

Sergi: *Sí, es un tío cojonudo.*

Ignacio: *Sí. Y además tiene una niñez muy dura también y bueno, se merece salir; como todos, ¿no? Pero... Es como la vida, siempre conectas más con unos que con otros; y con él, sin buscarlo, y como se dan estas cosas, pues pasa; lo que pasa es que como a mí me pasó esto la otra vez, que quizá se cruzaron unos límites que no se tenían que cruzar. A nivel terapéutico hablo, tanto, por un lado, como por el otro; se cruzaron límites que no tenía que haber cruzado, que yo estoy igualmente agradecido, porque yo sé que lo hicieron desde ahí, de querer arrojarte y tal; pero no me fueron bien, lo entiendo y lo veo, y creo que eso no se debe dar.*

**Transcripción entrevista Ignacio**

Lunes, 1 de julio de 2019

Este tipo de vínculos son habituales en la Comunidad. El usuario se identifica con algún compañero que ha mantenido una carrera de consumo análoga a la suya o ha pasado por experiencias similares. Suele suceder entre usuarios de tercera fase que veladamente apadrinan a usuarios de primera fase al haber realizado la función de *referentes*, o los toman como protegidos por el simple hecho de encontrarse en un estado más avanzado del proceso. También sucede en la dirección opuesta, o de forma recíproca, al manifestarse cierta consideración entre ambos. Tal como explica Ignacio, este tipo de vínculo puede aportar beneficios para ambas partes al establecerse una relación de solidaridad, y que esta se traduzca en lo que la institución denomina *reacepciones*; es decir, formas de intercambio mutuo que ocasionen algún tipo de mejora para ambos, no considerada positiva por la institución.

Entre los diferentes tipos de vínculos que se pueden dar en el contexto de la Comunidad, la relación amorosa es la más habitual y la más perseguida por la institución. Durante el periodo de trabajo de campo se hicieron públicas seis relaciones amorosas entre usuarios. Al conocerse, todas ellas comportaron un gran estruendo en la vida social de la Comunidad y al mismo tiempo ocasionaron diferentes consecuencias. Entre estos seis casos utilizaré un ejemplo que muestra las características especiales de la Comunidad frente a cualquier otro equipamiento social actual. Para comprender el contexto global utilizaré varios recortes etnográficos. En primer recorte nos presenta brevemente al protagonista de la acción.

Durante el espacio de sectores hablo con Óscar mientras trabaja en el sector de economato. Llevaba siete años en prisión, le propusieron cambiar el último año de cárcel a cambio de realizar el programa de rehabilitación en la Comunidad. Debe tener unos treinta y cinco años y me comenta que ha pasado muchos años encerrado. Ahora lleva seis meses ingresado en la Comunidad, está en tercera fase y dice que está muy contento con la decisión. El programa aquí, dura dos años, pero en Comunidad solo deberá estar unos nueve meses, luego, podrá estar en su casa y solo tendrá que hacer grupos terapéuticos en la sede de ambulatoria de la institución. Además, puede ir a casa durante los fines de semana y su familia no tiene que pasar por todo lo que supone hacer una visita en prisión. A partir de mañana, pernoctará en piso terapéutico. Me da la sensación de que utiliza un discurso aprendido y hace servir términos terapéuticos que no se corresponden con el resto de su lenguaje “*aquí te enseñan a no minimizar y a conocerte a ti mismo*” me dice. En la terminología de la Comunidad su situación se denomina *articulado*, y me comenta que, en estos momentos, solo hay tres usuarios *articulados* en la Comunidad: Rafa, Ignacio y él mismo.

**Día 8.** Martes, 5 de marzo de 2019. Entrada 10h - Salida 17h

Cuando el equipo terapéutico tiene conocimiento o sospecha que se puede estar dando una relación amorosa entre compañeros, pone en marcha la herramienta terapéutica denominada *intervención*. El objetivo de esta práctica es recoger información entre los usuarios para saber quién tenía conocimiento de la relación. Ya he mencionado anteriormente la insistencia con la que el equipo reclama a los usuarios la obligación de ser honestos y transparentes. Esconder información sobre otros usuarios es interpretado como una falta de honestidad. Al producirse una situación de este tipo, al equipo le interesa principalmente conocer que usuarios no han sido honestos al esconder información. La *intervención* consiste en reunir a toda la Comunidad en la sala Tanaka y ejercer presión en los usuarios para que se delaten unos a otros. El siguiente fragmento etnográfico hace referencia a la primera *intervención* que se realizó en la Comunidad durante mi periodo de trabajo de campo. Este recorte nos permite observar los esfuerzos que dedica el equipo en conocer todo lo que sucede entre bastidores y las consecuencias que puede llegar a tener una relación amorosa dentro de la Comunidad.

Entro en *trobada* de segundo y tercer nivel. Como es habitual, se inicia sin la presencia de ningún terapeuta, cuando veo por una de las ventanas a todo el equipo reunido en el patio. Alguna cosa sucede. Se confirma cuando veo salir a todos los usuarios de primera fase, salir de la sala en la que estaban reunidos y dirigirse a Tanaka. Es probable que tenga que ver con lo que dijo ayer Susana sobre que se tenían que “aclarar las cosas” y denominó como *intervención*.

Los usuarios de tercera fase también han advertido que sucede alguna cosa. Se detiene la *trobada* por orden del *coordinador del día*. Entran a Tanaka los usuarios de primera fase, despliegan las sillas y se van situando donde pueden. Cincuenta y cinco personas ocupan todo el ancho y largo de la sala. Uno de los usuarios hace espacio en la cabecera del círculo y coloca sillas para el equipo y para Jesús, el director. Es el lugar habitual en el que se suelen situar los miembros del equipo, pero Gerard le ordena que no lo haga. Tan solo Jesús se sitúa en la cabecera, el resto de terapeutas se ubican dispersados en diferentes puntos del círculo. Este detalle refleja que tenían hablado previamente en qué lugar ubicarse. Se trata de una escenografía; una disposición espacial para impresionar al grupo. Empieza hablando Jesús, despacio y con el rostro muy serio.

- Bueno, supongo que ya sabéis todos lo que está pasando en la casa, ¿no? Todos sabíais lo que ha pasado entre Óscar y Laura, ¿no? Hace tiempo que se están cociendo cosas en la casa y que os estamos avisando de que esto va de mal en peor. Vamos a poner las cartas encima de la mesa. Óscar ha desaparecido. Es una cosa seria y me gustaría que esto fuera una cosa de todos. ¿Nadie sabía que Laura y Óscar se estaban acostando? ¿Nadie sabía nada? ¿De verdad? Los que sepáis algo decirlo ahora porque si no después las consecuencias serán más graves. ¿Vosotros creéis que es bueno el ambiente que se respira en la Comunidad? ¿Creéis que es normal lo que está pasando estas últimas semanas?

Los usuarios bajan las cabezas o se miran unos a otros hasta que después de un buen rato, (alrededor de un minuto de silencio) Alfonso pide el turno de palabra.

-Alfonso: Bueno, yo creo que todos estamos...

-Jesús: Para, para, para... A ver, Óscar se ha largado de la casa, está en busca y captura y se está jugando seis años de cárcel. No me vengas con historias. Cosas concretas.

Después de la intervención de Alfonso, varios usuarios piden el turno de palabra. Los dos primeros son Franc y Raúl, los dos usuarios que siempre quieren mostrar más buena

imagen ante el equipo, pero son intervenciones generalistas que no aportan información. Es a partir de la intervención de Marian que se abre la veda. Comenta que ella lo sabía porque lo escuché por casualidad en una conversación entre Óscar y David. A partir de entonces empiezan las acusaciones y contra-acusaciones. Al poco rato ya no se habla del tema de Óscar y Laura y empiezan a recriminarse otras cuestiones.

Los miembros del equipo mantienen actitudes muy diferentes a lo largo de la hora y media que dura la *intervención*. Susana y María, entran constantemente en discusión con los usuarios, chocan con ellos y parecen tomarse el asunto como una cuestión personal. Gerard y Eva se quedan en un segundo plano y solo intervienen puntualmente. Jesús interviene a menudo, pero sin perder en ningún momento la compostura. Da la sensación de tenerlo todo controlado. Las preguntas y comentarios que realiza, siempre están destinados a sacar información o a buscar el confrontamiento entre los usuarios para que se delaten unos a otros. Lo consigue con facilidad y me produce lástima ver como la mayoría entran al trapo. No todos lo hacen. En torno al treinta por ciento de ellos no se pronuncia en ningún momento. Es lo más inteligente porque cualquier cosa que digan puede jugar en su contra.

La intervención finaliza con cinco expulsiones temporales y varios usuarios en *silencio*. Las expulsiones se aplican a aquellos que reconocen que tenían conocimiento de la relación. Los *silencios* por diferentes cuestiones que han surgido al recriminarse cosas entre ellos. Antes de finalizar, Jesús comunica que todos los usuarios deben realizar analíticas de orina para detectar si ha habido consumos. Me sorprende esta decisión y al salir le pregunto a Jesús el motivo.

Me explica que no tienen ninguna sospecha de que se haya producido un consumo, pero que siempre se realizan analíticas a todos los usuarios cuando se lleva a cabo una *intervención*. Me pilla desprevenido al preguntarme “*bueno, ¿y tú como lo has visto?*”. No sé qué responder. Es la primera vez que me hace una pregunta directa de este tipo. Tengo la sensación de que no puedo dar una respuesta evasiva. Le explico en las cosas que me he fijado y que intento analizar los grupos como si se tratara de una actuación en la que cada uno hace su papel. Pongo como ejemplo una de las intervenciones de Franc. Me escucha con atención y al acabar me dice “*pues tienes razón, no lo había pensado. Luego le daré un toque*”. Luego me arrepiento de este comentario sobre Franc. Me he equivocado. Está claro que le he cogido cierta manía a Franc por su forma de comportarse al querer quedar bien ante el equipo y ser siempre el primero en delatar al resto de usuarios. Debo ser muy cuidadoso a este respecto y tener presente que las opiniones personales que tenga de cada

uno de los usuarios no pueden influir en mi análisis y mucho menos trasladarlas al equipo. Me he dejado influir por la presión de Jesús y me he comportado de forma parecida a la de los usuarios durante la *intervención*. He de replantearme cómo responder si vuelve a preguntarme de forma tan directa.

En el posterior *escuchamos* se anuncia la expulsión de Jacobo por consumo de hachís. Es el único usuario que ha dado positivo.

**Día 23.** Viernes, 12 de abril de 2019. Entrada 8h – Salida 14h

Mantener relaciones sexuales dentro de la Comunidad entra dentro de las faltas consideradas graves y tiene como consecuencia la expulsión temporal. Durante el transcurso de una conversación con Jesús en el patio, hacía referencia a las expulsiones en estos términos.

Jesús también ha criticado a las Comunidades Terapéuticas para las élites tipo *La Garriga* porque priorizan el aspecto económico y no el terapéutico “*no expulsan a nadie porque se juegan la pasta. Mientras pagues, les da igual el resto*”. Me explica que ellos tampoco expulsan a los usuarios de forma definitiva, pero que no lo hacen por otros motivos “*nosotros utilizamos la expulsión temporal como herramienta terapéutica, para que se planteen en casa, si de verdad quieren estar aquí, o no. En los únicos casos en los que la expulsión es definitiva es en el caso de los articulados. En estos casos nos lo pensamos mucho, porque si lo expulsas, la Ley Penitenciaria no les permite volver a hacer el programa y les jodes mucho. Solo lo hemos hecho en una ocasión*”.

**Día 6.** Viernes, 1 de marzo de 2019. Entrada 11h- Salida 14h

Cuando el equipo tuvo conocimiento de la relación entre Óscar y Laura, los reunió en el despacho de dirección y les comunicó las consecuencias para cada uno. Laura sería expulsada de la Comunidad durante un periodo de un mes; Óscar, al ser un usuario *articulado*, debía volver a prisión. Esa misma tarde los familiares de Laura acudieron a la Comunidad a buscarla. Óscar fue separado del resto de usuarios mientras el equipo realizaba los trámites judiciales correspondientes para que fuera traslado a prisión.



Antes de irme veo que Óscar se encuentra solo en Tanaka. Es extraño, porque es un usuario de tercera fase que está haciendo un voluntariado y ya debería haber salido. Entro en Tanaka y lo veo a él, al fondo de la sala de espaldas. Pienso en preguntarle alguna cosa, pero entonces me doy cuenta de que encima de una de las mesas hay una bandeja con dos platos de comida. Decido no preguntarle porque eso significa que se encuentra *fuera de estructura*.

**Día 22.** Jueves, 19 de abril de 2019. Entrada 10h – Salida 17h

Esa misma tarde Óscar salió de la sala Tanaka sin que lo vieran y se fue de la Comunidad. El equipo informó al centro penitenciario sobre lo sucedido y fue puesto en busca y captura por las autoridades. Ocho días después fue detenido e ingreso de nuevo en prisión. Por lo que me explicó Jesús, toda la historia le supuso graves consecuencias “*si no se hubiese fugado, habría vuelto a prisión, en diferente módulo, pero no le habrían aumentado la pena. Al largarse de aquí y fugarse le caerán dos años más. Mira que se lo dije. Lo teníamos que devolver, no podemos dejar pasar estas cosas. Es una norma básica. Por echar un polvo...El polvo más caro de su vida.*” (Diario de campo, 12 de abril de 2019).

Esta cuestión plantea un debate en torno a las normas de la Comunidad en el que no profundizaré, pero si quiero apuntar. Al no existir una normativa escrita ni tener un carácter legal podríamos preguntarnos qué categoría se aplica a la normativa de la Comunidad. Se podría discutir si dentro de su estructura social la normativa comunitaria tiene la consideración de norma social o norma jurídica. Ciertamente, no se trata de una normativa legal, pero en tanto que saltarse determinadas normas tiene una consecuencia en forma de sanción, podríamos establecer que en lo relativo a la vida social de la Comunidad cumplen la función de norma jurídica. Sin embargo, también podría plantearse la cuestión con relación a la normativa legal de la vida en el exterior. La paradójico de este caso es que un acto que en la vida civil no tiene ningún tipo de consecuencia jurídica –la relación sexual fue consentida– le reporta al usuario un alargamiento de la pena al realizar este acto dentro la Comunidad. Esta circunstancia me conduce a plantear uno de los elementos más significativos de la vida social de la Comunidad. Esto es, el carácter especial y diferente que adquieren determinados hechos o prácticas sociales con relación a la vida en el exterior.

