

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO
CRISTIANO

Carrera de Psicología

"Operaciones de extracción y exorcismo en el
tratamiento médico tradicional a toxicomanías.
El malestar que encubre el adicto"

Nombre Profesor Guía: Juan José Soca.

Nombre alumnos: Rosella Baronti B.
Patricio Moraga G.

Tesis para optar al grado de: Licenciado en Psicología.

Tesis para optar al título de: Psicólogo.

Santiago
1998

Agradecimientos:

A J.J. Soca por su paciencia y consejos, a Omar Ruz por su desprendido apoyo. A Jorge Leiva por habernos dado los primeros impulsos. A Marcia y Norma por su buena voluntad. A Luis Ravanal y a José M. Cumsille, por sus 'gracias computacionales'.

Rosella Baronti B-Patricio Moraga G.

A Marco Padilla por su disposición infinita. A Ignacita por su comprensión, a Marita por su apoyo y paciencia. A mi madre, a Sandra, Mario, Isaac y Javiera porque me ampararon cuando no tenía abrigo. A Gloria Cordal por su comprensión sincera. A Francisco, Catalina, Sebastián y Carlos por haber comenzado a escuchar 'las voces del super-yo'.

Patricio.

Dedicatoria:

¡"Qué misterio es una dedicatoria, una entrega de símbolos"!

J. Luis Borges.

A Ignacita, que atraviesa con su mirada todavía frágil cada uno de mis días, que con su amor irrenunciable le da sentido a lo absurdo.

A Marita, que se atrevió a otear en mis complejos horizontes, que aparece cuando las esperanzas eran menores, que llega para recoger el amor que llevo hacia sus orillas.

A mi madre, que ha cuidado de mi en cada uno de mis desvelos, que marcará siempre cada uno de mis logros.

Patricio Moraga González.

A Daniel, mi hijo, que entregó dulcemente del tiempo que le pertenecía y su sonrisa fue la inspiración que me ayudó a continuar.

A Rigoberto, mi gran compañero, que con inmenso amor y paciencia hizo más fácil el camino.

A mi madre que ha sido una buena amiga; a mi padre que nunca ha dejado de acompañarme.

A mis hermanos, Almendra, Silvia y Ramón.

Rosella Baronti Barella.

INDICE

* *Agradecimientos.*

I.-	<i>Introducción</i>	1
II.-	<i>Antecedentes Generales del Problema</i>	14
III.-	<i>Marco Teórico</i>	33
IV.-	<i>Marco Teórico Metodológico</i>	104
V.-	<i>Análisis Descriptivo de los Discursos</i>	133
VI.-	<i>Conclusiones</i>	236
VII.-	<i>Bibliografía</i>	266

INDICE

* Agradecimientos

I.- <u>Introducción</u>	1
II.- <u>Antecedentes Generales del Problema</u>	14
III.- <u>Marco Teórico</u>	33
1.- El malestar en la cultura.	37
2.- Los efectos de la modernidad en la cultura y en los individuos.	46
3.- El fundamento moderno de las ciencias.	52
4.- Las toxicomanías. La óptica médica tradicional...61	
5.- Los efectos de la concepción médica en el tratamiento de toxicomanías.	79
6.- Hacia el sujeto: 'Acerca de una operación de encubrimiento'.	84
IV.- <u>Marco Teórico Metodológico</u>	104
1.- Las decisiones Metodológicas.	113
1.1. Las técnicas utilizadas.	117
1.2. Selección de la muestra.	119
1.3. Recogida de datos.	122
1.3.1. Respecto de la observación.	123
1.3.2. Las entrevistas.	125
1.4. Control de calidad.	129
2.- Análisis de Contenido.	130
V.- <u>Análisis Descriptivo de los Discursos</u>	133
A.- Los Directivos	
I.- Acerca de lo que causa el encuentro con las drogas.....	133
1a.- Factores Psicológicos y Afectivos.	134
1b.- Factores Psicológicos y Neuroquímicos.	137
1c.- Incidencia de factores culturales.	138

II.- Enfoques Terapéuticos	142
2a.- Enfoque terapéutico centrado en factores psicológicos.	142
2b.- Descripciones y críticas al tratamiento con rasgos bio-químicos.	144
2c.- Acerca de la desintoxicación, de la abstinencia y del uso de fármacos.	147
III.- Acerca de la praxis médica	152
B.- Los Terapeutas	
I.- Acerca de lo que causa el encuentro con las drogas	153
1a.- Factores Psicológicos y Afectivos.....	154
1b.- Carencia de identidad.	156
1c.- El significado de las drogas: el objeto-droga como efecto y sustituto.	157
1d.- Afectividad familiar con características patógenas.	158
1e.- Incidencia de factores culturales.	159
1f.- La toxicomanía causada pos factores biológicos (el cuerpo demandante) o (bio-químicos (la droga).....	162
1fa.- La neurofisiología como causa.	
1fb.- La química del objeto-droga como causa.	
II.- Enfoques Terapéuticos	165
2a.- Enfoque terapéutico centrado en factores psicológicos.	166
2b.- Descripciones y críticas al tratamiento con rasgos bio-químicos.	168
2ba.- Críticas al uso de fármacos.	
2c.- La Rehabilitación: los problemas para una reinserción efectiva.	172
2d.- Tratamiento con enfoque bio-químico.	174
2da.- Descripción de procedimientos terapéuticos con tradición médico-psiquiátrica.	174
2db.- Los pacientes demandan tratamiento médico tradicional.	177
2dc.- Críticas a la psicología.	177
2dd.- Validación del uso de fármacos.	178
III.- Acerca de la praxis médica	180

C.- Los Pacientes	
I.- Acerca de lo que origina el encuentro con las drogas.	182
1a.- Factores Psicológicos y Afectivos.	182
1b.- El significado de las drogas: el objeto-droga como efecto y sustituto.	189
1c.- La toxicomanía causada por factores biológicos (el cuerpo demandante) o (bio-químicos (la droga).....	192
II.- Enfoques Terapéuticos.	195
2a.- Enfoque terapéutico centrado en factores psicológicos.	195
2b.- Descripciones y críticas al tratamiento con rasgos bio-químicos.	197
2c.- Tratamiento con enfoque bio-químico.	199
D.- Interpretación de Discursos	201
I.- Acerca de lo que causa el encuentro con las drogas en los discursos de Directivos, Terapeutas y Pacientes	204
II.- Acerca de las Posiciones Terapéuticas en los discursos de Directivos, Terapeutas y Pacientes ..	222
VI.- <u>Conclusiones</u>	236
VII.- <u>Bibliografía</u>	266

I.- INTRODUCCION.

"El verdadero viaje al descubrimiento no consiste en buscar nuevos horizontes, sino en tener nuevos ojos".

Marcel Proust

Como se reconoce desde diversos ángulos el consumo de drogas a nivel mundial se habría constituido en uno de los graves problemas del mundo contemporáneo. Asunto que adquiere relevancia social hace algunas décadas y que daría indicios de ir en aumento. Así lo atestiguan los distintos estudios estadísticos que se han realizado. Respondiendo a los problemas que la ingesta de tóxicos produciría emerge la preocupación que se observa de parte de los Estados y, de la población en general, en orden a contener su extensión.

Frente a esta situación, los discursos oficiales puntualizan una serie de efectos asociados al consumo de sustancias ilegales. Uno de ellos, refiere al deterioro individual de la salud de los consumidores. Otro problema apunta a las alteraciones que la ingesta de tóxicos provoca en las relaciones humanas que establecen los toxicómanos, tanto a nivel familiar, laboral, a la convivencia social (delitos, accidentes, y otros bajo los efectos de aquellos). Vinculado con esto se articula el tema del narcotráfico que supone un problema de alcance político-económico de envergadura mayor.

El estado de cosas señalado y las acciones tendientes a

erradicar, o al menos atenuar la situación, impulsan en la actualidad a un inmenso gasto en recursos económicos a los Estados más afectados por el problema.

Nuestro país no es ajeno a las consecuencias de este fenómeno y entre las distintas medidas adoptadas, la que representa mejor la preocupación gubernamental, es la creación en 1990 de un **Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas**, el cual señala ciertos lineamientos para avanzar en la solución de lo descrito. Las políticas se orientan principalmente a controlar el narcotráfico y a prevenir a través de campañas informativas, programas de acción comunales, etc. Políticas y acciones al parecer necesarias, si bien el fondo y el modo mediante los cuales son llevadas a cabo, ameritarían una revisión.

En el ámbito del tratamiento, las acciones del Estado han apuntado a crear en distintos hospitales y consultorios del país, unidades especiales de tratamiento de alcohol y drogas, las cuales en general se insertan en los servicios de psiquiatría de las respectivas instituciones. Paralelamente, el Ministerio de Salud diseña las **"Orientaciones Técnicas para el Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Problemas de Drogas"**, las que tienen como fin mostrar distintos enfoques y tipos de abordajes terapéuticos que orienten la acción de las unidades de salud.

Precisamente estas estrategias de intervención son las que motivan nuestra investigación, al generarse en nosotros la impresión de que pese a los esfuerzos desplegados, no se

avanzaría en que los afectados se recuperen cabalmente. Correspondería con esto que las 'cifras' señalen que en general no se logra contener el avance del problema. Nuestro estudio por tanto, se focalizará en el tratamiento que se efectúa a personas 'afectadas por drogas'. Tipo de asistencia que concitó nuestra atención, pues el desarrollo del fenómeno no necesariamente se circunscribe a los márgenes que establece el tratamiento típico de salud.

Nos sentimos entonces convocados a revisar el tema recogiendo elementos que, si bien se consideran en los textos oficiales pues se sitúan como variables intervinientes, *por lo corriente se morigeran, se presentan de manera aladaña, o no son considerados hasta sus últimas consecuencias en cuanto a la incidencia de éstos en la afección aquejante.*

Así fue como cobró relevancia mayor la variable que tradicionalmente se sitúa tras el fenómeno, es decir, *la droga como causa de las toxicomanías.* Si bien esta afirmación es de 'uso frecuente' al referir el tema, es de obvia constatación que las drogas han estado desde 'tempranas épocas' acompañando al hombre. Se hizo necesario entonces, considerar también, la presencia de las sustancias en la evolución de la cultura y la interacción de los individuos con aquellas.

Los antecedentes Generales de la presente Tesis, recogen brevemente, los factores de raíz histórico-cultural que probablemente han incidido en las costumbres, y en los modos de ver y valorar el mundo que dominan los diversos

períodos históricos. Los paradigmas culturales pasados afectaron el papel, los símbolos y la relación que a través del tiempo el Hombre ha tenido con los objetos, para el caso nos importan ciertas sustancias (las drogas). Al mismo tiempo, percibimos ciertos cambios acontecidos en la cultura y cómo ellos participan, de alguna forma, en la 'figura moderna' de relacionarse que el sujeto establece con las 'mismas sustancias' de antaño. ¿Qué estaría sucediendo en la cultura que se ha pasado del consumo de drogas como parte de rituales y ceremonias -cuyo significado trascendía el exclusivo consumo de las sustancias-, a un tipo de consumo que al parecer cierra su significado en el acto de consumir?. El contexto contemporáneo de consumo de drogas bien podría expresar el ceremonial moderno mediante el cual otrora se buscaban accesos privilegiados a otras instancias de la sensibilidad y a modos colectivos de goce en la tribu. El ritual moderno repetiría de un modo estético y ético distinto aquel gesto primitivo. Lo dicho sólo anuncia, pues la posible diferencia que contiene pensamos descubrirlo mediante esta investigación.

Enfocar el asunto desde esta perspectiva nos movió a preguntar por lo que podría estar aconteciendo con el 'devenir del ser humano' en nuestra época, particularmente, inquirir por lo que lo invita de manera especial a ingestar drogas. Está claro que la modernidad trajo consigo cambios en el orden social; modificaciones que al fin de cuentas pueden haber permitido que ésto se admita, y tal vez, si ha contribuído a que se establezca. El orden valórico tan nítido y rígido de otras épocas, donde lo bueno y lo malo se sujetaba a propuestas de sentido existencial universales

ha variado. Derivado de esto algo se ha modificado en el fondo y la forma mediante las cuales se valora la vida y la muerte por parte de los individuos que constituyen la cultura. Nos referimos con ésto, a cambios en el modo de comprender (y cuidar) la vida, así como cambios en el modo de comprender (y buscar) la muerte. Esto dado que la ingesta de tóxicos pone en juego la existencia y el sentido de la existencia, si bien puede suceder que quienes consumen no tengan conciencia de esto.

En definitiva, emergen al iniciar esta investigación estas y otras preguntas. Por lo pronto, visualizamos desde el *sentido común* que quien consume drogas se inflinge un daño, y esto bien podemos interpretarlo como búsqueda de muerte. No obstante, *esta es una primera mirada*. Esto nos conduce también a preguntar por la lógica de esta búsqueda, la que de comienzo nos parece encubierta bajo el manto del placer. ¿Qué ha gatillado la cultura y/o qué constituye al sujeto que busca el placer mediante un recurso como el que nos trae a reflexión?. Y, por cierto, también, ¿qué hace que la cultura y sus aparatos al momento de enfrentar el problema rigurosamente no se pregunten por lo que pareciera necesariamente implicado en el fenómeno?.

Dado este contexto no podemos obviar que las drogas tal vez como pocos objetos nos *sitúan* frente a la dialéctica del placer y del dolor. *El consumidor parece desear aquello que lo extingue*, pero que desde su juicio lo hace vivir mejor, más aún lo libera. Si el acto toxicómano trae entre manos un *oculto* deseo de muerte nos preguntamos ¿qué encuentra o qué no encuentra el individuo en la cultura que lo induce a

cierta desazón existencial que el consumo de tóxicos tan bien expresa?.

Derivado de lo dicho es posible también preguntarse por lo que constituye a las drogas como objeto, dado que permitirían al sujeto buscar el placer a través de ellas. Esto, si bien, le traen consecuencias nocivas que pese a las evidencias (las huellas en su cuerpo, en sus relaciones humanas, etc.) se niega a reconocer. Es decir, ¿Qué hay en las drogas (que no está presente al menos en lo suficiente en la vida cotidiana) que inducen al individuo a un cierto depósito de confianza en la acción de aquellas como modo al menos temporal de resolución de conflictos?. Si tiene los efectos citados, ¿qué contiene el tóxico que tanto seduce?. ¿Es el tóxico el que seduce o el que lo ingesta no puede sino verse seducido frente a un objeto que le ofrece posibilidades que el resto de los objetos no ofrece?. Esto remite al otro lado del tóxico, es decir, a quien las consume. ¿Qué es lo que no tiene el sujeto que se ilusiona con las especiales propiedades que las drogas dicen poseer?.

Un conjunto de preguntas que afloran de paso y que a nuestro entender demandaban una inspección desde ángulos teóricos que permitieran anticipar ópticas desde las cuales encontrarse con el fenómeno. Por lo mismo el 'marco teórico' que se expone en adelante, se presenta como una herramienta que permitiría interpretar algunos factores que atraviesan la problemática toxicomaniaca. Esto desde enfoques pertinentes que se han acercado de un modo u otro al problema. Nos referimos principalmente al Psicoanálisis y a la Antipsiquiatría junto a echar mano a algunos

elementos de orientaciones filosóficas y antropológicas que posibilitarían un acercamiento al problema tratado.

Mediante aquellos 'elementos' nos internamos en el devenir de la cultura, en el malestar existencial que habría germinado en su decurso, hasta llegar a la angustia, según varios, característica de nuestra época y en este intertanto lo que vendría aconteciendo con la constitución psíquica del sujeto inmerso en este panorama. Derivadamente, el lugar en el que se sitúan las ciencias dentro de lo que se ha denominado 'visión moderna del mundo' y, más específicamente, el discurso médico como una de las expresiones de aquella perspectiva de mundo.

A través de aquellas vías nos encontramos con la posición médica tradicional que comprende a las toxicomanías como un efecto de la acción de los tóxicos junto a un organismo descompensado que demanda tóxicos. Estos poseerían una composición tal que empuja a los individuos a consumir de manera compulsiva. Desde tal perspectiva se omitirían, o simplemente no es posible advertir aspectos que excedan el ámbito físico-químico del problema. De allí que las adicciones se entiendan como efecto del abuso de sustancias tóxicas. En este discurso parece ocupar un lugar secundario la posibilidad de que la afección tal vez pueda estar condicionada por factores internos al sujeto y a la propia cultura que habita.

Desde otra óptica se confronta al discurso tradicional en lo que concierne al fundamento del fenómeno. En este caso no serían las extraordinarias propiedades del tóxico ni una constitución genético-organísmica lo que explicaría la

afección, sino que la propia constitución humana se vería comprometida en el asunto. Una constitución que lo haría vulnerable de manera particular a uno de los múltiples objetos de adicción posibles. En esa medida la búsqueda de tóxicos no sería sino parte de la condición estructural en falta del ser humano.

Si la problemática es parte de lo estructural humano resulta entonces desproporcionada la especial preocupación que manifiestan los instancias sociales (nos referimos al aparato político, a la juridicidad que se produce para enfrentar el fenómeno, la vigilancia policial, la institucionalidad hospitalaria, la clínica desintoxicante, etc.), respecto de un tipo de adicción de las varias presentes en el escenario social contemporáneo. Todo esto por su tenor sin duda que rebasa el ámbito de 'opinión científica'.

Por lo señalado nos llama la atención que otras adicciones que también conllevan riesgos (para la salud individual y social) no reciban la preocupación institucional al nivel de la que aquí nos ocupamos. ¿Por qué la diferencia?. Esta se hace visible entre otras cosas en lo que concierne a gastos que hacen los Estados para articular aparatos que controlen principalmente el tráfico. ¿Por qué los recursos no se dirigen a un tipo de atención clínica que considere la constitución global del sujeto que consume drogas?. Esto es, dirigir los esfuerzos a su constitución psíquica. Una conjetura al respecto guardó relación con que al 'auscultar los fueros internos del individuo' se hallarían rastros del constructo social. Vestigios que harían desagradables ciertos descubrimientos en la medida que enrostran lo que

habríamos ido dejando como herencia que impregnaría a cada nuevo individuo que asiste a la cultura. Huellas perturbantes para una sociedad y sus instituciones que consagran un orden que para el caso se orienta hacia vigilar y desintoxicar.

Si los niveles de logro que requieren nuestras sociedades desarrolladas mueven a mantener sostenidamente la producción y el consumo, tal vez sea 'adecuado' preguntarse por lo encubierto de la conducta del adicto a drogas que habita en una cultura con tales exigencias. En ese sentido ¿qué hay tras la búsqueda e ingesta más o menos compulsiva y excesiva de tóxicos?. ¿Tal vez si esto manifieste el mismo exceso de una sociedad que tiende al exceso?. *Entonces el toxicómano representaría en su persona la paradoja de nuestra cultura moderna; esto es, la expresión extrema de una práctica económica que tiende a la sobreproducción y al inmediatismo en la búsqueda del placer.*

Una sociedad que tiende a la devastación de la naturaleza con la finalidad de obtener riqueza al más breve plazo, que tiende a no considerar los efectos de su ritmo en los seres humanos que componen el cuerpo social, que tiende, a partir de lo dicho, a su propia autodestrucción como efecto de sus actos, que tiende al derroche desproporcionado de recursos, a la dilapidación de energía, etc. *O sea, una serie de conductas y de actitudes que se atribuyen a quienes abusan del consumo de drogas.*

Si lo dicho tiene algún asidero, resulta paradójico

entonces que se 'articulen medidas' dirigidas a erradicar el problema, *si tal vez el consumo de drogas no consista más que en un evento consustancial a una sociedad que requiere de aquello para mantener el perfil descrito*. Lo dicho mueve a preguntarse por el objeto droga. '¿Piénsese en las atractivas vestimentas que cuelgan del objeto-droga?. Objeto que reuniría especiales características para los tiempos que se viven. Rasgos que permitirían 'ponerse a la altura' de lo que hoy socialmente se necesita para vivir. Es decir, evadirse de la miseria en los sectores marginales, o bien, exigirse o relajarse al máximo en los sectores que acceden a los progresos de nuestra época.

Resulta compleja la comprensión de la eticidad que moviliza a quienes tienen en sus manos la posibilidad de decidir en torno de esto que se denomina problema. Tal como planteábamos más arriba, ¿Por qué otras 'dependencias' son tratadas a nivel sólo médico y de la que tratamos aquí es paradójica y contradictoriamente incluso penalizada?. ¿No existirán ciertos prejuicios -que como tales esconden lo que de fondo desean-, en torno, al deseo de muerte, lo cual podría asociarse a las sobredosis con drogas?. ¿Cuál es la relación de nuestra cultura con el suicidio?. Y, ligado a esto, ¿por qué y qué es lo que no se acepta respecto de algo que podría parecer una decisión personal?. ¿Acaso se supone que tras una sobredosis no existe un sujeto con voluntad?. Pero, ¿si no existe un sujeto con voluntad de qué subjetividad se habla cuando se llega a invocar?.

La complejidad del tema nos movió hacia reflexiones que excederían los 'campos del análisis científico', rayando

fronteras propias del ámbito filosófico. Esto en la medida que se involucran temas como el de la calidad de vida, lo que supone buscar la muerte, la libertad y la voluntad.

Atravesados por enfoques teóricos y por el sentido común nos importaba en última instancia abordar que pasaba con las praxis que abordan el fenómeno. Nos situamos, por tanto, en el campo de acción de la terapia médica y de una Comunidad terapéutica; buscamos al interior de aquellas reconocer lo que sustentaba sus prácticas, esto a través de narraciones que entregan los propios actores. Además resultaba fundamental recoger los relatos de quienes ocupan el rol de 'objeto' de dichas praxis.

Tal opción guarda relación con que los estudios respecto del fenómeno en general tienden a observar el devenir de aquel como un tema ceñido a datos estadísticos sin poner a la vista la percepción de los sujetos afectados en tanto contexto que articula la significación que atribuyen a lo que les aqueja. Siendo nuestro interés capturar los significados que inscriben la problemática en el terreno de las vivencias nos situamos en el paradigma de la investigación cualitativa. Esto pues desde allí podíamos acercarnos a la interpretación que los propios sujetos realizan de sus actos, esto es, unos para adherir a cierta forma terapéutica, otros para recibir un determinado tipo de asistencia.

La investigación en terreno permitiría explorar lo que fundaría las acciones de unos y otros. Las entrevistas realizadas facultaron una mayor cercanía comprensiva de lo que preside sus opciones.

En el capítulo acerca de los resultados de la investigación, describimos los elementos más relevantes de las conversaciones con nuestros informantes. Con ellos abordamos centralmente cómo y por qué se orientan de determinadas formas los tratamientos. Asimismo, describimos los sentimientos, la conflictiva existencial y los acontecimientos más importantes que rodearon al afectado para transformarse en un toxicómano.

En el capítulo de las interpretaciones se pretende develar el sentido posible de los planteamientos que cada entrevistado atribuyó a sus posiciones para enfrentar el fenómeno. Esto a través de re-interpretar, ahora desde ciertos marcos significacionales escogidos por nosotros que permitirían situar en algún campo discursivo los elementos expuestos.

Finalmente en las conclusiones se representa la relevancia de las formas de abordaje del fenómeno, esto es, qué suponen y hacia dónde posiblemente lleva una y otra opción. Además, se esbozan aspectos que permitirían perspectivar el problema desde ángulos comprensivos que impliquen tener a la vista que tras del fenómeno se presentifica un sujeto. Esto daría lugar a orientaciones distintas tanto en el diagnóstico cuanto en el tratamiento y la rehabilitación.

Connotamos que en alguna medida guía nuestra indagación el 'supuesto' consistente en que la medicina tradicional al parecer enfrenta las adicciones omitiendo que el tóxico es consumido por un sujeto. Al omitir esto sitúa al tóxico como 'objeto causante' y no como un efecto, de manera tal que terminaría caracterizando y tratando a la droga como a

un sujeto. Al constituirse la droga como causa, el sujeto afectado se transforma en mero efecto de los tóxicos que lo gobiernan, y en cierta medida en un 'objeto'. Esta curiosa dinámica es la que se vehiculizaría a través del tipo de tratamiento dominante de las toxicomanías.

