

CLÍNICA DE LA TOXICOMANÍA: ANÁLISIS DE SU DIMENSIÓN SUBJETIVA Y SOCIAL

MARÍA DEL SOCORRO SARRIA FERNÁNDEZ

El presente trabajo fue realizado como trabajo de grado de la Especialización en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica. Facultad de Psicología. Universidad de San Buenaventura. Cali. Colombia. Septiembre de 2012.



**UNIVERSIDAD DE
SAN BUENAVENTURA**

**UNIVERSIDAD SAN BUENAVENTURA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON ORIENTACIÓN
PSICOANALÍTICA
CALI, COLOMBIA
2012**

**CLÍNICA DE LA TOXICOMANÍA: ANÁLISIS DE SU DIMENSIÓN
SUBJETIVA Y SOCIAL**

MARÍA DEL SOCORRO SARRIA FERNÁNDEZ

**Coordinador Académico
MANUEL ALEJANDRO MORENO**



**UNIVERSIDAD DE
SAN BUENAVENTURA**

**UNIVERSIDAD SAN BUENAVENTURA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON ORIENTACIÓN
PSICOANALÍTICA
CALI, COLOMBIA
2012**

Contenido

	pág.
Resumen	4
1. Contexto político - jurídico de la toxicomanía en Colombia	7
2. Dimensión subjetiva en la práctica del consumo de SPA	9
3. Dimensión social de la toxicomanía	13
<i>3.1 Representaciones sociales del toxicómano</i>	<i>14</i>
4. Sobre los tratamientos	16
<i>4.1 El tratamiento psicosocial</i>	<i>16</i>
<i>4.2 Tratamiento psicoanalítico</i>	<i>18</i>
5. Conclusiones	20
Referencias bibliográficas	22

Resumen

El presente artículo aborda el tema de la Toxicomanía como un fenómeno que en nuestro país evidencia un considerable aumento, que ha llevado a la consolidación de la drogadicción como un problema de salud pública. Es una problemática que es importante abordar desde su dimensión subjetiva, que se ocupa del sujeto del inconsciente, del sujeto que hay en aquella persona que consume y por supuesto la función que cumple la sustancia. Tratar el tema de la toxicomanía desde su dimensión social, es adentrarnos en el sistema familiar, considerado el primer espacio de socialización de los seres humanos y es la familia la que se ve afectada por el toxicómano y en la mayoría de los casos la demanda de atención proviene de parte del entorno del sujeto adicto y son ellos los primeros en adjudicar el acto adictivo, que trae como consecuencia el rompimiento del vínculo social. Todo esto a partir de un diálogo de saberes que muestra un análisis que compara, las posibilidades de procesos de intervención social-comunitarios y los de orientación psicoanalítica y que permite optar por aquel que se ajuste a la comprensión de este fenómeno; que toca el tema de la responsabilidad subjetiva, en tanto que es el toxicómano quien debe hacerse responsable de sus actos.

Palabras Clave: Toxicomanía, Sujeto, inconsciente, vínculo social, intervención, responsabilidad

Abstract

The present article is in regards to the subject of substance abuse as a phenomenon in our country demonstrates a significant increase, which has led to the consolidation of drug addiction as a public health problem. It is an issue that is important to address since its subjective dimension, which deals with the subject of the unconscious, the subject that is in the person who consumes and of course the role of the substance. Treat the topic of the addiction from its social dimension, is to enter the family system, considered the first social of humans and is the family that is affected by the addict and in most

cases demand attention comes from the subject's environment addict and they are the first to award the addictive act that results in the breakdown of social ties. All this from a knowledge dialogue showing an analysis that compares the possibilities of intervention processes and social-oriented community and allows psychoanalytic choose one suited to the understanding of this phenomenon, which addresses the issue subjective responsibility, while the addict is who should be held responsible for their actions.

¿Por qué los humanos tomamos drogas?

Por dos motivos, tan simples como poderosos:

Aumentar la felicidad en especial en su modalidad de placer o disminuir su contrario, la infelicidad presentada generalmente bajo la forma de dolor físico o mental.

[Las drogas] pueden llevarte a la destrucción. O al paraíso. O primero al paraíso y luego a la destrucción. O solamente a cierto trecho entre este mundo y el paraíso.

Y también, claro está, sacarte del infierno o disminuir las inclemencias del infierno.

Brue de Sala

En la actualidad la droga es una expresión de la cotidianidad y como lo dice Brue de Sala (2008), un camino que te puede llevar a la felicidad o a la destrucción, situación que depende del cristal desde donde se mire y se viva, vivencias que están permeadas por una complejidad que es preciso abordar como un aporte a la comprensión de este como un fenómeno social y desde el psicoanálisis un ejercicio que implique entender la subjetividad del toxicómano.