## 6.2. El caso del uso del tabaco en la Comunidad

En algunas ocasiones, durante el periodo de trabajo de campo me planteé si sería capaz de trasladar en palabras toda la complejidad que abarca la vida social de la Comunidad. Es cierto que en apariencia su estructura social puede parecer simple y que su vida diaria es muy repetitiva. Todos los días parecen iguales. Siempre se realizan las mismas dinámicas y el equipo profesional siempre es el mismo. Los usuarios van cambiando, pero a un ritmo muy lento. Es una sociedad compuesta por un reducido número de individuos situados en dos únicos grupos sociales organizados jerárquicamente. Si no sucede algún hecho excepcional, la Comunidad parece vivir en un bucle permanente y funcionar prácticamente por inercia. Es necesario observar el detalle para poder apreciar las diferencias entre unos días y otros y es necesario detenerse en algunos elementos aparentemente poco importantes para darse cuenta de que detrás de lo que parece una estructura social primaria se esconde una forma de funcionamiento compleja y llena de matices.

Decidí examinar el caso del uso del tabaco en la Comunidad como ejemplo de uno de estos asuntos supuestamente superficiales. Recogí toda la información posible al respecto y durante cinco días anoté *in situ* cualquier información o dato que tuviera relación con el tema del tabaco. El objetivo era analizar qué papel juega un hecho menor como este en el orden social de la Comunidad.

En el momento en el que realicé este análisis se encontraban ingresados en la Comunidad un total de treinta cuatro usuarios, de los cuales tan solo tres de ellos no eran fumadores. En cuanto al grupo social *no usuarios* (equipo profesional, voluntarios y estudiante en prácticas) de un total de catorce individuos, cinco de ellos no eran fumadores. Es decir, un 91% de usuarios y un 64% de *no usuarios* eran fumadores. Porcentajes muy elevados frente al 23% de la población total en España mayor de quince años que se declara fumadora (INE, 2019). En este mismo informe del Ministerio de Sanidad se puede observar la relación entre clase social y hábito de fumar. Según la clase social ocupacional se observa un claro gradiente

ascendente desde la clase alta hasta la clase menos favorecida. Esta característica parece ser aplicable al contexto social de la Comunidad, en el que la mayor parte de usuarios pertenecen a las clases más bajas de la sociedad. Presento estos datos estadísticos únicamente a modo de contexto, sin pretender extraer conclusiones más allá de exponer la importancia del tabaco en el contexto social de la Comunidad. Prácticamente, la totalidad de los usuarios son fumadores, así como un número muy elevado de *no usuarios*.

En la Comunidad los usuarios solamente pueden fumar en un espacio concreto del patio y en unos momentos determinados. Dicho espacio abarca unos quince metros cuadrados. No está delimitado de ninguna manera ni hay ningún cartel informativo que indique cuál es el límite en el que se puede fumar. Únicamente un pequeño bordillo en mitad del patio sirve de referencia al usuario. El grupo social *no usuarios* puede fumar en cualquier espacio exterior de la casa y en cualquier momento que considere. Esta circunstancia supone una diferencia de clase en la vida social de la Comunidad. Por ejemplo, es habitual ver a miembros del equipo profesional seguir fumando una vez finalizado el espacio de descanso, al mismo tiempo que charlan con un usuario que ha tenido que apagar el cigarrillo apresuradamente. En otras ocasiones he observado, también, a miembros del equipo situarse en un lugar del patio más agradable, pues tocaba el sol en ese momento y así podían fumar de forma más cómodamente mientras los usuarios debían hacerlo a la sombra. Estas situaciones que pueden entenderse como actos simbólicos de división de clase, no se llevan a cabo con la intención de humillar al usuario de forma consciente, sino que están inscritas en el tipo de relación jerárquica que moldea el modelo de intervención.

A lo largo del día hay catorce espacios de descanso. En estos pases el usuario tan solo puede fumar un cigarrillo por pase, a excepción del tiempo libre entre la ducha y la cena en el que no hay un número de cigarrillos establecido. En total se puede fumar un máximo de 15 cigarrillos diarios. Las cajetillas de tabaco y los encendedores deben ir marcados siempre con el nombre del usuario. En el caso de no ser así, pueden ser requisados por el equipo. Cada noche los usuarios entregan el tabaco y el encendedor al *voluntario de noche* y por la mañana a primera hora se les vuelve a entregar.

Está totalmente prohibido prestarse tabaco entre los usuarios ni prestar el encendedor para encenderse el cigarrillo. En caso de que el usuario haya perdido el encendedor tan solo puede pedir fuego al *coordinador de día*. Éste le prestará el encendedor y le anotará el olvido como una falta por *pasotismo* en el cuadrante del sistema de puntos. Por otro lado, no está permitido fumar tabaco de liar por la asociación o conexión que podría realizar el usuario con los porros, pero sí que está permitido fumar cigarrillos previamente prefabricados por uno mismo con una maquinilla que venden en los estancos. Esto permite fumar los clásicos cigarrillos de cajetilla, pero a un precio más económico. Si el usuario pretende liarse los cigarrillos con este procedimiento, debe programarse un espacio determinado para ello, ya sea en Comunidad o en los correspondientes permisos. Tres usuarios fuman este tipo de cigarrillos y otros cuatro usuarios fuman con vaporizador. La normativa para estos últimos es la misma que para el resto de fumadores. Por otro lado, está prohibido apurar demasiado el cigarrillo porque se considera una *actitud consumidora* porque demuestra cierto grado de ansiedad en el usuario.

El uso del tabaco también está normativizado cuando el usuario se encuentra fuera de la Comunidad. En las hojas de programación que debe realizar el usuario cada vez que tiene previsto estar de permiso o pernoctar fuera de la Comunidad deben figurar los espacios en los que tiene programado fumar. El número máximo de cigarrillos es el mismo que en el interior de la Comunidad y en ningún caso pueden fumar más allá de las 21.30h. Deben entregar la cajetilla de tabaco y el encendedor cada noche a su *seguimiento*, que realizará la función de control social formal sobre el usuario. También se regulan determinados espacios en los que no se puede fumar en el exterior de la Comunidad, como es el caso, por ejemplo, de la parada de autobús próxima a la Comunidad porque se considera que ofrece una mala imagen institucional.

Desde el punto de vista personal, el uso del tabaco es un tema significativo por la relación que establece el usuario entre el tabaco y los momentos de descanso. No obstante, su utilización nos interesa desde un punto de vista estructural y no desde la perspectiva personal del usuario. Toda esta normativa tan estricta y detallada comporta una gran cantidad de conflictos en la vida social de la Comunidad que son utilizados por la institución como

herramienta para llevar a cabo el proceso de reestructuración del usuario que pretende alcanzar el modelo de intervención. Sucede lo mismo en cualquier orden de la vida diaria de la Comunidad, cualquier situación o contingencia es utilizada como herramienta terapéutica y sirve como analogía a las situaciones con las que se puede encontrar el usuario fuera de la Comunidad. Sin embargo, los conflictos relacionados con el uso del tabaco permiten un doble juego entre equipo profesional y usuario muy útil para el programa terapéutico y para la estabilidad institucional.

En la Comunidad el uso del tabaco es el recurso más utilizado por el usuario para romper la normativa terapéutica. Durante los cinco días de trabajo de campo en los que me centré en recoger información sobre esta cuestión se comunicaron durante los grupos de *trovada* un total de dieciséis incidencias relacionadas con el tabaco. La mayor parte de ellas (doce) se pueden catalogar como un tipo de incidencia menor: entregar la cajetilla de tabaco a la hora no indicada, apurar demasiado un cigarrillo o pedir prestado el encendedor. El resto de incidencias tuvieron que ver con fumar más cigarrillos del total al día permitido o prestar tabaco a otro usuario. Estos dos últimos tipos de incidencia tuvieron como consecuencia reducir el número total de cigarrillos al usuario como forma de sanción. En las incidencias de carácter leve, la consecuencia o sanción no tuvo que ver con restringir el número de cigarrillos, sino con realizar algún tipo de tarea reparatoria del tipo limpiar los baños o *entrar en silencio*. Por otro lado, y tal como he comentado con anterioridad, se dan dos vías para que estas incidencias lleguen al conocimiento del equipo y conduzcan a una sanción. Pueden ser comunicadas durante los grupos de *trovada* por el mismo usuario o pueden ser comunicadas por otro usuario que se ha percatado de la infracción que ha cometido su compañero. Tan solo en dos ocasiones fueron comunicadas por el mismo usuario, las catorce restantes fueron comunicadas por otro usuario.

En este tipo de *autoinculpamiento* por parte del usuario se aplican procesos de control social informal y son habituales en cualquier otro orden de la vida social de la Comunidad. Forma parte de la esencia misma del tratamiento. Es el usuario quien en el espacio de *comunicaciones* del grupo de *trovada* da cuenta al equipo profesional y al resto de usuarios

de aquellas acciones sucedidas la jornada anterior que son susceptibles de estar fuera de los parámetros conductuales que rigen el modelo de intervención.

Leandro: *Comunico a la casa que he llamado loco a Xavi.*

Mónica: *Comunico a la casa que hoy no he quitado las sábanas para ponerlas a lavar.*

Marina: *Comunico a la casa lo mismo que Mónica.*

Ignacio: *Comunico a la casa que esta mañana he negado la ayuda a Edu y Armando.*

Lola: *Comunico a la casa que esta mañana no he hecho el empeño tal como tenía que hacerlo.*

**Día 29.** Miércoles, 24 de abril de 2019. Entrada 8:30h– Salida 14h

El programa terapéutico interviene en todos los aspectos de la vida del usuario y le obliga a exponer de forma pública los detalles más insignificantes de su línea de acción. Todos sus actos están permanentemente examinados por el resto de usuarios y son susceptibles de ser sancionados. Cuando el usuario infringe una norma de conducta de forma consciente que no es advertida por alguno de sus compañeros o por algún miembro del equipo profesional, calibra la importancia de las consecuencias que puede tener para él la correspondiente sanción. Hacerlas o no hacerlas públicas durante el grupo de *trobada* determina a ojos de la institución el grado de compromiso con el tratamiento terapéutico, al mismo tiempo que son claves en su definición del *yo*. Debemos tener en cuenta que al usuario le queda un margen de maniobra muy reducido para mantener una definición estable del *yo*. Para una persona adulta, tener que hacer públicas acciones tan insignificantes como “*quitar las sábanas para ponerlas a lavar*” lo sitúa en una posición vital completamente anómala.

Esta pérdida de autodeterminación encuentra en el uso del tabaco una válvula de escape que le permite mantener un cierto equilibrio de sí mismo, así como un reducto de placer dentro de un contexto tan ascético como es el de la Comunidad Terapéutica, en la que el usuario se ve privado de la mayor parte de situaciones hedonistas de las que disfrutaba durante su etapa de consumo. En las entrevistas realizadas a los usuarios les preguntaba cuáles eran para ellos los

mejores y peores momentos del día en la Comunidad. La mayor parte de usuarios mencionaban el primero o el último cigarrillo del día como el mejor momento de la jornada.

Svetlana es una usuaria de unos cuarenta y tantos años de origen ucraniano. Habla un buen español y entiende el catalán. Es alta y extremada, pero presenta un aspecto deteriorado, sobre todo en lo referente a las manos y la dentadura. María la invita a hablar sobre un conflicto sucedido durante el fin de semana con el tabaco. Empieza hablando de esta circunstancia concreta, pero al cabo de un momento se dispersa *“toda mi vida he buscado el placer y he vivido para eso. Yo vivía envuelta de lujo y siempre tenía lo que quería. Ahora no tengo ningún placer y no tengo dinero ni para comprar tabaco. No tengo ni dientes. Ya sé que me vais a decir que no todo se acaba en el tabaco, pero es que no tengo nada por lo que vivir”*. Al acabar (habla sin ser interrumpida alrededor de diez minutos) varios compañeros la animan a cambiar de actitud en la casa y le recuerdan que no siempre se encuentra en este estado de ánimo *“hace unas semanas se te veía más contenta. Hacías bromas y todo...”*. Una vez le han devuelto diferentes compañeros, habla María. Con más buenas maneras de las que suele utilizar habitualmente le reprende el victimismo de su discurso *“si te das cuenta, atribuyes tu felicidad, siempre, al tener. Antes tenía esto y aquello, tenía una casa, tenía dinero, tenía lujos, pero nunca hablas de la parte emocional. Utilizas el tema del tener como una forma de victimismo y como mecanismo de manipulación. Siempre que hablas de ti misma lo haces desde el victimismo. Vengo de la calle, tengo VIH, no tengo tabaco...”*. María sigue por esta línea durante dos o tres minutos.

**Día 57.** Jueves, 17 de octubre de 2019. Entrada 10h – Salida 15h

La institución es consciente de la función equilibrante que ejerce el tabaco en el ánimo del usuario y en la vida social de la Comunidad y por este motivo desaconseja en todo caso a los usuarios dejar el hábito del tabaco mientras se realiza el proceso terapéutico *“solo faltaría que aquí dejaran el tabaco también. Nos volveríamos locos. No. Es imposible. Primero que se curen, que se pongan bien. Y luego el que quiera, más adelante, cuando salga, ya dejará el tabaco”* (Susana, Equipo profesional). Esta es una característica común en todas las Comunidades Terapéuticas desde sus inicios hasta la actualidad. La perspectiva institucional considera la adicción al tabaco un hecho secundario que no afecta a la funcionalidad del individuo. Esta visión está alineada a la construcción social que se ha hecho sobre el tema de las drogas a lo largo del último siglo, en la que determinadas sustancias han sido

criminalizadas, mientras otras como el alcohol y el tabaco han sido consentidas y aceptadas de forma legal.

Pero la función equilibrante del uso del tabaco en la vida social de la Comunidad va más allá de la porción de placer que le pueda proporcionar al usuario individualmente. El tabaco realiza la función de *ajuste secundario* al proporcionar una vía al usuario para quebrantar la normativa comunitaria. Es el recurso más utilizado para infringir la normativa de forma velada. Rompe la norma, pero una norma de carácter menor que a la institución no le importa demasiado que rompa. El equipo profesional suele mostrarse inusualmente flexible en las cuestiones relacionadas con el uso del tabaco y en muy pocos casos reduce el número de cigarrillos al usuario como forma de sanción.

Al principio me sorprendió observar esta permisividad ante las infracciones relacionadas con el tabaco, sobre todo porque la institución, en determinadas situaciones, parece esforzarse en hacer creer al usuario todo lo contrario.