Hemos de destacar que el análisis y las reflexiones que se derivan de la investigación se plantea a modo de sugerencias, de líneas a investigar y de factores a tener en cuenta. Nuestra investigación no se dirige a comprobar hipótesis ni a mostrar la oposición entre dos enfoques clínicos en detalle. No se pretende más que exponer la operatoria tradicional en contraste con visiones que consideran al sujeto puesto en contexto, es decir, contemplando su historia personal, sus lazos afectivos, sus nexos culturales. No se trata de una clínica de las adicciones versus otra clínica de las adicciones (posible objeto de otra investigación), sino que representar rasgos generales de un enfoque del sujeto toxicómano, respecto de otro enfoque que trata de lo mismo. Más acá y más allá de aquello incorporar elementos más bien procedentes del espacio teórico que pudieren aportar a cierta ampliación de las ópticas que por ahora se hacen cargo del fenómeno.

II.- ANTECEDENTES GENERALES DEL PROBLEMA.

La historia de la droga y su consumo aparece señalada en las crónicas históricas como presente desde los inicios de la humanidad. En algunas culturas se relacionaba su uso con el logro de estados de conciencia distintos, como vehículo de comunicación con las deidades, para rituales religiosos, etc. Entre los antecedentes revisados sólo dos períodos históricos se caracterizarían como etapas donde hubo 'abuso de sustancias'; en el culto báquico en la Roma preclásica y en los untos y potajes brujeiles desde el siglo XIV al XVII, cuyo uso aparece como "peste moral, desatada como crimen contra Dios y el Estado"⁽¹⁾

Durante largos siglos la evolución del uso de sustancias psicoactivas "... ha solido diluirse de manera apacible en ritos mágicos y festivos, o en aplicaciones medicinales que no suscitaron preocupación sobre abusos particulares"⁽²⁾. De esta forma, las drogas como sustancias utilizadas por el Hombre para generarse estados de alteración, euforia o cambios anímicos es tan antigua como la historia misma de éste. Y, lo esencial de algunos fármacos reside en no más que afectar los estados de ánimo "...potenciando momentáneamente la serenidad, la energía y la percepción, lo que permite reducir del mismo modo la aflicción, la apatía y la rutina psíquica. Eso explica que desde el origen de los tiempos se hayan considerado un don divino, de naturaleza fundamentalmente mágica"⁽³⁾

⁽¹⁾ Antonio Escohotado, "Historia de la Droga", Tomos I, II y III. Alianza Editorial. Madrid, España 1995. Pág. 28. Tomo I

⁽²⁾ Antonio Escohotado, Tomo I .op. cit. Pág 29

⁽³⁾ Antonio Escohotado, Tomo I .op. cit. Pág 12

De acuerdo a la historia, la primera droga que queda consignada en registro escrito es el opio. Ya en el tercer milenio antes de Cristo, tablillas cuneiformes descubiertas en Uruk, representan a la adormidera mediante dos signos, uno de los cuales significa júbilo y gozar. Sin embargo, los antecedentes también refieren que junto con el uso en rituales mágicos, las sustancias psicoactivas eran utilizadas para uso médico. "El uso sistemático del opio, para finalidades distintas de la histeria y la cirugía, parece comenzar en el siglo III a.c."⁽⁴⁾

Sin embargo, en la antigüedad existía la distinción que efectuaban, ejemplarmente los griegos, respecto de las sustancias y los efectos que éstas podían producir en quienes las consumían. Así el concepto *phármakon*, indicaba remedio o veneno, no una cosa u otra, sino las dos inseparablemente. "La frontera entre el perjuicio y el beneficio no existe en la droga, sino en su uso por parte del viviente. Hablar de fármacos buenos y malos era para un pagano tan insólito, desde luego, como hablar de amaneceres culpables y amaneceres inocentes"⁽⁵⁾

Es a partir de la época de Hipócrates que recién se deslindan la medicina técnica y la sagrada, lo que significa que hasta entonces resulta milagroso cualquier cuerpo simple o compuesto capaz de modificar el ánimo. Es decir, sus efectos dejan de ser atribuidos a espíritus o intervenciones divinas. Sin embargo, esta distinción no influirá para que se abandone su uso y muchas sustancias que hoy son consideradas ilícitas continúan siendo parte

⁽⁴⁾ Antonio Escohotado, Tomo I. op. cit. Pág. 147

⁽⁵⁾ Antonio Escohotado, Tomo I. op. cit. Pág. 20

del tratamiento médico. El opio, por ejemplo, es empleado por todas las escuelas médicas, y hacia el fin político de Atenas, es el medicamento mas estudiado en la cuenca mediterranea. En el tratado hipocrático aparece mencionado el uso terapéutico de las variedades blanca y negra de la adormidera para enfermedades de mujeres (histeria), para la cual se recomienda la variedad negra.

En el caso de nuestro continente, dos factores influyen en el consumo de estas sustancias: primero, la existencia de flora psicoactiva, ante todo estimulantes y plantas que contienen alcaloides, y segundo, la fuerte influencia que se le adjudica a estas sustancias en las ceremonias o cultos religiosos, tanto en las grandes civilizaciones como en las pequeñas comunidades.

Los registros señalan que los indígenas de las zonas altiplánicas utilizaban la coca para ayudarse frente al cansancio del trabajo y de las largas jornadas y el hambre. Se sabe que los mayas, aztecas, quichuas utilizaban también la marihuana o la hoja de amapola para ceremonias religiosas. Excavaciones hechas en Ecuador hace poco, constatan que la experiencia humana con el arbusto de coca tiene como mínimo cinco milenios de antigüedad. Escotado, en su historia de las drogas, también nos habla de la simbología que ésta tenía para los antiguos habitantes de nuestro continente, "para los indios Yunga la coca fue el arbusto que les permitió vencer a un dios maligno, y para la tradición incaica fue Manco Capac quien otorgó la bendición de Mama Coca a una humanidad abrumada para

hacerla soportar el hambre y la fatiga".⁽⁶⁾

Extrañamente, es recién hace un par de décadas que el uso de los distintos tipos de drogas se transforma en un problema individual y social, irrumpiendo con fuerza por su extensión, así como por sus consecuencias. "Nuestra civilización sufre a causa de plantas cuya existencia se remonta a tiempos inmemoriales y cuyas respectivas virtudes fueron explotadas a fondo por todas las grandes culturas. Hasta hace algunas décadas nadie se preocupaba de regular su siembra o recolección, mientras ahora un hecho botánico cobra dimensión de catástrofe planetaria".⁽⁷⁾

En nuestros días el papel o la simbología que la droga adquiere para la mayoría de las personas dista mucho de aquella representación de nuestros antepasados. *Hoy la utilización de sustancias químicas es visto en nuestra sociedad como una enfermedad, como una lacra o como una patología que es tratada médicamente. El adicto o enfermo perturba el orden social establecido y se vuelve disfuncional a un sistema que busca la eficiencia.*

Los registros históricos, sin embargo, no mencionan este tipo de problemas relacionados con la utilización de sustancias. A través de todos estos siglos la relación de las personas con las drogas no provocó ningún tipo de trastorno social, "absolutamente nadie piensa que alguien se degrada o amenaza el orden civil administrándose opio o administrárselo a otros, si ello así lo saben y

⁽⁶⁾ Antonio Escohotado, Tomo I. op. cit. Pág. 147

⁽⁷⁾ Antonio Escohotado, Tomo I. op. cit. Pág. 122

consienten".⁽⁸⁾

La gravedad del problema y sus efectos económicos, sociales, políticos, culturales y humanos que actualmente se evidencian, ha llevado a las Naciones del mundo a coordinar y orientar sus esfuerzos para erradicar el fenómeno. En este sentido las Naciones Unidas han oficiado las convenciones internacionales que orienten el accionar de la comunidad internacional como 'la convención contra el tráfico ilícito de estupefacientes y de sustancias psicotrópicas' aprobada en Viena el 19 de diciembre de 1988, y 'La Declaración Política y el Programa Mundial de Acción' signados el 23 de febrero de 1990 por el Décimo Séptimo Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General. Este fenómeno involucra múltiples aspectos como queda consignado en los acuerdos establecidos internacionalmente y será disposición de cada Estado la forma en que enfrenta y resuelve cada una de estas dimensiones.

Esta preocupación, en nuestro país, también se ha hecho presente. Por una parte, las cifras de consumo de sustancias químicas continúan en aumento, cada vez más en la población juvenil con graves consecuencias para la salud individual así como para la interacción social. Por otra parte la reciente inserción de Chile a la 'red del narcotráfico' como país 'lavador' aumenta la complejidad del fenómeno. Es así como el Estado chileno coherente con las acciones formuladas por la comunidad internacional, crea en Septiembre de 1990 el Consejo Nacional para el

⁽⁸⁾ Antonio Escohotado, Tomo II. op. cit. Pág. 435

Control de Estupefacientes (CONACE), el que tendrá como primera tarea preparar una Política y Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas, cuyas políticas generales se orientarán fundamentalmente a: establecer al Consejo Nacional para el control de Estupefacientes como coordinador de las políticas específicas; contribuir a la prevención del consumo indebido y, definir y ejecutar una política de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por la drogadicción, entre otras políticas; a su vez, define objetivos y políticas específicas hacia los distintos niveles de acción: control, prevención, tratamiento y rehabilitación.

En el marco de las políticas diseñadas por las autoridades, se han venido efectuando los últimos años estudios acerca del consumo, de modo de poder dimensionar la verdadera magnitud del problema. El 2º Estudio nacional de Consumo de drogas, realizado por el Consejo Nacional para el control de Estupefacientes en 1996, señala que durante el último año, el consumo de cualquiera de las tres principales drogas ilegales (pasta base, marihuana y cocaína) es de 4,3%. También el último año el 46% consumió alcohol, el 5,6% uso tranquilizantes y el 0,4% empleó anfetaminas. La prevalencia de consumo de drogas en el último mes de ese año, muestra un descenso respecto a la encuesta anterior en el caso de los tranquilizantes (de 6,2% en 1994 a 5,6% en 1996) y un aumento en el consumo de alcohol (de 39,99% en 1994 a 46,7% en 1996). Sin embargo, sabemos que los datos estadísticos no reflejan realmente la magnitud de esta problemática. Por ello no sólo nos parece importante el dato real, sino también y fundamentalmente, las causas, razones y factores asociados que se encuentran alrededor de

este fenómeno y que debieran marcar el camino para su tratamiento.

En el ámbito del control el Plan Nacional estipula una profunda coordinación entre los distintos organismos del Estado vinculados a la materia orientando su accionar hacia el control del movimiento de estupefacientes desde el lugar de fabricación o ingreso al país hasta el suministro en farmacias, y poniendo las policías especial énfasis en el decomiso de sustancias. A modo de ejemplo, el número de detenidos por tráfico de estupefacientes entre 1977 y 1992 aumentó de 254 a 10.119 respectivamente, según datos de carabineros. Esta realidad lleva al Consejo Nacional a elaborar el proyecto que finalizará en una nueva Ley de Drogas en 1995. (No. 19.366) que viene a potenciar el nivel del control. Sin embargo, el interés económico, así como los efectos sobre la economía, que se relacionan directamente con el narcotráfico, develan la complejidad del problema en este campo: los intereses involucrados, las esferas sociales y políticas que alcanza y proporcionalmente los efectos sociales que genera.

Si examinamos el aspecto puramente económico, cabe destacar que el "enorme volumen de dinero que ingresa a los países latinoamericanos por concepto de la 'industria de la droga', repercute inmediata y directamente en sus estructuras económicas y financieras".⁽⁹⁾

Algunos ejemplos de la significación de este aspecto puede mostrarse a través de una comparación con la deuda externa.

⁽⁹⁾ CEPAL, "Significación Económica y Social de la Producción, Tráfico y Consumo de Drogas". Ediciones CEPAL, Chile 1997. Pág. 286

Esta en toda América Latina y el Caribe llegó en 1990 a 420.000 millones de dólares y según algunas estimaciones de las Naciones Unidas, el sólo mercado estadounidense para las drogas ilícitas es de alrededor de 50 a 100.000 millones de dólares al año. Bolivia, por ejemplo, en 1987 exportó más de 175.000 kilos de clorhidrato de cocaína y pasta de coca por un valor en el mercado norteamericano de unos 7.000 mil millones de dólares, siendo la exportación legal de este mismo país en 1986 de unos 500 millones de dólares.

En Colombia los ingresos por concepto de exportación de cocaína solo del Cartel de Medellín, fueron entre 4 y 5.000 millones de dólares lo que sobrepasa los ingresos por exportación de café que sumaron 1.620 millones de dólares anuales.

Un ejemplo más claro aún de los efectos económicos, se refleja en las cifras del consumo anual de drogas en Estados Unidos, el que es equivalente al 25% de la Deuda Externa de Latinoamérica, al 50% del Presupuesto militar anual estadounidense y al 100% del Déficit comercial de Estados Unidos.

Este cuadro económico que afecta fuertemente al continente americano se ve favorecido por las condiciones naturales de la región, las que han generado que la producción de cultivos de donde se extraen los estupefacientes aumente enormemente. La planta de marihuana puede ser producida en casi toda la región, la hoja de coca se produce en los países andinos y amazónicos y en México se produce amapola. Estas plantaciones son posibles de mantener en casi

cualquier lugar del continente y la infraestructura requerida para su posterior transformación sintética es mínima.

Estas condiciones, por tanto, han facilitado el aumento de la producción, a la vez que los países no productores, han ingresado de una u otra manera a las restantes fases del proceso: tráfico, consumo o como lavadores de los dineros procedentes del comercio ilegal de la droga.

En el caso de Chile, el ingreso a esta red se daría fundamentalmente por el consumo, el cual continúa en aumento año a año y por su reciente inserción a la 'red' como país 'lavador' de dinero. Esta última situación se ve facilitada por lo reducido de sus impuestos y por una legislación "que garantiza a los inversionistas que nadie les preguntará el origen de sus dineros".⁽¹⁰⁾ A su vez las luchas antidrogas efectuadas en Perú, Bolivia y Colombia ha generado que los narcotraficantes trasladen sus operaciones de blanqueo a Chile, entre otros países.

Por su parte, los esfuerzos en el control dentro de nuestro país han estado destinados fundamentalmente a la detección y erradicación de las plantaciones ilícitas de 'cannabis sativa' y hacia el decomiso de cocaína y fármacos. Esto ha significado aumentar la dotación de funcionarios públicos policiales especializados e invertir en estos procedimientos un valor de U\$ 4.761.165.

Podemos ver, por tanto, que se enfatiza *lo concerniente a*

⁽¹⁰⁾ Rev. Apsi, citada en "Significación Económica y Social de la Producción, Tráfico y Consumo de Drogas". Op. cit. Pág28

la oferta. En cuanto a la demanda, parece ser que muy pocos funcionarios públicos se preguntan seriamente por su aumento.

En relación a las políticas específicas sobre tratamiento y rehabilitación, destaca entre ellas, "desarrollar sistemas de información que generen datos confiables para la planificación y evaluación de los planes de tratamiento y rehabilitación que lleven a cabo instituciones públicas y privadas"⁽¹¹⁾. Esto es, producir estudios y seguimiento epidemiológico, así como análisis acerca de los avances y obstáculos en los distintas esferas a este respecto. Complementariamente el Ministerio de Salud elabora en 1993 el Plan Nacional de Salud Mental en el cual se considera como área de preocupación especial el abuso de alcohol y drogas, estableciendo para este subprograma una serie de objetivos y estrategias. Posteriormente, ya en la línea específica de atención a personas adictas, el Ministerio de Salud diseña en 1995 las 'Orientaciones Técnicas para el tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de drogas'.

Pese a los esfuerzos desplegados y a las diferentes acciones y políticas diseñadas por las autoridades nacionales, la situación no ha variado sustancialmente, ni en el sentido de la disminución del consumo, ni en los logros en rehabilitación. En el caso del tratamiento, la necesidad de contar con un banco de datos no se ha logrado, encontrándonos actualmente sin mayores antecedentes acerca de cómo se está realizando el tratamiento y la intervención

⁽¹¹⁾ CONACE, "Política y Plan Nacional de Prevención de Control de Drogas". Chile 1994. Pág.19

terapéutica con las personas adictas a nivel nacional. Si bien las 'Orientaciones' generadas, intentan contribuir a la rehabilitación, éstas aluden a un marco general de referencia que contempla distintos modelos de abordaje terapéutico dejando las iniciativas y definiciones de los modelos a utilizar a cada unidad o servicio respectivo, *provocándose un vacío en cuanto a una línea homogénea y coherente de intervención en el país.*

En el caso particular de la unidad de alcohol y drogas del Servicio de psiquiatría del Hospital Félix Bulnes, que hemos considerado como muestra para nuestro trabajo, hemos podido detectar también la ausencia de líneas coherentes y de una visión compartida por el equipo tratante respecto del tratamiento y las causas del consumo. No existen estadísticas respecto a los pacientes que han ingresado al servicio y no hay un seguimiento de su rehabilitación.

En cuanto al diagnóstico del problema, el Plan Nacional sostiene que "el consumo de drogas es un problema que atraviesa a todos los grupos sociales. Existe en todos los niveles socioeconómicos, en todos los grupos étnicos y en todas las regiones del país. La sustancia y la modalidad de consumo son distintas entre los grupos mencionados; al interior de ellos se establecen asociaciones entre el tipo de consumo y factores tales como características del grupo familiar, antecedentes de alcoholismo o consumo de drogas en los padres, baja escolaridad, situación laboral irregular, accesibilidad a la droga y otros"⁽¹²⁾ .

⁽¹²⁾ CONACE. "Política y Plan Nacional de Prevención de Control de Drogas". Chile 1994. Pág.23.

Por otra parte, las "Orientaciones Generales" del Ministerio de Salud señalan entre los distintos factores que intervienen, los atribuibles al medio, a la persona y a la droga misma, no pudiendo sostenerse que uno de ellos sea la única causa. Todos estos factores en interrelación explicarían el que determinados sujetos buscaran el consumo de sustancias adictivas (lícitas o ilícitas). En el Plan Nacional de Salud Mental se agrega a la complejidad de factores, los aspectos "genéticos, bioquímicos y neurofisiológicos, entre otros".⁽¹³⁾

Creemos sin embargo, que si bien todos estos factores mencionados pueden intervenir como razones o etiología del fenómeno, puesto que el hombre es una totalidad y todos ellos se relacionan y forman parte de su historia, no existe una reflexión profunda respecto de qué ha provocado que estos mismos factores potencien desde hace unas décadas el aumento del consumo, habiendo estado estas variables siempre presentes. De mayor complejidad resulta pensar en qué pudo haber influido sobre factores genéticos, bioquímicos o neurofisiológicos en este último tiempo de modo que se pudiera explicar su variación en el sentido de potenciar el consumo.

Más aún, si consideramos la situación económica y social del país, precisamente es desde hace una década que ésta ha mejorado sustancialmente en cuanto a desarrollo objetivo: "ha disminuido la cesantía, hay aumento de los salarios reales, se incrementa el gasto social casi al doble

⁽¹³⁾ Ministerio de Salud, "Plan Nacional de Salud Mental". Ediciones Ministerio de Salud. Santiago, Chile. 1993. Pág. 65

especialmente en educación, salud, vivienda, etc"⁽¹⁴⁾. Lo que lleva a pensar, que al menos, en el campo social los riesgos debieran haber disminuido.

Tomando en cuenta la situación descrita, cabe preguntarse si ¿sabemos a 'ciencia cierta' que representa hoy la droga para quienes la consumen?, ¿qué se intenta alcanzar a través de ella?. ¿Es un moderno rito que facilita alcanzar nuevos estados trascendentes o se ha constituido en el cuerpo que facilita la vida diaria?. Lo primero, a modo de como la utilizaron nuestros antepasados americanos, o, lo segundo, ¿es el vehículo que facilita la huida y la evasión de algún malestar latente?.

Estos antecedentes y las interrogantes que abre la caracterización de los factores que intervienen en el abuso de sustancias psicoactivas, nos lleva a considerar que en este fenómeno pudieran hacerse presentes aspectos menos visibles u objetivos. En el caso del abuso del consumo de drogas y la proliferación experimentada en las últimas décadas, creemos que intervienen factores sociales, culturales o históricos que no han sido suficientemente abordados y que guardarían relación con los cambios socio-culturales que la modernización ha implicado, lo que por cierto no es exclusividad de una realidad nacional sino que se inserta en un marco mundial y particularmente Latinoamericano.

La modernidad traería consigo una pérdida de significado, una separación rígida entre observador y observado, una

⁽¹⁴⁾ Programa Mundial para el Desarrollo (PUD). Ediciones PNUD. Chile 1997. Pág 16.

alienación continúa del ser humano respecto de su entorno. La lógica final de esta visión del mundo es "una sensación de reificación total; todo es un objeto ajeno, distinto y aparte de mí. Finalmente yo también soy un objeto(...) este mundo no lo hago yo... no me siento perteneciente a él. De hecho lo que siento es un profundo malestar en el alma".⁽¹⁵⁾

Pareciera ser que la escisión respecto de la naturaleza, la alienación respecto del entorno, conlleva un 'profundo malestar frente a la realidad', lo que se relacionaría con el consumo de drogas. "Se diría que el uso de la droga no es explicable sin un trasfondo de intenso descontento individual, y que en el caso humano debe achacarse también al malestar general que Freud y otros describieron hace ya medio siglo. Sin embargo, la situación ha cambiado considerablemente en la sociedad consumista, hace medio siglo el malestar social e individual se admitía, mientras ahora, es como si existiera un tabú que prohíbe definir como repugnancia la repugnancia que produce esta sociedad".⁽¹⁶⁾

Se impone así, frente al marco descrito, considerar algunos aspectos de nuestra sociedad y los tiempos que vivimos. Desde hace casi dos décadas, asistimos a un proceso que ha sido denominado modernización, el cual se entiende como "la expansión del cálculo medios-fines a los diversos campos de la vida social. El despliegue de esta racionalidad instrumental es lo que otorga a la sociedad moderna su eficiencia y dinamismo".⁽¹⁷⁾ Pero como señala el mismo

⁽¹⁵⁾ Morris Berman, "El Reencantamiento del Mundo". Editorial Cuatro Vientos. Chile 1997. Pág.12

⁽¹⁶⁾ Antonio Escotado, Tomo I. op. cit. Pág. 13

⁽¹⁷⁾ PNUD, op. cit. pág 17

informe citado, ¿qué ha pasado con la subjetividad de la persona, la cual 'abarca la personalidad individual, pero también a sus pautas socioculturales y su sociabilidad cotidiana' en este proceso de modernización?.

Peor aún resulta pensar en lo que sostiene, el psiquiatra L. Weinstein, frente a la posibilidad de superar las influencias globales de un sistema social, puesto que "las condiciones para autonomizarse frente a los estímulos para consumir drogas, se asemeja a las necesarias para no ser sorprendido por la publicidad, no depender de la televisión, no ser consumista. En las drogas se consume el consumir, la gratificación sin productividad, sin proceso creativo durable y colectivo, la falta de un proyecto substantivo de aportar al enriquecimiento del desarrollo humano".⁽¹⁸⁾

Coincidentemente, el Plan Nacional de Salud Mental también sostiene en una de sus partes que "los acelerados cambios socioculturales, demográficos y ecológicos de las últimas décadas han generado condiciones que se relacionan con el aumento o emergencia de problemas sociales específicos"⁽¹⁹⁾, como el abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, entre otros. Por tanto, si este fenómeno tiene entre sus causas razones sociales, ¿qué acciones se llevan a cabo en este campo?.

El mismo documento del Plan Nacional, reconoce que en "los servicios de salud, la persona enferma, con frecuencia se

⁽¹⁸⁾ Luis Weinstein, "Seminario Análisis de las Acciones Preventivas en relación a la Política y Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas. Chile 1994. Pág 87

⁽¹⁹⁾ Ministerio de Salud, "Plan Nacional de Salud Mental". Op. cit. Pág. 14

la considera reducida a una serie de síntomas y signos, aislada de sus vínculos, de su pasado y de su entorno de vida"⁽²⁰⁾. Por ello se enfatiza que las intervenciones deben considerar toda la historia y el contexto del paciente, lo que los lleva a sostener un interesante concepto ecológico de salud mental, que apunta a enfatizar la capacidad de respuesta del ambiente a las necesidades y acciones del individuo y del grupo, más que a incrementar la capacidad de los sujetos de adaptarse al ambiente.

Esta concepción de salud mental nos lleva a interrogar por el tipo de respuesta que se está dando desde el ambiente - lo que implicaría variados factores- a las necesidades de las personas, o si por el contrario, se continúa en el esquema de adaptar a los sujetos al medio y a una funcionalidad y racionalidad establecida como 'normal'.

