

# Hacia un entendimiento post-humanista de la adicción<sup>1</sup>

## *Toward a Posthumanist Understanding of Addiction*

Darin WEINBERG

Departamento de Sociología. Universidad de Cambridge  
dtw23@hermes.cam.ac.uk

(Traducción: Fernando Domínguez Rubio)

Recibido: 16.6.08

Aceptado: 23.9.08

### RESUMEN

Este ensayo evalúa críticamente aquellas aproximaciones biológicas que han considerado la adicción como una enfermedad cerebral y aquellas otras que, partiendo del construccionismo social, han considerado la adicción como una simple etiqueta, un mito o una narrativa. El ensayo argumenta que ambas aproximaciones tienen serias limitaciones. En particular, argumenta que ninguna de estas dos aproximaciones nos permite dirimir si el tratamiento clínico de la adicción es empoderador o represivo para aquellos que se someten a él. Basándose en datos etnográficos recogidos en tres clínicas, el artículo demuestra que las adicciones adoptan la forma de agentes nohumanos encarnados. El artículo argumenta que una aproximación posthumanista es la mejor forma de entender la relación entre el *self* y la adicción y, por ello, la mejor herramienta para discernir en qué casos el tratamiento de la adicción es empoderador o represivo.

**Palabras clave:** Adicción, posthumanismo, agencia nohumana, empoderamiento, represión.

### ABSTRACT

This essay critically assesses both biological accounts of addiction as a brain disease and social constructionist accounts of addiction as mere label, myth, or narrative. It finds both approaches limited in important respects. Most urgently, neither approach can distinguish whether the clinical treatment of addiction is empowering or repressive to those who undergo treatment in any actual case. Ethnographic data from three clinical settings are used to demonstrate how addictions take form as embodied nonhuman agents, how a posthumanist approach provides the best understanding of the relationship between selves and addictions, and, therefore, how a posthumanist approach is best able to discern if and when treatment is empowering or repressive.

---

<sup>1</sup> Algunos pasajes de este artículo han sido adaptados de Weinberg (1997a, 1997b, 2002, 2005). N. de T. Artículo traducido por Fernando Domínguez Ruibio.

**Key words:** addiction, posthumanism, nonhuman agency, empowerment, repression.

## **SUMARIO**

1. Teorías bio-médicas de la adicción y sus limitaciones. 2. Teorías Construcionistas Sociales sobre la adicción y sus limitaciones. 3. Hacia un entendimiento post-humanista de la adicción. 3.1. Distinguiendo Selves y adicciones en la práctica terapéutica. 4. Conclusión. Bibliografía.

En este ensayo defendiendo la quizá poco polémica idea de que las adicciones, ya sean estas químicas (como el alcohol, la nicotina, la heroína o la cocaína) o de comportamiento (como el juego, la comida, o el sexo), son reales. Esto es, son ciertamente más que meras etiquetas, narrativas, ilusiones discursivas, categorías lingüísticas, constructos simbólicos, o mitos como los que señala Thomas Szasz y una multitud de construccionistas sociales. En contraste con las lecturas de estos construccionistas sociales, pretendo sugerir que las adicciones son, de hecho, agentes nohumanos encarnados materialmente, cuyos efectos son fácilmente observables y profundamente influyentes en la vida de las personas. Empero, en contraste con la corriente predominante en bio-psiquiatría, quiero también sugerir que las adicciones poseen una realidad distintivamente social que no puede ser reducida, ni tan siquiera necesariamente relacionada, con elementos tales como nuestra composición genética, bioquímica o neurológica<sup>2</sup>. Sostengo que un giro posthumanista en Teoría Social nos dota de herramientas para generar una alternativa, teóricamente robusta y valiosa a nivel práctico, a las ya gastadas polémicas entre realistas bio-psiquiátricos, que construyen las adicciones como enfermedades cerebrales, y los construccionistas sociales, que las construyen como meras etiquetas simbólicas o como roles sociales.

Tal y como mostraré, una aproximación post-humanista a la investigación de la adicción es robusta a nivel teórico puesto que supera muchas de las recurrentes dificultades conceptuales en las que han incurrido tanto las aproximaciones biomédicas a la adicción como las guiadas por el construccionismo social. Esta aproximación post-humanista es a su vez valiosa a nivel práctico puesto que nos permite pensar seria y productivamente tanto la relación entre adicción y vida social como las políticas sociales a través de las cuales podemos aliviar el evidente sufrimiento humano asociado a todo tipo de adicción. Más aún, también nos permite conceptualizar e investigar fructíferamente lo que creo que es la cuestión crucial del estudio

científico-social de la adicción. Esto es, nos permite explorar metodológicamente en cada caso específico si las instituciones encargadas de tratar clínicamente las adicciones empoderan u oprimen a aquellos que experimentan este tratamiento clínico. Hasta el momento, los reduccionismos propugnados por las teorizaciones biologicistas, psicologicistas o sociologicistas se han mostrado incapaces de diferenciar adecuadamente entre estas dos posibilidades tan reales. Sin embargo, ambas opciones se hacen claramente evidentes a la luz de una aproximación post-humanista al estudio de la adicción.

En lo que sigue, primeramente describiré y evaluaré críticamente las aproximaciones biomédicas más prominentes en el estudio de la adicción. Aquí reseñaré los pros y contras tanto teóricos como prácticos que conlleva pensar la adicción como una enfermedad cuyas raíces son biológicas. Seguidamente, describiré y evaluaré críticamente las aproximaciones más prominentes al estudio de la adicción elaboradas desde el construccionismo social. Aquí reseñaré los pros y contras tanto teóricos como prácticos que conlleva pensar la adicción como un constructo social de uno u otro tipo. En la tercera sección de este ensayo me basaré en los datos etnográficos recogidos en mi trabajo de campo en varios programas de tratamiento de la adicción para articular mi propia aproximación post-humanista a lo que considero la característica más central y duradera de la adicción: la pérdida del auto-control. Recalcaré aquí la importancia crítica que tiene pensar la adicción como un fenómeno que tiene que ver fundamentalmente con la pérdida del auto-control, y el poder del post-humanismo para teorizar dicho fenómeno. Concluiré por último con un breve resumen en el que contrastaré mi posición con otras grandes contribuciones a la teoría post-humanista en general y, más específicamente, con aquellos estudios que han aplicado las ideas fundamentales del post-humanismo al estudio de las drogas y/o de las adicciones. Defenderé aquí el valor intelectual de mi aproximación con respecto a las fortalezas y limitaciones de estas contribuciones.

<sup>2</sup> No obstante, permítaseme decir que aunque pretenda aquí argumentar que las adicciones poseen una realidad social que no es reducible ni al mito ni a la biología, no hay nada en esta posición que me impida reconocer que las adicciones puedan a su vez tener una realidad mítica o biológica. En mi opinión, nuestro error no se ha derivado de pensar en términos de reducciones equivocadas, (bio- en lugar de socio-), sino de habernos enredado al pensar sobre la relación existente entre las dimensiones biológicas y sociológicas de la adicción (Mol 2002).

## 1. TEORÍAS BIO-MÉDICAS DE LA ADICCIÓN Y SUS LIMITACIONES

La financiación que reciben aquellas investigaciones que estudian la adicción como una enfermedad cerebral caracterizada por unas características genéticas y neurológicas deja pequeña la financiación que reciben el resto de aproximaciones al estudio de la adicción. Basta el ejemplo del Instituto Nacional Americano de Abuso de Drogas (NIDA), que acumula presupuestos cercanos al billón de dólares anuales destinados primordialmente al estudio científico de la adicción. La insistencia del NIDA en el hecho de que la adicción es una enfermedad cerebral y que, por tanto, la preocupación científica más importante ha de ser el estudio de las disfunciones biológicas del cerebro que subyacen al comportamiento adictivo, es característica de la mayoría de las instituciones de financiación pública en todo el mundo. Esta aproximación al estudio de la adicción es una muestra del ahínco con el que los neurólogos pretenden homologar el estudio de la adicción con las aproximaciones biomédicas imperantes en el estudio más general de la enfermedad. Conforme a esta visión, la adicción sólo puede considerarse como un problema genuinamente médico si es posible demostrar que es consecuencia de mecanismos patológicos identificables en la constitución biológica de aquellos que la padecen. Si esto no pudiera ser demostrado, el estudio médico de la adicción corre el serio peligro de irse a pique. Este peligro, a menudo temido, conllevaría que el control de la adicción fuera consignado al sistema criminal de justicia, lo cual significaría la pérdida de toda esperanza de generar una respuesta terapéutica humana y social al problema. Yo, sin embargo, no estoy tan seguro de este temor. Por ello, en esta sección delimitaré mi atención a los méritos y deméritos relativos que subyacen a este modelo de enfermedad cerebral y pospondré para más tarde las consideraciones más amplias sobre la reacción social hacia los supuestos adictos.