Cada cierto tiempo el equipo profesional de la Comunidad organiza una especie de actividad en la que participan un numeroso grupo de usuarios (alrededor de diez) divididos en dos cuadrillas. El objetivo de la actividad es, según Eva (equipo profesional) *“buscar porros o cualquier cosa que alguno de vosotros haya querido esconder en la casa, en el patio o en los alrededores”*. Una de las cuadrillas busca por el interior de la casa, la otra, por el jardín y por los alrededores. La batida es exhaustiva y se alarga alrededor de una hora. En el interior de la casa no se encuentra nada. Sin embargo, en la parte más alejada del huerto y en los alrededores de la casa se encuentran decenas de colillas de cigarrillos. Al finalizar, Eva me muestra la bolsa con las colillas como si se tratase de un trofeo.

**Día 32.** Viernes, 3 de mayo de 2019. Entrada 8.30h – Salida 16.30h

Como pude confirmar posteriormente, esta actividad se ajusta más a una escenificación dramatizada que a una búsqueda real de sustancias *“nunca hemos encontrado porros. En realidad, lo que buscamos son colillas. Esto es un termómetro para nosotros. Si se fuma dentro de la casa o por el jardín es que hay estrés”* (Gerard, equipo profesional). La batida no tuvo consecuencias en forma de sanción para ningún usuario en concreto, más allá del



sermón que recibió todo el grupo al día siguiente. No obstante, el hecho causó un gran revuelo entre bastidores. La mayoría de usuarios defendían su inocencia en el asunto “*yo nunca voy por esa zona del huerto*” (Isma, usuario) “*por esa zona solo van los de tercera fase*” (Roger, usuario) y tuvo las consecuencias esperadas por el equipo a nivel de control social informal “*al menos durante unas semanas nadie irá a fumar al huerto*” (María, equipo profesional).

La tolerancia que muestra la institución ante las conductas relacionadas con el tabaco tiene, por tanto, una doble función. Por un lado, esta permisibilidad sirve para desplazar y aliviar tensiones en la vida diaria de la Comunidad. El tabaco otorga paz social y sirve como punto de fuga a la presión que siente el usuario ante una vida social tan normativizada. Para la institución es más estratégico consentir veladamente ciertas actitudes focalizándolas alrededor del tabaco que reprimirlas, porque de esta forma consigue mantener un cierto equilibrio entre la necesidad de transgresión del usuario y los objetivos que persigue el modelo de intervención. Como anteriormente veíamos con los vínculos sentimentales que establecen los usuarios entre ellos a espaldas de la institución, este tipo de prácticas contribuyen a la estabilidad institucional. Por otro lado, el asunto del tabaco sirve al equipo profesional para evaluar el nivel de tensión entre los usuarios en un momento determinado. Sea como sea, el uso del tabaco no es un asunto menor dentro del contexto de la Comunidad. Como sucede con otras cuestiones sociales –recordemos el caso de Óscar- la Comunidad otorga una funcionalidad especial y diferente a la que un hecho concreto tiene fuera de ella.

### **6.3. Los bajos fondos**

Al inicio de este capítulo he apuntado los inconvenientes que tuvo para el estudio la posición social en la que me situaban los usuarios y la dificultad que esto me supuso en conocer todo aquello que los usuarios ocultaban a la institución. Pero este rol también tuvo una parte positiva, todas las facilidades y la libertad que me había ofrecido la institución como investigador, me permitían conocer hasta el más pequeño detalle del modelo de intervención

y de la vida social de la Comunidad. Ganarme su confianza fue uno de los principales logros de mi trabajo de campo. Esto me permitió conocer las interioridades del modelo de intervención. En el caso del equipo terapéutico sí que tuve acceso a la trastienda, a la parte del relato que no se ofrece públicamente. Esta trastienda se ubicaba en varios contextos, pero el más determinante fue el espacio dedicado al desayuno. Este era el único espacio en el que me separaba explícitamente de los usuarios y me situaba del lado del equipo terapéutico. Dada la importancia que esta circunstancia ha tenido para el conjunto de la investigación, utilizaré tres viñetas etnográficas para poder contextualizar mejor la situación.

El desayuno está montado en una mesa. Bocadoillos bastante pequeños envueltos en plástico, un bol con fruta y dos jarras de agua. El aspecto del desayuno no es llamativo. Lo entregan dos usuarios, mientras el resto espera el turno. Recojo uno de los bocadoillos, ya que durante la reunión con Jesús (director) me autorizó a comer y desayunar lo mismo que los usuarios *“la comida la ponemos nosotros”* (en tono bromista). El pan es del día anterior. Se desayuna de pie, algunos usuarios se sitúan en el comedor, otros salen al patio. Cuando voy a salir al patio a desayunar, me cruzo con Jesús y me pregunta si quiero desayunar con ellos *“el equipo desayuna en la cocina”*. En la cocina hay cuatro terapeutas (Gerard, Eva, María y Susana), Jesús y una chica llamada Judit que me presentan como estudiante en prácticas. Se desayuna de pie y lo mismo que lo que están desayunando los usuarios, a excepción de unas galletas que Eva ha colocado en el centro. Al acabar salimos al patio a fumar (todos menos Gerard, que sale con nosotros, pero no es fumador), alejándonos del espacio en el que se sitúan los usuarios que también están fumando, por grupos, alrededor del patio.

**Día 2.** Miércoles, 6 de marzo de 2019. Entrada 8.30h – Salida 13h

Por otro lado, el desayuno se está convirtiendo en un momento muy importante. El equipo utiliza el tiempo del desayuno –y el del posterior cigarrillo- como una especie de reunión exprés. Me resulta muy práctico porque se hace un repaso a los hechos más significativos de la *trobada*, o comentan llamadas de los familiares, nuevas incorporaciones, etc. También distribuyen las tareas que debe realizar cada miembro del equipo durante el resto de la jornada y deciden qué aspectos se deben tratar en los siguientes grupos. Estos ratos me están siendo de mucha utilidad porque obtengo mucha información, pero sobre todo

porque puedo observar la narrativa no oficial del equipo. El tono es informal y sus comentarios me ayudan a tener una perspectiva más completa de la visión que tienen de los usuarios.

Me ha sorprendido que prácticamente en todo momento hablen de temas laborales. Al ser un espacio de descanso, sería razonable que también hubiese tiempo para la charla más insustancial. Hasta el momento no he escuchado ninguna conversación, entre ellos, de carácter personal, familiar o política.

**Día 10.** Jueves, 7 de marzo de 2019. Entrada 8.30h – Salida 16h

Mientras estamos desayunando en la cocina entra Gerard visiblemente acelerado.

*- Traigo una bomba. Úrsula y Roger se han acostado. Me acaba de llamar el padre de Roger. El sábado salió de casa por la mañana para ir al voluntariado y no se presentó hasta la madrugada siguiente en casa de su abuela. Iba con Úrsula y le pidieron dinero a la abuela, es decir, seguramente han consumido. Estuvieron allí hasta ayer, domingo por la tarde. Roger dice que deja el tratamiento, y de Úrsula no sabemos nada. Después llamaré a su familia porque su hermano la va a matar.*

El viernes se trató este asunto en *trobada* porque el equipo sospechaba que algo estaba sucediendo. El grupo hizo presión, pero ambos lo negaron.

Susana: *Úrsula lo juro por su hija varias veces (...) cuando le dije que sus acciones también tenían consecuencias para su hija, me dijo que a su hija no la nombrará y se marchó llorando del grupo.*

Jesús: *¿Y con quien se debería quedar la hija el sábado por la noche?*

María: *Con la abuela, supongo.*

Para el equipo la noticia supone un impacto. Ambos llevaban muchos meses de tratamiento (Úrsula acababa el programa la próxima semana) y Roger es la segunda vez que está ingresado en la Comunidad. Me da la sensación de que les tenían aprecio a los dos. En comparación a otros incidentes parecidos, Jesús, Susana, Gerard, Eva y María muestran

su decepción y no hacen ningún tipo de comentario jocoso al respecto, tal como sí que ha sucedido en otras ocasiones.

Jesús: *Me sabe mal por Roger, este chico me da pena, toda la vida igual.*

María: *Y ella también, toda la vida enganchada a los hombres.*

Discuten la forma de comunicarlo al resto de usuarios, y finalmente deciden hacerlo hoy, durante los grupos de revisión de fin de semana. Tan solo comunicarán que ha habido un incidente, sin dar detalles. Mañana reunirán a toda la Comunidad en Tanaka, explicarán exactamente qué es lo que ha pasado e intentarán averiguar si alguien sabía algo sobre el asunto. Es decir, se hará una *intervención*.

**Día 41.** Lunes, 20 de mayo de 2019. Entrada 8:30h – Salida 16h

Este tipo de situaciones fueron la mayor fuente de información a la hora de conocer cómo el equipo racionalizaba el modelo de intervención. En la cocina no solo compartían opiniones, críticas, desacuerdos, información confidencial o chismorreos respecto a los usuarios, sino que también, pude certificar como se originaba el modelo interpretativo que rige la institución. En otras instituciones de carácter similar que tienen como objetivo -de una u otra forma- la reforma de los internos, es habitual que en su personal se produzca una contradicción entre lo que se hace y lo que se debe decir que se hace. Las reuniones informales en la cocina me permitían comprobar que en el caso de la Comunidad no se daba esta incongruencia. El equipo profesional utilizaba la misma lógica interpretativa y mantenía la misma narrativa de puertas adentro que la que utilizaba al tratar con los usuarios. Durante estos espacios nunca percibí en ellos una doble moral ni un doble discurso. Al contrario, me sirvieron para comprobar el convencimiento que profesaban por la perspectiva institucional.

Una de las principales diferencias institucionales de las Comunidades Terapéuticas respecto a otros establecimientos de características similares es la movilidad social que se produce en su estructura jerárquica. Es importante subrayar que, tres, de los cinco miembros que componen el equipo profesional del turno de mañanas habían sido previamente usuarios de la Comunidad. No es algo casual. Esta práctica, como he explicado anteriormente, forma parte

de la esencia y de los orígenes fundacionales de las Comunidades Terapéuticas. Esta particularidad define el esquema interpretativo que tiene la institución sobre el comportamiento del usuario y sirve, en gran medida, para afianzar sus convicciones respecto al tratamiento o modelo de intervención. Esta característica modifica aquello que Goffman (2012, p. 97), refiriéndose al conjunto de las instituciones totales, denominó *teoría de la naturaleza humana*, que permite a la institución, simultáneamente, racionalizar su actividad, proporcionar un medio para el mantenimiento de la distancia social con los internos, elaborar una imagen uniforme de ellos y, en último lugar, justificar el trato que se les da. El esquema interpretativo latente en esta *teoría de la naturaleza humana* se refuerza en el caso de la Comunidad, por cuanto el equipo profesional, ha pasado por las mismas situaciones y experiencias por las que están pasando los usuarios. Esto, desde su perspectiva, les otorga mayor conocimiento para interpretar el comportamiento del usuario y justificar el trato que se les ofrece, “yo cuando estaba en esa silla lo valoraba“(Susana, equipo profesional. 17 de abril de 2019).

Esta circunstancia confiere al equipo legitimidad y credibilidad ante los usuarios. No es casualidad que los tres miembros del equipo profesional en condición de exusuarios sean los que dispensan un trato más estricto y utilicen formas más indignas con los usuarios. Asimismo, al preguntar a los usuarios sobre el tipo de relación que mantenían con el equipo, la mayor parte de ellos expresaron una clara preferencia por estos tres profesionales. David, resume adecuadamente lo que la mayoría de ellos me indicó durante las entrevistas o mientras manteníamos charlas informales “Gerard y Eva me cuestan un poco más, los veo más técnicos, más de manual, veo las estrategias que van a usar y como ya los veo venir, me cierro. A mí me llega más el “sé de lo que te estoy hablando” que “ese libro dice eso”. No sé, los veo más humanos” (Transcripción entrevista a David. 1 de Julio de 2019).

Uno de los fundamentos principales del tratamiento está basado en conseguir la obediencia de los usuarios. Hemos podido ver a través de los diferentes recortes etnográficos en qué medida determinadas prácticas disciplinarias exigen al usuario un sometimiento difícil de comprender visto desde fuera. En nuestra vida diaria parecería inconcebible soportar voluntariamente situaciones, como la práctica del *entrar en silencio* para tratar de solventar

una problemática, o tener que pedir permiso para ir al baño. En la Comunidad se establece una relación de dominación entre la institución y el usuario. Hemos visto también que los usuarios toleran con resignación y con dificultades el sometimiento implícito al modelo de intervención porque consideran que el ingreso se presenta cómo la última opción posible para tratar de solventar su situación, “*el último cartucho*” que decía Alfonso. No obstante, incurriría en un análisis parcial si abordara la cuestión de la obediencia de los usuarios desde esta única perspectiva.

Max Weber (1964, pp. 175-180) explicó que en cualquier autoridad que no está basada en la fuerza, para que el dominador domine al dominado, debe existir acatamiento voluntario. En eso consiste la diferencia entre poder y dominación. El poder consiste en impartir órdenes; la dominación, obtener obediencia consensuada. Para ello, el dominado debe percibir que el dominador tiene legitimidad para dominarlo. Si no hay legitimidad, no hay dominación. En el caso de la Comunidad, la legitimidad es un factor decisivo en el tratamiento. Solamente en el caso de que el usuario considere legítimo el tratamiento estará en disposición de sobrellevar la férrea disciplina que se le exige. ¿Cómo consigue la institución que los usuarios acepten voluntariamente este tipo de prácticas? ¿Qué condiciones se dan para que sean ellos mismos los que las defiendan?

El concepto de *violencia simbólica* de Bourdieu nos puede ayudar a pensar sobre porque el usuario asume su subordinación y descarta la desobediencia. Con *violencia simbólica*, Bourdieu se refiere a aquel tipo de violencia mediante la cual el subordinado se convierte en consentidor y cómplice de su sumisión, en tanto “le impone una coerción que se instituye por medio del reconocimiento extorsionado que el dominado no puede dejar de prestar al dominante, ya que no dispone, para pensarlo y pensarse, más que de instrumentos de conocimiento que tiene en común con él y que no son otra cosa que la forma incorporada de la relación de dominio” (2000, p. 54). Esta *violencia simbólica* nos remite a las coerciones que empujan tácitamente a que los usuarios acepten y reproduzcan su propia dominación. El usuario, en tanto que individuo estigmatizado asume el lugar en el que es ubicado y termina por inscribir y reproducir la imagen que se espera de él. Además, se establece una relación entre la disciplina de la institución y la identidad del usuario. Por el solo hecho de estar allí,

de participar en lo que le pide la institución ya la está validando, ya le está otorgando legitimidad. Goffman lo define en los siguientes términos “la actividad esperada por la organización presupone un concepto del actor que permite encarar a la organización como un lugar donde se generan supuestos en materia de identidad (...) Al orientar y comprometer así su atención y su esfuerzo, fija en forma ostensible su actitud hacia el establecimiento y hacia los conceptos implícitos que puedan prevalecer en él acerca de sí mismo”. (Goffman, 2012, pp. 189-190).