Resulta entonces, fundamental indagar por el tipo de tratamiento que se está llevando a cabo y si éste satisface las necesidades subjetivas, percepciones o emociones que las personas actualmente están experimentando y que sin duda guardan relación con las manifestaciones de que tratamos.

Respecto de lo subjetivo, al revisar el documento elaborado por el Programa para el Desarrollo de las Naciones Unidas, encontramos que los autores guían precisamente su análisis hacia la detección de los factores subjetivos que se encuentran ocultos bajo el desarrollo y los cambios sociales, económicos y culturales que se están viviendo. Es

⁽²⁰⁾ Ministerio de Salud, "Plan Nacional de Salud Mental". Op. cit. Pág. 11

así como constatan que existe una gran inseguridad o infelicidad experimentada por las personas en nuestro país, lo que reflejan en la siguiente sentencia: 'Un país con un notable desarrollo económico donde la gente no se siente feliz'.

De esta forma, va quedando de manifiesto que más allá de elementos genéticos o bioquímicos, algo ha pasado en la interacción humana, en los vínculos sociales, que por cierto tocan a la familia y al individuo, y por extensión a la sociedad toda, que ha provocado una profunda desestructuración en las personas.

Se corrobora lo anterior cuando se señala que en la sociedad chilena se ha producido un deterioro de la sociabilidad, lo que se manifestaría en "un alto grado de desconfianza, una asociatividad precaria, la descomposición de las identidades colectivas tradicionales e incluso cierto debilitamiento de la cohesión intergeneracional en la familia, lo que algunos han llamado 'patologías del vínculo social'".⁽²¹⁾

Esta aseveración aparece ratificada, en el mismo documento, por los resultados del estudio llevado a cabo y según el cual las personas manifiestan abiertamente tres temores básicos en la actualidad: "el temor al otro, el temor a la exclusión social, el temor al sin sentido"⁽²²⁾ .

Volvemos como se observa, a la luz de los documentos revisados a la pregunta inicial, o mejor dicho a la

⁽²¹⁾ PNUD. op. cit. Pág. 21.

⁽²²⁾ PNUD. Op. cit. Pág. 32.

pregunta que guía nuestra investigación acerca del tratamiento de las adicciones. Esto es, si coincidimos en señalar que tras el origen del consumo se esconden elementos culturales o históricos que han originado profundos cambios en nuestra sociedad y en el mundo, ¿será suficiente y ético como profesionales de la salud mental seguir actuando sobre los síntomas y signos de los pacientes sin leer a través de ellos, el miedo, la angustia, la pérdida de un sentido existencial y la desconfianza que está afectando a los seres humanos?. Tal cual lo sostiene el estudio del PNUD, "es posible pensar que las personas comiencen a buscar seguridad ya no en la capacidad de incidir sobre la realidad, sino en su capacidad de desvincularse de ella. Se trataría de una corrosiva 'seguridad por desconexión'"⁽²³⁾. ¿Qué mejor forma de desconexión que las sustancias que alteran el estado de ánimo?. ¿Qué mejor forma de desconexión que alcanzar la muerte?.

Entre las definiciones que nos llegan desde la antigüedad hay un concepto que alude a la 'víctima del sacrificio' expiatorio, quien recibía en Grecia el nombre de pharmakos, a diferencia del phármakon que era el vehículo de extásis chamánico. Es decir, cambiando la consonante y el acento, la misma palabra designa acciones muy distintas, que no parecieran tener relación entre ellas. La droga, cuando es ilegal, el fármaco cuando es prescrito médicamente, ¿en qué sentido estará siendo utilizado hoy en día?. *Más de algo nos puede hacer suponer, que actualmente los consumidores de sustancias psicoactivas, siguen siendo víctimas de algún*

⁽²³⁾ PNUD. Op. cit. Pág. 53.

sacrificio, que la sociedad ofrece a alguna deidad.

Creemos finalmente que cualquier tratamiento que intentemos sobre el problema de las adicciones -y, por lo general, sobre cualquier problema humano- pasa necesariamente por preguntarse y profundizar sobre todos los aspectos o dimensiones que forman parte de la historia de la persona humana: de sus valores, sus afectos, su conocimiento, historia familiar, sus proyectos, en fin, la multiplicidad de aspectos que ella implica.

Es por tanto, desde estas consideraciones que presentamos la investigación sobre el tratamiento de las adicciones en nuestro país y desde estas reflexiones guiamos nuestro análisis y nuestras perspectivas.

III.- MARCO TEORICO.

"Mi humanidad está en sentir que somos voces de una misma penuria"

J. L. Borges.

El objetivo de este apartado es presentar una serie de aspectos a considerar respecto de lo que determina el abordaje terapéutico que se realiza a personas afectadas por el consumo de drogas. Se trata de rescatar aspectos teóricos que ordenen una exploración del objeto. Se trata de identificar elementos que operen como herramientas de indagación. No más que aquello.

Siendo tal la medida más que dar cuenta definitiva del fenómeno lo que pretendemos es apuntar hacia zonas que parezcan implicadas, aspectos que comprensivamente demanden presencia a la hora de indagar el fenómeno.

El objeto de estudio es el abordaje terapéutico a personas afectas por ingesta de drogas. Esto tal como se nos presenta hoy, responde a un patrón común, más allá de matices entre una y otra unidad de salud mental. Esto nos mueve a preguntar por los recortes que sustentan una mirada del problema que para los efectos denominamos tradicional. El propósito es indagar esa tradición para ver la posibilidad de arrancar desde aquella la emergencia de un otro objeto.

Importaría dar cuenta del objeto, pues eso *condicionaría* los procedimientos terapéuticos. Esto bajo el supuesto de

que las técnicas terapéuticas serían el efecto de determinada definición del objeto que lo ubican como existente de una determinada manera, con alguna génesis y un desarrollo determinado. Con arreglo a lo que se considere constitutivo del problema se producirán los recortes que definirán al fenómeno. Al respecto, de manera inicial percibimos la configuración de aquel desde dos ópticas. Una, que lo define restricto al paradigma clásico correspondiente a las ciencias positivas, otra, que comprende el problema sujeto a cánones que se distancian de aquel modelo.

Primero, presentaremos la constitución del objeto que entiende el problema de manera *tradicional*, paralelamente, expondremos otra posible configuración que atiende a coordenadas que hacen aparecer un otro objeto. Esto de un modo tal, que al ubicar elementos que se tienen presentes, otros que se olvidan u omiten, se producen modelos diferentes, que signan a un sujeto como tóxicomano. Pero, ¿qué lo hace emerger?, ¿qué le hace permanecer en la ingesta?, ¿qué posibilitaría una recuperación?. Preguntas cuya respuesta es diferente según los elementos que se den cita para delinear al objeto.

Entonces resulta oportuno indagar las condiciones que hacen posible el surgimiento del toxicómano de acuerdo a una y otra perspectiva. Esto constituye un primer paso para abrir espacios a la pregunta por el tratamiento. Sin olvidar que lo uno lleva a lo otro y viceversa. Para tal efecto, proponemos *localizar desde figuras teóricas factores que indiquen la génesis probable y las condiciones de desarrollo del fenómeno en cuestión.*

Habría que arrancar el análisis considerando que el 'fenómeno de las drogas', al parecer se constituiría de un carácter especial, pues logra salvar las vallas que se erigen para contenerlo. ¿De qué elementos se constituye para obtener el status de problema que embarga a nuestra cultura?. Resulta interesante indagar un asunto de tan especial talante. Induce a pensar si tiene o puede tener solución algo que entrega indicios de participar de la insaciable búsqueda del hombre por atenuar sus desdichas. Una apreciación como la anterior remite a la propia constitución humana y derivadamente a las formas de organización cultural en que aquella acontece.

Queda claro que no se trataría de un fenómeno exclusivo de nuestro tiempo. Lo que distinguiría a esta época de otras es que el consumo no se da al interior de un rito religioso con cierta funcionalidad colectiva como señalan los estudios antropológicos. Sin embargo, esto no clausura la posibilidad de que con otro fondo, también *acontezca un rito en el consumidor de la sociedad moderna*. Un rito proscrito en la medida que no atienda a las reglas que lo social prescribe. Un rito perseguido por las consecuencias que se le asocian. Pero, ¿a qué remitiría dicho rito?. ¿Las formas de abordaje instituidas atienden al significado del acto o se han ocupado de contener las manifestaciones de este?.

No obstante, más allá de lo que se ha intentado tanto en lo terapéutico cuanto en lo legal, llama la atención que el individuo efectúe un acto que a cierto andar sabe no placentero, un acto compulsivo que más de alguna vez lo lleva a pedir ayuda. El modelo de la autoprotección

'parece' ausentarse. ¿Qué se busca?. Pregunta posible en tanto se pueda suponer que el acto responda a alguna lógica interna o externa. Lo visible es cierta ruptura del lazo social, búsqueda de placer sin que medie un otro que restrinja el goce. Ahora, por qué nuestra época provoca una forma de satisfacción que supone una dilución del otro, representa por mientras, no más que una ocasión para iniciar el análisis.

1.- *El Malestar en la cultura.*

Una tesis socorrida para dar cuenta de los males que se ciernen sobre el ser humano apunta a cierta naturalidad sana y positiva de éste. La instalación de la sociedad y sus requerimientos es la instancia de corrupción. El hombre natural es bueno.

Freud apunta una tesis opuesta. Para éste "... el programa de la creación no contempla la dicha humana... y tampoco la contempla el programa de la cultura".⁽¹⁾ En su texto "el malestar en la cultura", Freud, señala tres fuentes que obstaculizan el acceso a la dicha: Una, la hiperpotencia de la naturaleza. La segunda, la fragilidad del propio cuerpo. Y, la tercera, la más llamativa, apunta a las propias instituciones que el hombre ha producido para ordenar sus relaciones. De las dos primeras se comprende la imposibilidad del hombre para controlarlas. Si embargo, es notable que de la regulación de las relaciones humanas también provengan amenazas que perturben la posibilidad de dicha. Llamativo porque las instituciones que se crean para la regulación las produce el mismo hombre, por tanto, es posible conjeturar que "... si reparamos en lo mal que conseguimos prevenir las penas de este origen, nace la sospecha de que también tras esto podría esconderse un bloque de la naturaleza invencible; esta vez de nuestra propia complejidad psíquica"⁽²⁾. El individuo puesto en grupos compone reglas que parecieran tener su origen en la propia constitución individual. Constitución desvalida al nacer que ubica al ser humano dependiente de un otro. Un

⁽¹⁾ Sigmund Freud. "El malestar en La Cultura". O.C. vol. XXI. Amorrortu. Buenos Aires, 1994. pág. 88.

⁽²⁾ S. Freud. "El malestar en La Cultura". op. cit. pág. 96.

otro que protege pero que también restringe el deseo. Lazos de necesidad y amor sostienen la cultura, "... no pudo serle indiferente que otro trabajara con él o contra él. Así, el otro adquirió el valor de colaborador, con quien era útil vivir en común"⁽³⁾. Empero, la misma comunidad de intereses que posibilita que el individuo sobreviva restringe las pulsiones de éste para dar lugar a la cultura. Tales restricciones potencian la hostilidad del individuo hacia la autoridad restrictora. De aquí la agresividad como parte constitutiva del individuo, la cual se proyecta en las construcciones legislativas que permiten la vida colectiva. La hostilidad requerida para constituir cultura impregna a los individuos que posibilita en su interior, los cuales a su vez impregnan a las instituciones que los posibilitan. El resultado de semejante proceso es que la cultura se consolida como poder que manipula desde dentro de la subjetividad. El poder de la comunidad, reconocido como derecho queda enfrentado al poder del individuo que se sanciona como violencia bruta. El poder individual es sustituido por el de la comunidad toda, la cual se arroga la función del ejercicio legislado de la violencia. Transferencia de poder que, pese a sus incontrolables consecuencias, es un paso cultural decisivo. La paradoja es que el derecho, que exige el sacrificio de las pulsiones, acaba potenciándolas y reclama cada vez más sacrificios y víctimas, como lo han demostrado innumerables holocaustos y brutales conquistas en la historia de la civilización. Imposible, entonces, el equilibrio entre las exigencias culturales de las masas y las demandas individuales: su conflicto es insalvable, incurable, y

⁽³⁾ S. Freud. "El malestar en La Cultura". op. cit. pág. 97.

condición misma de estructura. El apremio (de amor y trabajo) promueve la alianza para la protección en la consagración de amor y dependencia irremediable de otro de quien no se deja de recibir un plus de aniquilación. Subrepticia operación de la cultura. Bajo la promesa de amparo y seguridad envuelve al individuo en la malla del lenguaje que lo penetra furtivamente en cualquier acto que le ofrece la mínima posibilidad de sobrevivencia para luego tornarse amo imprescindible.

La cultura, a partir del desvalimiento inicial, toma al individuo y lo hace sujeto de la inscripción pulsional con el plus de satisfacción que esa inscripción encarna (punto de partida de la uniformidad), para luego exigir la renuncia a la satisfacción pulsional. Hominiza al desvalido animal a partir de la inscripción pulsional (a través del lenguaje) y, desde allí, lo arroja en el lazo social del conjunto, exigiéndole renunciar a la satisfacción pulsional a fin de que adquiriera el mote de 'hombre culto'. La agresión en lugar de dirigirse contra lo restrictor se interioriza mediante la operación de la angustia social (temor a perder el amor), luego como culpa por el deseo agresivo. Esta, la culpa, es la angustia social interiorizada (control interior, super-yo). El super-yo, instancia contrapuesta al yo, que lo vigila, divide y avasalla. Saldo y meollo mismo de la operación cultural que debilita, espía y desarma al sujeto mediante una instancia situada en su interior como una 'guarnición militar en la ciudad conquistada'. En suma, el pago a la cultura se realiza mediante la instauración de un co-mandante que coacciona desde el interior, resultado del trueque de un trozo de posibilidad de felicidad por un trozo de

seguridad. Condición puesta al sujeto para su inscripción en la subjetividad. El desvalimiento ubica al infantil sujeto a merced del Otro, esto sienta la eticidad en la cultura bajo la forma de ley.

Bueno, se considera lo que asegura al indefenso niño la amorosa tutela de los padres, malo, aquello que la aleja y lo somete, además, a su castigo. De este modo, los padres están en condiciones de exigirle, en nombre del amor y para reaseguro de la cultura, la renuncia a lo que ellos mismos han inscripto: la satisfacción pulsional. Pese a la renuncia, el super-yo, instalado como amo de la estancia subjetiva conserva su hostilidad respecto del yo. Destinado en principio a mantener la casa yoica en orden, se convierte en un tirano que atenta contra la sobrevivencia del yo; lo que era el poder externo, al incorporarse, se potencia. Ya no basta al yo precaverse de hacer lo bueno: la instancia super-yoica se inmiscuye censurando, también los pensamientos concientes o inconcientes. Figura omnisciente, exige cada vez más y más renunciaciones, borra el límite entre lo bueno y lo malo *hacia un bien que se plasma en el goce mismo de la renuncia*. Este extranjero entrometido en la subjetividad bajo el subterfugio del amor protector, pide cada vez más, y como 'sabelotodo', está en condiciones de generar la culpa que alude a una posición subjetiva resultante de tres fallas: de la naturaleza, del organismo humano y de la ley. La culpa es efecto de una situación irremediable que recae sobre la subjetividad; es un intento de borrar las pecaminosas fallas de la estructura; la culpa es el pago que hace la subjetividad, cargando sobre sí las falencias de naturaleza y cultura.

De lo anterior se desprende una paradoja; la conciencia moral se comporta con mayor severidad y desconfianza cuanto más virtuoso es el sujeto, esto porque no hay pureza alguna ni en el sujeto ni en la cultura. Si priman infelicidad y desdicha en el sujeto colegirá que algo malo hizo y que merece, por tanto, más castigos: en cambio, si predomina la dicha, temerá el castigo del destino y ofrecerá, pagar esa felicidad con el fracaso o la vida; en suma, el super-yo siempre somete al sujeto redoblando más la apuesta del sacrificio a la renuncia pulsional. La petición de renuncia es tal que la vela por el orden se torna vigía hostigador. Vigía que, "... en lugar de afianzar el deseo y su circulación con la renuncia pulsional, refuerza y alimenta lo pulsional y la hostilidad del sujeto, ahora sí, contra sí mismo"⁽⁴⁾. Agresividad contra sí mismo por desear la transgresión. Hostilidad de la cultura que triunfa como goce. El sólo goce de renunciar como suficiente para un sujeto amarrado a un plan que se consolida como sobreculturalización; el super-yo.

Resultante de lo anterior, pulsión de muerte, que carcome al sujeto en la desexualización, en la conformación de una entidad uniformemente deseante "... las marcas de un tipo de sexualidad y agresividad no vienen al individuo sino desde la cultura... bajo la pretensión de normalizarlo, reclamando una vida sexualmente uniforme para todos y un domeñamiento igualitario de la agresividad"⁽⁵⁾. La agresión que encontramos volcada hacia el interior -pulsión de muerte- es el efecto de la conciencia moral, trazo incorporado con violencia del intrusivo poder paterno.

⁽⁴⁾ S. Freud. "El malestar en La Cultura". pág. 123.

⁽⁵⁾ S. Freud. "El malestar en La Cultura". pág. 102.

Trazo que en lugar de exteriorizarse se interna como agresión, venganza frente al poder, pero venganza dirigida contra sí mismo. "Si yo fuera el padre y tú el hijo te maltrataría: pero se aplasta este conato subversivo, que podría destruir el sistema de la ley y el pacto fraterno, al precio del masoquismo fundamental y el super-yo que dividen al sujeto contra sí mismo en un reproche que se hace queja y un castigo que se hace autopunición... A este costo el sujeto conserva la circulación de la ley del Padre simbólico y la vigencia de la cultura pese a su malestar"⁽⁶⁾.

Pero bien, como decíamos, lo que pretendía reducir el apremio pulsional acaba potenciándolo. Se hace de la obediencia a los preceptos un mérito "más difícil la obediencia al precepto, más meritorio es obedecerlo"⁽⁷⁾. De esto se deriva un saldo clínico, "ni siquiera en los hombres llamados normales el gobierno sobre el ello puede llevarse más allá de ciertos límites. Si se exige más, se produce en el individuo rebelión o neurosis o se le hace desdichado"⁽⁸⁾. O sea, hay un límite para imponer la ley superado el cual sólo se potencia la exigencia, produciéndose el retorno pulsional o la desdicha. "Todo esto se presenta en la clínica psicoanalítica en el goce primario del síntoma, en el acting-out o en el pasaje al acto; y en la miseria psicológica de las masas, en el sometimiento desmedido o la rebelión sanguinaria. Entre ambos a veces el síntoma, a veces alguna revolución... a

⁽⁶⁾ Marta Gerez-Ambertin. "Las voces del super-yo". Manantial. Buenos Aires. 1993. pág. 119.

⁽⁷⁾ S. Freud. "EL Malestar en la Cultura". pág. 112.

⁽⁸⁾ S. Freud. "El Malestar en la Cultura". pág. 114.

veces, sólo a veces, alguna creación".⁽⁹⁾

En suma, la demanda de amor desemboca en una catástrofe ética, esto es, se potencia el deber que precipita hacia el retorno pulsional que pretendía expulsar. Este deber desmesurado, desolla al sujeto en el dolor. de este modo hacer lazo social, perseguir la felicidad cultural y la personal es para el sujeto un tormento abrumador. "Entre el desideratum cultural y la singularidad del deseo y el goce, más de una libra de carne queda en el camino".⁽¹⁰⁾ Dado este contexto parece difícil una cura posible a la miseria de las masas. El mismo Freud desalienta esta posibilidad "...no es posible evitar o anular el desolador efecto de los mandatos paradójales impartidos a cada uno de sus miembros. No siendo posible constituir un Otro situado fuera de la cultura, no hay manera de pacificar los espolones superyoicos. Ciencia y religión acaban en categóricos fracasos al empujar hacia lo imposible los límites de la subjetividad en la objetualización por exceso de sumisión o por exceso de desafío".⁽¹¹⁾

Las fallas que constituyen al sujeto remiten a la cultura, la ley no corrige el defecto estructural. Falla incurable que sólo es posible soportar con calmantes -distracciones, satisfacciones sustitutas y sustancias embriagadoras-. Desolador final pues, el autoaniquilamiento dejó de ser para el mundo contemporáneo una mera posibilidad científica y configura una voluntad científica de la destrucción. "Ellos lo saben: de ahí buena parte de la inquietud contemporánea, de su infelicidad, de su talante

⁽⁹⁾ M. Gerez-Ambertin. op. cit., pág. 125.

⁽¹⁰⁾ M. Gerez-Ambertin. op. cit., pág. 124.

angustiado...".⁽¹²⁾

Si el estatuto humano se ciñe a los márgenes descritos queda meridianamente claro qué se busca. Los estupefacientes posibilitan cierta insensibilidad. De esta manera "... la toxicomanía se vuelve, al decir de Freud, una de las respuestas al malestar en la civilización".⁽¹³⁾ Sin embargo, esto parece no responder a la queja del presente. "La droga como quita-penas, constituye entonces un esfuerzo por desembarazarse del sufrimiento, pero en sí misma no es necesariamente la causa del malestar en la civilización. La inquietud de Freud se vuelca más bien hacia el poder del hombre de autoaniquilarse".⁽¹⁴⁾ Las drogas no originan el malestar, son parte de la cultura, lo singular procede de cierta cercanía posible de identificar entre malestar y autoaniquilación. No fue esa la función de las drogas en otras épocas. "A lo largo de la historia las drogas fueron adoptadas por distintas culturas, alcanzando a veces un valor ritual...".⁽¹⁵⁾ La pregunta es qué ha acontecido en la cultura para que nos hallemos frente a un fenómeno que por las características que adopta resulta novedoso. "... cuando hablamos hoy, hablamos de una escala fenomenal, jamás vista en la historia, es lo que hace que el contexto sea enteramente nuevo...".⁽¹⁶⁾ Qué mecanismos se han abierto o cerrado para que el hombre contemporáneo busque resolver las penurias a través de una suerte de

⁽¹¹⁾ M. Gerez-Ambertin. op. cit., pág. 126.

⁽¹²⁾ S. Freud. "El Malestar en la Cultura". pág. 153.

⁽¹³⁾ Silvia Tendlarz. "Las paradojas de la felicidad". en "Sujeto, Goce y Modernidad. Los fundamentos de la clínica". Tomo II. Atuel- TyA. Buenos Aires. 1990. pág. 77.

⁽¹⁴⁾ Silvia Tendlarz. op. cit., pág. 78.

⁽¹⁵⁾ Silvia Tendlarz. op. cit., pág. 77.

⁽¹⁶⁾ Eric Laurent. "Tres observaciones sobre la toxicomanía". en "Sujeto, Goce y Modernidad. Los fundamentos de la clínica". Tomo II. Atuel- TyA. Buenos Aires. 1990. pág. 15.

entrega total a sustancias tóxicas. Si la respuesta fuese que el hombre contemporáneo ha caído en desolación respecto del destino de la cultura, y, ligado a esto en relación a las formas ocupadas -por ej., las instituciones, su forma y su contenido- para alivianar las cargas existenciales, lo indicado no es respuesta suficiente para esclarecer con cierta precisión qué mueve a que la atenuación del malestar se concentre en buena medida en el uso de drogas, ni menos explica por qué se habría producido una suerte de depresión existencial.

El malestar descrito antes, si atendemos al decir de Freud, es estructural. Este malestar no dejó de ser *tratado* por las culturas, por los grupos sociales, etc., también con sustancias provocantes de placer y/o anestésicos del displacer. Por ende, si es posible señalar que el asunto resulta especialmente preocupante estaríamos expresamente declarando que habría cierto *atravesamiento* histórico del malestar estructural. Algo habría ocurrido en nuestras formas de evitación del displacer en los últimos decenios o siglos.