¿Qué es lo que los defensores de este modelo de enfermedad cerebral sostienen? De acuerdo a los neurólogos que trabajan en esta área, los químicos psicoactivos producen euforia en aquellos que los consumen durante largo tiempo, afectan-

do de esta forma los procesos neuronales del circuito placer/premio del cerebro (Koob 2006). Al implicar la liberación de neurotransmisores, al prevenir su reutilización, o al imitar sus efectos, las drogas psicoactivas como la heroína, la cocaína, el alcohol o la nicotina alteran el funcionamiento rutinario del cerebro de manera que tienden a producir efectos de refuerzo en las personas afectadas<sup>3</sup>. Esto es, una vez expuestos a sus efectos farmacológicos, aquellas personas y animales dotadas con circuitos de premios en perfecto funcionamiento, estarán fuertemente inclinadas a consumir de nuevo dichas drogas. Los experimentos realizados con animales de laboratorio han producido datos convincentes que muestran cómo, una vez expuestos a los efectos bioquímicos de ciertas drogas, los animales las buscarán y administrarán, llegando en algunas ocasiones hasta el extremo de morir por sobredosis o por puro cansancio. Los niveles de autoadministración observados en algunas personas, permiten inferir que la ingestión de algunos químicos puede también tener estos efectos de refuerzo en seres humanos.

Sin embargo, una cosa es sugerir que los efectos de algunas drogas pueden tener efectos de refuerzo en algunas personas, lo que hace que, *ceteris paribus*, sean buscados, y otra cosa es sugerir que incluso después de que los usuarios se han dado dolorosamente cuenta de las serias consecuencias negativas que el uso de drogas tiene para ellos, este uso continúe produciendo el mismo tipo de refuerzo. Los estudios sobre grandes consumidores de diversas drogas han mostrado repetidamente que, tras un uso prolongado, los efectos positivos de las drogas son a menudo eclipsados por los negativos (cf. Koob et al. 1989). En algunos casos de grandes consumidores, se ha mostrado incluso que el consumo de las drogas deja de suministrarles cualquier tipo de experiencia gratificante y que recaen puesto que sienten que no pueden evitar hacerlo (cf. Lindsmith 1968). ¿Cómo dan cuenta los neurólogos de estos resultados aparentemente anómalos?

Lo hacen sugiriendo que el uso prolongado de drogas puede inducir una adaptación neurológica compensatoria que, de hecho, acarrea la producción de una tolerancia a la droga en el sistema nervioso de estos grandes consumidores. Aunque

<sup>3</sup> Se ha de señalar que, al reducir los mecanismos de la adición a causas bioquímicas, los neurólogos se cierran la posibilidad de explicar adicciones como el juego, el sexo, la comida o el trabajo, que no pueden ser reducibles al mismo tipo de "secuestros" químicos del circuito neuronal del cerebro que se atribuye a las drogas adictivas (cf. Leshner & Koob 1999).

el desarrollo de este tipo de tolerancia puede inducir o no efectos fisiológicos evidentes de síndrome de abstinencia cuando se retira la droga, sí que produce lo que los neurólogos llaman anhedonia, es decir, un marcado descenso en la capacidad de experimentar placer una vez que ha cesado el consumo de la droga. Los estudios de abstinencia de exconsumidores de cocaína sugieren que en ausencia de adaptación neuronal, los síntomas anhedónicos pueden mostrarse a lo largo de un periodo de entre dos y doce semanas (Gawin 1991). Sin embargo, cuando se da una adaptación neuronal la duración de la anhedonia es incierta. Durante este periodo estos exconsumidores permanecen en un estado de relativa depresión que les hace significativamente más vulnerables de lo que de otro modo serían a aquellos estímulos que les hacen sopesar los efectos analgésicos del consumo de drogas.

Esta aproximación es instructiva por diversas e importantes razones. La primera y primordial es que posee un importante beneficio práctico en la medida en que nos ayuda en nuestro esfuerzo por diseñar intervenciones terapéuticas farmacológicas. Drogas como el Naloxone han demostrado ser esenciales para salvar la vida de personas en estados agudos de sobredosis de opiáceos, y otros, como la Metadona u otras medicaciones anti-depresivas, han mejorado la calidad de vida de grandes consumidores de drogas que, de otra forma, podrían haber permanecido sin ayuda. Además de esto, esta interpretación nos provee de recursos teóricos para entender aquellos comportamientos humanos intrínsecamente inadaptativos invitándonos así a reconocer la posibilidad de que, sencillamente, algunos comportamientos no pueden ser plausiblemente descritos como respuestas adaptativas a condiciones del entorno. Los científicos sociales en particular olvidamos a veces que el propio organismo humano puede interferir, y de hecho a veces interfiere, en nuestra actuación como actores sociales competentes (Leder 1990; Turner 2000). Una mayor sensibilidad hacia los procesos neurológicos nos puede servir como un importante contrapeso a nuestra proclividad como científicos sociales de explicar toda conducta humana a través de una mirada racionalizadora.

No obstante, y una vez dicho esto, los modelos neurológicos sufren de significativas limitaciones teóricas. Fundamentalmente, existen un gran número de pruebas que sugieren que el hecho de que los efectos del consumo de drogas sean experimentados como placenteros o no placenteros depende de los significados que dicho consumo posee para las personas (cf. Becker 1953, 1967; MacAndrew and Edgerton 1969). Estos significados no pueden ser explicados exclusivamente a través de los mecanismos bioquímicos del circuito cerebral placer/premio (Weinberg 1997a). Al basar sus teorías sobre el consumo compulsivo de drogas en la errónea presunción de que la ingestión de ciertas sustancias químicas producen *invariablemente* experiencias placenteras (cf. Gardner 1992), los neurólogos ignoran sistemáticamente cómo la cultura y la praxis moldean cómo y en qué casos el consumo de droga se convierte en algo placentero u obligatorio para las personas. Si nuestro objetivo es arrojar luz sobre los patrones de consumo de drogas de diferentes individuos, la ceguera hacia los significados que poseen las drogas, hacia la relevancia práctica de su consumo y hacia aquellas experiencias inducidas por ellas, se convierte en un serio hándicap teórico. Dicho más específicamente, si nuestro objetivo es entender cómo la gente puede perder su auto-control cuando consume drogas se hace absolutamente indispensable entender tanto la relevancia práctica del consumo como los significados asociados al mismo y a las experiencias inducidas por él.

Permítaseme argumentar esta posición en más detalle. La investigación biomédica sobre la adicción asume la existencia de un mecanismo, o mecanismos, universales a todo sistema nervioso humano que unen causalmente, de un lado, los eventos físicos provocados por la ingestión de drogas en todo cerebro humano y, de otro, las experiencias subjetivas de placer y la búsqueda de drogas en consumidores específicos. Esta asunción neurológica universalista no encaja con el hecho empíricamente manifiesto de que no todo el mundo disfruta de las experiencias inducidas por la droga (o, de hecho, con cualquier otro tipo de experiencia)<sup>4</sup>. Tampoco encaja con el hecho empírico de que individuos

<sup>4</sup> El filósofo de Harvard Richard Moran (2002) escribe incisivamente sobre este asunto,

“Se dice a veces que las drogas ‘producen’ placer, pero esto es sólo cierto en el mismo sentido en el que los cuartetos de cuerda o los quesos curados ‘producen’ placer. En ambos casos podemos proveer la causa sin producir el efecto, por ejemplo en el caso de que a la per-

específicos puedan disfrutar de estas experiencias en algunas circunstancias y detestarlas plenamente en otras (un ejemplo que doy normalmente a mis estudiantes es comparar la experiencia de estar borracho en una fiesta con la experiencia de estar borracho en un examen final). Es de suponer que los neurólogos no pretenden argumentar que las características estructurales o funcionales del circuito de placer/recompensa del sistema nervioso o la propia estructura química del alcohol, varían de un contexto social a otro. Ahora bien, si estas variaciones no pueden ser ligadas a cambios en el cerebro o en la estructura molecular del alcohol, parece por tanto que se ha de admitir que las orientaciones socio-culturales hacia los valores o beneficios del consumo del alcohol y/o de los estados mentales producidos por él en diferentes contextos sociales influyen profundamente en si dichos estados son experimentados subjetivamente como placenteros o repulsivos. Esta conclusión pone en cuestión el continuo intento de generar explicaciones científicamente defendibles a partir de una aproximación biológica reduccionista al placer, la búsqueda del mismo, al dolor, o a la evitación del mismo.