Probablemente, lo más sorprendente de este proceso de legitimación sea la naturalidad con la que se lleva a cabo. Recuérdese, la frase que dejó caer Jesús durante mi primer día de estancia de la Comunidad al referirse a un usuario, que después de pasar quince años en prisión, la estancia en Comunidad le estaba resultando dura: “*Allí era el típico tío chungo, pero aquí esa pose no sirve para nada*”. Ciertamente, la institución no necesita ni grandes muros, ni guardias de seguridad que obliguen a obedecer a los usuarios, el solo hecho de aceptar las condiciones de la Comunidad el primer día de ingreso supone aceptar ser un tipo determinado de persona. El siguiente recorte etnográfico corresponde a la situación que me generó un mayor impacto durante toda mi estancia en la Comunidad y explica con precisión a que me refiero con este supuesto.

La usuaria que llegó el miércoles de prisión ha decidido dejar la Comunidad. Ha estado en Comunidad tan solo dos días. Dice que prefiere volver a prisión durante lo que le queda de condena que seguir aquí durante nueve meses. Esta decisión le supondrá pasar de tercer grado a segundo grado en prisión con todos los inconvenientes que esto supone. Además, perderá la posibilidad de volver a solicitar su ingreso en Comunidad. Si un usuario *articulado* abandona el proceso, no tiene la opción de volver a solicitar el ingreso mientras este en prisión durante un mínimo de tres años. Además de estas consecuencias legales, abandonar la Comunidad le supondrá romper las relaciones con su familia, ya que así se lo ha hecho saber por teléfono tanto su madre, como a su hija (unos veinte años de edad aproximadamente). No he conseguido entender cuál ha sido la razón del abandono. En un principio, he pensado que quizás se trataba de ganas de consumir, pero Jesús, me ha comentado que lleva tres meses sin consumir, ya que en prisión le estaban haciendo analíticas y una de las condiciones para poder acceder a un programa terapéutico como este, es dar negativo en las analíticas durante tres meses. Descartando esta posibilidad, me

planteo, si se puede deber al impacto que produce los primeros días en Comunidad. Teniendo en cuenta todas las consecuencias que le supondrá esta decisión, habiéndola conocido (no mostraba ninguna falta de entendimiento) y observando lo claro que lo tenía, tan solo se me ocurre que se haya asustado. En prisión no hay libertad, pero no se puede comparar con el grado de vigilancia y control al que está sometido el usuario en la Comunidad. Tan solo es una suposición. No he visto adecuado preguntarle por qué desde que ayer comunicó la decisión, todo el equipo y la mayor parte de usuarios han tratado de convencerla insistentemente. Si me hubiese dirigido a ella para preguntarle, habría pensado que también pretendía convencerla. Además, prácticamente no ha hablado. Cuando le preguntaban en el patio solo decía que prefería irse. Se ha hecho un grupo terapéutico en el que toda la Comunidad le ha dado argumentos para que se quedara. Seguía repitiendo únicamente que prefería irse y solo ha dado algún argumento difuso al final del grupo “*estáis todos mirando a ver qué hace el otro. Ahora me veis tranquila porque acabo de llegar, pero cuando pasen unos días, sé que tendré problemas con alguna compañera. La cosa acabará mal y me aumentarán la pena*”.

**Día 44.** Viernes, 24 de mayo de 2019. Entrada 8.30h – Salida 13h

## 6.4. Discursividad institucional: administración y usos

La mayor parte del material etnográfico expuesto hasta el momento ha mostrado en qué medida la identificación drogas-delincuencia-enfermedad está presente en todo lo que sucede en la Comunidad. Como señalaron Peter Berger y Thomas Luckmann (1968, pp. 186-187) en su obra *La construcción social de la realidad*, toda etiqueta implica una cierta localización social, es decir, la adjudicación de un lugar concreto en lo social. Desde la perspectiva institucional, los usuarios no son personas que hayan consumido drogas de forma problemática, sino que son considerados, tratados e intervenidos como *adictos*. En esta identificación como *adicto* el sujeto queda excluido y pierde toda singularidad e historicidad. Su clasificación funciona como retórica de verdad, se conceptualiza como una evidencia y consecuentemente los rasgos que son propios de esta clasificación terminan siendo apropiados por el propio sujeto.



Por regla general, los usuarios llegan a la Comunidad habiendo asumido la categoría adicto. La mayor parte de ellos (96% según los datos internos de la asociación) ya habían realizado anteriormente algún tratamiento, ya fuese en centros de día, en centros ambulatorios o en otras Comunidades Terapéuticas. El paso por los diferentes servicios asistenciales es uno de los elementos que más influyen en la apropiación de la categoría *adicto* en el sujeto. Tal como señalaba Herbart Blumer (1981, p. 10), “nos vemos a nosotros mismos a través del modo en que los demás nos ven o definen”. Se consume así el teorema de Thomas (1928, pp. 571-572) que sostiene que “si los individuos definen una situación como real, esa situación es real en sus consecuencias”. El objetivo de la institución con el sujeto durante el periodo de estancia en la Comunidad es resignificar dicha categoría y hacerla irrevocable.

Uno de los recursos que el usuario más utiliza para demostrar que ha asumido el rol que le es asignado es la forma de comunicarse. Desde el primer momento que entré en la Comunidad tuve la percepción que los usuarios utilizaban un lenguaje que no les era propio, o al menos el suyo habitual. Su forma de expresarse y los términos que utilizaban no correspondían con la persona que su apariencia representaba. Aplicando la metáfora teatral utilizada por Goffman (2017), se percibía la adopción de un personaje distinto al que el usuario encarnaba en condiciones habituales. Esta percepción inicial se confirmó a medida que iba asistiendo a grupos terapéuticos. Necesité un buen periodo de tiempo para comprender en detalle el vocabulario propio de la Comunidad: *Confronto, aceptaciones, entrar en la duda, seguimiento, comparto, referido, incumplimiento, respetarse, escuchamos, poner por delante, agrado, tirar de imagen, acompañamiento, autocuidado*, etc. Se produce un proceso muy particular por cuanto toda esta terminología adquiere un significado diferente al que pueda tener fuera de la Comunidad. Por ejemplo, el término *respetar* se utiliza cuando un usuario no se encuentra bien físicamente por algún motivo concreto y en consecuencia no puede realizar una tarea determinada. “*Estoy respetado*” o “*respétame, que no me encuentro bien*” se puede traducir por “*estoy de baja*” y es una expresión frecuente en el día a día de la Comunidad. Si un usuario está *respetado*, quiere decir que tiene autorización expresa del equipo para abandonar la dinámica del grupo y retirarse a descansar. El término *gestionarse* hace referencia al supuesto análisis introspectivo que debe hacer cada usuario varias veces al

día. El objetivo es que este análisis le permita localizar aquellos pensamientos y/o emociones que le han sobrepasado o confundido en un momento determinado. La directriz institucional es que los usuarios deben realizar esta práctica entre cinco y seis veces a lo largo del día. Se debe realizar individualmente, mínimamente apartado del grupo, anotar en una libreta los pensamientos o las conclusiones que se han extraído y posteriormente compartirlo con algún otro compañero, para que éste lo lea y posteriormente lo firme. Es habitual escuchar a los usuarios comentarios del tipo: *voy a gestionarme, me estoy gestionando poco, o fírmame la hoja de gestión*. El término *autocuidado* se podría traducir por hacer una acción mal hecha. Por ejemplo, cuando el *responsable del día* realiza la revisión de limpieza diaria de la Comunidad y observa que un determinado espacio no se encuentra en las condiciones adecuadas, comunica al usuario responsable de ese *sector* de la casa “*tienes un autocuidado por polvo*” y posteriormente lo anota en el cuadrante que regula el sistema de premios y castigos que rige la Comunidad.

A lo largo del estudio, a medida que han ido surgiendo estos términos, he explicado el significado de algunos de ellos. Otros, no han sido descritos porque no han aparecido en los recortes etnográficos o en el cuerpo del trabajo. He descartado utilizar algunos otros para no saturar al lector y facilitar la comprensión del proceso narrativo. A este extenso vocabulario que se utiliza en la Comunidad se añade un conjunto de frases hechas que son utilizadas repetidamente, tanto durante los grupos como en los diversos actos ritualizados. Sin embargo, la disonancia que se percibe entre actor y personaje en los usuarios va más allá del simple uso de términos específicos.

Ya he comentado en la primera parte del estudio que ni el equipo profesional ni los usuarios hacían referencia en ningún momento a las drogas como sustancia en sí misma. Veamos un breve recorte etnográfico que da cuenta de esta circunstancia.

Samuel se duerme constantemente durante todo la hora y media que dura el grupo. Se va levantando de la silla para tratar de despertarse. Camina unos pasos, acude al baño para refrescarse la cara, o simplemente permanece de pie junto a la silla, para luego volver a sentarse. En un momento dado, un compañero lo despierta y Miguel, que ha estado sujetándolo a lo largo del grupo pasándole el brazo por la espalda, trata de excusarlo:
--

Miguel: *Es que toma una medicación muy fuerte que lo anula como persona.*

Eva: (terapeuta) (dirigiéndose a Miguel) *¿Ves actitudes?*

Miguel: (se queda callado, con cara de sorprendido) *No. ¿Por qué? No he dicho el nombre de la medicación ni he dicho nada incorrecto, ¿no?*

Eva: *Eso de que lo anula como persona no es correcto decirlo... ¿Ves actitudes?*

Miguel: (callado y mirando al suelo. Luego, sube la cabeza y da actitudes de forma nerviosa). *Por mal ejemplo y por poner en riesgo al compañero.*

Eva: *cámbialo*

Miguel: *es que yo alucino a veces...* (En voz baja)

Estas coletillas son poco frecuentes durante los grupos, y en el caso de que se produzcan, suelen ser interpeladas por el terapeuta y tener algún tipo de consecuencia en forma de sanción. En este caso, extrañamente, Eva, no lo ha interpelado. Miguel es, probablemente, el usuario que mayor esfuerzo realiza en contener este tipo de reacciones espontáneas. Su cooperación con el tratamiento y sus ganas de mostrarse adecuado a la situación, chocan con el ímpetu y con la intensidad con la que se lo toma todo. En este caso, tan solo trataba de ser solidario con un compañero, al que trataba de proteger, sin embargo, se ha visto descalificado ante el resto del grupo por Eva. Este tipo de situación se puede considerar una forma de mutilación del *yo* de Miguel, por cómo parece que vive la situación. Probablemente, la misma situación ante otro usuario no supondría una mutilación del *yo* tan determinante. En su caso, por lo que he podido observar, y por lo que he podido hablar con él, inmediatamente después que se produjera alguna acción similar, se debate entre aguantar y permanecer en silencio, o levantarse y reaccionar de forma violenta “*eso me lo dice hace dos meses y le arranco la nuez*” me dijo el otro día después de una discusión con otro usuario.

**Día 45.** Martes, 28 de mayo de 2019. Entrada 8.30h – Salida 15h

En este caso, Miguel, ni siquiera pronuncia el término cocaína o heroína, sino que se limita a describir el efecto de la medicación. Sin embargo, tanto los usuarios como los profesionales sí que los podían utilizar en otros contextos. Los usuarios no los utilizaron en las charlas informales que mantenía con ellos, pero sí que los utilizaron repetidamente en el contexto de la entrevista. Asimismo, en las charlas que mantenía con Jesús utilizó en diferentes ocasiones términos específicos como los mencionados anteriormente. Es decir, el vocabulario variaba dependiendo del contexto. Incluso la temática y el tono de las conversaciones que mantenía con Jesús en el patio no podían darse de ninguna manera en el contexto de un grupo terapéutico.

Durante el descanso de *sectores*, coincido con Jesús en el patio fumando, y charlamos durante unos quince minutos. Me sorprende la cantidad de cosas que me explica sin apenas preguntarle. Tal como suponía, estuvo ingresado en Comunidad por consumo de heroína. Fue la primera persona que obtuvo el alta terapéutica en la Comunidad que ahora dirige. Estuvo un tiempo desvinculado de la institución y luego volvió como voluntario. Al poco tiempo, le ofrecieron incorporarse a la organización como trabajador y ejerció la mayoría de cargos que se pueden realizar en la asociación (por ejemplo, puso en marcha el programa de jóvenes). Me explica que también estuvo ingresado en otra Comunidad y que fue expulsado por un falso positivo “*di positivo por alcohol, cuando no me he bebido ni una cerveza en mi vida. Lo mío era la heroína*”. Percibo en el comentario, y en la forma de expresarlo, cierto orgullo yonqui (es habitual en los consumidores de heroína despreciar el consumo de otras sustancias, sobre todo con relación al alcohol) “*años después me enteré qué me habían expulsado por una cuestión de cupos. Por el tema de las subvenciones, necesitaban una plaza libre para dársela a alguien, de alguna otra Comunidad Autónoma, y me tocó a mí*”.

**Día 6.** Viernes, 1 de marzo de 2019. Entrada 11h- Salida 14h

Comentaba anteriormente que durante los encuentros con el equipo en la cocina no había percibido una diferencia entre el tipo de discurso que mostraba el equipo en ese contexto y el que ofrecían ante los usuarios. Ciertamente, el equipo no utilizaba un doble discurso. La perspectiva institucional es sólida y está firmemente enraizada en las convicciones de los profesionales. Esto no excluye, sin embargo, que el equipo no sea consciente –parafraseando a Bourdieu (2008)- del poder estructurante de las palabras y en consecuencia modifique su

vocabulario en función del contexto. Resignificar los términos ayuda a modificar la realidad social. Esta lógica está presente en todos los aspectos comunicativos que componen el modelo de intervención. No es lo mismo hablar de *castigos* que de *restituciones* y no es lo mismo hablar de *usuarios* que de *internos*. Omitir los términos referidos a las drogas o resignificar las palabras forma parte del tipo de prácticas invisibles o casi invisibles que articulan el modelo de intervención.