La comprensión de la dimensión social y subjetiva de este fenómeno se expone a partir de la construcción de un diálogo de saberes. Autores como Moscovici, exponente de la mirada social, Freud y Lacan, desde el psicoanálisis, ofrecen perspectivas a partir las cuales se puede explicar la toxicomanía. Para contextualizar el planteamiento al marco colombiano, se citarán datos estadísticos de estudios gubernamentales realizados

en el país. Desde este marco conceptual resulta apropiado plantear la siguiente cuestión: ¿Qué es lo que aporta la droga a los sujetos para que se mantengan en ella? Y, ¿cuál es el papel de la sociedad colombiana en esta condición de vida del sujeto? Estos son los interrogantes que se desarrollarán y conformarán la estructura de este escrito.

1. Contexto político - jurídico de la toxicomanía en Colombia

El tema de las drogas en un país como Colombia, donde sus tres manifestaciones: producción, tráfico y consumo, han marcado el desarrollo histórico del país en los últimos 40 años, merece una mirada analítica a partir de la consideración de ciertas características del contexto político-jurídico en el que se presenta el fenómeno en mención.

Respecto del consumo de droga en el país, el fenómeno actual evidencia un incremento significativo. Un Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas (Presidencia de la República de Colombia, 1992), estima que el 5.9 % de los colombianos alguna vez en la vida ha consumido cualquier sustancia psicoactiva (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis, heroína, LSD, hongos e inhalantes), del cual se encontró un incremento con el aumento de escolaridad. Un nuevo estudio (Presidencia de la República de Colombia, 1996) enfocado en población entre 12 a 60 años, estimó que un 6.5 % de colombianos ha consumido alguna sustancia psicoactiva alguna vez en su vida. En el último estudio realizado por la Presidencia de la República (2008), se encontró que un 9,1 % de las personas encuestadas han usado alguna vez en la vida una sustancia psicoactiva.

En Colombia mediante el Acto Legislativo 02 ratificado en diciembre de 2009, se buscó la prohibición de la dosis personal, mediante un inciso al artículo 49 de la Constitución, el cual declara que *“el porte y el consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas está prohibido salvo prescripción médica”* (Congreso de la República, 2009), esto con el fin de controlar y buscar disminuir el consumo de sustancias psicoactivas en el país.

El Estudio Nacional de Salud Mental (2003), encontró que una de cada 100 personas abusa de sustancias psicoactivas y aproximadamente una de cada 200 tiene dependencia a estas. El problema global del consumo de sustancias psicoactivas se observa fundamentalmente en el sexo masculino: ocho de cada 40 hombres comparados con una de cada 40 mujeres. (Ministerio de la Protección Social, 2003)

En la actualidad el tema del consumo de drogas forma parte de los objetivos del milenio y no podrían faltar políticas públicas que enmarcaran los escenarios y los recursos para desarrollar intervenciones que favorezcan la recuperación del sujeto

consumidor de drogas. Por esta razón las intervenciones con población consumidora y no consumidora de drogas han cobrado importancia a partir la consolidación de la Política Nacional de Salud Mental, según resolución No. 2358 de 1998, (Ministerio de Salud, 1998) la cual plantea al consumidor como un sujeto de derechos, que debe ser atendido desde la perspectiva de la enfermedad, a tal punto de incluir algunos eventos para ser cubiertos en el Plan Obligatorio de Salud. Esta situación sociopolítica sitúa al toxicómano en ventaja con respecto a otras épocas en las que el proceso de atención se basaba en la capacidad adquisitiva de la familia del toxicómano para ingresarlo a centros de tratamiento para drogadicción.

A partir de la consolidación de la drogadicción como un problema de salud pública que genera un deterioro social, en agosto de 2008 el Consejo Nacional de Estupefacientes emitió la Resolución No. 014, la cual creó las comisiones técnicas interinstitucionales para cada una de las manifestaciones del problema de las drogas. A cada una de ellas se le encomendó emitir recomendaciones concretas para la construcción de un plan de acción integral, siendo esta la oportunidad para formular el Plan de Acción Nacional e intersectorial para la operativización de la Política Nacional de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y para dar apoyo a los planes e iniciativas departamentales y locales. Este ejercicio hizo posible identificar una serie de variables que dieron fundamento a la construcción del Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas 2009-2010, la cual propone cuatro ejes estratégicos de intervención: prevención, mitigación, superación y de manera transversal el desarrollo de capacidad de respuesta. (Comisión Nacional de Reducción de la demanda de las Drogas, 2008)

Estas dos políticas permiten a los profesionales interesados en el tema contar con un respaldo que mínimamente garantiza la posibilidad de entrever la tan necesaria recuperación de esta población.