Pero más allá de la incapacidad de los modelos biológicos reduccionistas para dar cuenta de la variabilidad de los efectos de las drogas en diferentes contextos sociales, ha de señalarse también que este modelo de enfermedad cerebral sólo nos permite considerar la hipótesis de que un gran consumo de drogas incrementa la propensión de los consumidores a aumentar dicho consumo. Ahora bien, para aquellos de nosotros interesados en la adicción *per se*, esta hipótesis no nos dice absolutamente nada sobre la naturaleza del auto-control, de su pérdida, de las características de las sustancias supuestamente adictivas o de aquellos comportamientos que amenazan dicho auto-control. Si lo que queremos es llevar a cabo una investigación sobre la naturaleza de la adicción no nos podemos conformar con teorías que sólo hablan de incrementos o disminuciones en nuestro deseo por diversas cosas o

actividades. Si la pérdida del auto-control es el criterio definitorio de la adicción, tal y como señalan los principales autores en este campo de estudios (cf. O'Brien, Volkow & Li 2006, West 2006), se hace entonces indispensable que la investigación sobre la adicción se construya, en primer lugar, sobre una idea clara de cómo el *self*<sup>5</sup> puede desplazarse más allá del control de la acción humana. Sólo entonces podremos entender cómo cosas tales como las adicciones pueden llegar a debilitar la relación causal entre el *self* y sus acciones.

Una vez que emprendemos la investigación sobre el *self* humano y su relación con el auto-control pronto se descubre que el *self* no pertenece a los llamados tipos naturales que, como el cerebro, el sistema nervioso, o la dopamina, pueden ser encontrados a través de la inspección de la anatomía o fisiología humanas. Antes bien, el *self* se revela como una acrecencia de ideas y prácticas sociales de diversos orígenes que sólo pueden ser propiamente entendidas en relación al contexto socio-histórico, principalmente Occidental y Moderno, en el que ha sido forjado y/o adoptado (cf. Berrios & Markova 2003; Taylor 1989). Así pues, parece que cualquier respuesta adecuada a la cuestión de si las intervenciones son empoderadoras u opresivas para los pacientes en los tratamientos de la adicción pasa necesariamente por abandonar la neurología y por hablar explícitamente de cómo el *self* de los pacientes toma una forma específica en los contextos socio-históricos específicos en los que se desarrollan la vidas de los pacientes.

## 2. TEORÍAS CONSTRUCCIONISTAS SOCIALES SOBRE LA ADICCIÓN Y SUS LIMITACIONES

Al contrario que las investigaciones neurológicas sobre la adicción, las investigaciones basadas en el construccionismo social han mostrado una larga preocupación por el significado social de las drogas, por la variabilidad de sus efectos en dife-

---

sona no le guste la droga o la música, o en el caso de que no vea qué es lo que ha de disfrutar en estas cosas. Lo que para una persona es un placer nebuloso y narcótico, para otra persona puede ser meramente desorientación y un desagradable mareo. Incluso en este caso, cuando hablamos de que las drogas 'hacen' esto o aquello, encontrar placer en una experiencia tiene que ver con tener la inclinación de aceptar el placer que es suministrado. El hecho de que este "saber hacer" se produzca en la persona de forma natural o espontánea no significa que la forma en la que la persona se involucra sea menos activa, como sucede en el caso de las habilidades físicas cotidianas o en los hábitos de inferencia".

<sup>5</sup> N. de T. A fin de evitar construcciones farragosas hemos preferido dejar aquí el original inglés *Self* en lugar de optar por su traducción más usual como 'sí mismo'.

rentes contextos sociales así como por la relación entre la adicción y el *self*. Puesto que la gran mayoría del trabajo del construccionismo social se ha hecho desde el interaccionismo simbólico, usaré aquí los términos de construccionismo social e interaccionismo simbólico de forma intercambiable. Comenzando con el trabajo pionero de Alfred Lindesmith (1938), las investigaciones basadas en el interaccionismo simbólico han otorgado un lugar privilegiado a los roles que el aprendizaje social y el significado lingüístico juegan en la formación del comportamiento adictivo. En su estudio, Lindesmith ya señalaba cómo aquellas personas a las que se les suministra suficiente morfina en el hospital para que desarrollen tolerancia psicológica rara vez llegan a convertirse en adictos. Lindesmith atribuyó este hecho a la ignorancia de los pacientes sobre las fuentes de la angustia causada por la abstinencia. Por lo general, los pacientes hospitalarios no reconocían que su náusea, sus dolores musculares, sus constipados u otras dificultades, como síntomas derivados de la retirada de la morfina, por lo que no entendían que necesitaran un opiáceo para paliarlos. Sin embargo, los adictos de la calle consumían los opiáceos conscientemente. Por lo general, estos adictos conocían el hecho de que estas drogas podían producir síntomas fisiológicos de síndrome de abstinencia y que estos síntomas podían ser aliviados aumentando el consumo. Para Lindesmith en el momento en que los consumidores aprendían a consumir estas drogas para aliviar los efectos del síndrome de abstinencia es cuando simples consumidores de drogas se convertían en genuinos drogadictos. Un elemento crucial de esta teoría es el significado que los consumidores de drogas aprendían a atribuir tanto a las drogas como a sus efectos percibidos.

El trabajo de Lindesmith (cf. 1938, 1968) refleja la sabiduría de una era en la que parecía científicamente sensato hablar de la distinción entre drogas duras (que se caracterizan por producir síntomas psicológicos de abstinencia) y drogas blandas (que se caracterizan por no producir dichos síntomas). Pero esta era ha pasado ya. En la actualidad, los científicos establecen confiadamente una distinción entre aquellas drogas que producen adicciones genuinas, o *físicas*, y aquellas drogas que quizá puedan producir una vaga adicción *psicológica* (ver Leshner 1997, West 2006). El catalizador más importante para este cambio de época fue la emergencia del crack. La cocaína de crack es ampliamente cono-

cida tanto por profesionales clínicos, consumidores y por otros, por ser extremadamente adictiva, aunque, por muy extraño que parezca, no produzca síntomas fisiológicos de síndrome de abstinencia (Gawin 1991). Lo mismo se puede decir de la nicotina y de todas las llamadas adicciones de comportamiento, incluyendo el sexo, el juego, la comida, etc.

Además de esto, fiarse de la distinción entre adicciones psíquicas y fisiológicas nos enfrenta a un grave problema teórico: la recaída. El propio Lindesmith escribió primordialmente sobre las actitudes y comportamientos de consumidores fisiológicamente tolerantes dedicando un tiempo considerablemente menor a tratar de resolver la propensión de grandes exconsumidores a recaer en la heroína tras cesar los síntomas del síndrome de abstinencia. A pesar de ello, Lindesmith elaboró la siguiente lista de influencias para explicar la propensión a recaer por parte de grandes exconsumidores,

...las percepciones alteradas del adicto que le han llevado a responder a casi cualquier fuente de angustia como si fuera causada por el síndrome de abstinencia y pudiera ser aliviada por una dosis; la neutralización de los recuerdos de las miserias de la adicción, las cuales son consecuencias relativamente remotas en el momento de ponerse un tiro comparadas con las consecuencias invariablemente satisfactorias e inmediatas de ponérselo; la racionalización del abstinentes de que la vida sin drogas es tediosa, de que está mucho mejor consumiendo drogas que sin ellas, y de que quizás sea indiferente que las consuma puesto que, haga lo que haga, ya está estigmatizado; el conocimiento o las creencias adquiridas a través de la experiencia personal directa de la maravillosa potencia y versatilidad de la droga; y finalmente, la atracción ejercida por las redes existentes en la subcultura del consumo de drogas, las cuales, al margen de algunas excepciones, proveen el único marco social en el cual se hace posible una comunicación plena y libre sobre todos los asuntos asociados con el hábito sin arriesgar el propio ego (Lindesmith 1968: 154-5).