Parece relevante recordar que fue característico que el uso de aquellos lenitivos respondiese en medida importante a prácticas colectivo-rituales, o en su defecto con fines de rendimiento aceptado por las figuras de autoridad. Fundados en esto conjeturamos que un rasgo con que se puede identificar al encuentro con las drogas en otras épocas apunta a una cierta *mantención* del vínculo con un otro social; *otros con los cuales el individuo se siente parte de un destino probablemente común o al menos cercano*. Esto lo indicamos pues un rasgo con que se manifiesta el *consumo*

contemporáneo no apuntaría hacia cierto encuentro con el otro, sino que, más bien, expresaría indicios de ruptura de lazos. Búsqueda de goce des-ligado de un otro, cuestión que por ahora nos limitamos a señalar para en adelante analizar su posible fundamento. Pensamos que este factor puede orientar una exploración de elementos que permitan describir aspectos que probablemente tengan un lugar privilegiado a la hora de analizar razones que hagan comprensible el 'supuesto' aumento del consumo de sustancias, y, paralelamente, ensayar alguna explicación para lo que nos atrevemos a plantear como fracaso (por cierto relativo al criterio que se ocupe) de los tratamientos convencionales realizados a personas afectadas por drogas.

2.- Los efectos de la modernidad en la cultura y en los individuos.

Orientados por lo dicho antes habríamos de concluir que algo ha acontecido en la relación entre el sujeto y la cultura. Podemos destacar por ahora, como factor posiblemente paradójal, que, si bien la relación con un otro, constituye al individuo, aquello precisamente constituyente parece pretender eludirse. Vale decir, parece buscarse un goce sin que medie una relación con otro. Algo revela, o, algo oculta esta búsqueda que privilegia a un objeto que permite placer sin negociación. Lo novedoso en esa medida no se hallaría en hipotéticas propiedades especiales de los tóxicos modernos, sino que en el modo de vincularse que de alguna forma revela una manera peculiar

del sujeto para buscar placer. "...el uso y abuso de las drogas es una modalidad humana antiquísima, no hay más novedad que las sintéticas diseñadas por la nueva tecnología...".⁽¹⁷⁾ El cambio entonces no se habría producido a nivel del objeto-droga sino que en el modo y, tal vez si el fondo, para el cual se ocupan. Esto apuntaría hacia el establecimiento de un nuevo modo mediante el cual evitar el dolor. Por tanto, el acto que efectúa el toxicómano bien podría leerse como la manifestación de un *modo extremo* a través del cual el 'sujeto moderno normal' se vincularía con el mundo, es decir lo significa. "...los asuntos fundamentales confrontados por cualquier civilización a lo largo de su historia, o por cualquier persona en su propia vida individual son, a final de cuentas, asuntos de significado".⁽¹⁸⁾

Podría decirse que existe cierto consenso respecto a que el talante contemporáneo tiende a presentificarse dominado por la angustia. "La vida occidental parece estar derivando hacia un incesante aumento de entropía, hacia un caos económico y tecnológico, hacia un desastre ecológico y, finalmente, hacia un desmembramiento y desintegración psíquica...".⁽¹⁹⁾ La descripción en general es compartida, si bien los orígenes, la connotación y las salidas posibles a tal desazón, son motivo de diferencias entre quienes analizan el estado actual de nuestra cultura. Al respecto un argumento sostiene que la crisis se relaciona con un paulatino desencanto sufrido por la civilización

⁽¹⁷⁾ Gastón Zoroastro. "Implicaciones de lo imaginario, lo real y lo simbólico en el uso y abuso de las drogas". En "Nuestra Ciencia". Revista No.2. Julio de 1996. pág. 43.

⁽¹⁸⁾ Morris Berman. "El Reencantamiento del mundo". Cuatro Vientos. Santiago. 1987. pág. 16.

⁽¹⁹⁾ M. Berman. op. cit., pág. 15.

occidental. Tal desencanto sería fruto de cierta concepción del mundo que supone des-ligado al sujeto de las cosas, de la naturaleza, etc. Es decir, un tipo de entendimiento que ha llevado al hombre a relacionarse con las cosas en términos de dominación. Al respecto se ha señalado que un cambio histórico-cultural estaría a la base de la perspectiva existencial que hoy aparece dominante. "Históricamente, la pérdida de significado, ya sea en un sentido filosófico o religioso -la división entre hecho y valor que caracteriza la época moderna-, está enraizada en la Revolución Científica de los siglos XVI y XVII...".⁽²⁰⁾

Un cambio originante, por cierto, de nuevas significaciones para enfrentar los vínculos con la naturaleza, las relaciones humanas, etc., y que dadas las características epistémicas con que conceptúa el vínculo entre sujeto-mundo, habría gatillado un proceso de pérdida de significado existencial. "... La conciencia científica es una conciencia alienada: no hay una asociación ectásica con la naturaleza, más bien hay una total separación y distanciamiento de ella".⁽²¹⁾ De acuerdo a esta interpretación el concepto del mundo predominante hasta antes del cienticismo "... fue la de un mundo encantado. Las rocas, los árboles,... eran contemplados como algo maravilloso y con vida... En breve, el cosmos era un lugar de pertenencia,... (el individuo) no era un observador alienado. Su destino personal estaba ligado al del cosmos y es esta relación la que daba significado a su vida...".⁽²²⁾ Los efectos del cambio acontecido conducen a "... una

⁽²⁰⁾ M. Berman. op. cit., pág. 16.

⁽²¹⁾ M. Berman. op. cit., pág. 16.

⁽²²⁾ M. Berman. op. cit., pág. 16.

sensación de reificación total; todo es un objeto ajeno, distinto y aparte de mí. Finalmente yo también soy un objeto, también soy una cosa alienada".⁽²³⁾ La distancia con que se conceptúa el mundo es inducente a la a-familiaridad, a la im-pertenencia. El colapso de un mundo que integraba a quienes lo componían lleva hacia sentimientos de futilidad, esto es producente de "...un gran retraimiento hacia la evasión que ofrecen las drogas, la televisión y los tranquilizantes... Una época que tiene por norma la depresión es en verdad una época oscura y triste...".⁽²⁴⁾ La constitución del mundo descrito ha llevado también hacia un mundo definido como unidimensional y tecnificado. Marcuse refiere esto señalando que "Cuando las técnicas se convierten en la forma universal de producción material... (se) circunscribe una cultura en su totalidad; proyecta una totalidad histórica -, 'un mundo' ".⁽²⁵⁾ Un orden que impide estar fuera o salir a veces siquiera. "A medida que el pensamiento tecnológico y burocrático invade rincones más profundos de nuestras mentes, la preservación de un espacio psíquico se ha tornado algo casi imposible".⁽²⁶⁾

R. D. Laing, señala cómo en este contexto se produce una división psíquica "creando falsos sí-mismos, en un intento de protegerse de manipulaciones..."⁽²⁷⁾. De acuerdo a este autor el sí-mismo tiende a retirarse de las interacciones con el fin de protegerse, es el cuerpo el que se relaciona,

⁽²³⁾ M. Berman. op. cit., pág. 16.

⁽²⁴⁾ M. Berman. op. cit., pág. 17.

⁽²⁵⁾ Herbert Marcuse. citado en Morris Berman. "El Reencantamiento del mundo". pág. 17.

⁽²⁶⁾ M. Berman. op. cit., pág. 18.

⁽²⁷⁾ Ronald. D. Laing. "El yo dividido". Fondo de Cultura Económica. México. 1978. 5ª edic. pág. 35.

en forma simulada. Esto produce un ambiente existencial inmediato y, en general, un mundo carente de significados vitales. Tal proceso sujeto a simulaciones lleva al propio individuo a auto-recriminaciones. "Nos atormenta nuestra falsedad, nuestro representar roles... a medida que aumenta la culpa, silenciamos las voces disidentes con drogas, alcohol, fútbol...".⁽²⁸⁾ Esta situación psíquica se manifestaría a través de cifras que indican el aumento significativo de suicidios y enfermedades mentales, asimismo, no está definido si como causa o efecto de lo señalado antes, se produce una alta tendencia al uso de fármacos. "A comienzos de los años '70 se informó que 25 millones de adultos estaban utilizando Valium; en 1980, la Administración de Alimentos y Drogas indicó que los estadounidenses estaban consumiendo 5 billones de tabletas de benzodiacepinas al año... (por otra parte) son cientos de miles los niños drogados diariamente en la escuela y una cuarta parte de la población femenina estadounidense del grupo entre los 30 y 60 años, utilizan regularmente drogas psicoactivas... (además)... se han publicado artículos donde se aconseja a quienes padecen de depresión que hagan una visita a su Hospital Mental para que se les administre tratamiento con psicofármacos o con electro-schock, de modo que puedan retornar prontamente a sus trabajos... La droga y el hospital mental, se han convertido en el aceite lubricante y la fábrica de repuestos indispensables para impedir el derrumbe total del motor humano".⁽²⁹⁾ El juicio que sostiene Berman al respecto es que no se está viviendo una situación especial, sino que el resultado 'natural' de una lógica que tiene ya varios siglos. Con esto refiere a

⁽²⁸⁾ M. Berman. op. cit., pág. 20.

⁽²⁹⁾ M. Berman. op. cit., pág. 21.

una visión científica del mundo, esta "...es parte integral de la modernidad, de la sociedad masificada... es nuestra conciencia... y está íntimamente relacionada con el surgimiento de un estilo de vida que se ha estado desarrollando desde el Renacimiento...".⁽³⁰⁾.

De esta forma dispuestos a orientar una explicación al aumento considerable del uso de sustancias pensamos que algo debe operar como factor desencadenante. Dado que el uso de drogas es parte de la historia del hombre, hemos de remitir la pregunta hacia algún factor, posiblemente cultural, que hubiere concurrido y que ayude a explicar un estado diferente de los individuos y de la sociedad de nuestra época. Si bien, los alcances del planteamiento de Berman no se detienen en el tema de las drogas, bien favorecen nuestra búsqueda de algún elemento diferencial presente en la cultura contemporánea. El autor remite al desencanto que se habría producido como efecto de una visión científica del mundo. Sin pensar a priori que esta respuesta permita explicar acabadamente el tema del consumo de drogas, sí planteamos que aporta al propósito de develar qué, de manera hipotética, podría movilizar a los actores sociales modernos. Por ende, *permite tener a la vista un factor cuya constitución y sentido habría que escenificar con el objeto de evaluar si merece estar presente como elemento que favorezca una elucidación a nuestro tema central.*

⁽³⁰⁾ M. Berman. op. cit., pág. 22.

3.- *El fundamento moderno de las ciencias.*

Si lo diferencial de nuestra época estaría signado por una visión científica del mundo, estamos suponiendo que éste bien podría ser un factor gatillante de efectos que, si bien no pretende, igualmente desata a nivel social, dada la lógica que la constituye como perspectiva. Entonces habremos de indicar qué conforma tal perspectiva, sobre qué cimientos se monta para aparecer como enfoque explicativo. Esto para luego orientar alguna relación entre tal óptica y el fenómeno que investigamos.

Una característica que funda la actitud epistemológica moderna es aquella que comprende la separación entre sujeto y objeto, correlato de una comprensión ontológica que sostiene que hay una realidad allá fuera, independiente del observador. "El distintivo de la conciencia moderna es que no reconoce ningún elemento de mente en los así llamados objetos inertes que nos rodean. De hecho toda la posición materialista supone la existencia de un mundo allá afuera independiente del pensamiento humano, que transcurre aquí dentro".⁽³¹⁾ Lo anterior supone a su vez que el mundo externo se rige mediante leyes. "... Por lo que precede, vemos que el carácter fundamental de la filosofía positiva es mirar todos los fenómenos como sujetos a leyes naturales invariables"⁽³²⁾. Leyes que el sujeto ha de determinar a través de la observación de los hechos de la naturaleza, es decir mediante la experiencia, no mediante la especulación. Al respecto, "(Bacon)... sostiene, que el conocimiento verdadero, tal como lo demuestran las ciencias, proviene de

⁽³¹⁾ M. Berman. op. cit., pág. 69.

⁽³²⁾ Robert Blanché. "El método experimental y la filosofía de la física". Fondo de Cultura Económica. México. 1972. pág. 252.

la experiencia, de la inducción que realizan los sentidos de todo aquello que nos rodea..."⁽³³⁾.

Lo señalado hasta aquí revela la construcción de un mundo radicalmente nuevo que "... produjo con esfuerzo una nueva forma de percibir la realidad. El cambio más importante fue la modificación de la calidad por la cantidad, el paso del por qué al cómo. El universo, antes visto como algo vivo, poseyendo sus propias metas y objetivos, ahora es visto como una colección de materia inerte que se mueve rápidamente sin fin ni significado, como así lo dijera A. N. Whitehead".⁽³⁴⁾. En resumen, importa captar que la visión científica se asienta en un modelo de mundo que posee pilares fundamentales que le permiten llevar a cabo su empresa. En tal sentido nos interesa precisar dos factores que vienen a sustentar ontológica y epistemológicamente el mundo para el cienticismo: "El primero es la noción de que toda realidad es, a final de cuentas, describable en términos de materia y movimiento; que la posición de las partículas materiales, y su momento, es la realidad básica del mundo de los fenómenos. El segundo punto es que la nuestra es una conciencia no-participativa: los fenómenos del mundo permanecen igual ya sea que estemos presentes para observarlos o no; nuestras mentes de ninguna manera alteran ese fundamento de realidad... la convicción de que el experimentador no es parte de su experimento, sustenta el materialismo del primer punto".⁽³⁵⁾

Nos importa subrayar los cimientos de la ciencia en función

⁽³³⁾ Rafael Echeverría. "El Buho de Minerva". Dolmen. Santiago. 1994. pág.

48.

⁽³⁴⁾ M. Berman. op. cit., pág. 45.

⁽³⁵⁾ M. Berman. op. cit., pág. 141.

de que el modelo de comprensión de mundo de la física opera como paradigma para el modelo científico que se transporta a otras ciencias desde el transcurso de los siglos XVII en adelante. "...los autores que se ocupan de la biología y de la ciencia social han considerado que sus investigaciones son susceptibles de transformarse en ciencias perfectas, tomando o adaptando el método causal y mecanicista de las ciencias de la física y la química".⁽³⁶⁾

Uno de los efectos principales de este enfoque refiere a que nutre una relación de dominación respecto a la naturaleza y hacia el hombre mismo. "El carácter secular de la Modernidad conduce a privilegiar la relación de los hombres con la naturaleza, la capacidad de control que sobre ésta se alcance y las transformaciones que sobre ella puedan realizarse".⁽³⁷⁾ La imagen científica del mundo (materialista-positivista) presentada hasta ahora, parece pesadamente empírica, sin embargo, se verá remozada como efecto de cuestionamientos procedentes desde su interior. Es decir, se produce una crítica desde dentro a los presupuestos que fundaban su visión de mundo, respecto principalmente, a la posibilidad efectiva que poseería el sujeto que investiga de capturar 'hechos' procedentes desde la realidad material, los cuales serían la base de cualquier edificio teórico sea cual fuere el trecho de realidad a investigar. No obstante, "... Esta variante del positivismo, que remite en último término a Comte, debe distinguirse de lo que más adelante se conocerá como la escuela del positivismo lógico".⁽³⁸⁾ Pero bien, pese a las

⁽³⁶⁾ Morris R. Cohen. "Introducción a la lógica". Fondo de cultura Económica. México. 1993. pág. 213.

⁽³⁷⁾ Rafael Echeverría. "El Buho de Minerva". pág. 35.

⁽³⁸⁾ Rafael Echeverría. op. cit., pág. 116.

diferencias que comporta la crítica que se realizó internamente, el positivismo lógico conserva ciertas ideas que hereda de sus predecesores positivistas. Estas remiten a un modelo que encuentra el fundamento último de lo existente en el mundo sensible. "Whitehead y Russell empezaron por aceptar el mundo de la experiencia sensible con el cual todo individuo debe enfrentarse en un comienzo. Procuraron cerrar la brecha entre lo que se conoce de manera inmediata y lo que puede conocerse a través de la inferencia, utilizando para ello las herramientas de la lógica: a la larga sería posible dar cuenta del mundo exterior mediante una construcción lógica que partiera de los datos sensoriales".⁽³⁹⁾ Esta formulación pasa a ser una especie de manifiesto programático para un conjunto de pensadores cuya preocupación era darle un piso sólido a la investigación científica. "Así como la agenda epistemológica del siglo pasado estuvo determinada por el monumental tratado de Kant, gran parte del programa filosófico de este siglo... puede considerarse un intento de llevar adelante el programa de Russell y Whitehead...".⁽⁴⁰⁾

Se establece de esta manera un cimiento desde el cual han de arrancar las ciencias particulares a la hora de investigar. "Dentro del ideario sustentado por el positivismo lógico, hay que mencionar también la afirmación del supuesto de la unidad de la ciencia. La ciencia es una sola y tal unidad estaba garantizada por la validez para todo quehacer científico del método científico... Sin

⁽³⁹⁾ Howard Gardner. "La Revolución Cognitiva". Paidós. Barcelona. 1990. pág. 78.

⁽⁴⁰⁾ H. Gardner. op. cit., pág. 78

lógicamente el lenguaje y tratar de relacionar este análisis con el mundo percibido. "... se fijó como objetivo general ver qué cuestiones filosóficas tradicionales podrían reformularse en términos formales, y cuáles otras no podían reformularse así. Estas últimas (por ej., las vinculadas con los ángeles celestiales) fueron rotuladas de metafísicas y proscritas, a partir de entonces, de todo debate. Aquellas que sí se prestaban al tratamiento en términos lógicos (por ej., las referidas a los ángulos geométricos) debían reexaminarse para comprobar si era posible verificarlas, y por lo tanto sumarlas a nuestro acopio de lo verdadero."⁽⁴⁴⁾

Nos importa examinar aunque sea de modo somero el trazado principal del empirismo lógico porque en buena medida sus planteamientos corresponden con la filosofía de la ciencia rigente en nuestro siglo. En medida discontinua las ciencias se han ceñido de manera más o menos aproximada a este modelo.

Ahora bien, los criterios que rigieron la empresa del empirismo fueron, por una parte, lo que se denominó *verificacionismo* "...doctrina según la cual los enunciados empíricos (no lógicos) pueden verificarse en condiciones de indagación ideales; todo lo que se necesita es un procedimiento para medir y verificar aquello de lo cual se está hablando... (según) Carnap, es preciso observar las circunstancias en que las personas utilizan una proposición determinada para establecer la verdad de ésta. Más aún el significado de una proposición es su método de

⁽⁴⁴⁾ H. Gardner. op. cit., pág. 79.

verificación".⁽⁴⁵⁾. El otro criterio, *el fisicalismo* "... Creían que las propuestas que de ordinario se interpretan como referidas a estados mentales son lógicamente equivalentes a las referidas a la conducta manifiesta. Llegaron a afirmar que cualquier enunciación de la psicología podía reformularse como una descripción del comportamiento físico de los seres humanos...".⁽⁴⁶⁾. La intención que ronda estos planteamientos es dotar de un asiento duro a las ciencias, esto es, herramientas y objetivos claros que permitan orientar los modos y el contenido de la investigación. Se señala a la experiencia sensible como región de mirada inicial (datos primarios para construir hipótesis) y terminal (en el sentido verificacionista del concepto). Movido por estos criterios es que Russell planteó definir el mundo a partir de la experiencia, a través de construcciones lógicas. Por su parte, "Carnap procuró traducir al lenguaje de los datos sensoriales todas las sentencias sobre el mundo. A cada sentencia acerca de objetos materiales debía corresponderle otra acerca de los datos sensoriales, capaz de expresar los elementos fenoménicos básicos de la experiencia del objeto".⁽⁴⁷⁾. Este *espíritu empiricista* implica situar las expresiones que excedan los márgenes dispuestos *en el lugar del sinsentido*. Todo aquello que no sea traducible a 'lenguaje sensorial' y, que no sea 'verificable', se calificará de metafísico. Refiriéndose a la posición de Wittgenstein en torno es estos temas, H. Gardner señala que aquel le encuentra una tarea a la filosofía "... Al mismo tiempo que esclarece las proposiciones de la ciencia

⁽⁴⁵⁾ H. Gardner. op. cit., pág. 79.

⁽⁴⁶⁾ H. Gardner. op. cit., pág. 79.

⁽⁴⁷⁾ H. Gardner. op. cit., pág. 80.

natural, la filosofía puede exponer también el sinsentido de las cuestiones metafísicas acerca de la existencia".⁽⁴⁸⁾ Se puede deducir entonces que cualquier perspectiva que, por ejemplo, en el ámbito psicológico, incluyera apreciaciones relativas al psiquismo que no atendiese a los criterios antes enunciados sería juzgada como no científica. *Esto efectivamente aconteció en particular cuando este enfoque vivía su momento más promisorio.* De hecho las discusiones en todas las disciplinas que quisieran obtener crédito en la comunidad científica habían de tener a la vista los lindes que el prisma empirista lógico había enunciado. Básicamente lo pretendido apuntaba a "pesquisar la estructura lógica de la ciencia, y, más particularmente, la del lenguaje en ella utilizado -o sea, estudiar la sintáxis de la ciencia-...".⁽⁴⁹⁾

Ciertamente, al cabo de un tiempo, miembros del mismo Círculo de Viena llevaron a cabo una crítica severa a premisas que habían operado como puntales del planteamiento "..., cuestionaban la posibilidad de hablar siquiera de 'información en bruto', o sea, de datos sensoriales puros que fuera posible inspeccionar y tomar como base de cualquier construcción ulterior. Cada vez más concebían al conocimiento como vinculado al empleo de las proposiciones, y se les volvió sospechosa toda referencia a conocer lo puro, lo inmediato, lo dado...".⁽⁵⁰⁾ No fue lo único que se cuestionó, pero esta es una adecuada muestra de aquello que estuvo y sigue estando en juego, tanto en las ciencias sociales, cuanto en las ciencias conocidas como 'duras' o

⁽⁴⁸⁾ H. Gardner. op. cit., pág. 78.

⁽⁴⁹⁾ H. Gardner. op. cit., pág. 80.

⁽⁵⁰⁾ H. Gardner. op. cit., pág. 81.

'exactas'.

El cuadro expuesto revela, pese a su brevedad, ciertos rasgos básicos que figuran el marco (de acuerdo, entre otros a Berman, Marcusse, etc.) que habría orientado las formas de ver el mundo en la Modernidad. Sucintamente, éste se caracteriza por su apelación a la experiencia (lo sensible, lo dado, lo observable, etc.) y, a la razón (el método, la lógica, etc.), como criterios de validación. Ahora bien, existe coincidencia en indicar los rasgos expuestos del cientificismo moderno *como una propuesta que no se limitó a pasar como un planteamiento para hacer ciencia, sino que ha sido una visión de mundo, vale decir, una manera de comprender lo social, lo psíquico, el vínculo del ser humano con las cosas, la producción tecnológica, etc.* Tal deslinde explica la visión de ciertos pensadores que responsabilizan al cientificismo del curso y sentido del mundo contemporáneo. Lo peculiar de aquella posición frente al mundo potenciaría una cierta desligazón emotiva frente a las cosas, los productos, el trabajo, los afectos humanos, la relación con la naturaleza, etc. A esto se le ha motejado de visión unidimensional, instrumental, alienada, desencantada, etc., del mundo. Lo dicho hasta acá puede orientar un marco que permita interpretar el tipo de lazo que el hombre moderno establecería con el mundo. Si esto es efectivo cobraría sentido la apreciación freudiana respecto del plus de malestar que caracterizaría al hombre moderno.

Esta interpretación por ahora contribuye a una comprensión del fenómeno social-existencial de la vida moderna. Vale decir, *permite por el momento sólo conjeturar -no más que*

eso-, que un modo privilegiado de alivio del hombre moderno se asociaría con el consumo de drogas. Empero, esto aún no explica en qué sentido influye la visión científica del mundo en el diagnóstico y en el tratamiento de pacientes afectados por el problema. El punto que procede se encarga de exponer el prisma teórico que orienta el trabajo realizado para con estos pacientes.

4.- Las toxicomanías; la óptica médica tradicional.

La pregunta por el origen de las toxicomanías adquiere sentido pues se supone que el tratamiento se guía con arreglo a cánones relativos a la comprensión teórica del fenómeno. El razonamiento de base indicaría que en tanto se determine la causa se podrá operar en los niveles pertinentes que favorezcan el tratamiento correspondiente.