2. Dimensión subjetiva en la práctica del consumo de SPA

En *El malestar en la cultura* (1930), Freud hace referencia al consumo de sustancias, al plantear que: “*Bien se sabe que con ayuda de los «quitapenas» es posible sustraerse en cualquier momento de la presión de la realidad y refugiarse en un mundo propio, que ofrece mejores condiciones de sensación*”. (p. 78) El mismo autor plantea que:

Lo que se consigue mediante las sustancias embriagadoras en la lucha por la felicidad y por el alejamiento de la miseria, es apreciado como un bien tan grande que individuos y aun pueblos enteros les han asignado una posición fija en su economía libidinal. No sólo se les debe la ganancia inmediata de placer, sino una cuota de independencia, ardientemente anhelada, respecto del mundo exterior. (Freud, 1930: 78)

Así es posible considerar la toxicomanía como un modo de solución fallida y equívoca a la angustia que invade al sujeto cuando debe afrontar las exigencias de la vida moderna, que lo sumergen en una insatisfacción, llevándolo a una continua búsqueda de placer. Sin embargo, es preciso anotar que a pesar de encontrarse en una situación ambivalente al conocer el carácter nocivo de la sustancia, el sujeto persiste en permanecer en dicha situación de consumo.

Se podría plantear entonces que el psicoanálisis se ocupa y trata al sujeto del inconsciente, no trata al toxicómano, lo que puede tratar entonces es al sujeto que hay en el toxicómano, el sujeto que hay en aquella persona que consume drogas. Porque de lo contrario estaríamos en la lógica del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM IV), es decir, en la lógica médica que se encarga de clasificar conductas y comportamientos sin pensar en el sujeto.

Desde la perspectiva psicoanalítica, una cosa es el sujeto y otra la toxicomanía entendida como la situación de consumo problemático. Así las cosas, cabe preguntarse ¿qué hace que los sujetos que se encuentran expuestos a las mismas condiciones de contexto semejantes, que pertenecen al mismo grupo, tomen decisiones diferentes en cuanto al acto de intoxicarse? Podría entonces plantearse la responsabilidad subjetiva

del sujeto en ese acto (el acto de intoxicarse) entendiéndolo no como un acto en el sentido de la acción, sino en el sentido que la sustancia tóxica lo confronta y provoca en él una respuesta. Justamente, la clave del asunto está en su dimensión subjetiva, en aquellos significantes que lo constituyen como sujeto y lo conducen hacia el terreno del consumo o hacia el lugar del rechazo del mismo.

En el *Seminario 11*, Lacan afirma que *“el inconsciente, son los efectos de la palabra sobre el sujeto, es la dimensión donde el sujeto se determina en el desarrollo de los efectos de la palabra, en consecuencia de lo cual el inconsciente está estructurado como un lenguaje”*. (Lacan, 1964: 56) Se podría afirmar entonces que el lenguaje, aparte de ser aquello que le posibilita al sujeto comunicarse, le permite hablar y acceder a un lugar dentro del conjunto de elementos que está en relación con la estructura. Sin embargo, lo que nos ocupa es, ¿cómo el sujeto responde a esto?, y ¿qué determinación toma frente a este acto? La respuesta tiene que ver con las elecciones del sujeto, inconscientes o no, en cuanto al acto de intoxicarse, sin dejar de lado el lugar que ocupa dentro de la estructura y la dimensión de la responsabilidad subjetiva porque el toxicómano debe hacerse responsable de sus actos.

Es decir, se puede encontrar por un lado un sujeto que en condiciones normales logra resolver las disonancias y los conflictos emocionales, relacionales y concretos que se dan en la vida cotidiana, permitiendo a todas las dimensiones del ser (lo espiritual, personal, laboral, la sexualidad, lo educativo, etc.) participar en la solución de las disonancias. Sin embargo, puede existir otro sujeto que experimenta dolor y sufrimiento como consecuencia del abuso y la dependencia que produce el consumo de la sustancia. Situación que evidencia experiencias del orden del fracaso, del malestar, de la necesidad, de la angustia, hechos que son consecuencia de una falta que el sujeto del inconsciente no es capaz de resolver por sí solo, generándose por un lado, la autoexclusión como una consecuencia del consumo, y por otro, la exclusión social la cual incrementa los niveles de sufrimiento.

Otra explicación podría ser que la toxicomanía no debe entenderse como una estructura clínica en sí, como tampoco la dependencia al tóxico es necesariamente un síntoma. Este problema exige un abordaje clínico particular, del caso por caso (Levi 2000), y se puede explicar en razón de que la sustancia tóxica ocupa un lugar diferente

para cada sujeto. El sujeto está decidido por una estructura (la del lenguaje) y es una estructura a la que le falta algo. La droga, entonces, aparece como posibilidad de llenar esa carencia, así la dependencia a las drogas puede estar presente en cualquiera de las estructuras clínicas con sus particularidades.