Esta lista refleja sin duda muchos de los asuntos que influyen en la propensión a recaer de muchos exconsumidores de cocaína. No obstante, fracasa ostensiblemente al abordar dos cuestiones esenciales que se revelan tanto cuando escuchamos cómo los adictos describen sus problemas como cuando observamos cómo desarrollan sus vidas. En primer lugar, no explica cómo hemos de entender las explicaciones de

aquellos que recaen y que, en ciertas circunstancias, sienten que están realmente *abrumados*, no simplemente *persuadidos racionalmente*, por su deseo de consumir drogas (Weinberg 1997a). Y, en segundo lugar, no nos explica el repetido *ciclo* de abstinencia y recaída. ¿Por qué la propensión crónica de recaer para “neutralizar las memorias de las miserias de la adicción” no termina por desvanecerse hasta extinguirse tras las repetidas calamidades asociadas al consumo de drogas? Quizá deberíamos esperar que todos los adictos que experimentan problemas serios y prolongados asociados a las drogas “madurarán” (Winick 1962), pero desafortunadamente este no es el caso. ¿Qué es lo que hace que las experiencias derivadas del consumo de drogas (u otras adicciones) les obligue a continuar incluso tras asociar repetidamente el comportamiento adictivo con experiencias negativas e incluso tras su intención declarada de querer abstenerse? O bien cada una de las personas que nos informa sobre estas experiencias finge o se equivoca, o bien nuestros recursos teóricos para comprender el ciclo de abstinencia y recaída han de ir más allá del trabajo pionero de Lindesmith –el cual es, no obstante, un trabajo teórico crucial. A los teóricos socio-culturales posteriores no les ha ido mucho mejor que a Lindesmith cuando han intentado responder a estas preguntas. A fin de cuentas, éstas no sólo son cuestiones científicamente importantes, sino que además son esenciales para el tratamiento y el diseño de políticas, pues son precisamente aquellos que experimentan poderosas compulsiones a continuar con ciertos comportamientos a pesar de los serios problemas que implican los que obviamente están más necesitados de asistencia terapéutica.

Marsh Ray (1961) es el interaccionista simbólico que ha desarrollado más explícitamente una teoría sobre el ciclo de abstinencia y recaída, la cual es, probablemente, la teoría más ampliamente citada sobre cómo la recaída puede ser entendida desde el punto de vista privilegiado del interaccionismo simbólico. Richard Stephens (1991: 57-8) cita la teoría de Ray como la principal fuente para la elaboración de su propia explicación de la recaída desde el interaccionismo simbólico. Dan Waldorf (1970: 229) cita la teoría de Ray como el “único... intento de aprender algo del proceso de recaída tras un período de abstinencia”, aunque también expresa algunas reservas sobre el poder explicativo de

dicha teoría. De acuerdo a la teoría de Ray, el ciclo de abstinencia y recaída ha de ser entendido como un proceso durante el cual el exconsumidor oscila conscientemente entre un compromiso hacia sus autoconceptos como consumidor y como no-consumidor. Ray concluye su ensayo clásico diciendo,

...las experiencias socialmente disyuntivas producen un cuestionamiento sobre el valor de la identidad del abstinento y promueve reflexiones en las que las identidades del adicto y del no-adicto son comparadas. La realineación de los valores del abstinento con los valores del mundo de su adicción resulta en una redefinición del *self* como adicto y tiene como consecuencia las acciones que son necesarias para recaer (Ray 1961: 140).

Esta teoría sugiere que la recaída es un proceso que necesariamente conlleva una deliberación y comparación consciente entre las identidades de uno como consumidor y como no-consumidor. Como se puede ver, la de Ray es una construcción extremadamente cognitivista, de hecho racionalista, del proceso de recaída. Quien recaer es un individuo que evalúa racionalmente antes de decidir si recaer los pros y contras de ser un adicto versus abstenerse. ¿Pero acaso suena esto a una adicción? Si Ray está en lo cierto, ¿qué sentido tiene pensar que las adicciones requieren de algún tipo de asistencia terapéutica? La dificultad estriba en que, como en la teoría de Lindesmith, en la teoría de Ray no hay lugar alguno para los componentes viscerales de la recaída –aquellas compulsiones emocionales encarnadas que un gran número de personas dicen experimentar–, a las que ellos mismos asignan la principal responsabilidad de sus recaídas, y que constituyen la primordial justificación de la asistencia terapéutica. Aunque de ninguna manera hemos de adoptar los relatos de nuestros informantes acríticamente (Weinberg, 2000), es no obstante necesario abordar mejor de lo que lo hace Ray, las actividades y relatos de aquellos cuyas vidas y experiencias constituyen las únicas fuentes de nuestros datos.

Norman Denzin (1993) es el único interaccionista simbólico que ha intentado introducir el cuerpo y las emociones del consumidor de sustancias en su explicación del consumo compulsivo de drogas. Es de este modo el único interaccionista simbólico que ha intentado moverse más allá del incorpóreo cognitivismo que caracteriza uniformemente el entendimiento de la adicción de



los interaccionistas simbólicos. En su teoría del “*self* alcohólico”, Denzin sugiere que los alcohólicos padecen de un “*self* emocionalmente dividido” en el que el “*self* está dividido contra él mismo” (Denzin 1993: 362). Aunque esta apreciación acerca del rol de la emoción en el proceso de la adicción es sin lugar a dudas crucial para superar propuestas anteriores, no logra sin embargo eliminar completamente el cognitivismo y el racionalismo tradicionalmente implícitos en las interpretaciones del interaccionismo simbólico. Este cognitivismo y racionalismo reentran en la teoría de Denzin cuando insiste en que las situaciones que inducen al alcoholismo son conscientemente evaluadas como tales sobre la base de “un sistema interpretativo totalmente sólido” (Denzin 1993: 67) o sobre “una teoría profana del alcoholismo” (Denzin, 1993: 64-8).

Denzin acepta la distinción tradicional entre el deseo fisiológico y lo que él llama el deseo “psicológico, simbólico, o fenomenológico”, caracterizando este último como una necesidad imperiosa o deseo de beber o consumir que se da en ausencia de síntomas fisiológicos del síndrome de abstinencia (Denzin 1993: 34). Esta segunda variedad de deseo se entiende como una respuesta emocionalmente aprendida más que como una respuesta biológicamente innata y es claro a lo largo del texto que este tipo de deseo psicoemocional es el que despierta mayor interés para Denzin. Sin embargo, hay un aspecto de la teorización de Denzin sobre la emoción que hace su posición algo difícil de aplicar a la experiencia del deseo adictivo tal y como ésta es comúnmente relatada por los propios adictos. Siguiendo la idea de John Dewey de que la “emoción como tal emerge a través de la inhibición de una tendencia a actuar” (Denzin 1984: 423), Denzin insiste en que experimentar una emoción implica necesariamente una evaluación consciente de las percepciones o comportamientos como emocionales. Escribe,

El comportamiento puro no es emoción, como tampoco lo es el simple darse cuenta de la emoción de ese comportamiento. El comportamiento sólo se hace emocional cuando es interpretado por la persona y cuando es llevado a interactuar con el *self*. El cuerpo se ajusta así a las interpretaciones emocionales que las personas imponen sobre él (Denzin, 1983: 403-4).

Esta visión nominal de la emoción insiste correctamente en el hecho de que reconozcamos

la “emoción” como una categoría interpretativa, que es, hasta cierto punto, construida socialmente. Sin embargo, introduce un paso cognitivo que no concuerda con los relatos de muchas personas que han luchado con el deseo adictivo. De acuerdo al modelo de Denzin, el deseo, en la medida que es un caso de experiencia emocional, ha de conllevar “1) un cierto sentido de la emoción en términos de su definición y conciencia, 2) un cierto sentido del *self* sintiendo la sensación; 3) una revelación del *self* moral o sintiente a través de esta experiencia” (Denzin, 1983: 403-4). El modelo de Denzin propone así que el deseo adictivo necesariamente implica, además del deseo imperioso de consumir, una interpretación reflexiva de este deseo como tal, un reconocimiento reflexivo de que uno es un *self* particular experimentando el deseo, y algún tipo de evaluación moral de ese *self* particular. Este modelo reintroduce así el cognitivismo que impedía a Ray entender el carácter visceral y espontáneo del deseo y nos fuerza a entender la recaída como estando siempre precedida de una interpretación reflexiva de uno mismo y de sus emociones. Este trabajo interpretativo se define no sólo como un componente posible, sino como un componente analíticamente necesario para el proceso de recaída. Esta teoría no da importancia al profundo poder de lo que George Herbert Mead llamó “el lado afectivo de toda consciencia” (citado en Denzin 1984:423) que, aunque tenga lugar debajo del nivel de la interpretación deliberada, nos guía en gran parte de nuestra vida práctica. Tal y como sucede en la teoría de Ray, en última instancia esta teoría requiere que la recaída sea vista como un rechazo deliberado, cuasi-racional, de la identidad del alcohólico recuperado en favor de la reanudación del consumo de droga (Denzin 1993: 286-7). De esta forma, esta teoría nos impide dar crédito a los relatos de muchos de aquellos que aseguran experimentar la recaída no como una decisión de reanudar el consumo de drogas sino como un compromiso firme con una identidad de no-consumidor y con un estilo de vida que están dolorosa y persistentemente amenazados por poderosas y viscerales compulsiones de volver a consumir.