Para iniciar una respuesta el supuesto desde el que se arranca es que el individuo busca el placer; la pregunta fundamental al respecto es ¿qué hace que de manera principal, sino exclusiva, algunos individuos busquen aquel a través de la ingesta de sustancias?. De acuerdo a investigaciones recientes se señala que "... las neurociencias se han ido adentrando en el conocimiento de cómo el cerebro elabora las emociones y el placer. Este conocimiento científico, más allá del conocimiento meramente descriptivo, ha permitido la posibilidad de evocar, interferir o cancelar las emociones tras actuar física o químicamente a través de las áreas y circuitos del cerebro que participan en su elaboración".⁽⁵¹⁾. Este avance

⁽⁵¹⁾ Francisco Mora Teruel. "Drogas y Placer". En Revista CONACE INFORMA. Marzo de 1996. pág. 14.

de la neurobiología obedecería a estudios que ya cubren décadas. "En 1954, Olds y Milner... descubrieron en uno de sus animales, con un electrodo implantado en la profundidad del cerebro, que un estímulo o shock eléctrico, no desorganizaba la conducta animal o resultaba adversivo, sino por el contrario, era placentero... se habían descubierto las zonas cerebrales del refuerzo o del placer".⁽⁵²⁾ Un fenómeno que hasta antes era territorio oscuro para las ciencias y que intentaba respuestas haciendo uso de conceptos psicológicos se abre campo seguro en el terreno neuroquímico. "Estos fenómenos, hasta hace muy poco psicológicos, tienen un correlato biológico puro, codificados en circuitos neuroquímicos..."⁽⁵³⁾ (Mora Teruel 14). La importancia de lo señalado hasta acá apunta a que se ofrece un marco interpretativo que permite comprender qué empuja al sujeto a consumir drogas. Como se observa, no es el medio ambiente social, ni algún factor psicológico, sino factores innatos correspondientes a un sustrato biológico los que explican la búsqueda de sustancias las que, de acuerdo a lo que se indica, operarían como compensadores homeostáticos dado el sistema mediante el cual actuaría el organismo. Las neurociencias han comprobado esto "... aún cuando todos estos estudios se han realizado en animales, estos parecen enteramente extrapolables al hombre en tanto que los animales, desde la rata al primate, parecen ser capaces de autoadministrarse libremente, y si se les da la oportunidad, las mismas drogas que el hombre, y no otras".⁽⁵⁴⁾ Es curioso además que observaciones ocasionales han permitido demostrar que

⁽⁵²⁾ F. Mora Teruel. op. cit., pág. 14.

⁽⁵³⁾ F. Mora Teruel. op. cit., pág. 14.

⁽⁵⁴⁾ F. Mora Teruel. op. cit., pág. 15.

animales en completa libertad... tienden a consumir drogas... consumen espontáneamente ciertas plantas..."⁽⁵⁵⁾. Se arriba de esta manera a un planteamiento que esclarece a qué obedece la ingesta de sustancias, se trataría de una inclinación natural, "...la drogadicción, es decir, el refuerzo o la recompensa producidos por las drogas, bien pudiera obedecer en parte a la búsqueda innata en el hombre o en el animal de nuevas sensaciones que rompan el marco habitual diario en que desarrolla su existencia"⁽⁵⁶⁾. Lo que se busca es la recompensa, el placer, y este se caracteriza de paso como *aquello que produce una ruptura con lo cotidiano, con la rutina*. Tal descubrimiento -las zonas cerebrales del refuerzo o del placer- ha favorecido además a una de las instancias que más ha contribuido desde esta óptica a trabajar con el fenómeno adictivo, nos referimos a los medicamentos: "Ello ha permitido el desarrollo de sustancias farmacológicas capaces de bloquear o interferir este fenómeno,... al permitir conocer, al menos parcialmente, y en animales, dónde, en el cerebro, y a través de qué neurotransmisores actúa la droga y, por correlato, atisbar en el cerebro del hombre dónde y cómo se elaboran las sensaciones de bienestar..."⁽⁵⁷⁾. De acuerdo a esta posición el origen de la toxicomanía responde a una condición natural que incitaría al consumo de sustancias, por tanto la posibilidad terapéutica pasa por operar los factores comprometidos, vale decir, la neuroquímica del cerebro; "El estudio de los sistemas neuroquímicos... debe dar lugar a conocer no sólo qué partes del cerebro se ven involucradas en el consumo de drogas, sino, lo que es más

⁽⁵⁵⁾ F. Mora Teruel. op. cit., pág. 16.

⁽⁵⁶⁾ F. Mora Teruel. op. cit., pág. 18.

⁽⁵⁷⁾ F. Mora Teruel. op. cit., pág. 16.

importante, qué neurotransmisores parecen estar envueltos. Es precisamente esto último lo que debe permitir... una aproximación médico terapéutica, farmacológica y selectiva para tratar este verdadero azote de la civilización que es la drogadicción"⁽⁵⁸⁾. Habrá de notarse que este modelo presenta al sujeto que consume como a un organismo con operatoria similar a los de otras especies. Por ende, este organismo humano obedecería a una lógica sólo neuroquímica -no voluntaria- que le hace demandar drogas que le compensan. Ahora bien, *acontece que no todas los organismos derivan en procesos toxicomaniacos, por tanto, o bien, habría de darse una suerte de diferencia neuroquímica entre los diversos organismos que conforman a la humanidad, o bien, es la química del tóxico externo la que impulsa el proceso adictivo. En todo caso, cualquiera de ambas opciones remite a procesos químicos.*

Sería tarea de la ciencias investigar la fisiología del placer -a nivel de neurotransmisores-, lo que permitiría operar en los lugares efectivamente comprometidos. Se trata de activar o desactivar zonas involucradas dado que el proceso es químico. De tal manera, se produce cierta complementariedad entre lo 'interno' y lo 'externo', en consecuencia, se ha tendido a comprender que en la medida que un organismo se encuentre en 'condiciones adecuadas' sería presa de los tóxicos. El organismo en su 'pasividad neuroquímica' obedece a un proceso que es gatillado en última instancia desde un fuera que causaría la drogadicción.

⁽⁵⁸⁾ F. Mora Teruel. op. cit., pág. 18.

La expuesto representa nociones que han dominado los escenarios dispuestos para explicar lo relativo a las toxicomanías. Nos referimos a nociones que de fondo comprenden el fenómeno como el efecto de sustancias que actúan sobre un organismo "... es necesario y suficiente que se produzca un encuentro de ciertas organizaciones neuróticas de la personalidad con una sustancia que engendre la toxicomanía, (de tal manera)... que es la sustancia química la que crea la toxicomanía..."⁽⁵⁹⁾. Se trata de un encuentro que remite a una especie de "virus que provoca la eclosión de una enfermedad cuando encuentra un terreno apropiado"⁽⁶⁰⁾. Esta idea del terreno apropiado es familiar con la comprensión de las perturbaciones psíquicas como un proceso de intoxicación interna del organismo, "... (existiría) una base (para) la concepción bioquímica de las psicosis y ofrece la esperanza, si buscamos los antagonistas de sus acciones, de hallar numerosos remedios para las perturbaciones mentales"⁽⁶¹⁾. L. Lewin, a quien refiere S. Le Poulichet en su obra, sería un precursor de la concepción del origen bioquímico de las psicosis. Esto se fundaría en investigaciones concernientes a drogas cuya lógica supone que la ingesta de un determinado tóxico actúa sobre el organismo gatillando una suerte de posesión respecto del individuo, o sea, por ejemplo "... Un opiómano, está de algún modo poseído por el opio, como si en cierta forma incorporara la personalidad de un tóxico y se convirtiera en su servidor..."⁽⁶²⁾. Vemos desplegarse una forma de pensamiento causalista respecto de

⁽⁵⁹⁾ Silvie Le Poulichet. "Toxicomanías y psicoanálisis: Las Narcosis del deseo". Amorrortu. Buenos Aires. 1990. pág. 23.

⁽⁶⁰⁾ S. Le Poulichet. op. cit., pág. 21.

⁽⁶¹⁾ S. Le Poulichet. op. cit., pág. 71.

⁽⁶²⁾ S. Le Poulichet. op. cit., pág. 29.

las drogas que responde a una operación lógica, "... (el) razonamiento siguiente ha pasado por ser una deducción rigurosa y científica: puesto que ciertas perturbaciones mentales son producidas por las drogas, todas las perturbaciones mentales son ocasionadas por venenos del espíritu".⁽⁶³⁾ Las drogas de esta manera contribuyen a explicar el mecanismo de las psicosis puesto que "... las toxicomanías han proporcionado el modelo moderno y 'científico' de semejante concepción de la locura. ¡Esta última se define entonces como una autointoxicación voluntaria, o como la secreción de los venenos del espíritu!. La psique queda asimilada con ello a un órgano".⁽⁶⁴⁾ Semejante explicación beneficia una concepción mecanicista y lineal de las relaciones entre una sustancia química y una perturbación mental. De este modo, a través del 'modelo que representarían las toxicomanías', es posible comprender tanto la acción de un tóxico externo sobre el organismo, proceso, que de fondo, no se distinguiría de lo que acontece en un órgano-psíquico perturbado en su funcionamiento interno, lo cual mediante deducción entendemos que respondería a una lógica similar. De tal manera, habría dos tipos de afección psíquica, por un lado, las toxicomanías -entendidas como proceso químico-serían un tipo de perturbación mental generada artificialmente a través de autointoxicación, por otro lado, las diversas patologías que representarían una suerte de intoxicación interna del aparato, por ende, calificadas como endógenas, "...¡Se podría pensar entonces que las toxicomanías 'verdaderas' son las locuras!".⁽⁶⁵⁾ Esto

⁽⁶³⁾ S. Le Poulichet. op. cit., pág. 30.

⁽⁶⁴⁾ S. Le Poulichet. op. cit., pág. 30.

⁽⁶⁵⁾ S. Le Poulichet. op. cit., pág. 31.

porque "... la intoxicación interviene en diferentes niveles: en el marco de las psicosis llamadas exógenas, es decir, consecutivas a una intoxicación, pero también respecto de las psicosis llamadas endógenas, en la medida en que es incriminada una sustancia tóxica interna".⁽⁶⁶⁾ La frontera entre lo interno y externo se desliza articulándose un proceso en que, tanto lo uno, como lo otro, se rigen por una misma fórmula; *la química, que genera una situación anómala mediante intoxicación interna y/o externa*. De tal manera, el organismo tal como lo entendía Mora Teruel se rige por procesos químicos de los cuales 'es preciso saber', pues de ese modo se arriba al sustrato originario que engendraría la drogadicción. El modelo entonces es el de la intoxicación del órgano psíquico que da lugar a que la terapia proceda en la misma línea, es decir, "... la terapia misma procede por 'intoxicación' para crear una contra-corriente. Las drogas ejercen entonces cierta fascinación sobre el ambiente médico en la medida en que se les atribuye la posesión de un 'saber' del que es preciso apropiarse".⁽⁶⁷⁾ Este saber corresponde con lo de agente que albergan y que actúa sobre el organismo. Acción ambigua del tóxico que lo ubican como veneno y como remedio y que complica las reflexiones respecto de aquel: "Notemos que a través de las diferentes investigaciones el tóxico ha sabido tomar ora las cualidades de un remedio, ora las de un veneno. Es de alguna manera esta estructura de ambigüedad y de reversibilidad la que infesta todas las reflexiones en materia de psicofarmacología".⁽⁶⁸⁾ Sin embargo, los estudios

⁽⁶⁶⁾ S. Le Poulichet. op. cit., pág. 31.

⁽⁶⁷⁾ S. Le Poulichet. op. cit., pág. 31.

⁽⁶⁸⁾ Jacques Derrida. "La farmacia de Platón". *Tel Quel*. Buenos Aires. 1968. pág. 42.

psicofarmacológicos no han considerado esta doble faz del fármaco, sino que han subrayado la trayectoria mono-direccional del mismo. "... (los estudios) han tenido mucha dificultad en librarse de un enfoque enteramente positivista. Esto sin duda es... más evidente en los estudios sobre toxicomanías que, ... han resucitado más bien un tema maniqueo y ontológico de la medicina según el cual el mal se define como lo que es preciso expulsar del cuerpo poseído. ¡Este tema adquiere la fuerza de una evidencia cuando el mal parece designarse como una auto-intoxicación voluntaria!"⁽⁶⁹⁾. Lo indicado apuntala un modelo que no resuelve la contradicción, pero que, sin embargo, subraya un término para comprender el fenómeno; es el tóxico que consumido abusivamente el que produce la adicción, lo cual empuja la noción terapéutica de expulsión del cuerpo nocivo. "La noción de abuso queda igualmente privilegiada dentro de un pensamiento médico positivista para el cual lo patológico se designa a partir de lo normal como 'hiper' o 'hipo'. Redescubrimos aquí la presencia del tema maniqueo y ontológico aplicado a la figura del tóxico: de ese cuerpo poseído, habrá que extirpar el enemigo."⁽⁷⁰⁾

En suma, al inspeccionar las nociones que intentan determinar cómo aflora el fenómeno adictivo a sustancias, nos encontramos con que predomina un visión que supone básicamente que se encuentra implicado un encuentro entre la química del organismo con la química de un tóxico. Esto se ve reflejado también en la definición de toxicomanía dada por los expertos de la Organización Mundial de la Salud: "Estado físico y a veces también psíquico resultante

⁽⁶⁹⁾ S. Le Poullichet. op. cit., pág. 33.

⁽⁷⁰⁾ S. Le Poullichet. op. cit., pág. 34.

de la interacción entre un organismo viviente y un medicamento..."⁽⁷¹⁾. Esto hace del asunto un problema que se reduce a signos de índole física que la experticia médica ha de interpretar. En definitiva, es posible concluir de acuerdo a lo avanzado que la interpretación dominante tiende a mirar el origen de las dependencias como un fenómeno regido por factores físico-químicos. "Para el discurso médico, la toxicomanía es un problema de drogas; desde este ángulo merece su categoría de enfermedad, pero también se ve atrapada en un mundo de signos, el campo de la semiología médica".⁽⁷²⁾ Sin embargo, qué mueve a que el problema sea enfocado desde esta óptica, es decir, qué considera, qué omite y qué efectos produce es lo que nos queda por señalar.

Respecto de lo anterior nos percatamos que un punto principal que permite explicar la hegemonía de un discurso para explicar en este caso a las toxicomanías, se vincula a que la visión médica se instituye como una mirada que responde a la lógica del método científico. "... el discurso médico impone cierta mirada en el campo al que constituye".⁽⁷³⁾ Vale decir, instauro un discurso sobre la enfermedad, sobre su etiología y etiopatogenia, esto permite constituir en 'hechos' elementos que sin él tendrían un valor sólo contingente, no esencial. "Así, lo que el médico observa es lo que puede inscribirse en determinado campo de saber, con exclusión de cualquier otra cosa. Sin duda la observación es un don, pero un don que se

⁽⁷¹⁾ Eduardo Vera Ocampo. "Droga, Psicoanálisis y Toxicomanía. Las huellas de un encuentro". Paidós. Buenos Aires. 1988. pág. 27.

⁽⁷²⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 25.

⁽⁷³⁾ Michel Foucault. "El nacimiento de la clínica". Siglo XXI. México. 1991. pág. 163.

adquiere al precio de la rigurosa observancia de las leyes que rigen el discurso (en nuestro caso, las leyes de la naturaleza)".⁽⁷⁴⁾

Un ejemplo notable relativo a cómo acontece el establecimiento del discurso médico -lo cual supone privilegiar ciertos hechos dejando a un lado aquello que se opone o no se encuadra-, lo ofrece la historia que el mismo Freud relata en su artículo "Uber coca". El relato al respecto, dicho en breve, es que la coca es una droga que posee una historia cuya data se remonta a la cultura incaica, es decir, "... que tiene una larga prehistoria antes de encontrar su lugar en la historia de la ciencia. En ese pasado pre-científico la coca ya estaba inscrita en un discurso donde quienes la consumían no eran considerados toxicómanos sino protegidos de los dioses...".⁽⁷⁵⁾ La respuesta de los científicos de la época fue de rechazo. El discurso médico, "...fiel a la observancia de las leyes que lo rigen... se niega a reconocer la eficacia farmacológica de la coca, sosteniendo que era puro imaginario...".⁽⁷⁶⁾ En efecto, a la coca no se le reconoce la categoría de droga, "... Lo que se ponía en duda implícitamente era la fiabilidad de las observaciones, es decir, los textos e informes procedentes de los países donde se cultivaba... Dicho de otro modo, 'la observancia rigurosa' de la leyes que rigen el discurso médico".⁽⁷⁷⁾ Lo que impide entonces a la coca ser reconocida como droga no es su eficacia farmacológica, pues de hecho otros investigadores ateniéndose al discurso médico lograron ubicar a la planta

⁽⁷⁴⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 35.

⁽⁷⁵⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 36.

⁽⁷⁶⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 36.

⁽⁷⁷⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 37.

divina en el lenguaje que le otorgaba status de droga, "... entre ellos Gardeke, que extrajo un alcaloide al que denominó erythroxyton: había aislado la cocaína por primera vez...".⁽⁷⁸⁾ Entonces, es posible decir que el asunto en litigio "... era menos una cuestión de droga que de discurso... estaba en juego un problema de traducción. A saber, las dificultades para traducir a la lengua científica...".⁽⁷⁹⁾ De ese modo la metódica de algunos investigadores permitió que "... la coca pasara del discurso religioso al discurso médico, alcanzando así una categoría científica".⁽⁸⁰⁾

Una retrospectiva acerca de la instauración del discurso mencionado nos lleva hacia Pinel quien da origen a la psiquiatría moderna. Este funda una tradición: la de la clínica, como camino conciente y sistemático. Pinel se hace parte de las corrientes de pensamiento que marcaron el siglo XVIII. "Comparte los principios metodológicos que le parecen estar a la base de todo trabajo verdaderamente científico... consideraba que el conocimiento es un proceso cuya base es la observación empírica de los fenómenos que constituyen la realidad. A esos fenómenos, materiales brutos de la percepción, el sabio debe agruparlos y clasificarlos..., evitando introducir en ese trabajo de análisis y síntesis su subjetividad,... cuyo origen Bacon denunció...".⁽⁸¹⁾ Se observa a partir de lo enunciado que el camino empírico se presenta como condición previa necesaria para la investigación. Esto lleva a Pinel a

⁽⁷⁸⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 37.

⁽⁷⁹⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 37.

⁽⁸⁰⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 38.

⁽⁸¹⁾ Paul Bercherie. "Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico". Manantial. Buenos Aires. 1986. pág. 15.

confiar en la observación lo cual es correlativo a una desconfianza en la teoría: "... El hombre puede confiar en sus facultades de observación y de análisis; los fenómenos tal como se le aparecen no son la esencia de la realidad última, pero son suficientemente 'paralelos' a ella como para que pueda fundar en ellos un saber a la vez siempre aproximativo y, sin embargo, valedero".⁽⁸²⁾ Por lo mismo recomienda formarse "... en el espíritu de análisis, pues una observación simplemente empírica sigue siendo intuitiva, no adquiere ningún estatuto en la ciencia... debe adquirir una estructura enunciable: la clínica debe devenir progresivamente, un texto escrito en la 'lengua bien hecha' de Condillac".⁽⁸³⁾ Este planteamiento abre paso a un fundamento empírico y sistemático que se demandará como soporte para un discurso clínico bien encaminado. Lo inicial es lo sensible, que se ordena mediante la observación, esto es, en la formación de un espíritu de análisis. "Pinel abre la exploración sistemática de un campo y el ordenamiento de los fenómenos que lo constituyen. Este camino ha sido el fundamento sobre el cual se constituyó después el saber realmente positivo de la psiquiatría...".⁽⁸⁴⁾ Este camino es el que lleva paulatinamente a una comprensión de la patología mental como una enfermedad que encuentra su asiento en lo orgánico. Pinel es parte fundante de este modo de comprender la alienación mental. Sin embargo, el sentido de lo orgánico en aquel es preciso y concuerda con lo planteado en buena medida con la psiquiatría contemporánea, "... Pinel rechaza las teorías que dan cuenta de la locura

⁽⁸²⁾ P. Bercherie. op. cit., pág. 16.

⁽⁸³⁾ P. Bercherie. op. cit., pág. 16.

⁽⁸⁴⁾ P. Bercherie. op. cit., pág. 16.

por un daño material en el cerebro... el cerebro no está dañado, la mente solamente está alterada en su funcionamiento...".⁽⁸⁵⁾ Pinel allana una ruta que la historia continuará y que hace que, "...la psiquiatría entre a la corta o a la larga en la neurología..."⁽⁸⁶⁾. Esta postura clínica encuentra entonces su cimiento en una realidad última de carácter sensible; lo neurológico. De allí en adelante las pesquisas tienen asegurado un punto de arranque sino un vértice por el cual pasa todo aquello que refiera a lo mental. "Desde su origen en Pinel, la clínica, reposa sobre el postulado de que el cuadro clínico reenvía a una esencia que es su realidad, siendo esta esencia naturalmente concebida como un fenómeno material, y en este caso corporal somática"⁽⁸⁷⁾.

De lo anterior desprendemos dos factores que llevan por su propia lógica a una cierta concepción de la alienación mental que, por cierto, tiene consecuencias en la comprensión de las toxicomanías en la medida que estas caen en el territorio de las enfermedades mentales, por tanto, objetos del discurso médico. Un primer factor dice relación con la epistemología que gobierna el discurso antes dicho: "Pertenece a la naturaleza misma del pensamiento empírico el concebir el orden de los fenómenos como una cáscara opaca que recubre la esencia pura, la realidad última que es la responsable de la primera. Ahí está su idealismo oculto pues ella apunta finalmente a mostrar en la realidad, por un ascetismo de la mirada, el concepto puro que da cuenta de las apariencias".⁽⁸⁸⁾ Este enfoque es el

⁽⁸⁵⁾ P. Bercherie. op. cit., pág. 23.

⁽⁸⁶⁾ P. Bercherie. op. cit., pág. 87.

⁽⁸⁷⁾ P. Bercherie. op. cit., pág. 214.

⁽⁸⁸⁾ P. Bercherie. op. cit., pág. 214.

que mueve a comprender lo mental como un epifenómeno de cierta materialidad. Las inspecciones entonces no consideran otros factores, sino que, "...desde el momento en que los fenómenos psicológicos son observados y recolectados como si se tratara de realidades materiales, substanciales, se tiende naturalmente a otorgarle esa misma materialidad y por lo tanto a hacer de ellos el doble de una realidad más tangible"⁽⁸⁹⁾. Eso más tangible genera una concepción del alienado y orienta la búsqueda médica que encuentra en la solidez del cuerpo el objeto que ha de tratar. "Por eso la clínica, desde el origen, concibe la locura como una enfermedad y al enfermo como el sujeto de un cuerpo enfermo"⁽⁹⁰⁾.

De lo anterior derivamos una serie de factores que permiten explicar por qué y cómo se establece la comprensión de las perturbaciones mentales dentro del territorio del discurso médico-psiquiátrico. Un aspecto refiere a que el montaje epistemológico que pretende asegurar un acceso a lo real a través de una mirada libre de contaminaciones subjetivas constituye el nivel ontológico. Es decir, la posición epistemológica es subsidiaria de la ontología y viceversa. Esto porque se supone un nivel de lo real accesible sólo en tanto se contemplen las reglas de la observación pura, de la 'mirada higiénica' que sugiere el método científico. Este modelo es adoptado por el discurso médico -la psiquiatría- que se ocupa del fenómeno psicológico. Este se entiende como lo aparente de una realidad más substancial, esto es lo orgánico. Tal como lo plantea Mora Teruel, una comprensión que va desde las elaboraciones bioquímicas del

⁽⁸⁹⁾ P. Bercherie. op. cit., pág. 214.

⁽⁹⁰⁾ P. Bercherie. op. cit., pág. 215.

cerebro hacia sus manifestaciones psicológicas. *Este enfoque abre curso -como lo plantea P. Bercherie- para que el planteamiento psiquiátrico se sitúe como un capítulo de la neurología.* Es decir, el entendimiento de las perturbaciones psíquicas como expresión de una disfunción del sistema nervioso. Esta secuencia según S. Le Poulichet es la que entiende tal disfunción como una especie de intoxicación endógena del sistema nervioso, la cual desataría la locura. El modelo médico de la locura ubicado en los terrenos neuro-químicos permite que la psiquiatría sitúe en similares dominios a las toxicomanías, esto es, comprendiéndolas como una especie de auto-intoxicación.