Le Poulichet (1990), citado por Agüero (2006) plantea que: *“la ubicación del tóxico puede darse a manera de suplencia o manera de suplemento”* (p. 83). La droga funciona como suplencia en la psicosis, como un modo de incluirse en una clase circumscripita por el Otro –es “toxicómano”. El sujeto se toma de este nombre. (Agüero, Blanco, Dabul, Daniell, Herbón, Kameniecki, Laner, Morales, Pérez, Quevedo, Riadigós, Testa, Zbuczynski, 2006)

Igualmente, frente a la neurosis se plantea que:

La función del suplemento, ¿suplemento de qué? De cierta prótesis narcisista. Este punto se articula en la dificultad de tramitar ciertos duelos imposibles, con el obstáculo para hacer un trabajo del duelo. La autora agrega que ésta función de suplemento es también un modo de regular los aparatos. (Agüero et al., 2006: 84)

Lo anterior podría llevar a inferir que el común denominador en la toxicomanía puede darse desde las neurosis como suplemento, en la medida en que todo sujeto que no haya resuelto situaciones críticas como lo menciona el autor, puede establecer además de una relación estrecha y directa con la sustancia no dependiente o una relación altamente dependiente.

Dentro de las situaciones críticas podría analizarse el carácter de la falta en el sujeto del inconsciente, para quien:

La sustancia tóxica funciona como tapón de una falla de un agujero, el mismo al que se refería Freud, al decir que hay una “rajadura”, inherente a la pulsión sexual que impide la satisfacción plena (...), la función de tapón de la falta en el Otro, que resulta tentador aproximar la droga al fetiche (...), cuando esa función es exitosa ante aquellos que E. Laurent definió como verdaderos toxicómanos

para quienes la droga es un partenaire satisfactorio y privilegiado. (Ventoso, 2000: 35–36)

Al respecto, se puede plantear que la droga suple una falta representada en la pareja sexual, es decir, que la presencia del Otro, no es relevante o no constituye un valor representativo para el sujeto, haciéndolo sustituible por la sustancia, debido al goce generado en la situación de consumo. Lo anterior podría ser interpretado como la forma en que el sujeto se enfrenta a la droga, que hasta el momento podría suponer el acceso al goce. En este sentido, la sustancia encubre el deseo del inconsciente, el cual podría dar lugar al autoerotismo. Referente al acceso al goce, Braunstein (2006) plantea que *“las drogas embriagan y ofrecen un atajo al goce, sin pasar por el deseo que llegan al cerebro y actúan sin la mediación del diafragma de la palabra, permiten desprenderse de los compromisos que atan al cuerpo con la cultura”*. (p. 283)

(...) lo interesante de este comportamiento está en el modo en que el sujeto se enfrenta con este objeto peculiar que es la droga, se supone que su adicción le permitirá una vía de acceso privilegiada y directa, en cortocircuito, hacia el goce y que sería un modo de impugnar la existencia del otro y de la cultura que impone renunciar al goce. (Braunstein, 2006: 280)

Lo anterior podría inferir que el discurso en el sujeto cumple una función mediadora para convertirse en uno de los caminos para establecer una conexión entre el goce y el deseo, ya que su lugar en la palabra, determinan la causa de la falta y por ende el lugar del objeto.

Abordado desde la perspectiva psicoanalítica, Freud en la Carta 79 (1897) sugiere que *la masturbación es el único gran hábito que cabe designar como «adicción primordial», y las otras adicciones sólo cobran vida como sustitutos y relevos de aquella (el alcoholismo, morfinismo, tabaquismo, etc.)*, (p. 314), identificando la sexualidad con la intoxicación, borrando la falta en el Otro.

Por su parte, Lacan (1975), citado por Braunstein (2006), manifiesta que: *“la droga es lo que permite romper el casamiento con la cosita de hacer pipí”* (p. 281), lo

que quiere decir que el sujeto está casado con una parte de sí mismo y obtiene placer sexual a partir del propio cuerpo. De esta manera, se considera al sujeto inmerso en un mundo, al que sólo interesa la satisfacción que el objeto droga pueda otorgar, permitiendo al individuo aislarse, quedando solo en un mundo aparte.

3. Dimensión social de la toxicomanía

Una vez desarrollada la dimensión subjetiva de la toxicomanía, y entendiendo que esta se encuentra en conexión con su contexto; habría que señalar en primera instancia que algunas de las consecuencias del consumo tienen que ver con asuntos como: conflictos familiares, de pareja, relaciones deterioradas con los hijos, deserción escolar, deserción laboral, conflicto con la ley. Dichas problemáticas, entre otras, llevan al toxicómano a tocar fondo y pueden hacer emerger ya no sólo una problemática desde la dimensión subjetiva, sino también una patología social, que pone a los individuos en situación de exclusión, que lo marginan y lo excluyen, duplicando el sufrimiento experimentado, desde la dimensión subjetiva, situación que evita u obstaculiza su integración a la vida social.

La vida social del sujeto se gesta desde el seno familiar como el primer espacio de socialización, el cual marca de manera especial el desarrollo histórico de ese sujeto y de esa familia. Cuando se experimenta una situación de consumo problemático en la familia se confronta en sus límites y se confronta al sujeto frente a la toxicomanía.