Hemos visto a lo largo del trabajo, en diferentes recortes etnográficos, como el equipo utiliza el lenguaje y los intercambios lingüísticos, como una herramienta más del modelo de intervención. No es casual que dentro del listado de actitudes sancionables aparezca la actitud “argot callejero”, ni que sea una de las *actitudes* más utilizadas por los propios usuarios para *confrontarse* entre ellos. No se trata simplemente de no poder utilizar términos considerados no adecuados por la perspectiva institucional, sino de corregir todo *acto de habla* (Austin, 1971). Adquirir un lenguaje neutro y plagado de términos terapéuticos forma parte del moldeamiento al que están sujetos los usuarios. En la primera fase del programa se incide sobre todo en este tipo de cuestiones a base de repeticiones constantes. Se utilizan dos vías para modificar e intervenir en estos aspectos, la intervención directa mediante la práctica del *confronto*, en el que se utiliza la sanción como forma de encauzar la conducta, y el aprendizaje por imitación o lo que podríamos denominar *aprendizaje situacional* al observar en el resto de usuarios cuál es la forma adecuada de comportarse en el contexto de la Comunidad. En el siguiente recorte etnográfico plasmo las dudas que me generaba el uso de la sanción para corregir este tipo de moldeamiento.

Durante la *trovada* de segunda y tercera fase he recogido uno de los tantos momentos en los que Susana se muestra irrespetuosa con los usuarios. Utiliza el poder que otorga su posición de una forma bastante grosera. Siempre lo hace en *trovada*. Hoy, Víctor, ha comunicado que ayer se fue a echar la siesta porque no se encontraba bien. Pidió permiso al educador de tarde y este se lo concedió. Susana, basándose en lo que ha argumentado otro usuario, le recrimina que se marchó a dormir para no tener que entrar en fregada, y no porque realmente estuviese enfermo. Cuando Susana está cuestionando su argumento y pidiéndole actitudes, Víctor la interrumpe.

Víctor: *Es que no veo actitudes. Me encontraba mal, de verdad. Y el educador me dio permiso. Estaba respetado*

Susana: *¿Te he dado paso? No, ¿verdad? Pues te callas. Hay una norma que dice que si te piden actitudes las tienes que dar.*

Víctor acaba dando actitudes. Interrumpir a un miembro del equipo o a un compañero mientras habla es una de las acciones que más se corrigen en Comunidad. Habitualmente, sucede cuando dos usuarios, durante cualquier grupo, entran en discusión o simplemente dialogan, pero en algunas ocasiones también se produce entre usuario y miembro del equipo. Resulta verdaderamente complicado para los usuarios (y para cualquier persona) mantener una conversación -en muchos casos acalorada- respetando el turno de palabra meticulosamente. Esto propicia situaciones cómicas, ya que cada vez que sucede el responsable de día o el terapeuta detiene la conversación y pide actitudes:

Esta situación se puede repetir durante varias veces en un espacio de tiempo corto y, por tanto, la conversación se interrumpe constantemente. En un momento u otro, les sucede a todos los usuarios, pero a algunos de ellos les pasa más a menudo. Es el caso de Manel, por ejemplo, que acaba *entrando en silencio* en muchas ocasiones por este asunto. La lógica del tratamiento dice que si el usuario aprende e interioriza este tipo de situaciones se estará trabajando la impulsividad. La repetición continuada le ayudará a actuar de forma menos impulsiva en su comportamiento en general y en consecuencia trasladará este aprendizaje en su relación con el consumo de drogas. Sin embargo, el caso de Manel parece una prueba evidente de que el usuario no interioriza este tipo de intervención. Ya no con relación al consumo de drogas -eso es imposible de determinar- sino en el simple hecho de respetar el turno de palabra. Desde el primer día que vi hablar en grupo a Manel, hasta hoy, su comportamiento con relación a este asunto no ha variado en nada.

**Día 71.** Martes 12 de noviembre de 2019. Entrada 9h – Salida 16h

En este recorte también se observa otro tipo de intervención sobre el aspecto comunicativo. La regulación sobre cuando y donde hablar. Regular el turno de palabra de forma tan severa es el ejemplo más evidente de cómo se administra la palabra, pero también se utilizan otros recursos más sutiles. Al observar en perspectiva la vida social de la Comunidad se observa que no solamente se regula obsesivamente el *no hablar*, mediante la administración del turno

de palabra y mediante la imposición del *entrar en silencio*, sino que todo acto hablado tiene destinado un espacio para hacerlo. Por ejemplo, el grupo de *trobada* está dividido en secciones y cada sección está destinada a hablar sobre un aspecto determinado: en una sección el usuario explica cómo se siente en ese momento, en otra, se habla sobre aspectos conductuales, otra, está destinada a la distensión y al humor, etc. Para hablar sobre el pasado hay un espacio denominado *histórico* en el que rotativamente, cada semana, un usuario explica a toda la Comunidad su historia familiar a partir de un genograma. La conversación en parejas, si bien puede darse libremente durante los espacios de descanso, también se sitúa en un espacio concreto. Para ello, se utiliza la herramienta denominada *comparto* en la que los usuarios, por parejas, conversan sobre un tema determinado y durante un espacio de tiempo concreto (alrededor de veinte minutos). Cada usuario debe realizar entre dos y tres *compartos* diarios con diferentes compañeros. Deben programarlos con anticipación, no repetir ni el tema sobre el que se ha conversado ni la pareja con la que se ha *compartido*, y al final del espacio cada par debe firmar al otro la *hoja de compartó* para que quede constancia que se ha llevado a cabo. Se pueden realizar a diferentes horas del día, pero los usuarios suelen concentrarlos justo después de la comida porque es el espacio de descanso más prolongado. Para hablar sobre aspectos sexuales también hay un grupo terapéutico concreto. Para trasladar una disconformidad sobre alguna medida implementada por el equipo se utiliza la *asamblea*. Para que el usuario hable con los miembros del equipo también hay un protocolo establecido. Si pretende realizar una consulta concreta, primero debe comunicarlo al responsable de día y este lo trasladará al miembro del equipo correspondiente. Y si pretende mantener una conversación más larga, solicitará turno para mantener un *coloquio* con él o ella. Cuando dos usuarios mantienen un vínculo demasiado estrecho, se les prohíbe hablar mediante la imposición de *límites*. Y cuando el usuario se encuentra fuera de la Comunidad, en vez de tener conversaciones espontáneas con sus familiares, se le obliga a realizar *compartos*. Durante las salidas tampoco puede hablar con aquellas personas que referencien al usuario su etapa de consumo, ni hablar con usuarios que hayan abandonado la Comunidad o hayan sido expulsados. En el interior de la Comunidad no se puede hablar ni de política, ni de religión, esto es, de nada que pueda implicar choque o conflicto interindividual. Y por descontado, en los dormitorios se establece un régimen de silencio obligatorio.

Durante el espacio se suceden los reproches entre los usuarios con relación a pequeños incidentes de convivencia. El suceso más destacable, y el que ocupa más tiempo, sucedió ayer por la noche en *Torreta* (la parte de la casa exclusiva para las mujeres). Ayer por la noche, el voluntario que se queda a dormir (durante las noches no hay ningún miembro del equipo profesional en la casa) escuchó unas risas a las 22h en una de las habitaciones. A esta hora, las usuarias ya deben estar en silencio absoluto para respetar el descanso de las compañeras. Eva les pregunta si estaban explicándose “*batallitas de consumo*”. Lo niegan, argumentando que tan solo se rieron dos veces por comentarios graciosos, y que estos, no tenían nada que ver con el consumo. Uno de los *caps de grup* (Jordi) les comenta: “*así se empieza. La habitación es para descansar. Nosotros, cuando llegábamos a la habitación, nos íbamos a dormir directamente sin hacer ningún ruido. A descansar. Aquí, se trabaja mucho durante el día, y por la noche, si no descansas, mal vas. Además, se empieza por eso y después...*”.

**Día 2.** Miércoles, 6 de marzo de 2019. Entrada 8:30h – Salida 13h

A ello, todavía podríamos añadir otra circunstancia relacionada con la forma de comunicarse del usuario. Se ha podido ver a lo largo de diferentes fragmentos etnográficos como el trato que el equipo dispensa a los usuarios se caracteriza por ser un tipo de trato infantilizado. Recurrentemente, se utilizan expresiones en las que se acusa a los usuarios de mantener un comportamiento infantil. Es interesante observar que en realidad es la institución quien se encarga de promover que el usuario no se comporte como un adulto, obligándole, por ejemplo, a pedir permiso en cada acción que quiera realizar. Incluso, cuando el usuario se encuentra fuera de la Comunidad, también se regula exhaustivamente las diferentes formas de comunicación. Veamos un ejemplo de Alfonso en el que explica las dificultades que le comporta comunicarse con su hijo telefónicamente.

Sergi: *Y, al contrario, ¿hay alguna norma que no compartas? O sea, ¿que no le veas el sentido y que no la cumplas? Es decir, ¿Hay alguna norma que no la cumplas y que no lo comuniques al equipo?*

Alfonso: *Yo por ejemplo a lo mejor hay alguna cosa que en casa a veces... No sé, por ejemplo: hay unos límites con el tema del café, de la coca cola, a tal hora no; a la hora de llamar, por*



*ejemplo, te lo tiene que marcar el seguimiento, preguntar por tal y tal... Hay cositas de esas que al final está el seguimiento al lado y, voy a llamar a mi hijo, y lo llamo, y no lo cumplo.*

*Sergi: No lo entiendo. ¿Quieres decir que no puedes llamar a tu hijo?*

*Alfonso: No, no. Sí que lo puedo llamar. Lo que no se puede hacer es marcar tú mismo el teléfono. Te lo tienen que marcar y luego pasártelo. Entonces a veces del rollo toma, márcame, y mi mujer me dice ¿y no puedes marcar tú? Y al final es que ya paso...Cojo el teléfono, marco y llamo a mi hijo. Eso no lo comunico porque no tiene ningún sentido y no entiendo de qué sirve eso.*

*Sergi: ¿Lo has preguntado alguna vez al equipo?*

*Alfonso: No, no. Pero bueno, ya me imagino lo que me dirán. Me dirían: trabájatelo. Así te trabajas la frustración. Sí, me dirían eso.*

*Sergi: Pero no lo sabes. Igual te sorprende si lo preguntas...*

*Alfonso: No, Sergi... hay cosas que es mejor no preguntar.*

### **Transcripción entrevista Alfonso**

Viernes, 12 de julio del 2019

Hasta ahora hemos visto que la institución interviene en aspectos que incluyen el modo de hablar, el que hablar, con quien hablar, y el que no hablar. Sin embargo, la sutileza del modelo de intervención también incluye intervenir en un tipo de expresión más etérea. Utilizando otro término goffmaniano se pretende controlar también la expresión que *emana* de él (Goffman, 2017, p. 16).

Alex tiene cuarenta años, cabeza rapada, moreno de piel, baja estatura y facciones muy marcadas. María le emplaza a explicar de forma rápida su historia de vida. De los catorce a los dieciséis estuvo ingresado en un Centro de Justicia Juvenil por robo. Al salir, empezó a consumir cocaína con su tío en el bar de éste, donde lo ayudaba. Sus padres se divorciaron cuando él tenía seis años y su padre desapareció al cabo de poco tiempo. Habla de su

madre como una mujer muy trabajadora “*solo la veía por la noche porque estaba todo el día trabajando*”. A los dieciocho años ingresa en prisión por robo con violencia hasta los veintiséis. En prisión empieza a consumir heroína. Al salir de prisión trabaja en diferentes cosas, pero en espacios de tiempo muy cortos. Ingresa en prisión varias veces por delitos menores y hace varios programas de drogas en otras asociaciones. En total veinte años institucionalizado.

Al finalizar Alex, María dirige la conversación al punto que pretendía tocar. Explica que tiene la sensación que Alex utiliza su personalidad y su carisma para imponer respeto al resto de usuarios “*te pones ahí en un lado del patio, solo, con la capucha y las manos en los bolsillos y das una imagen taleguera. Y lo sabes. La mayoría de usuarios no se atreven a confrontarte, creo que te tienen miedo, o al menos respeto. Ya sé que no has hecho nada para que te tengan miedo, pero tienes de ser consciente de lo que transmites. La forma de dirigirte al resto, o las formas de mirar a tus compañeros, hace que ellos no sean capaces de contradecirte. La parte buena de esto, es que haces funcionar el patio perfectamente, pero no puede ser que tus compañeros hagan las cosas por tenerte respeto. Tienes que aprender a ser un líder positivo. Intenta ser más delicado y dejar el personaje de tío peligroso que ha estado media vida preso*”.

Alex: *Es que no te entiendo, ¿Qué quieres que haga?*

**Día 57.** Jueves. 17 de octubre de 2019. Entrada 10h – Salida 15h

Por último, he dejado el caso de David para el final de la investigación porque creo que puede ayudar a explicar las dificultades con las que se encuentran generalmente los usuarios durante el periodo de institucionalización.

## **6.5. El caso paradigmático de David**

David tiene cuarenta y cuatro años, estatura media, castaño, fibroso y de aspecto más bien juvenil para su edad. Acostumbra a ir vestido con chándal y deportivas de la marca Adidas.

De Santa Coloma de Gramanet. Semblante alegre y cercano. Empezó a consumir heroína a los veintidós años cuando ya tenía dos hijos. Con treinta dos años tuvo a su quinta hija. Esta niña falleció y al fallecer dejó la heroína por su cuenta durante un tiempo. Al morir su hija se separó y se quedó con dos de sus cuatro hijos. Dos años después reinició el consumo de heroína y después de un tiempo decidió ingresar en una Comunidad.

Se define, con orgullo, como un trabajador *“he trabajado siempre, toda la vida. De jovencito montaba aluminio y demás, y luego a los veinticuatro años que estuve un tiempo bien, me saqué el carné de camión y hasta ahora he estado con el camión. Ahora estoy cobrando la baja, la primera vez que la cobro en mi vida”*. Es el único usuario de la Comunidad que muestra a través de su narrativa una clara conciencia de clase y con el único que mantuve conversaciones de carácter político durante las charlas informales en el patio. Esta circunstancia provocó situaciones inverosímiles.

Después de que acabar de descargar el camión con la comida del *banc del aliments* me he quedado un rato charlando con David en la despensa. Mientras cargábamos las neveras y descartábamos las piezas en mal estado, íbamos charlando animadamente. La conversación ha derivado al tema más candente en estos momentos. En los medios no se habla de otra cosa que del juicio a los presos políticos condenados por el referéndum del 1 de octubre en Cataluña. Es prácticamente imposible no hablar sobre ello en cualquier conversación que mantengas en el exterior, pero en la Comunidad no he escuchado ni una sola referencia sobre el tema.