Pensamos que en cierta medida hemos representado, mediante lo dicho, la concepción de lo psíquico como sujeta a una realidad material representada en este caso por el sistema nervioso. De esta manera lo psíquico queda amarrado al devenir funcional de aquel sistema y, de paso, se encuentra un terreno duro, desde el cual producir una lengua científica *-libre de idolas y prejuicios-* que describe el epifenómeno psicológico. De esta manera el punto de cruce entre la locura y las toxicomanías se encuentra en el terreno bio-químico. Lo uno y lo otro se rige por la misma materia. De acuerdo a esto podemos comprender la afirmación de Mora Teruel, quien ubica al toxicómano como a una entidad que se sujeta a los estados neuro-químicos que lo gobiernan, debido a eso busca aquellas drogas que equilibren su estado descompensado. En la medida que lo que explica a estos procesos *-locura y toxicomanía-* corresponde con lo neuro-químico, se hace entendible que aquellas se hayan adjudicado, como campo de investigación y acción, al

terreno de la neurología, de la psiquiatría, de la medicina.

Un territorio de trasposos químico-orgánicos es una región en la cual están involucradas las drogas entendidas para efectos médicos como fármacos. Las drogas y los fármacos, corresponden con el espacio que cubre el discurso médico. De esta manera tratándose las toxicomanías de un asunto químico quedan situadas en el perímetro de aquel discurso. "... en nombre de la droga tiene lugar la supeditación de la toxicomanía... al discurso médico."⁽⁹¹⁾.

Lo señalado hasta aquí se ciñe a una óptica posible porque produce un recorte en la 'realidad' para comprender un objeto que queda inscrito en los márgenes de lo médico. "... el concepto mismo de toxicomanía forjado en el seno del discurso médico es ya de por sí un tipo particular de lectura de la realidad en función de una concepción teórica..."⁽⁹²⁾. En adelante entonces queremos presentar a qué se apela y cómo se producen criterios para circunscribir las toxicomanías al campo discursivo antes señalado.

Congruente con la posición teórica que entiende el fenómeno psíquico como manifestación de una realidad sustancial de carácter neuroquímico, las toxicomanías también se localizaran como sujetas a las reglas que gobiernan lo psíquico. La ingesta de sustancias es un mero efecto de operatorias neuroquímicas las que como sustrato gobiernan el epifenómeno psíquico. De tal modo, "La toxicomanía queda

⁽⁹¹⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 38.

⁽⁹²⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 28.

definida como una dependencia fisiológica duplicada por una dependencia psicológica".⁽⁹³⁾.

Si lo que se sitúa como soporte es lo fisiológico aquello que afecta al consumidor es de la misma índole, o sea, algo químico. Es de esta manera que la comprensión de las toxicomanías se inscribe en el orden médico, esto porque "...la toxicomanía encuentra su fundamento en lo biológico".⁽⁹⁴⁾ Así definido el problema este responde a lo químico y, como tal, es un 'asunto de drogas', dado que estas gatillan el proceso toxicómano. "Es desde luego la sustancia química la que crea la toxicomanía...".⁽⁹⁵⁾ Por ende, "...la toxicomanía es un problema de drogas...".⁽⁹⁶⁾ La instalación del tema en el perímetro biológico acota los márgenes de comprensión al otorgar un status sustantivo a las drogas, lo cual las ubica como causa de la ingesta. Optica mecánica como efecto de la sustancialización. Serán entonces las propiedades intrínsecas del objeto-droga las que desatan el proceso adictivo. "... la droga se concibe esencialmente como un objeto sustancial, que por sus facultades farmacodinámicas tendría el poder de producir un toxicómano".⁽⁹⁷⁾ Se desliza tras de lo dicho una concepción del sujeto y del psiquismo inteligidos como organismo y órgano respectivamente. "... Hay que apuntar que también en este sentido el individuo toxicómano es aprehendido las más de las veces como organismo: todos esos abordajes de tipo sustancialista -es decir que consagran la omnipotencia del farmakon como cuerpo químico- son correlativos de un

⁽⁹³⁾ S. Le Poulichet. op. cit., pág. 21.

⁽⁹⁴⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 27.

⁽⁹⁵⁾ S. Le Poulichet. op. cit., pág. 23.

⁽⁹⁶⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 25.

⁽⁹⁷⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 29.

efecto de desubjetivación".⁽⁹⁸⁾ Una perspectiva como esta - que privilegia los poderes del fármakon- deja fuera una posible dimensión subjetiva del acto de drogarse, "... es lo sustancial del objeto y de sus facultades farmacodinámicas lo que priorizará el discurso médico, en detrimento de la otra vertiente del problema que es el acto de drogarse, en tanto hace referencia a las motivaciones personales e históricas del sujeto que se droga. Aquí el hecho de que haya droga es más importante que el sujeto que se droga".⁽⁹⁹⁾ Pues bien, con lo dicho aparece evidente que la relación que se establece es entre un organismo y una sustancia. Se centra la atención entonces en lo químico-organísmico, lo cual deja en el plano correspondiente a lo biológico lo que acontece, y, entiende como causa, lo que se podría entender como efecto, "... el discurso médico, al apelar a lo biológico, considera como causa (biológica) lo que en realidad no es más que el resultado".⁽¹⁰⁰⁾ De algún modo, al hallar el fundamento en lo biológico se desplaza lo subjetivo. *El sujeto no tiene lugar al entender que el problema tiene su origen y posterior dinámica en la composición química del organismo y de la sustancia tóxica.* "...plantear el problema como referido al ser viviente es borrar la problemática del sujeto, en su relación con el objeto droga. Con esto quiero decir que se evacúa la

⁽⁹⁸⁾ S. Le Poulichet. op. cit., pág. 35.

⁽⁹⁹⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 39.

⁽¹⁰⁰⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 27.

textura peculiar que relaciona al sujeto con la droga".⁽¹⁰¹⁾

5.- Los efectos de la concepción médica en el tratamiento de toxicomanías.

La ubicación de la operatoria de las drogas en el nivel químico en cuanto a la relación de estas respecto de quien las consume trae consigo la disolución del acto subjetivo. "... esta reducción y esta racionalización del trastorno tienden a excluir al sujeto de su acto..."⁽¹⁰²⁾. En consecuencia, una perspectiva como la señalada concibe al sujeto como actor pasivo. Desde una lógica como la apuntada se podría pensar en 'un sujeto' en tanto se entienda como tal a un especie de aparato cuya lógica se ve gobernada por partículas químicas. De esta manera la 'actividad' se sujeta a los lindes que gobiernan al cuerpo a lo cual se reduciría toda explicación para lo que metafóricamente se podría definir como el acto de un sujeto-organismo. Tal como se conceptúa la toxicomanía se deduce que es el objeto-droga lo que se ubica como preeminente para efectos de aprehender los márgenes en que el fenómeno acontece. "... la definición de la farmacodependencia culmina en la desposesión del acto por el sujeto en beneficio del objeto de la acción..."⁽¹⁰³⁾. Un efecto principal entonces es la disolución del sujeto, esto en la medida que el discurso médico localiza en las sustancias que se ingieren el punto de origen y la vía regia que explica el problema "... que el objeto droga se haya convertido en la ruta principal hacia la comprensión de la toxicomanía pertenece a un orden

⁽¹⁰¹⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 27.

⁽¹⁰²⁾ S. Le Poulichet. op. cit., pág. 22.

⁽¹⁰³⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 32.

muy diferente, al orden médico".⁽¹⁰⁴⁾

La concepción biológica de las toxicomanías revela que, a quienes socialmente se les ha encargado la definición del problema, no perciben que precisamente aquella reducción a la cual se constriñe la dinámica del fenómeno facilita que el paciente afectado cimente su problemática en una especie de lugar foráneo e inaccesible, o, al menos, no sujeto a su propio gobierno. Que el fenómeno suceda en los dominios de lo orgánico refuerza la problemática -esto supone cierta externalidad e impropiedad-, precisamente de aquello es de lo que padece el individuo. "Lo que el médico no puede captar cuando reduce la toxicomanía a sus fundamentos biológicos es precisamente que de lo que está enfermo el toxicómano es de 'biologizar' el vínculo que lo une con su objeto".⁽¹⁰⁵⁾ Si la mirada se concentra en las propiedades fármaco-dinámicas del objeto, se visualiza un lugar compartido por pacientes y tratantes. Se produce de este modo una praxis complementaria en la medida que ambos coinciden en concebir de manera organicista la operatoria psíquica, consagrando la óptica que sitúa como realidad última a la química, "... ¿No evolucionan el 'toxicómano' y su terapeuta en el seno de una relación en espejo, desde el momento en que uno y otro fijan a su manera la 'psique' en ciertas sustancias?".⁽¹⁰⁶⁾ Por un lado, en cuanto a la composición del cerebro que demanda sustancias, y por otro, la existencia de sustancias que, dadas sus propiedades de 'contenido similar', al del sujeto organismo, transfieren su potencia generando la afección correspondiente. De tal

⁽¹⁰⁴⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 25.

⁽¹⁰⁵⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 27.

⁽¹⁰⁶⁾ S. Le Poulichet. op. cit., pág. 36.

manera, paciente y tratante comparten posiciones al ubicar a la psiquis como punto de cruce entre sustancias externas e internas. En suma, *relación especular entre el afectado y quien se encarga de la terapia* "... esta relación en espejo se establece más especiosamente entre toxicómanos y médicos cuando unos y otros organizan sus saberes en torno de la figura del tóxico".⁽¹⁰⁷⁾. No puede resultar extraño en la medida que se comparte una fé común que el paciente entonces demande drogas al médico. Lo planteado entrega un perfil de "...la compleja y complementaria relación que por intermedio de la droga se establece entre el médico y el toxicómano, cuando aquel que supone servirse de drogas-medicamentos para combatir el dolor y curar se ve interpelado por un enfermo que pide drogas para mantener su enfermedad".⁽¹⁰⁸⁾. De manera contradictoria se puede decir que un paciente pida drogas para sostener un malestar, lo que ocurre es que la ambigüedad del fármakon lleva a aquel a ver en las sustancias tóxicas, ya sean considerados medicamentos o drogas, objetos que de modo exclusivo le causan placer. Visión correlativa a un biologicismo que reduce su existencia a meros traspasos químicos, de esta manera un sujeto que se concibe objeto, dominado por una lógica que lo sitúa previo al lenguaje. "El sujeto que habla efectivamente no está regido por ningún tipo de continuidad con la naturaleza. Dicho de otro modo, el sujeto no está regido por los instintos en un proceso madurativo de adaptación al medio"⁽¹⁰⁹⁾. Sin embargo, la experiencia que trae a la vista el toxicómano parece

⁽¹⁰⁷⁾ S. Le Poulichet. op. cit., pág. 36.

⁽¹⁰⁸⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 22.

⁽¹⁰⁹⁾ Francisco Pereña. "Formación discursiva, semántica y psicoanálisis" en J.M Delgado, "Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales". Editorial Síntesis Psicología. Madrid. 1986. pág. 465.

contradecir el aserto que ubica al ser humano a distancia del animal, el cual sí responde a la necesidad puramente biológica buscando objetos de manera instintiva y exclusiva. "... en el mundo animal existe una acción específica, un modo de llamar o aludir a la pregnancy biológica. Cuando un animal siente hambre busca directamente el objeto de su satisfacción. En el ser humano este fenómeno pasa por el proceso de la asistencia ajena, lo cual coloca al humano en un estado de indefensión radical ante el mundo... y el mundo (para este) es un ordenamiento por la palabra... el sujeto está atravesado por los discursos...".⁽¹¹⁰⁾ Más allá de lo indicado el toxicómano se expresa como no mediado por esta marca fundante al ir tras de un objeto como guiado por una acción específica e ineludible. "La biologización a la que el toxicómano reduce su placer (viene a ser) un contrasentido con respecto a la teoría de la pulsión, para la cual el objeto no es, justamente, ni exclusivo ni preordenado con respecto a la satisfacción...".⁽¹¹¹⁾ La especificidad del objeto de placer a la que se ciñe el paciente del que hemos hablado parece relacionarse con ese saber común que comparte con el médico. Modo de consagrar una posición comprensiva del mundo reducida a lo físico-químico.

Saber acerca del espacio en que acontece el problema, vale decir, un órgano psíquico intoxicado abre la ruta que orienta básicamente hacia dos ideas: Uno, que el objeto nocivo puede ser expulsado "... para este discurso, la enfermedad es lo que puede desprenderse, esa excrecencia de

⁽¹¹⁰⁾ F. Pereña op. cit., pág. 466.

⁽¹¹¹⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 22.

mal que hay que eliminar...".⁽¹¹²⁾. Y también, que esto se puede curar mediante medicamentos, pues el órgano de la psique "... podría recibir una medicación...".⁽¹¹³⁾. De lo anterior se desprende que el individuo afectado por sustancias desplaza hacia el objeto-droga toda posibilidad tanto de placer como de atenuación de displacer. Esto como revelación de un deslizamiento que expresa los márgenes que circunscriben la problemática del toxicómano. "Es la lógica de lo necesario, de lo obligatorio, donde la transgresión de la ley se borra para el sujeto..."⁽¹¹⁴⁾. La lógica que le domina es aquella que indica 'no poder obrar de otro modo'. Amarrado a la legalidad del objeto-necesario parece desaparecer el sujeto y, de paso, algo tan relevante como la imposibilidad de aceptar la falta de placer de un modo tal que el objeto de placer se instala como objeto necesario. *Irresponsable entonces en la medida que no puede desobedecer los quicios del registro necesario que le sujeta. Sujeto sin carencia, o más bien, que no puede afrontar la condición que rige la existencia en tanto ser humano atravesado por el discurso. "Así es como el objeto droga se convierte... en la fuente exclusiva del placer, es decir, lo que no puede faltar sin confrontar al sujeto con lo absoluto de la carencia"*.⁽¹¹⁵⁾

Si el objeto-droga es lo central para que se suscite una toxicomanía entonces se sigue el requerimiento de una especie de extracción del objeto nocivo. Coherente con esto, en tanto lo anterior revela un sujeto en suspenso o, más aún, diluido por la obediencia a los parámetros

⁽¹¹²⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 25.

⁽¹¹³⁾ S. Le Poulichet. op. cit., pág. 38.

⁽¹¹⁴⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 28.

⁽¹¹⁵⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 28.

neuroquímicos que lo dominan, se sigue la petición de internamiento. "... los toxicómanos... suelen recurrir a los terapeutas para reclamar dos tipos de intervenciones: el encierro o una forma de extracción"⁽¹¹⁶⁾. La demanda de los pacientes revela la profundidad con que ha calado la noción de sustancia tóxica como factor central alrededor del cual se comprende y se organizan dispositivos para tratar las toxicomanías. "... la noción de tóxico, no deja de tener consecuencias sobre las modalidades de la atención de pacientes toxicómanos."⁽¹¹⁷⁾. *Se hace de la toxicomanía un asunto de drogas, se evacúa con esto la dimensión subjetiva, y, como consecuencia, una articulación clínico-institucional correspondiente* "... la consecuencia inexorable es un tipo particular de clínica como corolario de esas premisas"⁽¹¹⁸⁾. En la medida que el nudo explicativo de las toxicomanías centra la atención en el ingreso y expulsión de sustancias la demanda terapéutica atiende al margen dispuesto y la respuesta médica se concentra, en algún caso, en arrancar el objeto dañino al afectado, o, sustituyendo el objeto, de manera que los déficits se compensen. "Según este modelo, es entonces bajo la forma de prótesis o de eliminación como se abordan las más de las veces una 'terapia' de toxicómano".⁽¹¹⁹⁾. Parece evidente que a través de lo planteado se observe la tendencia a otorgar al objeto droga un status que termina desplazando la posibilidad de comprender en las toxicomanías un acto sostenido por un sujeto.

⁽¹¹⁶⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág 28.

⁽¹¹⁷⁾ S. Le Poulichet. op. cit., pág. 28.

⁽¹¹⁸⁾ S. Le Poulichet. op. cit., pág. 34.

⁽¹¹⁹⁾ S. Le Poulichet. op. cit., pág. 36.

6.- *Hacia el sujeto: 'Acerca de una operación de encubrimiento'.*

Resulta central para orientar una óptica que contribuya a la comprensión de aquello que favorece la ligazón al objeto-droga del toxicómano no perder de vista el status que se le confiere a aquel objeto. Recordemos que lo ubica como objeto de placer no contingente sino necesario "... la condición necesaria de su placer es que el objeto de placer ocupe su lugar entre los objetos de necesidad..."⁽¹²⁰⁾. Esta aserción adquiere sentido en tanto se trata de un juicio que socialmente tiene sustento. Tanto el toxicómano, el saber médico y la sociedad acusan origen de bienestar y malestar en dicho objeto. "Para el toxicómano, la droga es la causa de bienestar; para el médico, y para la sociedad en general, esa misma droga es la causa del malestar del toxicómano"⁽¹²¹⁾. *Desposesión de un acto subjetivo en favor de un reino de actos biológicos.* Esto contribuye a un efecto de réplica, que en lugar de potenciar una demanda gatilla una queja. *Los pacientes prolongan haciendo propia la queja social que categoriza a la droga como el problema y al drogadicto como el efecto de esa entidad maligna.* De esta manera solicitan reconocimiento mediante la pertenencia a dicha categoría. En calidad de objetos esperan la atención social correspondiente. Esto se traduce en decisiones sanitarias y jurídicas que las diversas culturas adoptan con el fin de remediar el flagelo. Tal situación confiere un status doble a estos pacientes; son enfermos y a la vez delincuentes. Más allá de las reflexiones a que aquello invita, nos importa no perder de vista cómo es que la figura del tóxico como objeto maligno

⁽¹²⁰⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 46.

suscita una óptica y una praxis de la desintoxicación. Todo lo dicho apoya la figura del flagelo y de víctimas a la cual se aferran y alimentan los propios toxicómanos. Ciertamente 'aprendizaje en espejo' se ha operado por parte de aquellos produciéndose una suerte de comunicación con el concepto que los define del cual se nutren y no dejan de sacar pequeñas ventajas. El saber generado respecto de las drogas comunica a investigadores y toxicómanos, "... tanto unos como otros trabajan en una tentativa de anulación de la subjetividad en su relación con el lenguaje, para consagrar la omnipotencia de la sustancia"⁽¹²²⁾.

Congruentes con el status que se otorga a la sustancia las diversas formas terapéuticas comparten el modelo llamado de *abstinencia*. Técnica oficial cuyo fin es mantener a distancia el objeto nocivo, bajo el supuesto que este actúa como obstáculo para el tratamiento por el placer que conlleva. *Lo paradójico de la regla consiste en que tal ausencia precisamente incita la presencia del objeto*. Es decir, la frustración del objeto refuerza la relación imaginaria con aquel como fuente exclusiva de placer. Derivadamente esto confirma la omnipotencia de la sustancia, entendida como causa de la toxicomanía aquejante.

Percibimos que dicho centramiento en la sustancia tiende a seducir a las técnicas terapéuticas que se movilizan tras la extracción y/o alejamiento del objeto-cause. Sin embargo, las técnicas del exilio del objeto, lejos de extinguir el deseo respecto de aquel, lo suscitan. Sin

⁽¹²¹⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 48.

⁽¹²²⁾ S. Le Poulichet. op. cit., pág. 47

embargo, tampoco su presencia hace declinar la demanda. Ni presencia ni ausencia borran una demanda que se ancla como hemos dicho en una fuente exclusiva de goce que no admite alternativas sustitutas. Indicio al parecer de que el toxicómano no resigna la posibilidad de un goce pleno. *Búsqueda incesante que designa la posibilidad de un encuentro último y acabado con ciertos objetos cuyos rasgos parecieran corresponder de manera necesaria con lo que se requiere para ya no demandar más.* El toxicómano se estaciona e ilusiona un cierre. La respuesta dominante frente a esto ha sido de orden sustancialista, ubicar al objeto como causa. Sin embargo, para cierto pensamiento no deja de llamar la atención una demanda persistente que no deja de fracasar lo que incita a preguntarse por lo que no responde un sustancialismo monocausalista. Es esto lo que nos mueve hacia el otro lado del objeto, es decir, preguntarse por aquello que mueve hacia un objeto que frustra. Qué se busca en aquello que no acaba de encontrarse cuyo carácter precisamente pareciera mantener la esperanza. Qué se oculta tras de dicha esperanza que vana pero fértil en tanto no deja de mostrarse como posible.

Respecto de aquello que gobierna las toxicomanías se encuentran en la obra de Freud sólo reflexiones aisladas que, pese a la brevedad y laxitud, permiten orientar un entendimiento de la problemática. Tales apreciaciones bosquejan puertas de entrada para una comprensión que queda sujeta a derivaciones posteriores. De esta manera una de las primeras alusiones ubica a la masturbación como el modelo que constituye y permite explicar la toxicomanía.

"He llegado a creer, que la masturbación era la única gran costumbre, la necesidad primitiva, y que los demás apetitos, como la necesidad de alcohol, de morfina, de tabaco, no son más que sus sustitutos, productos de reemplazo"⁽¹²³⁾. Habría de este modo un nexo entre la toxicomanía y la sexualidad resorte inicial de la emergencia del sujeto. De acuerdo a Laplanche la sexualidad se hace presente como pulsión detectable, sólo cuando la función vital primaria (vínculos del orden de la necesidad con la madre) se desprende de su objeto natural, o, dicho de otro modo, lo pierde. Vale decir, la sexualidad emerge a instancias de un repliegue sobre sí, situación en que el objeto se sustituye por un fantasma. "En cuanto a la sexualidad, el momento constitutivo es el reflejo, momento de repliegue sobre sí, autoerotismo, momento en que el objeto ha sido sustituido por un fantasma, por un objeto que se refleja en el sujeto"⁽¹²⁴⁾. La masturbación infantil se asocia entonces al surgimiento efectivo de la sexualidad, por tanto, aquella no es meramente manipulación del órgano, sino tiempo inaugural, que constituye al objeto como objeto perdido. Lo central de la masturbación infantil entonces es que guarda relación con la emergencia del fantasma propiamente dicho. Se puede en estas circunstancias dimensionar el vínculo que se establece entre masturbación, emergencia de la sexualidad y toxicomanía. Freud localiza la problemática del toxicómano en la etapa "... más abstracta que susceptible de ser situada en el tiempo del despegue pulsional, con el correlato tan ineluctable como irreversible que es la

⁽¹²³⁾ S. Freud. "Cartas a Fliess, 22 de Diciembre de 1897". O.C. vol. XXII. Amorrortu. Buenos Aires, 1994. pág. 56.

⁽¹²⁴⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 102.

carencia de objeto como condición de emergencia del fantasma. Es el tiempo del autoerotismo, cuya expresión es la masturbación".⁽¹²⁵⁾

No obstante, no deja de parecer extraño que el objeto droga opere como sustituto de una actividad autoerótica, lo cual precisamente supone ausencia de un objeto exterior. Freud orienta esto señalando que en la primera etapa de la sexualidad, la excitación sexual se produce como un efecto marginal de la satisfacción de la necesidad. La pulsión en sus orígenes, tiene su objeto fuera del propio cuerpo, en el seno de la madre. Por ende, en un comienzo hay objeto externo, sólo después este objeto se pierde. "Este objeto fue ulteriormente perdido, tal vez precisamente en el momento en que el niño se había vuelto capaz de formar una representación de conjunto de la persona a la que pertenecía el órgano que le suministraba la satisfacción. Como norma general, la pulsión se vuelve autoerótica..."⁽¹²⁶⁾. El objeto se pierde cuando la madre aparece como deseante para el sujeto en ciernes. "La madre, se vuelve entonces poderosa, y por consiguiente real; ya que de ella dependerá para el niño... el acceso a los objetos que hasta entonces eran meramente objetos de satisfacción; de parte de ese poder se convertirán en objetos de don, y en tanto tales... susceptibles de entrar en una connotación presencia-ausencia que depende siempre de ese objeto real, de ese poder que es el poder maternal".⁽¹²⁷⁾. La emergencia de la madre como deseante -que

⁽¹²⁵⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 103.

⁽¹²⁶⁾ S. Freud. "Tres Ensayos sobre la sexualidad infantil" O.C. vol. X. Amorrortu. Buenos Aires, 1994. pág. 31.