Según Bonzini (2000), por la particular posición que ocupa el adicto en la estructura familiar, la toxicomanía constituye un síntoma social, en tanto discurso que las denuncia y las sintomatiza. El sistema familiar se ve afectado por el toxicómano y en la mayoría de los casos la demanda de atención proviene de parte del entorno del sujeto adicto y es su familia o sus amigos los primeros en adjudicar el acto adictivo. Dicha demanda surge, en ocasiones, relacionada con los efectos y no con las causas de su padecimiento, como por ejemplo el rompimiento del vínculo social, necesario para la relación del sujeto con los grupos sociales a los que pertenece.

3.1 Representaciones sociales del toxicómano

Por su parte, la sociedad centra su mirada en el problema de la toxicomanía, como una desviación del sujeto frente a la norma socialmente establecida sobre el deber ser. Es decir, la situación de consumo se comprende como una amenaza manifiesta que merece la exclusión social, la cual está fundamentada en las representaciones sociales, que frente al tema de la toxicomanía se han construido. La construcción colectiva de representaciones permite a la sociedad entender y comunicar algo a lo que ya le ha atribuido un significado.

El significado que la sociedad le da al toxicómano es la de un sujeto con un valor social cuestionado, es decir, hace una lectura del toxicómano asociándolo con otro tipo de representaciones sociales por ejemplo: drogadicto – ladrón, drogadicto – desechable, drogadicto – VIH, drogadicto – peligro; significados que le dan sentido o que explican el comportamiento excluyente de la sociedad frente al toxicómano.

Las representaciones sociales cargadas de significado muestran cómo a partir del estigma se soporta la necesidad de censurar aquellas personas que se desvían de lo que es o no asumido como aceptable, lo que hace que ese sujeto sea percibido como peligroso. Hay una visión social negativa que legitima su exclusión, que no es capaz de distinguir entre lo que debe o no debe hacer, lo cual ocasiona una incapacidad social y el toxicómano no es sólo discriminado, simplemente es eliminado, borrado de los canales sociales, es marginado. (Rubio, 2001)

Al respecto, Moscovici (1979), plantea que las representaciones sociales antes que nada concierne a la manera en que nosotros, en cuanto que sujetos sociales, aprendemos acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. En otras palabras, el conocimiento espontáneo se construye a partir de experiencias, informaciones, conocimientos recibidos y transmitidos a través de la tradición, educación y comunicación social: es un conocimiento socialmente elaborado y compartido. (Ibáñez, 2001)

Así se puede plantear la adicción como una problemática social, ya que desde la perspectiva de construcción de identidad y pertenencia a los grupos de pares, del reconocimiento social, podría decirse que el consumo de droga estaría asociado a

dinámicas incluyentes que es necesario considerar, pues son aspectos de valor desde las representaciones sociales de los mismos consumidores. Las representaciones sociales, permiten a los individuos y grupos cargar de significaciones sociales al objeto *droga*, interpretarlo, integrarlo con el mundo que los rodea.

Por esta razón es importante entender que las representaciones sociales que se tiene de un objeto determinado, en nuestro caso el consumo de drogas, son las que van a construir las diferencias entre los grupos y a definir las conductas que, a su vez, inciden en las relaciones que se construyen entre los grupos, las normas que se establecen y las formas de control social. (Moscovici, 1979)

4. Sobre los tratamientos

Específicamente en el tema de las adicciones, el tratamiento puede definirse, en general, como una o más intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social. Según el comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Farmacodependencia, el término “tratamiento” se aplica al “proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible”. (Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2003)

4.1 El tratamiento psicosocial

Se puede plantear que el tratamiento psicosocial puede ser tan diverso como las técnicas de intervención, tal y como se plantea en la Guía práctica de atención integral en Farmacodependencia, mediante un concepto que parte de:

(...) comprender una serie de intervenciones de distinta índole coordinadas por un equipo multidisciplinario, dirigidas a abordar las diferentes áreas comprometidas del sujeto en relación con su trastorno adictivo. Entre las intervenciones de este tipo que han sido reportadas como efectivas tenemos las terapias cognitivo-conductual, comportamental, humanísticas, interpersonales, intervenciones psicoterapéuticas individual, grupal y familiar, así como los grupos de autoayuda o ayuda mutua, entre otras opciones. Se incluyen aquí también acciones de reinserción social. (Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, 2004: 25)

De esta manera, se puede determinar que no existe un tratamiento único y universal para la toxicomanía.

Desde el modelo psicosocial se encuentra suficiente bibliografía, que para efectos de mostrar su relevancia explicativa desde el psicoanálisis retomará el modelo de

tratamiento comunitario, el cual brinda una alternativa de atención más allá de la clínica, el cual se fundamenta no sólo en el sujeto sino también en la comunidad en la que vive.