*-A mí, la verdad, es que me importan dos cojones los políticos Sergi. Pero esto que les están haciendo es una putada... Yo fui a votar el 1 de octubre. Por mis cojones que fui. Estaba con el camión por Galicia y vine expresamente. Vine y voté.*

*-Me da, no sé qué David, que tú eres un poco de izquierdas...*

*-Bueno, yo no sé nada de política, pero siempre...*

En ese momento entran a la despensa Franc y Marina. Después de saludarnos, Franc, le pide *actitudes* a David.

*-Compañero, ¿ves actitudes por hablar de temas políticos?*

-Sí, *actitudes por pasotismo y mal ejemplo.*

-*Cámbialo.*

**Día 26.** 17-04-19 Miércoles, 17 de abril de 2019. Entrada 8.30h - Salida 15h

Este incidente supuso para David entrar en silencio durante dos días. A pesar de que ya llevaba dos meses de trabajo de campo en la Comunidad, yo no conocía esa norma en particular. Esto es algo habitual en el proceso de aprendizaje social de la Comunidad. Al no existir una normativa escrita, el recién llegado aprende la normativa comunitaria a través de la observación, la imitación o el error. Si en el contexto de la Comunidad ese comportamiento no se produce con frecuencia, no tiene posibilidad de observarlo y, por tanto no llega a conocer esa norma concreta hasta el momento en que la infringe. Hablé con el equipo terapéutico en privado y les comenté la situación. Me excusé por el incidente y asumí mi responsabilidad por iniciar una conversación de carácter político. El equipo no le otorgó ninguna importancia al caso, pero a pesar de mi petición, mantuvo la sanción a David. Jesús me lo explicó en los siguientes términos: “*Sergi, tú no lo sabías, pero el sí. Aunque empezaras tú la conversación, él te lo tenía que haber dicho y dejar el tema*”. David utilizó el incidente para bromear conmigo durante el resto del proceso. Cuando charlábamos en el patio, hacía ver que iniciaba una conversación política y yo me veía obligado a detenerlo “*es como si estuviéramos en una dictadura*” me dijo mientras reía. (Diario de campo, Día 45. Martes, 8 de mayo de 2019).

David conserva un aspecto saludable a pesar de mantener un consumo de heroína sostenido durante más de veinte años. Combinaba el consumo de heroína con el de metadona. Se inyectaba la mitad de la dosis que recogía diariamente en el *Centre d’Atenció Sociosanitaria* (CAS). El proceso de ingreso a la Comunidad lo gestionó él personalmente “*yo toda la vida he querido dejar la droga, pasa que ibas al CAS y te daban metadona y era más droga para mí, no la solución. Y luego el psiquiatra del CAS no quería enviarme a una Comunidad. Siempre me daba largas y decía que las Comunidades no sirven. Siempre me decía que había estudios sobre eso. Hasta que, mirando por internet, de casualidad, vi esto. Tenía que hacer*

*algo, no sabía dónde, pero miré entrevistas que había en internet y demás y el que más porcentaje de éxito tenía era este*". Esta circunstancia es característica de muchos de los ingresos que se producen en la Comunidad. Si el proceso de derivación desde el recurso público se complica, se alarga, o el usuario no está dispuesto a esperar durante varios meses para que le otorguen plaza subvencionada, tiene la posibilidad de buscar una organización por su propia cuenta. Muchos usuarios ingresan en esta Comunidad por esta vía, al ser la única asociación que ofrece sus servicios de forma completamente gratuita.

Por otro lado, su opinión sobre la función del programa sustitutivo de metadona es compartida por la totalidad de usuarios que utilizaron este programa en algún momento de su carrera de consumo. Durante mi estancia en la Comunidad, ocho usuarios habían formado parte de este tipo de programa. Al preguntarles sobre su experiencia con la metadona todos manifestaron de una u otra forma que la metadona, había sido un problema añadido a su situación y en muchos casos había hecho aumentar el consumo de otras drogas. Igual que David, siete de los ocho usuarios también solían darle una finalidad diferente a la prescrita, al utilizarla como intercambio por otros tipos de drogas. Sin embargo, era el único usuario que la utilizaba para administrársela inyectada por vía intravenosa. Al ingresar en la Comunidad, David seguía inscrito al programa de metadona.

Sergi: *¿Por las noches te cuesta dormir?*

David: *¡Qué va!*

Sergi: *¿Tomas medicación?*

David: *No, pero entré aquí tomando metadona.*

Sergi: *Dejaste la metadona aquí ¿Y lo has pasado sin pastillas para dormir?*

David: *Sin nada, lo pasé mal. Lo pasé chungo en cada bajada, entré con cuarenta y cinco, a partir de quince para abajo, lo empecé a pasar mal. Te lo bajaban cada semana, me tiraba tres días mal, que no dormía nada, abstinencia, tres días cuando se me estabilizaba el cuerpo, y otra vez me la bajaban.*

Sergi: *¿Seguiste llevando la dinámica normal de la casa?*

David: *Sí, sí. Fue jodido. Me pasaba las noches sin dormir, dando vueltas por la cama y luego aguanta el ritmo de aquí.*

Sergi: *Tiene mucho mérito dejar la metadona.*

David: *Las pasé canutas. Pero yo ya lo había dejado antes también, cuando lo de la niña. Me metí en una clínica de desintoxicación. Una semana estuve ahí. Pero para entrar y hacer la desintoxicación te exigían estar en treinta de metadona, y yo estaba a ciento veinte. Engañaba al médico del CAS, el médico me daba eso, pero el resto lo compraba. Te lo quitan en una semana pensando que estás en treinta y claro... Cuando yo me fui para mi casa, tres meses sin dormir me tiré. Pasa que como tenía tan fresco lo de la niña, por fuerza de voluntad, pero era insostenible. Tres meses sin pegar ojo.*

Sergi: *¿No tomaste pastillas ni nada?*

David: *Nada.*

Sergi: *Además, con el duelo.*

David: *Hice una promesa, hasta que no la cumplí no paré.*

Uno de los argumentos que más suele repetir el equipo durante los grupos terapéuticos es que el usuario no debe realizar el esfuerzo que supone el tratamiento por ningún factor que sea externo a él. Según la perspectiva institucional, la motivación para mantenerse en la Comunidad, acabar el programa y llevar una vida sin consumo no puede obedecer a una motivación exterior, como puede ser el caso de la familia o una pareja sentimental “*se debe hacer por uno mismo*” (Eva. Diario de campo, 29 de abril de 2019). Sin embargo, la narrativa de los usuarios suele indicar justo lo contrario. El caso de David es un caso extremo, porque se da la circunstancia del fallecimiento de su hija, pero en la mayor parte de usuarios se advierten procesos de motivación similares. De las conversaciones mantenidas con ellos y de los argumentos utilizados durante los grupos terapéuticos se puede extraer que cuando el

sujeto se enfrenta a una situación tan precaria y desconcertante como la que suele producirse antes del ingreso, el principal movilizador para el cambio suele ser ajeno a él mismo.

Durante los momentos que compartía en la cocina con los miembros del equipo pude apreciar la buena consideración que tenían todos ellos de David, especialmente Jesús, que siempre parecía mantener un vínculo más estrecho con los usuarios cuya sustancia principal de consumo era la heroína. Este vínculo especial se podía apreciar en los comentarios informales que Jesús hacía sobre él, pero no se traducían en un trato diferente o más indulgente, sino, más bien, en todo lo contrario. Esta lógica parecía operar de forma sistemática en las decisiones que tomaban los tres miembros del equipo que anteriormente habían sido usuarios de la Comunidad. Cuanta mayor consideración parecían mostrar por un usuario, más estrictos eran al tomar decisiones sobre él. David fue expulsado en dos ocasiones, en otra, lo rebajaron de *fase* y en otra ocasión fue puesto *fuera de estructura*. Asimismo, fue uno de los usuarios que en más ocasiones *entró en silencio*.

En todas estas ocasiones se daba un patrón común en su comportamiento. David comprendía y compartía de forma rigurosa la perspectiva institucional. Se podía apreciar en sus decisiones un firme convencimiento en la normativa comunitaria, así lo manifestó, también, durante la entrevista. Sin embargo, había una norma que, aunque le encontraba sentido a nivel colectivo, él no la seguía. Este fue el principal motivo por el que fue sancionado la mayor parte de veces.

Sergi: *En referencia a las normas de la Comunidad, tanto las que debes cumplir aquí como las que debes cumplir cuando estás de salida, ¿hay alguna norma que no entiendas o que no la compartas?*

David: *Todas tienen sentido. Lo que pasa es que todas no son para todos, digamos, pasa que esto es una comunidad y aunque una norma a ti, no te sea de utilidad, esa norma es para todos, no se puede hacer una norma para cada persona. Entonces, quizás tú no tienes problemas con el juego, por decir algo, y hay una norma que se refiere a eso y todos la tenemos que cumplir, aunque tú no tengas problemas con eso. Todas tiene sentido en realidad.*

Sergi: *Y lo contrario, cuando hay una norma que no compartes o que piensas que es una tontería.*

David: *Yo las entiendo todas, pero hay una que me cuesta mucho cumplir, que es la de poner por delante a los demás. Yo le encuentro el sentido. Sé que tiene un sentido a nivel colectivo, pero a mí personalmente me es complicado. Me cuesta.*

Sergi: *¿Confrontar?, ¿o poner por delante?*

David: *Confrontar directamente, no tanto, pero poner por delante, sí. Me siento como chivato.*

Recordemos que la herramienta *poner por delante* consiste en anunciar (se podría decir denunciar) ante toda la Comunidad y durante la práctica del *escuchamos*, una actitud no adecuada por parte de un compañero. A diferencia del *confronto*, al *poner por delante*, el usuario no se dirige a su compañero de forma personal para advertirle sobre la actitud, sino que lo hace de forma pública. Se considera que esta práctica ayuda al usuario a dejar de ser deshonesto, aunque ello implique romper códigos de lealtad. Se entiende que el usuario se encontrará con situaciones similares cuando no esté ingresado en Comunidad y que, por tanto, debe practicar este tipo de situaciones.

Sergi: *Te quería preguntarte sobre esto precisamente. Lo que te pasó el otro día, que hubo una situación, ¿cómo fue? Lo que pasó de comentar que alguien se había enrollado con alguien. Y tú decidiste no decir quien lo había dicho.*

David: *Ya salió a la luz, pero por otra persona, no porque lo dijese yo.*

Sergi: *¿Hubo presión grupal un poco para que lo dijeras?*

David: *Sí.*

Sergi: *¿Por qué no lo dijiste?*

David: *Porque me siento mal conmigo mismo, porque voy en contra de mis valores, en realidad, creo que estoy haciendo más daño que bien, creo que no está bien chivarse.*



Sergi: *¿Aunque sea terapéutico?*

David: *Yo lo entiendo, a nivel terapéutico, lo entiendo que si no todo es taparse. Pero me cuesta. Cada uno tiene sus dificultades.*

Sergi: *La mayoría de usuarios cuando se encuentran en una situación como esta optan por revelarlo, pero tú no dijiste nada.*

David: *Estuve en silencio tres días y luego me pusieron fuera de estructura.*

Sergi: *¿Y cómo pasaste esos días?*

David: *Bueno, te pones a...*

Sergi: *Porque yo la reacción que vi, fue, que no la habías entendido, sobre todo cuando te pusieron fuera de estructura.*

David: *En realidad me la vi encima porque ya me dijeron, cuando hablé con María y con Susana, me dijeron: ¿ahora qué hacemos contigo? Yo pensaba que me expulsaban en realidad, más que por lo que yo había tapado, por las consecuencias que tuvo. Pero claro, es que luego me querían meter la norma sí o sí. Y no, yo entiendo que la norma es lo que es, pero... Al final ya me dijo: tienes que hacer una lista honestidades. Pero no la hice. Y al final ni me pidieron lista de honestidades ni nada.*

El día que sucedió este incidente, los miembros del equipo manifestaron opiniones muy diferentes al respecto sobre las medidas que se debían tomar. Como solía pasar habitualmente cuando surgía algún acontecimiento importante, el tema ocupó la mayor parte del tiempo de desayuno. Susana y María (exusuarias) coincidían en mantener a David “*fuera de estructura, hasta que pase por el tubo. Si se ha de pasar un mes que se lo pase*”. Gerard opinaba que se debía seguir hablando con él “*es una persona muy razonable. Es muy terco, pero estoy seguro de que acabará entrando en razón*”. Eva apostaba por “*organizar un confronto directo*”. Esta técnica se utilizaba muy puntualmente en la Comunidad.<sup>14</sup> Tan solo en una

<sup>14</sup> Se trata de una variación de la técnica anteriormente descrita como *técnica de la silla caliente* pero sin que se utilicen formas degradantes ni siguiendo pautas tan ritualizadas. Por ejemplo, no se sitúa al usuario en el centro

ocasión se utilizó durante mi periodo de trabajo de campo. Jesús, tal como solía hacer la mayor parte de veces, se reservó su opinión para el final *“no podemos hacer nada. Lo dejaremos pasar. Yo también pensaba como vosotras dos, pero no entregará la lista de honestidades aunque esté dos meses fuera de estructura. Es un chico muy duro. Dejarlo estar, no se va a quebrar. Aún no está a punto, se ha de caer él solo. Que mañana vuelva a la dinámica normal. Hacer ver como si nada, como si se nos hubiese olvidado”*. Me sorprendió la decisión de Jesús porque siempre se había mostrado especialmente rígido con David.

La mayor parte de fines de semana, David, debía permanecer en la Comunidad sin tener la posibilidad de salir de permiso y pernoctar en casa de su madre que era la figura que realizaba la función de *seguimiento*. No podía acudir a casa de su madre, porque se producía una situación especial en su entorno familiar, al existir lo que se denomina institucionalmente un *factor de riesgo*.

Sergi: *Has comentado alguna vez que tu hermano es consumidor y que por eso no acudes tanto a casa. ¿Es consumidor de heroína?*

David: *Sí.*

Sergi: *¿Y tiene una situación parecida a la que tú tenías?*

David: *Sí, no se ha inyectado nunca, pero da igual la vía por la que la administres. Te destroza igual, quizá no es tan agresivo físicamente, pero la abstinencia es la misma, lo que te hace hacer es lo mismo, te destroza la vida igual.*

Sergi: *¿Y no tienes muy buena relación con él?*

David: *Sí que tengo buena relación con él. Es mi hermano, lo quiero mucho. Pero lo único es que no me interesa, no me conviene ahora. Toda la vida hemos consumido juntos.*

Sergi: *¿Y él no se ha planteado ingresar?*

---

del círculo formado por el resto de usuarios. Este aspecto disminuye el impacto que ejerce la presión grupal sobre el individuo.