⁽¹²⁷⁾ J. Lacan. "Seminario sobre la relación de objeto" Paidós. Buenos Aires. 1990. pág. 61.

implica el momento de ruptura del vínculo del sujeto con los objetos como nexo de pura necesidad-, la ubica como entidad que posibilita el acceso a los objetos hasta entonces sólo objetos de satisfacción, posteriormente objetos de don. La madre como sujeto deseante aparece entonces como condición para que el objeto original de satisfacción se torne objeto presente o ausente ceñido al poder de don de la madre. Se sigue de esto que el autoerotismo es una etapa segunda, pues es indicio del momento de la constitución del objeto, entendido en sentido analítico, o sea como objeto perdido. *Esto es lo que fundamenta el aserto analítico relativo al reencuentro del objeto como ilusorio, es decir, imposible porque supondría retornar a un tipo de relación primaria con los objetos, como objetos de pura necesidad.* "Si el reencuentro del objeto es sólo una ilusión, se debe a la imposibilidad de reencontrar esta relación inicial con un objeto de necesidad perdido y ya derivado, metonimizado."⁽¹²⁸⁾ Si retomamos el tipo de relación que establece el toxicómano con la droga pareciera indicar cierta necesidad vital con aquel objeto, como que si hubiese hallado el objeto de satisfacción al que hacíamos reciente alusión, un objeto de necesidad, que no podría faltarle en el plano vital. "Al hacerlo expresa la negación de la pérdida, remitiéndose a una negación precoz y fundamental, la negación de la carencia de objeto".⁽¹²⁹⁾ Dicho de otro modo, reemplazaría de modo regresivo al objeto de la pulsión sexual -que como decíamos deriva del objeto de necesidad-, por el objeto de necesidad. ***Con arreglo a esta modalidad de vínculo, el***

⁽¹²⁸⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 105.

⁽¹²⁹⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 105.

objeto para el toxicómano no está irreversiblemente perdido. La falta que suele denunciar el toxicómano refiriéndose al objeto-droga, revela que el objeto no se perdió por eso le falta. A través de este recurso niega entonces la esencia de la pulsión, es decir, que ningún objeto pueda satisfacerla de modo necesario y excluyente. Mediante un montaje de falta biológica niega la carencia. "Pero esta negación de la carencia la paga con lo insoportable que es la carencia de la carencia".⁽¹³⁰⁾ Que las toxicomanías sean reemplazo de una actividad autoerótica se comprende en tanto sustitución del objeto perdido, pérdida que se salvaguarda bajo el manto de la negativa que lo hace aparecer como necesario.

La paradoja del objeto necesario que pese a su presencia no termina de satisfacer, encierra al toxicómano en una aporía; por un lado, un duelo imposible de realizar porque el objeto no se ha perdido, no obstante, el objeto que encuentra y que señala como necesario tampoco satisface. "Entonces no puede actuar sino un reencuentro fallido con un objeto que está allí y que no solamente no sirve, sino cuya presencia misma hace que todo duelo sea imposible, y el placer, inaccesible".⁽¹³¹⁾ El toxicómano pretende lo que no deja de fracasar porque imposible, esto es, mutar el objeto de placer en objeto de necesidad. Sin embargo, pese a lo imposible aquel se comporta dentro de la lógica de lo necesario. *Se trata en cierto modo de un sujeto ceñido a ley en la medida que no puede obrar de otra manera. Opera en el terreno de lo obligado, de la no transgresión a la*

⁽¹³⁰⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 105.

⁽¹³¹⁾ E: Vera Ocampo. op. cit., pág. 106.

ley.

La relación que establece el toxicómano con el objeto-droga lo ubica como un sujeto descentrado de lo sexual mediante la apelación a cierta necesidad biológica del objeto (sujeto no carente, pues tiene, o al menos aspira, a alcanzar lo que necesita para el placer). *Tal simulación anclada en lo biológico pretende eximirse de la carencia que supone el amor, tal como lo señala Lacan: 'Amar es dar lo que uno no tiene'*. Precisamente la negativa de incompletud del toxicómano subrepticamente pretende la exención de vínculos que supongan carencia.

Lo señalado hasta aquí intenta entre otras cosas dirigir la atención respecto a considerar la toxicomanía no solo en cuanto al consumo de drogas, sino en referencia al peculiar vínculo que se articula entre quien consume y la droga. Lo que caracteriza el nexo señalado se ciñe, por un lado, a la necesidad de la droga (no puede vivir sin drogas) y, derivadamente, a la exclusividad de la droga como objeto insuperable de placer respecto de otros. Sin embargo, *nótese que la exclusividad de objeto de placer viene a representar una suerte de montaje que permite ocultar el rasgo de fondo, esto es, la exclusión, el cual opera como fondo en las relaciones que puede establecer el toxicómano.* Es decir, el tipo de vínculo que aquel establece con la droga, expresa, en la medida que oculta, la aspiración de no depender de un otro para el goce. "... la relación de exclusividad del toxicómano con la droga es indisociable de su intento de rechazar, de excluir a todo posible compañero de placer, aspirando así a un ideal narcisista de autonomía

en el goce".⁽¹³²⁾.

Bien se comprende entonces que el sentido común tenga un acercamiento al toxicómano entendiéndolo como un dependiente de drogas, como una entidad amarrada a un objeto, sin reparar lo que aquello omite, esto es, cierta pretensión de independencia respecto de un otro. *El toxicómano oscila entre la dependencia y la independencia. Lo primero encubre lo segundo.* Dualidad que repone una problemática ya acontecida, aquella de la constitución subjetiva que como sabemos tiene su punto de arranque en la emergencia de la sexualidad que se presentifica de modo autoerótico. Un tiempo de encrucijada en que lo puesto en juego es precisamente el par dependencia/independencia. Instancia crítica que se sostiene en la medida que lo que significa este momento es la negativa a desligarse del amparo que ha representado la madre. Negativa que se manifiesta mediante el recurso a lo autoerótico. Expresión de independencia respecto del goce, que en rigor no es más que un montaje que oculta el temor a dejar de depender. El autoerotismo representaría el modo de defenderse en un periodo en que se ha puesto en juego el tránsito hacia la constitución subjetiva. Situación originaria del siquismo indicativa del temor que ejerce lo exterior -lo otro- como fuente de dolor. "Para este aparato primitivo, la contraparte de la vivencia primaria de satisfacción no es otra que la vivencia de terror frente a algo exterior".⁽¹³³⁾. Esta eventualidad histórico-estructural del psiquismo

⁽¹³²⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 112.

⁽¹³³⁾ S. Freud. "La Interpretación de los sueños" O.C. vol. IX. Amorrortu. Buenos Aires, 1994. pág. 141.

termina con la asunción del Otro* como condición y posibilidad para la instauración de la subjetividad. En este sentido la relación especular e interdependiente con el Otro es constituyente de la subjetividad. Se descubre entonces que la relación necesaria que establece el toxicómano con la droga representaría una forma 'regresiva' de satisfacción autoerótica. Con esto localiza la posibilidad de conquistar placer de manera autónoma. Modo de fugarse de los peligros mediante una cancelación tóxica que evita el encuentro que supone lo externo -lo Otro-. "El más brutal pero también el más eficaz de los métodos destinados a ejercer una influencia corporal semejante es el método químico, la intoxicación... la presencia de ciertas sustancias ajenas al cuerpo nos procura sensaciones agradables inmediatas... No se le debe solamente un goce inmediato, sino también un grado de independencia respecto del mundo exterior ardientemente deseada. Sabemos que con el quitapenas, es posible sustraerse a la carga de la realidad y refugiarse en un mundo propio..."⁽¹³⁴⁾. Mediante el tóxico es posible el repliegue narcisista correlato del deseo de autonomía que, "... está en el origen del fantasma narcisista de autoengendramiento, como liberación de la subordinación original (y en reacción defensiva contra ella) o bien como relación fusional que debe asegurar la permanencia del sistema protector".⁽¹³⁵⁾

Por tanto, la práctica toxicomaniaca lejos de aparecer como un acto autodestructivo, se presenta como un acto conservador, en tanto protector, dado el repliegue sobre sí

* Se ocupa el concepto en el contexto Lacaniano, que refiere de acuerdo a contextos a lo 'externo', al Padre Simbólico, a lo cultural, etc.

⁽¹³⁴⁾ S. Freud. "EL Malestar en la Cultura". pág. 22.

⁽¹³⁵⁾ Gilles Rossolato. "El Narcisismo". Gallimard. Paris. 1976. pág. 36.

que pretende. "... los discursos sobre la toxicomanía presentan a esta como una autodestrucción, vemos surgir la perspectiva de una operación esencialmente conservadora que protege a una forma de narcisismo".⁽¹³⁶⁾ En definitiva, las drogas operan como dispositivo de goce inmediato que se monta en función de proteger el narcisismo. Recurrir al objeto-droga dadas las características ya señaladas genera la impresión de que tal acto correspondería con lo que el sentido común y las ciencias han nominado dependencia a drogas. Sin embargo, el análisis de cómo se configura el vínculo el objeto-droga, **develaría que no es más que un remedo de invocación a algo otro, simulación que oculta el deseo de autonomía**. Esto permite cierto retorno ilusorio a momentos previos a la separación, "...encontrándose así al abrigo de todo obstáculo que pudiera introducir la realidad o el deseo del Otro".⁽¹³⁷⁾ Lo que se busca es retornar a un tiempo en que rigió lo indiferenciado mediante un acto autoerótico. Autoerotismo que revela el deseo de suprimir las diferencias que supone constituirse como sujeto y emerger a la sexualidad, en tanto aquello supone situarse en interdependencia con lo otro. El acto de drogarse pretende entonces evitar intercambios con un otro mediante una operación de autosuficiencia de goce. Una suerte de orgasmo consigo mismo que descubre la bisexualidad que late en aquella operación narcisista. Acto que más que bisexual revela desexualización en tanto supone transformar libido de objeto en libido narcisista. Mecanismo mediante el cual se expresa la negativa a reconocer la pérdida del objeto. Por lo mismo es que hemos dicho que el problema del toxicómano se relaciona con "... ese tiempo anterior a la

⁽¹³⁶⁾ S. Le Poulichet. op. cit., pág. 69.

identidad sexual, el tiempo en que se constituyó la identidad subjetiva, la alteridad."⁽¹³⁸⁾. Como hemos referido momento de crisis para el niño pues remite a la pérdida de su identidad primaria establecida sobre la base de la identificación primaria con la madre. Superar en el sentido de integrar esta doble pérdida supone que de manera necesaria se estructure una identidad psíquica y más tarde una identidad sexual. "Pero ese trabajo de elaboración del duelo requiere que el niño pueda operar de modo satisfactorio ese acto creador que es el mantenimiento del objeto que falta en el interior de sí".⁽¹³⁹⁾. En la medida que esto no sea posible, o se dificulte "... el sujeto se verá librado a la tendencia, presente en todo individuo, de volver a la no diferenciación mediante mecanismos de identificación".⁽¹⁴⁰⁾.

La pretensión de retorno a instancias previas a la separación estaría en el centro de la operación toxicomaniaca y es aquello que sostiene el nexo del toxicómano con la droga. Como correlato de esto adviene la identificación, mecanismo a través del cual se apropia del otro, de manera tal que no aceptar la renuncia al objeto que como sabemos supone interdepender, es decir, precisamente aquello que requiere evitar.

La negativa a la renuncia remite entonces al tiempo de constitución subjetiva que, como se sabe, surge como efecto de una ruptura. *Corte que se produce al interior de un proceso que supone una alienación imaginaria que se*

⁽¹³⁷⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 114.

⁽¹³⁸⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 115.

⁽¹³⁹⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 115.

caracteriza por una especie de expulsión del ser, desde uno mismo, para que quede preso de su propia imagen en el espejo o en el otro. "Desde el momento en que un 'yo' [Je] se esboza, queda sometido a los caracteres de exterioridad y de simetría invertida de la imagen".⁽¹⁴¹⁾ De este modo el propio cuerpo se aprehende externo a sí mismo y de manera invertida. Por lo mismo la identificación con la imagen de sí mismo arranca desde cierta desposesión. A esto refiere la alienación simbólica constituyente del yo, que implicará quedar sujeto de los significantes que retornan de modo especular, es decir, "... es su propio mensaje lo que el sujeto recibirá del Otro bajo una forma invertida".⁽¹⁴²⁾

De acuerdo a lo dicho se nos revela que también la operación del farmakon lo que pretende es aún disponer del cuerpo mediante una suerte de omisión/anulación de aquel proceso que supuso la configuración de aquel a través del espejo. Se pretende con esto destituir la subjetivación, lo que posibilitaría tener a la mano el cuerpo de modo que proporcionarle sin mediaciones sus goces. Esto posible porque el cuerpo no se habría perdido, o sea, no habría sido atravesado por la mediación significativa del otro. Pretender alcanzar el goce eludiendo el desvío hacia aquel que supone el significante es la ilusión de autonomía que "... se entiende aquí sobre todo como la ilusión de la condición de un yo que no estaría sujeto a una cadena temporal de las representaciones"⁽¹⁴³⁾.

⁽¹⁴⁰⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 115.

⁽¹⁴¹⁾ Jacques Lacan. "El estadio del espejo como formador de la función del yo". Escritos. Paidós. Barcelona. 1991. pág. 93.

⁽¹⁴²⁾ J. Lacan. "El estadios del espejo como formador...". pág. 97.

⁽¹⁴³⁾ Enrique Perrella. "Droga, memoria, psicosis". Payot. París. 1977. pág.

Empero, distanciarse de un otro cualquiera para el goce no es privativo de las toxicomanías, éstas tienen su analogía en el acto suicida. Apartamiento del otro, de su demanda, parece ser lo que mueve al suicida. Fórmula radical de ruptura. Porque indispuesto a conciliar deseos, se borra como sujeto de la cadena significativa, generando paradójicamente precisamente el efecto contrario, pues deja tras de sí una huella indeleble. Con su apartamiento impugna al Otro y a su goce. Cuestiona al Otro porque insuficiente, lo tacha sin piedad porque aquel no puede cerrar las grietas que indican la carencia. Cierra la puerta al Otro impidiendo todo diálogo. *Podría decirse que el suicida mata al Otro matándose a sí mismo.* "Él no dice, sino que arroja su cadáver como palabra. Su tácita proposición: Aquí tienes mis restos es una determinación que lejos de brindar al Otro ese objeto que es el cuerpo como desecho, lo marca a ese Otro inscribiendo en él la cicatriz de su inconsistencia".⁽¹⁴⁴⁾ Al borrarse a sí mismo es al Otro a quien tarja. Niega con su acto la Ley del intercambio y el concilio que ciñe a todo existente humano.

Podríamos decir que las tóxicomanías se sitúan en un mismo orden de respuesta a lo que el Otro demanda. La operación narcisista que niega la alienación constitutiva del sujeto es su signo definitorio. Separarse, replegarse para no caer en el espacio de las interlocuciones. Sólo que la soberbia anterior deviene acá humildad, el cierre de puertas altanero del suicida ahora es un nimio escurrirse. "Una diferencia salta al primer plano: es que no hay muerto sino un darse por muerto que no reivindica con orgulloso desdén

112.

⁽¹⁴⁴⁾ Nestor Braunstein. "Goce". Siglo XXI. México. 1990.. pág. 199.

al cuerpo sino que lo degrada y lo muestra en la miseria de sus servidumbres"⁽¹⁴⁵⁾. No obstante, ese darse por muerto, es la vía directa al goce que sin altanería ocupa el toxicómano. Manera peculiar de contravenir la renuncia al goce que el Otro demanda. El placer que se demanda no acepta la diferición ni el reemplazo del objeto. Esto distingue al objeto de la pulsión del objeto de la toxicomanía. El objeto que falta al toxicómano no es aquel innombrable e irrecuperable sino un objeto que se transa en el mercado. De este modo la droga encubre el deseo inconciente que queda más nublado tras el objeto de la demanda. Se ubica como objeto necesario, es decir, es el goce químico o la nada, por lo mismo no es un objeto sexual sustitutivo, más bien sustituye a la sexualidad, pues expresa un modo de repliegue respecto de las constricciones relacionales que impone el Otro. "Es así que la droga se emparenta con el autoerotismo de la prohibición originaria: el sujeto se administra a sí mismo una sustancia que lo conecta directamente con un goce que no tiene que pasar por el filtro o el forzamiento del cuerpo del otro; se consigue de tal modo el relevo de la sexualidad"⁽¹⁴⁶⁾. Braunstein recuerda que en las Jornadas de Abril de 1975, Lacan, formulaba que *la dificultad para nosotros, hablantes es la de sacar de la castración un goce*, es decir, permitir que la castración y el deseo nos liberen de la angustia conduciéndonos hacia la investidura del cuerpo del Otro que simboliza la falta en el nuestro. *Esto es, admitir la falta y desde allí aflorar un goce*. De no acontecer, las drogas emergen como objeto privilegiado para cubrir el espacio que deja la inaceptación de la falta. La droga "... es la

⁽¹⁴⁵⁾ N. Braunstein. op. cit., pág. 199.

⁽¹⁴⁶⁾ N. Braunstein. op. cit., pág. 200.

promesa de un paraíso donde el Otro es sustituido por un objeto sin deseos ni caprichos, un objeto que deja el único problema de procurárselo a modo de mercancía y que no traiciona".⁽¹⁴⁷⁾. Huida de la demanda, del deseo del Otro que pretende determinar los quicios posibles de goce. Otro que demanda ubicaciones, lugares sociales definidos, el Otro que exige hacerse responsable. "Hay el Otro. ¡Ay, el Otro! Ese Otro que demanda que se desee su deseo, que el sujeto se inscriba en el deseo bajo las insignias del trabajo, de la paternidad... el Otro que impone su Ley y hace al sujeto responsable de su posición de sujeto. El Otro que pide que se de cuentas del paso por el mundo".⁽¹⁴⁸⁾. La interlocución supone sujetarse a goznes que el toxicómano pretende eludir. Existir supone aceptar intercambios que implican deudas que el toxicómano no está dispuesto a reconocer. "... el droga-a-dicto, impugna esa deuda simbólica, deuda externa y eterna que no contrajo y que no quiere pagar,... deuda simbólica con el Otro, con el acreedor omnipotente que exige renunciar al goce y entrar a comerciar".⁽¹⁴⁹⁾. Frente a los signos que el Otro dibuja sobre el sujeto, el droga-a-dicto busca las fórmulas que permitan una fuga, una exención de deuda. A cambio entrega su cuerpo privado de vitalidad, un cuerpo-mecanismo que sólo metaboliza, que ya no desea, que ya no habla, pues la palabra supone intercambios que ponen en riesgo un encuentro con el Otro, encuentro en que se puede cobrar la cuenta. Más le vale al a-dicto arrojar su cuerpo como masa porque sabe que puede gozar sin subjetividad. "El cuerpo en esta sin-dicción es asiento de un goce sin sujeto, fuera del discurso, rechazante del vínculo social ... Ese cuerpo es la prenda

⁽¹⁴⁷⁾ N. Braunstein. op. cit., pág. 200.

⁽¹⁴⁸⁾ N. Braunstein. op. cit., pág. 201.

que se entrega a cambio de la deuda, una libra de carne que es toda la carne que se libra en las manos y en la voluntad del Otro. De tal modo se materializa la suspensión de pagos, el 'dispongan de mi' con que el intoxicado responde a la demanda insaciable de un acreedor usurario"⁽¹⁵⁰⁾. El toxicómano pareciera querer decir dispongan de mi con tal de que lo dejen en un goce no mediatizado por el deseo del Otro. Nada quiere de lo que el Otro quiere de él. *Su juego es aquel en que se llevan los dados cargados en cuanto a dar y recibir. Este a-dicto busca "... llegar a vivir esa relación perfecta del alcohólico con su botella, puesta de manifiesto por Freud, como modelo envidiable de un amor que no conoce las fallas, las traiciones ni los reclamos recíprocos"*.⁽¹⁵¹⁾

La a-dicción impugna el edicto que promulga el Otro, mediante un apartamiento instrumental (no radical como en el caso del suicida) respecto del Otro. Goce sin palabras que termina muchas veces arrastrando al a-dicto hasta un sin retorno. Cuando todavía es posible algún vínculo, el sujeto guiña hacia el Otro, aquel del que nada quiere saber, y que la mayor parte de las ocasiones acude al parpadeo.

Nos hemos ocupado extensamente respecto de este proceso de búsqueda de goce mediante un acto autoerótico. Proceso en que el Otro desfallece para dar paso a una ligazón exclusiva con un objeto que se presenta como necesario. *Hemos señalado al respecto que se trataría de una*

⁽¹⁴⁹⁾ N. Braunstein. op. cit., pág. 201.

⁽¹⁵⁰⁾ N. Braunstein. op. cit., pág. 201.

⁽¹⁵¹⁾ N. Braunstein. op. cit., pág. 202.

'operación de encubrimiento' que en la medida que pase desapercibida permitirá que dicho montaje alcance su propósito. Vale decir, que quien desea el goce en calidad de a-dicto obtenga lo que desea. Un sujeto capaz de gozar sin verse atravesado por las redes del lenguaje.

Pues bien, aquella operación llevada a cabo por el toxicómano, mediante la cual centra sus posibilidades de goce en un objeto, ha posibilitado que no sólo él llegue a creer que la causa de lo que le acontece tiene su punto de arranque en la sustancia. También los tratamientos que se llevan a efecto centran la mirada en la sustancia atribuyéndole poderosas facultades cuyos alcances llevan a un sujeto a ser dependiente de aquel objeto. Recordemos que desde el lado del toxicómano la droga es un problema en la medida que no la obtenga, en rigor, para él es el 'exclusivo/excluyente' objeto de placer.

En la medida que los tratantes (cualquiera sea la orientación) centren la problemática en una especie de exorcismo del objeto maligno, se refuerza la idea del objeto-causa. Se posibilita de esta manera que no entren en escena la ruptura con el Otro, el repliegue narcisista, la dilución del lazo social y el desvanecimiento del sujeto, procesos que desde nuestro enfoque se habrían larvado para desembocar en actos toxicómanos. Al no aparecer estos procesos el fenómeno se sitúa como aconteciendo en un territorio (biológico) inaccesable e independiente de un sujeto que, de este modo, nada tendría que ver con la instauración del problema. Así se hace posible un camino que se centra en la sustancia, para unos, **necesaria para el**

placer, para otros -quienes la apuntan como causa del malestar-, la demandan fuera del cuerpo como **condición necesaria de sanación**.

Lo planteado pensamos que *permite orientar la investigación que procede* en la medida que los discursos de Directivos, Terapeutas y Pacientes tanto de una Unidad de Salud Mental, cuanto de una Comunidad Terapéutica, de algún modo están inscritos, si bien, no pocas veces desbordan el perímetro que el marco teórico descrito ha contemplado.

IV. MARCO TEORICO METODOLOGICO.

La investigación que presentamos se sitúa metodológicamente en el marco del paradigma cualitativo, el cual se sustenta en supuestos filosóficos coherentes con el marco teórico antes expuesto.

A diferencia de lo que suele plantearse, el término 'cualitativo' y por extensión la investigación de este tipo, tiene una "larga y todavía no cerrada historia filosófica, científica, etc."⁽¹⁾; historia que en su desarrollo corresponde con los procesos sociales de construcción de los sujetos/objetos sociales y con la historia de los lenguajes/ciencias/metodologías.

Sin extendernos en esta argumentación, es oportuno señalar brevemente, que el inicio de los fundamentos teóricos del paradigma cualitativo y su polémica con el paradigma cuantitativo, tiene su origen en la Grecia clásica. Podemos citar a Platón y Aristóteles como representantes de la discusión que hasta hoy nos acompaña en relación a la dominancia de uno de los dos modelos. Ambos autores inician el debate poniendo en discusión las visiones 'formalista' y 'sustantivista'.

Platón trató de desarrollar y sustituir "la naturaleza misma por las matemáticas"⁽²⁾, apareciendo así como uno de los predecesores de la perspectiva 'científico-

⁽¹⁾ Fernando Conde. "La perspectiva metodológica cualitativa y cuantitativa en el contexto de la historia de las ciencias" en "Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales". Cap. I. Proyecto editorial Síntesis Psicología. Barcelona. España. 1992. pág. 53.

⁽²⁾ Kline citado por F. Conde en "La perspectiva metodológica cualitativa y cuantitativa en el contexto de la historia de las ciencias". pág. 54.

positivista' y Aristóteles, por el contrario, criticó la reducción, que a su juicio efectuaba Platón, de la naturaleza a las matemáticas, en una forma 'estática' y defendió la metodología que permitiera una aproximación a la naturaleza de forma empírica, analógica y sensible que respetara sus procesos y describiese su 'movimiento', lo que lo sitúa más cercano a la perspectiva cualitativa.