Milanese (2009), psicoanalista italiano, rompe paradigmas en la intervención de las situaciones de consumo de drogas, según los elementos constitutivos del Modelo con Base Comunitaria, definiéndolo como un conjunto de acciones, instrumentos, prácticas y conceptos organizados en un proceso que tiene como fin el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas que abusan de drogas en una situación de exclusión social grave y el mejoramiento de las condiciones de vida en las comunidades locales en las cuales ellos viven y los operadores trabajan.

Según lo anterior, ubicar los tres tiempos de un análisis con la analogía del juego el tratamiento comunitario cobra sentido en la medida en que además de intervenir al sujeto, se debe intervenir los contextos de riesgo a partir de las redes a las que ellos pertenecen, es decir, tratando al sujeto desde su contexto sin desarraigarlo. A diferencia del tratamiento convencional que lo institucionaliza y lo aparta de las relaciones y de los entornos donde se desarrolla, para posteriormente una vez finalizado el tratamiento ser reintegrado a su ambiente.

El Modelo de tratamiento Comunitario, plantea que *“la finalidad es acompañar a las personas para que recuperen la capacidad de soñar como primer paso hacia el conocimiento de sí mismos y entonces permita el cambio y mejoramiento de sus vidas”*. (Milanese, 2009)

Podría plantearse entonces que esta finalidad está enfocada a brindar un acompañamiento y crear las condiciones que promuevan un mejoramiento en la calidad de vida, desvirtuando un poco la idea de que el éxito en un tratamiento de adicciones reside en la eliminación del consumo. Lo que equivale a decir que el tratamiento comunitario sin avalar el consumo rescata la condición de humano, sobre la condición de drogadicto.

Respecto de los objetivos generales, Milanese (2009), plantea que en el tratamiento comunitario estos pueden ser considerados como fases de un caminar no lineal y realizado en parte por caminos que existen, y en parte por caminos que hay que hacer existir, por caminos que siempre se cruzan con otros y también consigo mismos.

El tratamiento comunitario quiere acompañar a la persona para que ella dé sentido y orden a este caminar.

Los objetivos de este caminar son:

- Detener el agravarse de los procesos de autodestrucción.
- Estabilizar a la persona en esta fase.
- Hacer más seguras y menos peligrosas las conductas de riesgo.
- Mejorar las condiciones de vida por medio de la reducción o disminución de las conductas de riesgo y de sus consecuencias.
- Iniciar un proceso de salida de las situaciones de riesgo (rehabilitación).
- Vivir un proceso de rehabilitación (cambio de estilo y de condición de vida), en la comunidad y fuera de ella por medio de procesos educativos, organizativos de rehabilitación y cura. (Milanese, 2009: 27-31; 187-188)

Se puede apreciar que la perspectiva del modelo con base comunitaria consolida la intervención no sólo en el sujeto, sino en los vínculos y relaciones que el sujeto establece con su entorno, rescatando su valor social y el lugar que ocupa en una red familiar y comunitaria. El valor de esta red reside en la hipótesis que plantea que al activar los lazos de esa red, la situación de sufrimiento puede disminuir a pesar de que el tratamiento pueda darse de manera breve o larga con el fin de alcanzar un objetivo que no está enmarcado en la abstinencia del consumo sino a la reducción de daños, asociado a la exclusión social grave.

Según la interpretación que se hace a este modelo de tratamiento comunitario puede plantearse que su objetivo no es eliminar el consumo sino reducir los daños asociados al mismo, a través de un proceso de acompañamiento y seguimiento que permite al consumidor la posibilidad de acceder a los diferentes recursos presentes en una comunidad, que lo incluyen en lugar de excluirlo.

4.2 Tratamiento psicoanalítico

Respecto de la clínica con sujetos con problemas vinculados al uso de las drogas, Pérez (2006), hace referencia al texto de Freud “Sobre la iniciación del tratamiento”

(2006), donde hace algunas recomendaciones sobre la terapia analítica, en la cual se propone tener en cuenta las siguientes recomendaciones (Agüero et al., 2006):

a. En primer lugar, ubicar los tres tiempos de un análisis con la analogía del juego del ajedrez, sobre aperturas, medio juego y cierres.

b. Propone aceptar a los pacientes sólo provisionalmente, hasta decidir si es apto para el psicoanálisis.

Otro criterio a tener en cuenta es el llamado “umbral de baja exigencia”, que significa que a las personas no se les impone como condición de ingreso al tratamiento la abstinencia. *“El objetivo, es que la sustancia pierda el valor que tiene para ese sujeto en particular, en su economía psíquica”*. (Kameniecki, 2006: 32)

Se trata de una clínica en la cual el eje pasa por el tratamiento del sujeto, no de la sustancia (Kameniecki, 2006: 33), destacando que habrá pacientes para los cuales el psicoanálisis no estaría indicado, así es como debemos adentrarnos en el campo del caso por caso.