David: *Cuando yo entré aquí, al principio de entrar aquí, hablé con él y lo convencí. Fue donde Maite, a la sede central de la asociación, y dio la entrevista larga. Cuando Maite le planteó que esto sería como mínimo nueve meses, fue dos veces a la entrevista y ya no fue más.*

En el momento de realizar esta entrevista, David, había empezado a realizar salidas de la Comunidad. Dos semanas antes, entre toda la familia, habían pactado que su hermano se marcharía del domicilio materno durante el fin de semana para que David pudiese pasar esos días junto a su madre.

Sergi: *A pesar de lo duro que puede ser estar en comunidad, ¿tú crees que después, una vez que acabes, tendrás buen recuerdo?*

David: *Lo tengo ya. He pasado algunos momentos difíciles, pero yo desde el primer día que ya tengo buen recuerdo. Yo vine con las ideas muy claras, yo sabía que cambiar mi vida pasa por aquí. Todo esto que dice la gente de querer irse, a mí no me ha pasado en ningún momento, se me ha hecho más duro ahora, al salir, por ejemplo, volver sí que se te hace un poco pesado, pero al final tengo buen recuerdo.*

Sergi: *¿Te cuesta volver?*

David: *Es que ya ves que respiras aire libre, pero el otro día me pasaba lo contrario, llegué aquí y ver la cocina... Como ya me queda poco para esto. Al final se coge cariño.*

Sergi: *De hecho, te quería preguntar, primero, si hay alguna cosa que echas en falta en el día a día de la comunidad.*

David: *La música, ahora que he salido unas cuantas veces, lo primero que hago es ponerme música. Echaba mucho de menos escuchar música.*

Sergi: *¿Y al contrario? Es decir, cuando estás en tu casa, ¿echas algo de menos de la Comunidad?*

David: *Quizás las horas tan marcadas, el orden. A lo mejor no tan estricto, pero el orden creo que me viene bien. Soy muy desorganizado. Creo que me viene bien.*

Sergi: *¿Cómo te sientes cuando sales?*

David: *Salí con mucho miedo. Salí con un montón de miedo, de a ver cómo cuando viera un bar o viera gente consumiendo. De hecho, la semana antes de salir estuve enfadado toda la semana, pero era miedo lo que tenía. Pero ahora, al verme en la calle, me siento tranquilo, súper fuerte. Sé que eso está ahí, la cabeza te puede llevar a donde no quieres, pero me siento bien, me siento libre. Siento que mi cabeza funciona otra vez como dios manda. Me da la sensación de libertad.*

Sergi: *¿Recuerdas haber pasado momentos malos en Comunidad, momentos de llorar?*

David: *No he llorado desde que estoy aquí, no sé qué me pasa. Hice el histórico el otro día, hablando, hablando de todo y tengo algo ahí que no me deja. Y me han dado, pero de ninguna manera. No me sale, no me sale, tengo como un bloqueo ahí que cuando esté a punto de conectar me...*

Sergi: *¿Pero antes llorabas?*

David: *Sí, yo soy muy llorón.*

Sergi: *Pero aquí, ¿cómo que te has puesto fuerte?*

David: *Desde que pasó lo de la niña, desde que pasó lo de la niña me cuesta mucho. He llorado en momentos puntuales. Por ejemplo, estando aquí murió mi abuelo, salí para el entierro y hubo un momento en que cuando vi el cuerpo, lloré, pero cuatro lágrimas y no pude llorar más. A ver si me desbloquean aquí antes de salir (riendo).*

Dos semanas después, David, salió de permiso y no volvió a la Comunidad. Cuatro meses más tarde ingresó su hermano Marcelo. Le pregunté por David y me comentó que no tenía contacto con él, que sabía que estaba “*dando tumbos por ahí*”. No volvimos a hablar sobre el tema porque conocía la normativa comunitaria referente a “no hablar sobre personas tóxicas”. Como sucedió con otros usuarios, las palabras de David durante la entrevista y la forma que tenía de hablar del tratamiento no me hicieron pensar que poco después lo abandonaría. Lamenté mucho por él que dejara la Comunidad.

---

## Conclusiones

Pasados cuatro años de mi periodo de trabajo de campo en la Comunidad, he tenido noticias de algunos de los usuarios con los que coincidí durante este tiempo. Algunos de ellos realizaron todo el proceso terapéutico, que incluye la extensa fase denominada de *reinserción* y alcanzaron el alta terapéutica. Tengo noticias muy positivas de algunos de ellos a los que esta experiencia les ha resultado efectiva y funcional. Otros, dejaron el programa mientras realizaban las visitas ambulatorias que contempla esta fase. Por lo que sé de ellos, a algunos les han ido bien las cosas y a otros no. De la gran mayoría de ellos no he tenido más noticias. El escenario que se le plantea al usuario una vez finalizada la estancia en la Comunidad suele ser incierto. La mayor parte de veces esta estancia es un elemento añadido a una extensa trayectoria institucional que no finaliza después de la fase en la Comunidad. El contacto con las diferentes instituciones resocializadoras ya sea de corte terapéutico, social o punitivo, suele ser una constante una vez finalizada la experiencia de la Comunidad.

En las páginas que siguen expondré los hallazgos más relevantes de una tesis que se ha propuesto acercarse “desde dentro” a lo que sucede en una Comunidad Terapéutica para *drogodependientes*. El objetivo ha sido explorar la morfología social de este lugar tan determinado para poder comprender el entramado de discursos y prácticas que conforman el modelo de intervención institucional y lo hacen legítimo y necesario. Para ello, utilizaré tres ejes que me permitirán anudar discursivamente la realidad que la práctica etnográfica me ha permitido conocer –siempre es así- de forma parcial y fragmentaria.

El primer eje de estas conclusiones gira alrededor del papel asignado que tiene cada uno de los protagonistas de la vida social de la Comunidad. La construcción social que se ha hecho en torno al tema de las drogas a partir del paradigma prohibicionista, marca de forma sustancial la puesta en escena que despliega cada actor (tanto usuarios como no usuarios) en el rol que debe acometer durante su estancia en la Comunidad. El ingreso en una Comunidad Terapéutica debido al consumo problemática de sustancias viene precedido de una categorización social del sujeto. La persona que entra en la Comunidad es portadora de una serie de disposiciones vinculadas de forma directa a las consecuencias que genera el

paradigma prohibicionista. Lo hemos visto al principio. El usuario llega a la Comunidad con un estigma asumido, identificado como un sujeto *anormal*, en este caso en tanto que amoral, puesto que su defecto tiene que ver con su adicción no a la droga, sino a lo que la droga supone, es decir, al mal. Esta identificación como sujeto errado –errar es sinónimo de equivocarse y de desviarse al mismo tiempo– al que hay que sanar, condiciona la forma en la que dramatiza su actuación. Todos los individuos que participan en la actividad que se desarrolla en la Comunidad cooperan entre ellos y se relacionan de forma coherente y sistemática para afrontar el papel que demanda la situación. El equipo profesional realiza el papel de sanador, el usuario el de enfermo y asistible. Todos ellos se identifican y cooperan consciente y/o inconscientemente con la estructura previa que plantea la institución. Es decir, la puesta en escena del *yo* –en cuanto al concepto que se han formado de sí mismos– (Goffman, 2017, p. 33) viene derivada de las disposiciones socialmente inscritas en el cuerpo de todos los actores presentes en la Comunidad (Bourdieu, 1988).

La vida social de la Comunidad fluye a través de procesos rituales, cotidianos y rutinarios. Un conjunto de micro reglas ceremoniales que funcionan conectando las obligaciones y las expectativas y que permiten poder prever la necesaria previsión de la acción del otro y así reproducir un orden societario tan particular como es el de la Comunidad. En muchos de los recortes etnográficos expuestos a lo largo del estudio hemos podido observar como existe un convenio tácito entre los dos grupos sociales que incluye un grado determinado de oposición y de acuerdo. Se establecen procesos de cooperación que posibilitan la vida social de la Comunidad y que son siempre comprensibles a la luz de la estructura de dominación jerárquica que rige la institución. Se hace muy evidente como el usuario integra esta jerarquía y como exacerba su papel de arrepentido para demostrar en todo momento que ahora ya no se comporta como *adicto* sino que está situado en el lado opuesto.

En este mantenimiento de la vida social de la Comunidad es decisivo el comportamiento de los usuarios como actantes disciplinados. Si tenemos en cuenta el grado de vigilancia y control al que el usuario está sometido, tanto por el equipo profesional como por sus propios compañeros, podemos comprender mejor en qué medida es importante la gestión disciplinada de la propia apariencia. En los espacios en los que más claramente se aprecia esta gestión

---

disciplinada es en los diferentes espacios ritualizados que conforman la actividad diaria de la Comunidad.

El aspecto ritual se configura como un aspecto indispensable del tratamiento porque vincula la vida social de la Comunidad -y todas las pequeñas contingencias que en ella se dan- con el modelo de intervención. Esto se pone de manifiesto, sobre todo, en los dos principales rituales de la Comunidad: *la trobada* y *el escuchamos*. Estas dos prácticas rituales regeneran los valores de una aparente conciencia colectiva unificada cohesionando la unidad moral que propone la institución. El usuario no tiene más opción que entregarse decididamente a estos rituales porque esa es la función que ejercen en la Comunidad al presentarse como colectividad, al mismo tiempo que sirven para adquirir una cierta conciencia de sí mismos como grupo.

De esta forma, el material etnográfico también pone de manifiesto como los usuarios incorporan la lógica institucional y acatan las estructuras de dominación a través de dos vías principalmente. En un primer momento, parece ser que los usuarios se pliegan a esta dominación porque hay un extenso catálogo de castigos explícitos y contundentes, sin embargo, esta es solamente una obediencia parcial porque el usuario la realiza de forma voluntaria. Luego hay otro tipo de sumisiones que quedan fuera del margen de control de la conciencia del sujeto. En este punto se pone en juego la voluntad del usuario por superar las dificultades que le ha supuesto el consumo problemático de sustancias y la creencia de que el ingreso se presenta cómo la última opción posible para tratar de solventar su situación. Pero también está presente en este proceso la forma en la que el propio usuario interioriza la identificación como sujeto deficitario que hay que corregir, asumiendo como natural su propia dominación.

Hay otro elemento que creo importante destacar para comprender el funcionamiento de la vida social de la Comunidad. La estructura de dominación jerárquica que rige la institución incluye procesos de identificación con los usuarios por parte del equipo profesional (no olvidemos que la mayor parte de ellos habían sido usuarios anteriormente) y de expectativas

de mejora por parte de los usuarios al identificar a los miembros del equipo como referentes de aquello que pudieran alcanzar si superan la fase de permanencia en la Comunidad.

El modelo de intervención de la Comunidad se despliega a través de las normas, los rituales, los grupos terapéuticos y la convivencia diaria entre los miembros de la Comunidad, y lo que propone, en definitiva, es tratar de instaurar una cierta disciplina del *ser* en los usuarios. La institución no pretende únicamente que el usuario abandoné de forma radical y absoluta el consumo de sustancias, sino, sobre todo, busca que los usuarios se comporten y tengan la obligación de *ser* una persona de un carácter determinado. Además, el modelo de intervención pretende que esta simbiosis con la perspectiva institucional se instaure en el sujeto de forma permanente y que lo manifieste en su forma de presentarse y de comportarse. Para ello, es imprescindible *quebrar* el *ser* del sujeto e incorporar en ellos ciertos esquemas de percepción, apreciación y de acción acordes a la perspectiva institucional. De esta forma, se produce un proceso de legitimación por parte de los propios usuarios que se hace evidente en la forma en la que los usuarios se presionan unos a otros mediante la práctica del *confronto*. “*Somos más papistas que el papa*” decía un usuario al ser sancionado por un compañero durante el proceso en el que se revisaba el nivel de limpieza de cada sector de la casa y refiriéndose al nivel de exigencia que se autoimponen los usuarios entre ellos.

Se produce, así, una cierta concordancia entre los dos grupos sociales que hace que la vida de la Comunidad funcione y, que, además, funcione bien. Es un funcionamiento milimétrico, casi perfecto y que prácticamente no demanda la intervención del equipo profesional. Hay una continuidad en la vida social de la Comunidad, en su devenir cotidiano, que hace que las interacciones ocurran de manera regular y previsible, gracias a los esfuerzos que hacen todos los participantes en conservar la estructura jerárquica de la Comunidad.

Sin embargo, ningún orden societario por dominante y asfixiante que sea, puede abarcar una dominación completa. Siempre hay pequeñas grietas, pequeñas acciones que dan cuenta de una pequeña parcela de autonomía. La institución considera estas pequeñas parcelas de autonomía bajo una doble perspectiva. Por un lado, presiona al usuario advirtiéndole que ese puede ser el espacio por el que se desvíe del camino de la rectitud que propone el modelo de



intervención. Por otro, la institución es consciente que esas pequeñas grietas, acciones de desacato prácticamente minúsculas, son indispensables para el correcto funcionamiento de la Comunidad. Los usuarios construyen espacios defensivos que desde la perspectiva institucional son leídos como resistencias en su proceso de sanación, pero que socialmente funcionan como contrapeso a la sumisión que impone el modelo de intervención y como válvulas de escape necesarias para el mantenimiento del orden social de la Comunidad. Para el usuario estos actos de insubordinación juegan una función determinante en la estabilidad del *yo* porque le ayudan a identificarse más allá del estatus *adicto en recuperación* y le otorgan un cierto sentido de respeto (Bourgois, 2010) que le permite defender, mínimamente, la anulación de sí mismo.



---

## Bibliografía

Álvarez J. (1994). Intervención Analítica-Conductual y Comunitaria en las Drogodependencias. En VV.AA. *I Congreso del Proyecto Hombre* (pp. 259-265). Asociación Proyecto Hombre.

Apud, I., & Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas*, 16(2), 115-125.

Fundació Atenea. (2016). *Hombres, Mujeres y Drogodependencias Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas*. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Hombres-mujeres-y-drogodependencias.pdf>

American Psychiatric Association [APA]. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual Disorder* (1st ed.)

American Psychiatric Association [APA]. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual Disorder* (2nd ed.)