En la medida en la que retratan el comportamiento adictivo como invariablemente racional y en algún sentido, controlado, ni Denzin, ni Ray, ni ninguna de las demás interpretaciones de la adicción elaboradas por los interaccionistas

simbólicos nos puede proveer con un marco en el que el tratamiento clínico de la adicción no sea represivo. Al retratar invariablemente al *self* de la adicción como la causa del comportamiento adictivo, el intento de suprimir dicho comportamiento no puede lógicamente pasar por empoderar al *self* adicto. Así, mientras que los teóricos de la enfermedad cerebral no poseen ningún concepto del *self* o del auto-control, lo cual les impide discernir si el tratamiento es empoderador o represivo, la centralidad del *self* en las interpretaciones de los interaccionistas simbólicos conlleva una construcción de todo tratamiento como necesariamente represivo. Ahora bien, si lo que queremos es distinguir entre represión y empoderamiento en el tratamiento de la adicción, lo que necesitamos es una aproximación que sea suficientemente elástica para poder entender tanto la manifiesta variedad de formas en las que el consumo de drogas<sup>6</sup> da lugar a más consumo como la variedad de formas en las que los patrones de consumo de drogas causan sufrimiento a sus consumidores, y, aún más importante, que pueda permitirnos entender de alguna forma las causas de ese sufrimiento sin reducirlas automáticamente a estructuras neurológicas universales, a funciones/disfunciones del sistema nervioso humano, o a los comportamientos auto-gobernados de los interaccionistas simbólicos.

### 3. HACIA UN ENTENDIMIENTO POST-HUMANISTA DE LA ADICCIÓN

El término post-humanismo posee en la actualidad una variedad de connotaciones que surgen de su confrontación con la tradición Humanista del pensamiento y cultura occidentales. En términos generales, la tradición Humanista sostiene que la Humanidad (antes que Dios o la Naturaleza) es la fuente de todo sentido y valor en el cosmos y que es posible establecer una división ontológica firme entre el dominio de la vida humana construido intersubjetivamente y el campo objetivamente construido de la Naturaleza. La tradición Humanista permea el pensamiento occidental tanto en la política, como la moral, las leyes, el arte, pasan-

do, muy claramente, por las Ciencias Sociales. Esta tradición puede ser detectada, por ejemplo, en la insistencia, profundamente influyente, de Wilhelm Dilthey sobre el hecho de que, puesto que la vida social está llena de intenciones, sentido y creatividad, esta no pueda ser explicada mediante leyes naturales sino por medio de la *Verstehen*, o entendimiento interpretativo. Puede ser detectada también en el individualismo metodológico de la teoría de la acción racional. Y, tal y como ha ilustrado la sección anterior, ha sido un elemento central del interaccionismo simbólico. Cada uno de estos paradigmas de Ciencias Sociales adoptan un compromiso a priori con el principio de que los átomos irreducibles de la vida social son, inevitablemente, los sujetos humanos-intencionales, deliberativos, con intereses y participaciones en los marcos culturales que dotan a sus mundos con sentido, valor y racionalidades distintivas.

Aunque a menudo difieren en sus detalles, los científicos sociales post-humanistas comparten la preocupación de que esta imaginaria nos limita intelectualmente de diferentes maneras. Les preocupa el hecho de que el compromiso conceptual con ciertos a priori acerca de la esencia del actor humano puede ser científicamente indefendible en la medida en que no nos permite desarrollar una comprensión de la naturaleza humana basada en conceptos desarrollados empíricamente. Por ejemplo, muchos post-humanistas señalan cómo diferentes estudios empíricos sobre primates, tecnologías cyborg o de inteligencia artificial, nos sugieren una concepción más amplia de qué significa ser humano sugiriéndonos además una ruptura de las fronteras conceptuales entre lo humano y lo nohumano (cf. Haraway 1991; Hayles 1999). Otros autores argumentan que sean lo que sean los actores humanos, nuestra preocupación práctica y conceptual por ellos está íntimamente ligada a redes específicas de entidades tanto humanas como nohumanas que son las que interactúan para dar lugar a las estabildades substanciales y a las responsabilidades que conforman a los actores humanos (Callon 1986; Latour 1996; Knorr-Cetina 1997; Pickering 1995). Finalmente, puesto que evitan compromisos conceptuales a priori sobre la identidad esencial de las cosas, sean estas humanas o nohumanas, los científicos sociales

<sup>6</sup> La expresión 'consumo de drogas' será empleada aquí en representación de todos los comportamientos supuestamente adictivos al margen de que estos impliquen o no drogas.

posthumanistas nos aconsejan prestar atención directamente a la acción prácticamente situada para buscar pistas de cómo las identidades de las cosas implicadas en estas situaciones prácticas son forjadas, sostenidas, modificadas u olvidadas en cada caso específico.

He encontrado estas ideas profundamente instructivas en mi propio trabajo, no sólo con respecto a la adicción, sino también, de un modo más general, con respecto a los desórdenes mentales (Redley & Weinberg 2007; Weinberg 1997b, 2005). A diferencia de las descripciones del comportamiento adictivo que encontramos en los análisis de los interaccionistas simbólicos, las personas que he estudiado no describen uniformemente la recaída como un acto auto-gobernado sino como una pérdida de auto-control profundamente problemática y misteriosa. Este hecho se revela, por ejemplo, en el siguiente fragmento de las notas de campo de mi investigación con presuntos adictos sin hogar,

Me había prometido a mí mismo que no volvería a consumir un millar de veces y lo decía realmente en serio. Y entonces consumo. Quiero decir que es como si hubiera dos lados de mí. La persona racional razonable que sabe que va a morir si sigue viviendo de la forma en que lo está haciendo y el loco al que no le importa. Mi lado razonable puede estar tan seguro como quiera pero cuando las drogas aparecen delante de mí el loco toma control y todas las razones que tenía para no consumir desaparecen. Me odio a mí mismo al instante y me quedo completamente confundido por el hecho de que acabo de consumir. No quería pero lo hice. Está bien decir que tienes que tener un compromiso pero para alguno de nosotros eso no es suficiente. Necesitamos algo más que eso y no nos ayuda el hecho de estar satisfechos de nosotros mismos porque tenemos un compromiso como si fuera todo así de simple.

Autores conocidos como Stanton Peele (1989) y John Davies (1992) han sugerido que tales explicaciones no son descripciones válidas de la realidad de la adicción sino que son simplemente funcionales a nivel social para aquellos que las dan y/o se las creen. Señalan que, puesto que estas personas han aprendido de observar a otros darlas, este tipo de explicaciones han de reflejar inevitablemente sus culturas, sus “vocabularios de motivos” (Mills 1940), más que una pérdida

real de autocontrol. No pretendo disputar el hecho de que estas explicaciones sean funcionales o el hecho de que reflejen los compromisos conceptuales prevalentes en las culturas a las que los supuestos adictos pertenecen. Lo que disputo es la suposición de que este hecho impida que dichas explicaciones sean también descriptivamente válidas (Haraway 1991). Además, la reducción radical de estas explicaciones a simples ejemplos de esquemas conceptuales y/o intereses sociales nos impide explicar tanto la fenomenología de la adicción como fuente de sufrimiento como las formas en las que las adicciones se manifiestan como agentes no-humanos causales en diferentes prácticas. No obstante, un entendimiento post-humanista de la adicción está perfectamente equipado para superar estas serias limitaciones.

### 3.1. DISTINGUIENDO SELVES Y ADICCIONES EN LA PRÁCTICA TERAPÉUTICA

En los programas de tratamiento en los que realicé mi investigación etnográfica, la gente distinguía la agencia humana, o acción auto-gobernada, de la agencia no-humana de las adicciones fundamentalmente sobre la base de tres consideraciones discrecionales: 1) valoraciones provisionales sobre el carácter distintivo de las adicciones de cada persona (o en su jerga, de sus ‘patrones’), 2) valoraciones provisionales sobre las circunstancias prácticas de cada persona, y 3) valoraciones provisionales de quiénes eran como individuos los participantes en los programas (Weinberg 2005). Las limitaciones de espacio me impiden una discusión completa de estos elementos del trabajo de recuperación, sin embargo unos cuantos ejemplos pueden ser suficientes para desarrollar mi argumento.