Desde el psicoanálisis se propone incitar a la palabra y enfrentarnos a un sujeto que no tiene nada que decir (Levi, 2000), así el quehacer del analista consiste en hacer producir la palabra. El psicoanálisis apuesta a crear en estos sujetos un síntoma que responda a la falta en el Otro y la droga funciona borrando la falta en el Otro. (Wolodarsky, 2000) Es decir, este incitar a la palabra, está implicado en la transferencia, que tiene como fin ubicar al sujeto en ese saber de lo que le acontece y que debe ser llevado al terapeuta, con el fin de lograr darle un lugar a la subjetividad. La transferencia implica situar al sujeto supuesto saber y sin ella no hay chances de ningún tratamiento posible, la transferencia debe instalarse para que algún cambio en el sujeto sea posible. (Agüero et al., 2006)

Lo anterior nos lleva a precisar que el tratamiento psicoanalítico requiere el hecho de separación, no precisamente entre la droga y el toxicómano sino en el sentido de que la droga deje de ser la causa, implicando al sujeto en su malestar con el fin de encontrar la fuente de sus padecimientos anímicos y es aquí donde el psicoanálisis encuentra sentido, en el hecho de confrontar a un sujeto con su propio deseo.

5. Conclusiones

La cuestión sobre ¿qué es lo que aporta la droga a los sujetos que hace que se mantengan en ella? permitió transitar desde el reconocimiento de la falta como la condición que pudiera hacer entrever la posibilidad de consumir una sustancia y salir de ella o la posibilidad de quedarse en el consumo, entiendo que es la sustancia un sustituto que obtura la falta.

Respecto de cuál debería ser el papel de la sociedad en esta condición de vida del sujeto, se puede deducir entre las líneas de este escrito que el enfoque psicoanalítico no sólo permite una intervención desde lo clínico, sino también desde lo social (topología del sujeto). El punto de partida de una intervención que no está basada en la premisa de una abstinencia sino en la demanda de atención de un sujeto regido por las leyes del lenguaje del cual surge; da paso a la lectura del cómo, en su discurso, el consumo está asociado a sus relaciones sociales, su familia, sus amigos. Este trabajo realizado entre analista y analizante, se espera que conduzca a aquel punto donde el sujeto analizante sea capaz de ubicar su responsabilidad (subjetiva) en aquello que causa su malestar.

Según lo anterior, lo social puede ser tan fuerte para excluir al sujeto, por el papel protagónico que se le atribuye a la sustancia, como una representación social que se tiene del consumo de drogas, en la cual se confunde al consumidor atacándolo y desconociendo el sujeto detrás del consumo con la sustancia. Lo anteriormente expuesto pretende enlazar la mirada clínica y la social frente a la toxicomanía desde la teoría psicoanalítica.

Así, el abordaje de la toxicomanía en la actualidad implica necesariamente como se desarrolló en el escrito, abordarla de manera sistémica, de tal manera que se reconozcan las ventajas y limitaciones de un análisis desde lo subjetivo y otro desde lo social, ya que el ser humano no se puede desligar de su contexto para ser comprendido como algo más que las partes, es decir, comprendido como un todo.

Los diferentes tratamientos para el abordaje de la intervención en la toxicomanía permite en la actualidad proporcionar a los profesionales de diferentes áreas optar por aquel que se ajuste a la comprensión de este fenómeno social y que consolida la necesidad de promover abordajes interdisciplinarios.

Podría entonces concluirse que la elección del tratamiento depende de cómo se percibe la situación de consumo, la cual puede estar situada en el sujeto con relación al contexto, debido a que la viabilidad del tratamiento depende no sólo de cómo el sujeto asume su situación de consumo, sino también de cómo se adapta a las condiciones y exigencia de la sociedad. Por esta razón, el tratamiento comunitario basado en esta premisa promueve el desarrollo y autogestión del sujeto para enfrentarse a las contingencias de la vida, y no como el tratamiento tradicional, que no sólo lo extrae de la sociedad, sino que lo interna en un mundo de restricciones, aumentando la probabilidad de que al volver a la sociedad reincida en el consumo.