American Psychiatric Association [APA]. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual Disorder* (3rd ed.)

American Psychiatric Association [APA]. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual Disorder* (4th ed.)

American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual Disorder* (5th ed.) <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Austin, J.L. (1971). *Cómo hacer cosas con palabras: palabras y acciones*. Paidós.

Badaró, M., & Vecchioli, V. (2009). Algunos dilemas y desafíos de una antropología de las elites. *Etnografías contemporáneas*, 4(4), 7-20.

Becker, H. S. (1971) *Los extraños. Sociología de la desviación*. Tiempo contemporáneo

Berger, P. & Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Amorrurtu

Berreman, G. (1963). Behind many masks: Ethnography and Impression Management in a Himalayan Village. *American Anthropologist*, 65(6), 1362-1363.

Blanchot, M. (1999). *La comunidad inconfesable*. Arena Libros

Blumer. H. (1981). *El interaccionismo simbólico*. Hora.

- Bourdieu, P. (1988). *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. Taurus.
- Bourdieu, P. (1993). Los ritos como actos de institución. En *Honor y gracia* (pp. 111-123). Alianza.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Anagrama.
- Bourdieu, P. (2002). *Lección sobre la lección*. Anagrama.
- Bourdieu, P. (2007). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Anagrama.
- Bourdieu, P. (2008). *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos (Vol. 282)*. Akal.
- Bourdieu, P. & Waquant, L. (1995). *Respuestas*. Grijalbo. México D.F.
- Bourgois, P. (2010). *En busca de respeto: vendiendo crack en Harlem*. Siglo XXI.
- Carreras, C. (2011). Intervenciones en el Consumo de Alcohol: De los Grupos de Autoayuda a la Regulación de la Propia Conducta. ¿Métodos Complementarios o Antagónicos? *Clínica Contemporánea*, 2(3), 249.
- Castel, R. y Coppel, A. (1994). Los controles de la toxicomanía. En Ehrenberg, A. (comp.) (1994). *Individuos bajo influencia. Drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos*. Nueva Visión
- Castel, R. (2014). Los riesgos de exclusión social en un contexto de incertidumbre. *Revista Internacional de Sociología*, 72(Extra\_1), 15-24.
- Certeau, M. D. (1996). *La invención de lo cotidiano. Tomo 1: Artes de hacer*. Universidad Iberoamericana.
- Chéjov, A. P. (2005). *Unos buenos zapatos y un cuaderno de notas: cómo hacer un reportaje*. Alba Editorial.
- Cohen, S. (1988). *Visiones de control social: delitos, castigos y clasificaciones*. Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Collins, R. (2009). *Cadenas de rituales de interacción*. Anthropos
- Comas, D. (2008). La metodología de la comunidad terapéutica: una apuesta de futuro. *Revista española de drogodependencias*.
- Comas, D. (2010). Modelos de intervención en adicciones: la lógica de las políticas sobre drogas. *Proyecto Hombre: revista de la Asociación Proyecto Hombre*, (72), 15-21.
- Clark, D. (1964). Psiquiatría administrativa: los roles en la comunidad terapéutica. En *Psiquiatría administrativa: los roles en la comunidad terapéutica* (pp. 154-154). Nueva Visión

- De León, G. (1995). Therapeutic communities for addictions: A theoretical framework. *International Journal of the Addictions*, 30(12), 1603-1645.
- De León, G. (2004). *Comunidades terapéuticas: reciprocidad investigación-praxis* en Autores varios (2004), Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias. Proyecto Hombre.
- De León, G. (2011). *La comunidad terapéutica y las adicciones: teoría, modelo y método*. Desclée de Brouwer.
- Delgado, M. (2002). Impostura y sociedad. Lo verdadero y lo verosímil en Erving Goffman. *Escala*, 5, 11-17.
- Díaz, H., & Velasco, H. (2009). *La lógica de la investigación etnográfica, un modelo de trabajo para etnógrafos de escuela*. Madrid: Trotta.
- Díaz Cruz, R. (1998). *Archipiélago de rituales: teorías antropológicas del ritual*. Universidad Autónoma Metropolitana, División de ciencias sociales y humanidades.
- Durkheim, É. (1982). *Las formas elementales de la vida religiosa* (Vol. 38). Akal.
- Durkheim, E. (2016). *Las reglas del método sociológico*, Prometeo.
- Elias, N. (1987). *El proceso de la civilización: investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. Fondo de Cultura Económica.
- Epele M. (2010). *Sujetar por la herida: una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Paidós.
- Escohotado, A. (1989). *Historia general de las drogas*. 3 vols. Alianza.
- Fabbri, P. (2001). *Todos somos agentes dobles. Tácticas de los signos*. Gedisa
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2010). *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. Siglo XXI.
- Furst, P. T. (1976). *Hallucogens and Culture*. Chandler & Sharp Publishers.
- Gamella, J. F. (1997). Heroína en España, 1977-1996. Balance de una crisis de drogas. *Claves de razón práctica*, 72, 20-30.
- Gamella, J. F. (2003). Drogas y control social: una excursión etnohistórica. En Pantoja, L. y Abeijón, J. A. (2003) *Drogas, sociedad y ley: avances en drogodependencias* (pp. 77-120). Universidad de Deusto
- Garbi, S. (2020). *De aislamientos y encierros. Modos “legos” y “expertos” de tratar los consumos problemáticos de drogas* [Tesis doctoral] Universidad de Buenos Aires. Teseo Press

- Garfinkel, H. (2006). Estudios en etnometodología. Anthropos. Rubi.
- Gluckman, M. (1968). *Analysis of a social situation in modern Zululand*. Rhodes-Livingstone Institute by the Manchester University Press.
- Goffman, E. (2003). *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu.
- Goffman, E. (2006) *Frame Analysis. Los marcos de la experiencia*. CIS-Siglo XXI.
- Goffman, E. (2012). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu.
- Goffman, E. (2017). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu.
- Goldman, M. (2006). Alteridade e experiência: antropologia e teoria etnográfica. *Etnográfica. Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia*, 10(1), 159-173.
- Goti, M. E. (1990). *La comunidad terapéutica: un desafío a la droga*. Nueva Visión.
- Heredia, M. (2005). La Sociología en las alturas. Aproximaciones al estudio de las clases/elites dominantes en la Argentina. Publicado en: *Apuntes de investigaciones del CECYP*, Buenos Aires, año IX, Nro. 10, 103-126.
- Instituto Nacional de Estadística. (2019). Condenados. Todos los delitos. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=25698&L=0>
- Intxuta, R. (1992). Institucionalización en drogodependencias: las comunidades terapéuticas. *Intervención psicosocial*, 1(2), 5.
- Jones, M. (1968). *Social Psychiatry in practice: the idea of the Therapeutic Community*, Harmondsworth, Penguin Books. Versión en español: *La Psiquiatría Social en la práctica: la idea de la Comunidad Terapéutica* (1970), Americalee.
- Juliano, D. (2022). *La magia de la razón. Memorias imaginarias de Susana de Suecia*. Dado. <https://www.antropologia.cat/wp/wp-content/uploads/La-magia-de-la-razon-entrevista.pdf>
- Karsenti, B. (2009). *Marcel Mauss. El hecho social como totalidad*. Antropofagia.
- Karsz, S. (2004). La exclusión: concepto falso, problema verdadero. En *La exclusión: bordeando sus fronteras: definiciones y matices* (pp. 133-214). Gedisa.
- Lévi-Strauss, C. (1970). *Tristes trópicos*. Eudeba. Universitaria de Buenos Aires.
- Lévi-Strauss, C. (2010). *Mitológicas. Lo crudo y lo cocido*. Fondo de Cultura Económica.
- Lofland (1969) *Deviance and identity*. Englewood Cliffs.

---

Massó, P. (2014). *Un aleph en el callejón del gato: Espacio, cuerpo y ritual: una antropología de los tratamientos de heroína para la adicción a opiáceos en la biopolítica de la reducción de daños* [Tesis doctoral]. Universitat Rovira i Virgili.

Mauss, M. (2006). *Manual de etnografía*. Fondo de Cultura Económica.

Mauss, M. (2009). *Ensayo sobre el don. Forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas*. Katz.

Márquez, S., & Meneu, R. (2003). La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión clínica y sanitaria*, 5(2), 47-53. <https://pss17.files.wordpress.com/2009/01/medicalizdf.pdf>

Martínez Redondo, P. (2009). Investigación sobre la intervención en drogodependencias y malos tratos a mujeres en la red de atención. *Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente, UNAD*.

Main, T. (1946). The hospital as a therapeutic institution. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 10(3), 66.

Malinowski, B. (1986). *Los argonautas del Pacífico occidental I-II*. <http://es.scribd.com/doc/63654554/Los-Argonautas-Del-Pacifico-Occidental>, 1.

Martín, S. (2021). *Singles. Una aproximación a las fiestas para "solteros"*. Bellaterra Edicions.

Martínez Redondo, P., & Arostegui Santamaría, E. (2018). *Mujeres y drogas: manual para la prevención de recaídas con perspectiva de género*. Universidad de Deusto

Mead, G. H. (1999). *Espíritu, persona y sociedad*. Paidós.

Menéndez Gómez, J. C., & Yubero Fernández, A. (2008). La evaluación de la comunidad terapéutica. *Revista española de drogodependencias*.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Paidós.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (1985). Plan Nacional sobre Drogas. <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/Introduccion/home.htm>

Naciones Unidas. (1961). Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. [https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention\\_1961\\_es.pdf](https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention_1961_es.pdf)

National Institute on Drug Abuse. U.S. Department of Health and Human Services. Url <https://nida.nih.gov/>

Nowlis, H. (1975). *La verdad sobre la droga: la droga y la educación*. La Unesco

Núñez, V. (1990). *Modelos de educación social en la época contemporánea*. Promociones y Publicaciones Universitarias.

- Pallarés, J. (1995). *La dolça punxada de l'escorpi*. Pagès Editors
- Peacock, J. L. (1975). *Consciousness and change: Symbolic anthropology in evolutionary perspective*. Oxford: Basil Blackwell.
- Quirós, J. (2014) Etnografiar mundos vívidos. Desafíos de trabajo de campo, escritura y enseñanza en antropología. *Antropología y Ciencias Sociales*, 17, 47- 65.
- Ralet, O. (2000). Condicionantes políticos y económicos: Análisis de la influencia de estos factores en la construcción social del problema de la droga. *Contextos, Sujetos y Drogas. Un manual sobre Drogodependencias*, 43-51. Grupo Igia. <https://escuelacontraladrogadiccion.gov.co/wp-content/uploads/2020/03/contextosujetosdrogas.pdf#page=48>
- Renoldi, B. (2001). "Estar sano es ser persona". El caso de los usuarios de drogas en tratamiento. *Cuadernos de antropología social*, (13), 183-203.
- Romaní, O. (1997). Etnografía y drogas: discursos y prácticas. *Nueva antropología*, 16(53), 39-66. <https://www.redalyc.org/pdf/159/15905303>
- Romaní, O. (2004). *Las drogas: sueños y razones* (No. Sirsi) i9788434444669)
- Romaní, O. (2010). Adicciones, drogodependencias y" problema de la droga" en España: la construcción de un problema social. *Cuicuilco*, 17(49), 83-101. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35117055006>
- Romaní, O. (2019). De la antropología aplicada a la antropología implicada: salud y drogas. En Llorca, A. *El pájaro está en el nido. Más allá del modelo de adicción, una etnografía del consumo de cocaína en Reus* (pp. 9-14). Universitat Rovira i Virgili.
- Romaní, O. (2020). Ciencia y políticas de drogas: contexto sociocultural, neuropolítica y control social. *Cultura y Droga*, 25(29), 183-207. <https://doi.org/10.17151/culdr.2020.25.29.9>
- Szasz, T. (1992). *Nuestro derecho a las drogas. En defensa de un mercado libre*. [http://www.mamacoca.org/docs\\_de\\_base/Consumo/Szasz\\_-\\_nuestro\\_derecho\\_a\\_las\\_drogas.pdf](http://www.mamacoca.org/docs_de_base/Consumo/Szasz_-_nuestro_derecho_a_las_drogas.pdf)
- Thomas, W. (1928). *The child in America: Behavior problems and programs*. Knof.
- Touzé, G., & des Universités Catholiques, F. I. (Eds.). (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína*. Intercambios Asociación Civil.
- Usó, J. (1996). *Drogas y cultura de masas: España (1855-1995)*. Taurus.
- Scott, J. C. (2003). *Los dominados y el arte de la resistencia: discursos ocultos*. Ediciones Era.



- Sennett, R. (1975). *Vida urbana e identidad personal. Los usos del desorden*. Península.
- Tönnies, F. (1979). *Comunidad y asociación. El comunismo y el socialismo como formas de vida social*. Península.
- Turner, V. (2007). *La selva de los símbolos*. Siglo XXI.
- Vanderplasschen, W., Vandeveld, S., & Broekaert, E. (2014). *Therapeutic Communities for treating addictions in Europe. Evidence, current practices and future challenges*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2810/25291>
- Van Gennepe, A. (2008). *Los ritos de paso*. Alianza.
- Venceslao, M. (2011). El poder de las clasificaciones: el excluido social como desviado contemporáneo. *Voces de la educación social*, 341-354.
- Wacquant, L. (2004). *Cos i ànima: quaderns etnogràfics d'un aprenent de boxejador*. Edicions de 1984.
- Wacquant, L. (2010). Castigar a los pobres. *El gobierno neoliberal de la inseguridad social*. Gedisa.
- Wacquant, L. (2011). El cuerpo, el gueto y el estado penal: una breve guía biográfica y analítica. En Sánchez, I, G; (ed.) *Teoría social, marginalidad urbana y estado penal. Aproximaciones al trabajo de Loïc Wacquant*. Dykinson.
- Wacquant, L. (2019). Por una Sociología de carne y sangre. *Revista del Museo de Antropología*, 12(1), 117-124. <https://doi.org/10.31048/1852.4826.v12.n1.24166>
- Webb, E. J., Campbell, D. T., Schwartz, R. D., & Sechrest, L. (1999). *Unobtrusive measures* (Vol. 2). Sage Publications.
- Weber, M. (1964). *Economía y sociedad*. Vol. I. Fondo de Cultura Económica
- Woods, P. (1987). *La escuela por dentro: la etnografía en la investigación educativa*. Paidós.
- World Health Organization, E. C. O. M. H. (1953). The community mental hospital. *Third report of the expert committee on mental health*, 19-22.