Al entender que una de las características distintivas de la adicción es la negación, los miembros del programa esperaban, por un lado, que todos fueran abiertos con respecto a las opiniones que los demás expresaban sobre sus problemas y, por otro, que no mostraran una excesiva preocupación por sus sentimientos de vulnerabilidad ante la recaída. En el siguiente extracto, Sean<sup>7</sup> interpreta la incapacidad de Tony para

<sup>7</sup> Todos los nombres son pseudónimos.

reconocer que su adicción es una ‘enfermedad engañosa’ como una incapacidad de mostrar una agencia humana competente dentro del contexto práctico del programa de recuperación y, por ende, como una evidencia de que Tony está aún bajo la influencia de su adicción. Esta interpretación indica tanto el hecho de que para Sean la adicción es un tipo particular de aflicción mental como la forma en la que Tony debería recuperarse de ella. Tony había dicho anteriormente que ya no era vulnerable al deseo de consumir puesto que estaba tomando una nueva medicación. A lo cual Sean replicó,

“...ten cuidado, porque esta enfermedad que tenemos es engañosa. Y sabes que muchas de las veces cuando estás más seguro de que lo tienes chupado, es cuando salta sobre ti, porque comienzas a someterte a riesgos innecesarios...”

Tony dijo “Hombre, eso que dices es una gilipollez. Quiero decir, sé lo que dices y lo he escuchado antes pero no tengo que estar de acuerdo con esa chorrada. Nadie me puede decir cómo me siento...”

Después de que Tony se levantara Sean me miró, y sacudiendo su cabeza dijo “Este chaval tiene un problema. ¿Viste cómo se puso a la defensiva cuando lo único que le dije es que tuviera cuidado? Quiero decir es lo clásico, *clásico*, del comportamiento adictivo. Si tuviera que elegir un síntoma para explicar qué es el clásico pensamiento adictivo, sería *ése*.”

La valoración que hace Sean acerca de las fronteras que delimitan la agencia humana de Tony en este episodio no están basadas en un simple correspondencia entre, por un lado, la conducta personal de Tony, y, por otro, su auto-gobierno. Más bien, esta valoración está basada en su suposición acerca de cómo la supuesta adicción de Tony ejerce o no su agencia no-humana en y a través de su conducta personal. Sean revela así la expectativa de que existen potencialmente al menos *dos* agentes causales que podrían ser manifiestos en la adicción de Tony: 1) la propia agencia humana de Tony, y 2) la agencia no-humana de la adicción de Tony, que bien puede tomar control sobre la agencia humana de Tony –de ahí el comentario de que Tony tiene “un problema”–. Así, en este intercambio Sean no sólo estaba interactuando con Tony como agente humano, sino que también lo estaba haciendo con la adicción de Tony como agente no-huma-

no. De hecho, al remarcarle el problema que tenía Tony, Sean estaba respondiendo a lo que él creía que era la influencia causal que ejercía la adicción de Tony en ese encuentro (“Si tuviera que elegir un síntoma para explicar qué es el clásico pensamiento adictivo, sería *ése*”). Loseke (1993), entre otros, ha sugerido que de la misma forma que los construccionistas sociales han hablado tradicionalmente de condiciones putativas, deberían comenzar a hablar de lo que esta autora llama ‘personas putativas’ (ver también Hacking 1986). Este movimiento analítico parece particularmente apto en casos como los programas de tratamiento de la adicción donde a los participantes se les hace a menudo difícil determinar si la conducta personal está guiada por una agencia putativamente humana o no-humana. Las interacciones que observé en el transcurso de mi investigación sugieren la idoneidad de considerar a las agencias putativamente humanas y a las no-humanas como igualmente capaces de guiar experiencias y conductas personales, en lugar de considerar una como un epifenómeno necesario de la otra (Weinberg 1997b, 2005).

Como hemos visto, las expectativas básicas acerca de la naturaleza de la adicción pueden influenciar las interpretaciones que diferentes personas hacen sobre el comportamiento de otros. Ahora bien, cuando se dirimía si las acciones de diferentes usuarios eran una muestra evidente de sus adicciones o de juicios personales sólidos, estas expectativas tenían que competir con valoraciones provisionales acerca de las circunstancias prácticas de cada individuo. El siguiente ejemplo está basado en una usuaria que había salido del programa y estaba acumulando un número considerable de deudas por consumo de cocaína crack. La usuaria fue contactada por un consejero pero se resistió a los esfuerzos de este por internarla en un programa de recuperación. En ausencia de factores atenuantes, los consejeros normalmente consideran esta resistencia como una muestra del control que las adicciones tienen sobre los adictos. Sin embargo, a pesar de que en este caso existían factores atenuantes así como un intenso consumo, la resistencia de esta usuaria no fue interpretada como muestra de la agencia de la adicción sino como muestra de una agencia humana competente.

Se resiste porque no quiere perder su apartamento. Ya sabéis que se ha mudado a un apartamento que está cer-

ca del de sus padres, y es una buena situación para ella. Tiene miedo de perder su apartamento si se mete en un programa de internamiento. Puedo entender cómo se siente. Está en una situación difícil.

Además de las valoraciones provisionales acerca de la naturaleza de las adicciones de los otros y de sus circunstancias personales, las distinciones entre la agencia humana y la agencia no-humana de la adicción se basaban también en las valoraciones provisionales que hacían los miembros del programa sobre las características personales específicas que cada uno poseía en tanto que individuo. Los miembros del programa se basaban en su conocimiento sobre los detalles de la biografía de los otros para incorporarlos a sus valoraciones de cómo y en qué casos los efectos causales de sus adicciones eran o no evidente en su comportamiento. En el siguiente fragmento tomado de una sesión de terapia de grupo, la reciente “rebeldía” de Sherry es interpretada como una evidencia de cómo la adicción se reafirma. Paula, una consejera, había mencionado ya su sorpresa al ver el nombre de Sherry en una lista recientemente escrita de personas con mal comportamiento. Paula dijo,

“Vamos a comenzar contigo Sherry. Me sorprendió ver tu nombre en esta lista. ¿Qué es lo que pasa?” Sherry dijo, “Yo también estoy sorprendida, no lo sé”. Sherry mencionó las cosas por las que había sido incluida en la lista—cosas como no ir a las reuniones o no querer hacer sus tareas de cocina cuando le tocaba. Paula dijo, “Parece como que no hiciste muchas de ellas por ese comportamiento rebelde tuyo”.

Sherry asintió, sonrió, y añadió “Sí, es lo que parece. Creo que es por ser rebelde”.

Paula dijo, “Cuando empiezas a tener buenas ideas, cuando empiezas a pensar que sabes mejor que nadie qué es lo mejor para ti, ése es un buen momento para comenzar a sospechar y controlarte a ti misma. Cuando comienzas a decir ‘No creo que necesite ir al grupo’, o ‘No creo que necesite levantarme para hacer mis tareas’ Ése es el tipo de cosas por las que te van a echar de aquí y por las que te vas a encontrar ahí fuera, justo donde estabas. *Ésa es tu enfermedad hablando e intentando*

*que recaigas*. Es realmente importante que cuando empecéis a tener esos sentimientos rebeldes encontraréis a alguien con quien hablar y que os controléis”.

Sherry asintió obedientemente mostrando su acuerdo.

Sólo gracias al, por otra parte esperanzador, comportamiento de Sherry (junto con unos antecedentes conocidos de obcecación basados supuestamente en las drogas) se hizo en este caso razonable atribuir su reciente y “rebeldía” mal comportamiento a la agencia no-humana de su adicción en lugar de a su propia agencia humana. Si consideramos el diagnóstico como una labor estrictamente técnica y racional (ver Kirk and Kutchins 1992: 220-3), este tipo de juicios clínicos habrían de ser considerados como verdaderas aberraciones —en el mejor de los casos podrían ser vistos como errores y en el peor como ejemplos profundamente perturbadores de opresión personal llevados a cabo bajo el auspicio de la medicina clínica (cf. Szasz 1961). Sin embargo, si consideramos estos diagnósticos como fundamentados en el orden moral<sup>8</sup> de la comunidad viviente, las cosas no parecen tan graves. Vistos desde esta perspectiva, la “rebeldía” de Sherry se resistía a ser interpretada como una muestra de su propia agencia humana puesto que tal interpretación era inconsistente con el agente humano que Paula creía ver en Sherry (“Me sorprendió ver tu nombre en esta lista”). Dada la inconsistencia de las impresiones de Paula sobre Sherry, la “rebeldía” de Sherry se prestaba inmediatamente a ser vista como un efecto de su “enfermedad” que estaba “intentando que recayera”. Aunque de acuerdo a una interpretación estrictamente técnica y racional pueda parecer extraño atribuir una categoría de comportamiento como la “rebeldía” a causas nohumanas, las circunstancias prácticas en las que Paula y Sherry se encontraba favorecieron que dicha atribución se pudiera dar sin problemas. Más importante aún es el hecho de que estas circunstancias implicaban el mantenimiento de la comunidad moral existente entre ellas.