Referencias bibliográficas

- Agüero, A. (2006). *Clínica Institucional en toxicomanías*. Buenos Aires: Letra viva
- Agüero, A. (2006). Drogas y cultura: una visión desde la socio-antropología médica. En *Clínica Institucional en toxicomanías*. Buenos Aires: Letra viva
- Agüero, Blanco, Dabul, Daniell, Herbón, Kameniecki, Laner, Morales, Pérez, Quevedo, Riadigós, Testa & Zbuczynski (2006). Concepciones clínicas e institucionales en las toxicomanías. En Kameniecki, *Clínica Institucional en Toxicomanías*. Buenos Aires: Letra viva
- Bobadilla, J. O. (2008). Toxicomanía y psicoanálisis: el goce del adicto. *Psikeba Revista de Psicoanálisis y Estudios Culturales*. Recuperado de <http://www.psykeba.com.ar/articulos2/JO-goce-adicto-psycoanalisis-toxicomanias.htm>.: <http://www.psykeba.com.ar/>
- Bonzini, S. (2000). *Los Quitapenas*. Buenos Aires: Eudeba
- Braunstein, N. (2006). *El goce un concepto lacaniano*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI editores, S. A.
- Braunstein, N. (2009). *La Memoria del Psicoanálisis* (I ed.). Cali: Bonaventuriana.
- Brue de Sala (2008). *Educación y mitigación de daño*. Recuperado de <http://consultaunesco2008.blogspot.com/2008/06/reduccion-de-daos-en-usuarios-de-drogas.html>
- Comisión Nacional de Reducción de la demanda de las Drogas. (2008). *Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas 2009 - 2010*. Bogotá, Colombia.
- Congreso de la República. (21 de diciembre de 2009). *Acto legislativo 02*. Recuperado de http://www.elabedul.net/Documentos/Leyes/2009/acto_legislativo02.pdf.
- Drogodependencia*. (s.f.) Recuperado en diciembre de 2012, de <http://es.wikipedia.org/wiki/Drogodependencia>
- Escohotado, A. (2007). *Historia General de las Drogas*. Madrid, España: Editorial Espasa Calpe, S. A.
- Freud, S. (1897). *Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud - Carta 79*. Buenos Aires: Amorrout Editores

- Freud, S. (1908). *La moral sexual "cultural" y la nerviosidad moderna*. Buenos Aires, Argentina.
- Freud, S. (1930). *"El malestar en la cultura"*. Amorrout Editores
- Gaete, T. (2007). Representaciones sociales de psicólogos, sobre el consumo de drogas, consumidores y tratamientos "El Juicio Psicológico". *Revista Psicología*, 53
- Gobernación del Cauca. (Enero de 2009). *Guía para el Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud Mental en el departamento del Cauca*. Cauca, Colombia.
- Ibáñez, T. (2001). *Psicología Social Construccionalista*. Guadalajara: Editorial Pandora
- Kameniecki, M. (2006). Concepciones clínicas e institucionales en las toxicomanías. En *Clínica Institucional en Toxicomanías*. Buenos Aires: Letra viva
- Lacan, J. (1964). *Seminario 11*.
- Levi, M. (2000). El paciente drogodependiente y su familia. En S. Bonzini, *Los Quitapenas*. Argentina: Eudeba
- Levi, M. (2000). *Los Quitapenas*. Primera edición. Argentina: Eudeba.
- Milanese, E. (2009). *Tratamiento comunitario de las adicciones y de las consecuencias de la exclusión grave*. México: Plaza y Valdés, S. A. de CV.
- Ministerio de la Protección Social, República de Colombia. (2003). *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social – Fundación FES Social / 2005.
- Ministerio de Protección Social, República de Colombia. (2004). *Actualización de la guía práctica de atención integral en Farmacodependencia*. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud, República de Colombia. (Junio 19, 1998). *Resolución 02358 de 1998. Política Nacional de Salud Mental*. Recuperado de <http://www.dmsjuridica.com/CODIGOS/LEGISLACION/ministerios/mprotecciones/resoluciones/1998/resolucion%202358%20de%201998.pdf>.
- Moscovici, S. (1979). *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Argentina: Huemul.
- Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2003). *Manual sobre tratamiento del Abuso de Drogas*. New York.
- Naparstek, F. y cols. (2008). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*. Argentina: Grama Ediciones

- Pérez Barbosa, H. (2006). *Clinica Institucional en toxicomanías*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Pontificia Universidad Bolivariana. (2007). Representaciones sociales de los jóvenes de la ciudad de Medellín sobre el consumo de sustancias psicoactivas en relación con sus escenarios. *Informes Psicológicos*.
- Presidencia de la República de Colombia. (1992). *Estudio Nación de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia*. Bogotá: Editorial Guadalupe, S. A.
- Presidencia de la República de Colombia. (1996). *Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Bogotá: Guadalupe, S. A.
- Presidencia de la República de Colombia. (2008). *Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia*. Bogotá: Editora Guadalupe, S. A.
- Quevedo, S. (2006). *Clinica Institucional en toxicomanías*. Buenos Aires: Letra viva
- Riadigós, N. (2006). *Clínica Institucional en Toxicomanías*. Buenos Aires: Letra viva
- Riadigós, N. (2006). *El contexto sociocultural del uso de drogas*. Buenos Aires: Letra viva
- Romaní, O. (1999). *Las Drogas: sueños y razones*. Barcelona: Ariel
- Rubio, F. J. (2001). Exclusión social del drogodependiente. *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*.
- Sáenz, S. (2009). Consumo de drogas ilícitas, ¿prohibición o regulación? Análisis del caso colombiano en perspectiva de política comparada. *Revista Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*, 39 (111)
- Ventoso, J. (2000). *Los Quitapenas*. Argentina: Eudeba
- Wolodarsky, D. (2000). Un matrimonio feliz. En Bonzini, S. *Los Quitapenas*. Argentina: Eudeba.