A diferencia de los dogmáticos compromisos libertarios de autores como Thomas Szasz, quiero sugerir aquí que intervenciones como las que hemos visto más arriba en el caso de Paula y Sherry pueden ser interpretadas como empodera-

<sup>8</sup> Por “moral” quiero decir aquí responsable en un sentido etnometodológico. De esta forma, el orden moral no sólo se refiere a las demandas que nos hacemos los unos a los otros de comportarnos virtuosamente, sino también a las demandas morales que nos hacemos los unos a los otros, y que nos hacemos a nosotros mismos, de pensar y comportarnos inteligentemente.

dores en lugar de represivas. Pueden ser vistas como empoderadoras si tomamos seriamente, tal y como Paula hace con Sherry, la noción de que personas específicas actúan periódicamente afectadas por las nefasta influencia de agentes intrapersonales no-humanos tales como las adicciones. Desde este punto de vista, acabar con las adicciones no es per se un acto de represión. Al contrario, es un acto mediante el cual es posible liberar a ciertas personas del desastre que sobre ellos ha hecho recaer una inoportuna enfermedad. Por supuesto, diferentes comentaristas, incluidos los propios adictos, pueden debatir acerca de las características de las adicciones y de la relativa influencia que estos agentes no-humanos tienen sobre su conducta personal en diferentes casos<sup>9</sup>. De hecho, tales debates conformaban el grueso del trabajo clínico que observé en el transcurso de mi investigación. No obstante, el hecho de que las características y relativa influencia de las adicciones de la gente en sus actividades sean intrínsecamente debatibles, no descalifica el hecho de que puedan ser consideradas seriamente como agentes nohumanos. De hecho, la teoría social post-humanista nos enseña que es precisamente en esa resistencia a ser descritas y a ser sujetas al control humano cuando estas agencias no-humanas se hacen más claramente evidentes.

## CONCLUSIÓN

En contra de lo defendido por la tradición construccionista, la economía moral de la práctica terapéutica hace algo más que únicamente influir en cómo los participantes de los programas producen, sostienen, y arreglan sus *creencias* acerca de las adicciones que supuestamente sufren. Como hemos visto en los anteriores ejemplos, esta práctica terapéutica sirvió de hecho para dar forma empírica a las adicciones como cosas-en-el-mundo causalmente influyentes. Las adicciones eran consideradas como agentes que ejercían una influencia causal sobre las percepciones y los comportamientos de las personas alterando de este modo no sólo sus creencias sino también los cursos de acción que conformaban la vida de la propia comunidad

terapéutica. En lugar de meramente observar o describir sus adicciones, los miembros del programa llevaban a cabo duras luchas para controlar las acciones que atribuían a sus adicciones (ver también, Mol & Law, 2004). De hecho, este trabajo *animaba* sus adicciones como agentes nohumanos, y hacía que los participantes del programa entraran en luchas interacionales con estos desórdenes, que eran entendidos como realidades confirmadas colectivamente. De esta forma, el trabajo de la recuperación consistía en algo más que un simple proceso de conversión ideológica. De hecho, dicho trabajo consistía en luchas colectivas encaminadas a superar problemas particulares vistos como efectos de adicciones entendidas como agentes nohumanos materialmente encarnados.

A diferencia de las explicaciones biológicamente reduccionistas, hemos visto cómo los agentes nohumanos con los que los residentes pugnaban se constituían *únicamente* en, y a través de, la economía moral de la práctica del programa. Las formas que adquirían las adicciones de estas personas no sólo no tenían relación formal evidente con las nosologías formalmente codificadas de la psiquiatría (p.ej. “rebel-día”), sino que además las valoraciones acerca de su presencia o ausencia en el comportamiento de las personas se dictaban *únicamente* en base a la organización, localmente significativa, de los eventos del programa y a las expectativas que los participantes tenían sobre ellos mismos y sobre los otros en tanto colaboradores en la gestión de estos eventos. Así, se ha de concluir resueltamente que las pruebas genéticas, neurológicas así como otras pruebas biológicas que podrían haber sido utilizadas con gran beneficio en otras circunstancias para el tratamiento de la adicción, no jugaron ningún papel aquí. Las fronteras entre las causas sociales y naturales, humanas y no-humanas, del comportamiento de la gente y de sus experiencias no se entendían en ningún caso como predeterminadas sino que fueron trazadas *in situ* exclusivamente como respuestas a las exigencias de la vida terapéutica de la comunidad. Aquellas explicaciones científicas que pretenden reducir la labor de establecimiento de estas fronteras a procesos biológicos o psicológicos reduccionistas que

<sup>9</sup> En muchos lugares y periodos a través de la historia, se ha negado a los adictos el derecho a hablar de la naturaleza, los efectos, y el control de sus adicciones (Weinberg 2005). Obviamente, nuestra habilidad para empoderar a los adictos se ve obviamente minada si negamos sistemáticamente sus voces

tiene lugar debajo o detrás este labor, pecan tanto de ser insensibles al carácter profundamente moral de esta labor como de importar recursos explicativos que no juegan ningún papel *evidente* en la en el establecimiento de estas fronteras.

Basándose en el trabajo de Bruno Latour sobre la articulación corporal (cd. 2004), Emilie Gormart (cf. 2002, 2004) ha incorporado los puntos fundamentales del post-humanismo al estudio de la adicción. En contra de la tradicional antinomia existente en la filosofía liberal entre el sujeto humano definido como absolutamente libre y el cuerpo humano como determinado mecánicamente, Gormart conceptualizar el consumo de drogas y la adicción como vehículos para la articulación de subjetividades humanas en lugar de cómo elementos que inevitablemente las destruyen. Gormart y Hennion (1999) comparan fructíferamente a los consumidores de drogas y a los aficionados de músicas trazando un paralelismo entre los procesos a través de los cuales la gente aprende y se prepara para ser tomado por las drogas y por la música. Estos autores argumentan que la capacidad de sucumbir al placer de las drogas no sólo se explica a partir de un determinismo bioquímico pasivo, sino que también requiere del aprendizaje de una serie de habilidades y transformaciones en los tipos de sujetos que somos. Esto es muy cierto. Gormart (2002, 2004) describe cómo en la Clínica Azul los pacientes eran consumidores activos y tácticos de drogas y no simples esclavos de ellas. Así, su dependencia fisiológica de las drogas de sustitución se describe como un “generoso constreñimiento”, un constreñimiento fisiológico sobre sus acciones que permitía a los trabajadores de la clínica coaccionar/seducir simultáneamente a los consumidores de las drogas para que adoptaran formas de vida más estables y menos arriesgadas. Ahora bien, lo que estos estudios no abordan, y lo que intento explorar en mi propio trabajo, es cómo y por qué las adicciones se convierten en elementos que causan sufrimiento en la gente, un sufrimiento del que queremos, eventualmente, liberarlas.

De esta forma, y al contrario que Gormart, no pretendo conceptualizar la adicción como una *relación* entre el cuerpo del consumidor de droga y la agencia nohumana de la droga psicoactiva. He evitado esto deliberadamente puesto que la gran mayoría de consumidores de drogas no se convierten en adictos y porque, tal y como Gormart sugiere, no tiene sentido empírico caracterizar el comportamiento de los adictos como determinado mecánicamente por las propias drogas. En lugar de esto, y siguiendo la pista de aquellos con los que hice trabajo de campo, conceptualizo las adicciones como agentes no-humanos que residen en los cuerpos de aquellos que son adictos. Escribiendo en contra de las explicaciones biológicamente reduccionistas, Latour (2004: 205) comenta que, “tener un cuerpo *es aprender a ser afectado*, ser ‘efectuado’ por el sentido, ser conmovido, puesto en movimiento por otras entidades, humanas o no-humanas. Si no te involucras en este aprendizaje, te haces insensible, sordo, te quedas muerto”. Pretendo conceptualizar las adicciones como agentes encarnados que constituyen un tipo específico de este “aprender a ser afectado”. Ahora bien, mientras que Latour (2004) parece deslizar el juicio normativo de que cualquier forma en la que los cuerpos aprendan a ser afectados ha de ser bien recibida, yo quiero ser un poco más cauteloso. Pienso que tener un cuerpo es ser vulnerable a la enfermedad (cf, Mol 2002; Mol & Law 2004). Sin embargo, como post-humanista, considero las enfermedades no cómo meros mecanismos biológicos patológicos, sino, más generalmente, como patrones *dañinos* de articulación corporal. Es decir, patrones de articulación corporal con los que no podemos, o no queremos, identificarnos ya que ponen en peligro aquellas otras articulaciones con las que nos identificamos a nosotros mismos. Si dejamos claro que esto es lo que significa la enfermedad, no veo razón alguna para negar, y sí todas para afirmar, que una adicción es justamente una de estas cosas.

## BIBLIOGRAFÍA

- BECKER, Howard S., 1953. “Becoming a Marijuana User.” *American Journal of Sociology* 59: 235-42.
- BECKER, Howard S., 1967. “History, Culture and Subjective Experience: An Explanation of Social Bases of Drug-Induced Experiences.” *Journal of Health and Social Behavior* 8: 163-76.
- BERRIOS, Germán E., and Ivan S. MARKOVA. 2003. “The Self and Psychiatry: A Conceptual History”. En T. Kircher and A. David (eds.) *The Self in Neuroscience and Psychiatry*. Cambridge, Cambridge University Press, pp. 9-39.

- CALLON, Michel, 1986. "Some Elements of a Sociology of Translation". En J. Law (ed.) *Power, Action and Belief*. Londres, Routledge, pp. 196-233
- DAVIES, John Booth. 1992. *The Myth of Addiction*. Amsterdam, Netherlands, Harwood.
- DENZIN, Norman K., 1983. "A Note on Emotionality, Self, and Interaction." *American Journal of Sociology* 89(2): 402-9.
- DENZIN, Norman K., 1984. "Reply to Baldwin." *American Journal of Sociology* 90(2): 422-7.
- DENZIN, Norman K., 1993. *The Alcoholic Society*. New Brunswick, NJ: Transaction.
- GARDNER, Eliot L., 1992. "Brain Reward Mechanisms" en J. Lowinson et al. (eds) *Substance Abuse: A Comprehensive Text*. Baltimore, MD: Williams and Wilkins.
- GAWIN, Frank, 1991. "Cocaine Addiction: Psychology and Neurology." *Science* 251: 1580-6.
- GOMART, Emilie, 2002. "Towards a generous constraint: freedom and coercion in French addiction treatment". *Sociology of Health & Illness*. 24(5): 517-49.
- GOMART, Emilie, 2004. "Surprised by Methadone: In Praise of Drug Substitution Treatment in a French Clinic". *Body & Society*. 10(2-3): 85-110.
- GOMART, Emilie and Antoine HENNION. 1999. "A Sociology of Attachment: music amateurs, drug users". In J. Law and J. Hassard (eds.) *Actor Network Theory and After*. Oxford: Blackwell, pp. 220-47.
- HACKING, Ian, 1986. "Making up people." In T.C. Heller, M. Sosna, and D.E. Wellbery (eds.), *Reconstructing Individualism*. Stanford: Stanford University Press. Pp. 222-236.
- HARAWAY, Donna J., 1991. *Symians, Cyborgs and Women*. Nueva York, Routledge.
- HAYLES, N. Katherine, 1999. *How We Became Posthuman*. Chicago, University of Chicago Press.
- KIRK, Stuart A. and Herb KUTCHINS, 1992. *The Selling of DSM*. Hawthorne, Nueva York, Aldine de Gruyter.
- KNORR Cetina, Karin, 1997. "Sociality with Objects: Social Relations in Postsocial Knowledge." *Theory, Culture & Society*. 14(4): 1-30.
- KOOB, George F., 2006. "The Neurobiology of Addiction." *Addiction*. 101: 23-30
- KOOB, G.F., L. STINUS, M. LEMOAL and F.E. BLOOM, 1989. "Opponent Process Theory of Motivation: Neurobiological Evidence from Studies of Opiate Dependence." *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 13: 135-40.
- LATOUR, Bruno, 1996. "On Interobjectivity." *Mind, Culture and Activity*. 3(4): 228-45
- LATOUR, Bruno, 2004. "How to Talk About the Body? The Normative Dimensions of Science Studies." *Body & Society*. 10(2-3): 205-29
- LEDER, Drew, 1990. *The Absent Body*. Chicago: University of Chicago Press.
- LESHNER, Alan I., 1997. "Addiction is a Brain Disease and it Matters." *Science*. 278: 45-7
- LESHNER, Alan I., and George F. KOOB, 1999. "Drugs of Abuse and the Brain." *Proceedings of the Association of American Physicians*. 111(2): 99-108
- LINDESMITH, Alfred R., 1938. "A Sociological Theory of Drug Addiction." *American Journal of Sociology* 43(4): 593-609.
- LINDESMITH, Alfred R., 1968. *Addiction and Opiates*. Chicago: Aldine
- LOSEKE, Donileen R., 1993. "Constructing conditions, people, morality, and emotion: Expanding the agenda of constructionism" en G. Miller and J.A. Holstein (eds.) *Constructionist Controversies*. Hawthorne, N.Y.: Aldine de Gruyter. pp. 207-216.
- MACANDREW, Craig and Robert EDGERTON, 1969. *Drunken Comportment*. Chicago, Aldine.
- MILLS, C. Wright. 1940. "Situated actions and vocabularies of motive." *American Sociological Review*. 5:904-913.
- MOL, Annemarie, 2002. *The Body Multiple*. Durham, NC: Duke University Press.
- MOL, Annemarie, and John LAW, 2004. "Embodied Action, Enacted Bodies: The Example of Hypoglycaemia." *Body & Society*. 10(2-3): 43-62.
- MORAN, Richard, 2002. "Frankfurt on Identification: Ambiguities of Activity in Mental Life" en S. Buss and H. Overton (eds.) *Contours of Agency*. Cambridge, MA: MIT Press, pp. 189-217.
- O'BRIEN, Charles P., Nora VOLKOW and T.K. LI, 2006. "What's in a word?: Addiction versus Dependence in DSM V." *American Journal of Psychiatry*. 163(5): 764-5.
- PEELE, Stanton, 1989. *Diseasing of America*. Lexington, MA, Lexington Books.
- PICKERING, Andrew, 1995. *The Mangle of Practice*. Chicago, University of Chicago Press.
- RAY, Marsh, 1961. "The cycle of abstinence and relapse among heroin addicts." *Social Problems*. 9:132-140.
- REDLEY, Marcus, and Darin WEINBERG, 2007. "Learning Disability and the Limits of Liberal Citizenship: Interactional Impediments to Political Empowerment." *Sociology of Health & Illness*. 29(5): 767-86.
- STEPHENS, Richard C., 1991. *The Street Addict Role*. Albany, Nueva York, SUNY Press.
- SZASZ, Thomas, 1961. *The Myth of Mental Illness*. Nueva York, Hoeber-Harper.
- TAYLOR, Charles, 1989. *Sources of the Self*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- TURNER, Bryan S., 2000. "An Outline of a General Sociology of the Body" en Bryan S. Turner (ed.) *The Blackwell Companion to Social Theory*, 2nd edn. Malden, MA: Blackwell Publishers.
- WALDORF, Dan, 1970. "Life without Heroin: Some Social Adjustments during Long-Term Periods of Voluntary Abstinence" *Social Problems* 18(2): 228-43.



- WEINBERG, Darin, 1997a. "Lindesmith on Addiction: A Critical History of a Classic Theory." *Sociological Theory*. 15(2): 150-61.
- WEINBERG, Darin, 1997b. "The Social Construction of Non-Human Agency: The Case of Mental Disorder." *Social Problems*. 44(2): 217-34.
- WEINBERG, Darin, 2000. "'Out There': The Ecology of Addiction in Drug Abuse Treatment Discourse." *Social Problems*. 47(4): 606-21.
- WEINBERG, Darin. 2002. "On the Embodiment of Addiction." *Body & Society*. 8(4): 1-19.
- WEINBERG, Darin. 2005. *Of Others Inside: Insanity, addiction and Belonging in America*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- WEST, Robert. 2006. *Theory of Addiction*. Oxford, Blackwell.
- WINICK, Charles. 1962. "Maturing Out of Narcotic Addiction." *Bulletin on Narcotics*. 14(5): 1-7.