Pero bien, hubo de esperarse hasta la Edad media para que existiesen las condiciones "sociales, culturales y mentales que posibilitaran que el proceso de formalización-matematización-cuantificación de la naturaleza propuesto diese los pasos necesarios para conformar el actual paradigma cuantitativo dominante"⁽³⁾. Durante estos siglos transcurridos se fueron creando las bases sociales, epistemológicas y teóricas que permitieron pensar la matematización de la naturaleza, pero no será hasta Boyle y el desarrollo de los experimentos de laboratorio que *emerja la metodología cuantitativa que posibilitará comprender el mundo como constituido por 'hechos determinables objetivamente'*.

Sin embargo, llegado el siglo XX se desarrollaron el principio de incertidumbre (Heisenberg) y la teoría de la relatividad (Einstein), planteamientos desde los cuales se pusieron en cuestión las bases del paradigma clásico desde el punto de vista de las relaciones entre sujeto/objeto, sosteniéndose que "cualquier medición transforma el objeto medido"⁽⁴⁾.

⁽³⁾ Kline citado por F. Conde. Op. Cit., pág. 54.

⁽⁴⁾ F. Conde. Op. Cit., pág. 67.

Sin duda, como señala Ruiz, no se puede sostener que la sociología y otras ciencias sociales hayan sólo adherido incondicionalmente al paradigma positivista, puesto que en sus más de cien años de desarrollo hay innumerables ejemplos de investigaciones cualitativas"⁽⁵⁾. Sin embargo, la 'recuperación' de la reprimida dimensión cualitativa de la investigación social tiene su emergencia -o consolidación- hacia la década de los 60 con la Escuela de Frankfort y, surge como reacción crítica frente a las implicancias de la absolutización del método cuantitativo. Desde el punto de vista teórico, "crítica frente a la denegación cuantitativa del universo social en cuanto universo simbólico y frente a la creciente carencia de sentido de la producción masiva de datos; desde el punto de vista ideológico, crítica frente a la conservadurización de las representaciones sociales inherentes al proceso de comunicación de la encuesta precodificada, en cuanto canal selectivo por el que sólo circulan con facilidad los estereotipos convencionales y los valores ideológicos dominantes"⁽⁶⁾.

En España por la misma fecha, contribuye a esta consolidación, la obra pionera de Jesus Ibañez y la posterior formación de la Escuela Cualitativa de Madrid.

Así, en distintos lugares y desde múltiples enfoques y disciplinas de las ciencias sociales se manifiesta el rechazo a la absolutización del método cuantitativo

⁽⁵⁾ José I. Ruiz. "Metodología de la investigación cualitativa". Universidad de Deusto. Bilbao. España. 1996. pág. 29.

⁽⁶⁾ Alfonso Ortí. "La confrontación de modelos y niveles epistemológicos en la génesis e historia de la investigación social" en "Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales". Cap. 3 pág. 87.

positivista. Sostienen que esta forma de hacer ciencia en el ámbito social está "modelada prácticamente en el esquema de las ciencias naturales, e intenta describir y explicar los eventos, procesos y fenómenos del mundo social, de modo que se puedan llegar a formular las generalizaciones que existen objetivamente"⁽⁷⁾.

La Hermenéutica por su parte -teoría de la interpretación- ha llegado a ser familiar para las ciencias sociales solo recientemente, si bien esta tradición, como sostiene Giddens, se remonta a fines del siglo XVIII. La explicación para el desconocimiento, se sostendría en la dominancia de filósofos positivistas o naturalistas sobre las ciencias sociales, quienes sostenían que la investigación en este campo "... debía constituirse sobre el modelo de las ciencias naturales (Carnap, Hempel y Nagel). A nivel del método ejerce su influencia hegemónica el funcionalismo"⁽⁸⁾. Pues bien, si traemos a la vista dicha polémica, así como los fundamentos originarios del paradigma cualitativo, es sólo con el fin de ilustrar la génesis y el desarrollo que ha acompañado a los dos paradigmas vigentes hoy en las ciencias sociales. Asimismo, porque dicha discusión, refleja el surgimiento del método cualitativo en ruptura con el paradigma positivista reinante.

Sin embargo, la génesis teórica que da sustento a este nuevo modelo, tiene en sus raíces diversas perspectivas teóricas, lo que genera una complejidad de términos y conceptos para referir al paradigma cualitativo. Para

⁽⁷⁾ J.I. Ruiz. op. cit., pág. 58

⁽⁸⁾ Giddens. "Hermenéutica y Teoría social". Cap. 1. pág. 2. de "Profiles and Critiques in social theory. University of California Press. 1982. Traducción de J. F. Garcia. Documento de circulación restringida.

Guba y Lincoln, la teoría crítica y el constructivismo son "los dos marcos epistemológicos que se identifican habitualmente con la metodología cualitativa, que por lo mismo ha sido definida como hermeneútica e interpretativa"⁽⁹⁾.

Pero, más allá de la paternidad de una u otra corriente de pensamiento sobre el paradigma cualitativo, todas ellas tienen en común y como fin, establecer una ruptura con el modelo científico vigente, ruptura que nosotros tenemos a la vista, al adoptar enfoques teóricos correspondientes a tradiciones no positivistas para observar el fenómeno que investigamos. *De maneras diversas el psicoanálisis, la antipsiquiatría, el pensamiento posracionalista que inspiran nuestro marco teórico son congruentes con el modelo cualitativo, como método para analizar 'la realidad social'.*

El quehacer científico ha guiado básicamente sus explicaciones hacia el cómo se hace más que por el por qué del fenómeno, dando cuenta así -como señala Berman-, del 'marco referencial mental del capitalismo' apropiado para para el método científico. Más específicamente, la medicina, en la época moderna también adscribe al científicismo experimental y a la epistemología de las ciencias naturales. El campo clínico adquiere a partir del siglo XVIII, "una estructura en la cual el individuo que se investigaba era menos la persona enferma que el hecho patológico indefinidamente reproducible en todos los enfermos aparentemente afectados"⁽¹⁰⁾.

⁽⁹⁾ J.I. Ruiz. op. cit., pág. 58.

⁽¹⁰⁾ Michel Foucault. "El nacimiento de la clínica". Siglo XXI. México.

Para el modelo médico, la comprensión de los procesos subjetivos, su relación con las estructuras sociales y los procesos históricos, no aparecen al adherir al modelo de las ciencias naturales como paradigma de análisis de los fenómenos patológicos. A contraparte, la hermenéutica como constructo teórico-metodológico sostiene que "ni la formulación de leyes ni el análisis causal tienen lugar en las ciencias sociales"⁽¹¹⁾ .

Sobre la base de lo precedente pretendemos, correspondiendo con lo que señala la hermenéutica, indagar los cánones teóricos a los que se ciñe el discurso médico. De este modo sería posible derivar lo que sostiene sus praxis, es decir cómo funciona. Se trataría de explorar, si bien, el cómo del fenómeno, más bien el por qué. "Antes de plantear el problema de cómo se hace, hay que haber planteado los problemas de por qué se hace así (nivel metodológico) y para qué o para quién se hace (nivel epistemológico)"⁽¹²⁾ .

Pero más allá -aunque no independiente- del cuestionamiento epistemológico al modelo médico, habría que destacar el poder que ha adquirido esta disciplina desde la Modernidad. Como señala Bustos, a la medicina se le otorga un rol normativo, estableciéndose de ese modo una estrecha relación entre orden social y función social de la medicina. "En nuestro postulado, la medicina como institución emergente en este espacio histórico moderno se instituiría como una estructura de apoyo al

1991. pág. 141.

⁽¹¹⁾ Giddens. op. cit., pág. 3.

⁽¹²⁾ Jesús Ibañez. "El análisis de la realidad social". en "Métodos y técnicas de investigación". Garcia Ferrando et. al., Alianza Editorial.

orden social, que tiene por finalidad corregir la disrupción que representa la enfermedad y la muerte en el funcionamiento social"⁽¹³⁾.

El paradigma cualitativo por su fundamentación teórica, respondería a nuestro objetivo de investigación, el cual no intenta sólo definir cómo se opera en el plano de la atención de las toxicomanías, sino fundamentalmente captar y reconstruir el significado de determinadas prácticas de intervención terapéutica.

La comprensión de los procesos es el fundamento de la práctica cualitativa que "entraña un proyecto estratégico libre de comprensión totalizadora de los procesos sociales para la intervención institucional/reafirmadora, modificativa o transformadora de los mismos"⁽¹⁴⁾. Por el contrario, el modelo cuantitativo busca explicar los fenómenos sociales registrando, correlacionando, cuantificando y estructurando mediante censos y/o encuestas estadísticas.

Pretender una comprensión no constreñida a 'datos manifiestos' del objeto que hemos definido para investigar nos ubica en el perímetro del modelo cualitativo como 'herramienta' que nos acerca a lo deseado. A través de este se busca analizar e interpretar los aspectos significativos del acto terapéutico y las representaciones de los sujetos frente a los procedimientos que se 'implementan para sanarlos'.

Madrid. 1986. pág. 21.

⁽¹³⁾ Reinaldo Bustos. "Cuerpo, medicina, enfermedad". en "Sexualidad y reproducción humana". Corsaps. Chile. 1994. Pág. 43.

Mediante una metodología que se orienta por la hermenéutica se buscará profundizar en las motivaciones, intereses, creencias de los sujetos implicados en el fenómeno, esto es, Directivos, Pacientes y Terapeutas tanto de el Hospital cuanto de la Comunidad Terapéutica.

Otro factor, que nos acerca al paradigma cualitativo, es nuestra propia concepción de la 'psicología como ciencia', la que entendemos como una ciencia social, cuyo 'objeto' de estudio es un sujeto situado en un espacio interrelacional. Espacio en el cual éste se constituye, vale decir, familia, sistema político-económico, cultural. "De hecho la historia no nos pertenece, sino nosotros pertecemos a ella. Mucho antes de que nos entendamos a nosotros mismos a través del proceso de auto-exámen, nos entendemos de un modo autoevidente en la familia, la sociedad y la forma en que vivimos"⁽¹⁵⁾ .

Siendo estas las características de nuestro 'objeto' de estudio, comprendemos que *habría que situar la mirada más allá de la 'facticidad' de la conducta del individuo y explorar lo que significa para los sujetos su propia conducta, entendiendo esta como un fenómeno circunscrito a lo situacional*. Su historia, su contexto familiar, etc., podrían entregar elementos para llevar al terreno de lo comprensible el fenómeno que investigamos. Una posición teórico-metodológica como la señalada nos ubica en un lugar diferente de aquel que propone el discurso médico tradicional para entender el problema.

⁽¹⁴⁾ A. Ortí. op. cit., pág. 91.

⁽¹⁵⁾ Hans G. Gadamer. "Verdad y Método". Gedisa. Madrid. 1986. pág. 65.

Diferente y opuesta es la óptica médica, para esta lo orgánico es preeminente, "... para ello nutre su saber de una concepción del cuerpo que debe hacerse homogéneo y transparente a la mirada médica en un proceso de reducción de lo individual a lo objetivo"⁽¹⁶⁾. De ese modo la medicina se ha adscrito a un cientificismo experimental y a una filosofía de las ciencias sujeta al canon de las ciencias naturales, lo que se traduce en "disolver un sujeto singular en pos de un objeto universal"⁽¹⁷⁾ .

De esta forma, el marco teórico de la investigación que efectuamos, las preguntas que guiaron la aproximación al fenómeno, así como el paradigma metodológico y derivadamente *las técnicas con que se produjeron los datos*^{**}, se inscribirían en la tesis de ruptura epistemológica respecto del paradigma positivista, suprimiendo así la distancia con el sujeto de estudio para internarnos en el entendimiento y significación de los 'hechos'.

Para resumir el sentido de nuestra indagación e ilustrar respecto de la congruencia que supone echar mano a una de las formas de la metodología cualitativa, dado el tenor del fenómeno que investigamos, presentamos las características que J.I. Ruiz^{**} señala a propósito de este tipo de investigaciones:

- *El objetivo de la investigación es la captación y*

⁽¹⁶⁾ Reinaldo Bustos. op. cit., pág. 43.

⁽¹⁷⁾ Reinaldo Bustos. op. cit., pág. 44.

^{**} Según Jesús Ibañez 'los datos se producen, no se recolectan'. En "Perspectiva de la investigación social: el diseño en la perspectiva estructural". García Ferrando op. Cit., pág. 37.

^{**} Según J. I. Ruiz.. op. cit., pág. 23.

reconstrucción de significado;

- El lenguaje a utilizar será básicamente conceptual y metafórico;

- El modo de captar la información no es estructurado sino flexible y desestructurado;

- El procedimiento de análisis es inductivo, no deductivo, y

- La orientación de la investigación no es particularista y generalizadora sino holística y conceptualizadora.

1.- LAS DECISIONES METODOLOGICAS.

En nuestra primera aproximación al problema de interés nos encontramos con descripciones y explicaciones acerca de causas, signos y síntomas concernientes a las toxicomanías. En el campo del tratamiento a las adicciones, conocimos del discurso oficial y de las técnicas aplicadas en el quehacer terapéutico. Las encuestas que se han realizado a nivel nacional nos permitieron conocer cifras, y variables asociadas al problema.

Iniciamos por tanto, un primer rastreo de datos de tipo bibliográfico, textos fundados principalmente en estudios y encuestas epidemiológicas de carácter oficial tanto del Ministerio de Salud, así como de la Comisión Nacional para el Control de Estupefacientes (Conace). Una vez conocidas las magnitudes del problema y las variables señaladas en relación con el origen del fenómeno de la adicción, nos internamos en el estudio de textos específicos sobre drogas y tratamiento. Paralelamente

fuimos revisando documentos históricos acerca del papel de las drogas y su evolución en el tiempo.

Llamó nuestra atención que la bibliografía revisada no hiciera emerger -más allá de la 'presencia silenciosa' de las estadísticas-, a los actores sociales del problema, "... a los sujetos, a los que la palabra les es arrancada, y a los sujetos colectivos, las clases sociales, que son limpiamente dejadas de lado (...) tratándolos teóricamente como cosas para poder tratarlos así prácticamente"⁽¹⁸⁾.

Los estudios revisados y las reflexiones surgidas de la lectura, nos llevaron a determinar algunos elementos a tener en consideración desde los cuales acercarnos al 'objeto' de estudio. Esto es, *un núcleo temático, la adicción; una situación que dominaría el escenario, el tratamiento médico-tradicional a la afección; y la percepción de que el fenómeno se restringiría casi exclusivamente a un enfoque, esto es, a la tradición médica ceñida a un modelo organicista del problema.*

Considerando lo dicho definimos la idea que guiaría el proceso de investigación. Nos referimos a 'los tipos de atención' a la afección que nos preocupa. Esto bajo el supuesto que tras de aquellas se 'podría descubrir' alguna concepción que presidiera las acciones terapéuticas. Esto hipotéticamente permitiría una comprensión de fondo de aquello que 'empuja' a unas y otras praxis a enfrentar de determinada forma el

⁽¹⁸⁾ Jesús Ibañez. "Del Algoritmo al Sujeto. Perspectiva de la investigación

fenómeno. *La idea sería entonces develar los presupuestos conceptuales mediante la exploración de las praxis que se hacen cargo del tema.*

Definidos los principales aspectos a considerar, decidimos investigar con '*pretensiones y de forma exploratoria*' las significaciones, implícitas y explícitas, que los pacientes y los encargados de la asistencia otorgan a sus discursos, prácticas, interacciones, etc., en el contexto de la acción terapéutica. Mayor interés cobraba esta investigación al comprobar la ausencia de este tipo de estudios, pues la mayoría de los existentes se reducen a estadísticas y descripciones.

Determinamos así, como *unidad de campo* para nuestra investigación, la *Unidad de Alcohol y Drogas inserta en el Servicio de Psiquiatría de el Hospital Félix Bulnes de la zona Occidente de Santiago*. Dicho espacio de atención representa un patrón común de unidades creadas en distintos lugares del país y responde a las "Orientaciones Técnicas para el tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de drogas" del Ministerio de Salud. Paralelamente, buscamos *otro campo de investigación*, alternativo al oficial, la *Comunidad Terapéutica de la Fundación Credo* inserta también en la zona Occidente de Santiago. Esto permitiría supuestamente tener a la vista un modelo distinto de atención que posibilitase realizar comparaciones.

Situados en las unidades de campo nos centramos en indagar la óptica comprensiva de los actores del problema, pretendiendo develar el 'campo interpretativo' que circunscribiría sus posiciones y acciones, esto a través de internarnos "en el reino de los discursos y en la esfera de la cultura simbólica"⁽¹⁹⁾. De tal manera el conjunto de praxis constituirían para nosotros elementos posibles de inscribirse en el espacio simbólico. En este contexto particularmente los discursos de quienes están cotidianamente frente al problema resultarían de suma relevancia para 'descubrir' aquello que los sustenta. Sujetos a la perspectiva descrita entendemos que lo que se dice y se hace se deriva de las visiones que se tiene del mundo. Por tanto, las experiencias personales, si bien inscritas en el espacio determinable como particular, también responden al contexto significacional desde el que emergen, es decir, desde lo cultural. Este aspecto porque relevante implicaba preguntarse en qué medida y, principalmente, en qué sentido la comprensión del problema por parte de los actores estaría mediatizada por las construcciones teórico-prácticas que dominan el escenario actual de asistencia a la afección. Al respecto -en la medida que nuestra cultura ha erigido cierta praxis como la que respondería acertadamente a los problemas de salud-, pareciera que tanto los afectados cuanto los que atienden no dejarían de asentir a tal discurso. Nuestra labor consistiría entonces en hallar lo que fundaría 'la comprensión del problema' al interior de determinados goznes.

⁽¹⁹⁾ García Ferrando. "Métodos y técnicas de investigación". Alianza Editorial. Madrid. España. 1986. Pág. 19.

De acuerdo a lo dicho, el supuesto consistiría en que el contexto terapéutico se enmarcaría básicamente en un modelo que delimita los rangos del vínculo con el afectado y derivadamente un tipo de acción asistencial definida en aquellos márgenes. Esto condicionaría de algún modo las relaciones que establecerían con el problema los implicados y, por lo mismo, el tipo de solución que se ofrece para resolver el mismo. En definitiva, tal espacio interaccional configuraría la 'identidad del fenómeno', movilizaría las acciones que se llevan a cabo para solucionar el problema y, por ende, producirían de paso, las vías de acceso que permiten analizar el objeto de estudio.

Dado el encuadre señalado resultaba necesario escuchar en un 'marco comprensivo' lo que constituye las prácticas de asistencia en los dos espacios que optamos por inspeccionar.

Con arreglo a lo anterior, las técnicas a ocupar para desarrollar la investigación nos habrían de apoyar en el descubrimiento de significaciones que se constituyen como una especie de 'trama de relaciones que configuran un campo de acción', lo que produciría un tipo particular de asistencia terapéutica.

1.1. LAS TECNICAS UTILIZADAS

Considerando los elementos planteados, nuestro objeto de estudio ha de ser explorado mediante métodos y técnicas cualitativas que admitan internarse en la óptica de los actores del problema.

Las técnicas cualitativas permiten acercarse a la "comprensión subjetiva, así como a las percepciones de y a propósito de la gente, los símbolos y de los objetos"⁽²⁰⁾. A su vez, los significados son productos sociales elaborados a través de la interacción, por ello, la interacción humana constituye la fuente central de datos. Nuestro interés apuntaría entonces a captar el sentido que se atribuye a la afección toxicomaniaca, como también lo que contiene -y en esa medida oculta- un tipo y otro de asistencia. Esto a través de develar los significados que los 'propios implicados' atribuyen a su relación con el fenómeno cual sea su ubicación frente a éste. Por tanto, *habría de quedar claro que nuestro interés no es la comprobación, la inferencia, ni el descubrimiento de leyes generales o distribuciones masivas.*

Lo esencial de la investigación cualitativa es el 'análisis objetivo del significado subjetivo'. Este significado subjetivo es el que preside el comportamiento de los individuos cuando estos actúan 'en función de los otros', los cuales forman así parte de la "ecología social del ego"⁽²¹⁾.

Dicha ecología está estructurada en 'patrones' que consolidan lo que llamaremos las definiciones más o menos oficiales de las costumbres, medio ambiente o ecología social en la que operan los significados en acción. Significados que en parte son "locales dado que son propios de cada individuo, y propios de la actuación de

⁽²⁰⁾ J.I. Ruiz. op. cit., pág. 15.

⁽²¹⁾ J.I. Ruiz. op. cit., pág. 32.

cada momento 'la historia no siempre se repite', y por otra parte, no locales, dado que no sólo se construyen en cada situación sino, que además pueden ser aprendidos de otros (interacción social) y heredados (idioma, religión, ciencia)"⁽²²⁾.

Entonces teniendo a la vista dos conceptos centrales de la investigación cualitativa: *la flexibilidad y la provisionalidad*, fuimos adentrándonos en el estudio del campo, y paralelamente íbamos efectuando la construcción sistemática de la teoría que nos permitiría la comisión del fenómeno. Por cierto, la determinación de los pasos a seguir y las decisiones que efectuamos fueron guiadas "por conocimientos de la experiencia anterior, bibliografía consultada, el saber y el sentido común"⁽²³⁾.

1.2. SELECCION DE LA MUESTRA.

Comúnmente cuando se habla de muestreo se da por supuesto sin más que éste debe ser estadísticamente representativo que es lo que caracteriza al muestreo probabilístico.

Nuestro muestreo no es probabilístico "... que es tan útil y válido como el probabilístico y su aplicación resulta insustituible en los estudios llamados cualitativos"⁽²⁴⁾. Al tener como finalidad comprender el fenómeno y, más bien capturar el sentido de las praxis de los sujetos implicados en aquel, no era necesario buscar muestras representativas. No buscamos la posibilidad de

⁽²²⁾ J.I. Ruiz. op. cit., pág. 32.

⁽²³⁾ J.I. Ruiz. op. cit., pág. 54.

⁽²⁴⁾ J.I. Ruiz. op. cit., pág. 63.

generalizar resultados, ni establecer leyes universales en torno del problema.

Debido a lo anterior nuestro muestreo es de tipo *intencional*, "que es aquel en el que los sujetos de la muestra no son elegidos siguiendo las leyes del azar, sino de alguna forma intencional"⁽²⁵⁾.

A su vez, es intencional en su *modalidad opiniática*. Es decir, seleccionamos los informantes que iban a componer la muestra siguiendo un "criterio estratégico personal"⁽²⁶⁾, criterio que nos llevó a seleccionar a aquellos que por su conocimiento del problema y por estar involucrados en éste nos parecían idóneos o representativos.

Determinamos investigar las unidades de información (individuos) considerando dos dimensiones (situaciones) distintas: **una oficial**, es decir, Ministerio de Salud-unidad hospitalaria; **otra alternativa**, una Comunidad Terapéutica.

Para una mejor comprensión del problema, consideramos necesario seleccionar dos espacios terapéuticos distintos que nos entregaran visiones teóricas y prácticas conjeturalmente contrapuestas. Por eso seleccionamos una unidad de salud mental de hospital representante de las políticas nacionales de salud y, una unidad de atención del problema, una Comunidad terapéutica.

⁽²⁵⁾ J.I. Ruiz. op. cit., pág. 64.

Seleccionadas las dos dimensiones, dividimos las unidades de información en tres tipos de categorías. Esta categorización fue efectuada de acuerdo al dominio médico y fueron de tipo especial, es decir, categorías que responden a las "utilizadas como jerga propia por los determinados grupos sociales en sus respectivos campos propios"⁽²⁷⁾; de ahí la denominación de '*Directivos*', '*Terapeutas*', '*Pacientes*'.

Una primera categoría, la constituyen los **Directivos**. Seleccionamos dos directivos de cada dimensión: **Encargado Nacional** (Ministerio de Salud) y **Encargado de drogas** (hospital); respecto de **Directora y Encargado** Comunidad Terapéutica. La decisión de seleccionar directivos guarda relación con buscar y comprender los discursos 'oficiales' respecto de orientaciones y políticas generales establecidas para las distintas praxis en las dos dimensiones seleccionadas. A la vez, con ello podríamos comprobar o verificar la coherencia discursiva y práctica entre directivos y terapeutas.

Una segunda categoría, la componen los **Terapeutas**. En la **Unidad Local de Alcohol y Drogas**, de un equipo de seis profesionales (médicos-psiquiatras y profesionales no-médicos), seleccionamos a dos profesionales médicos y dos no médicos; de la **Comunidad Terapéutica**, seleccionamos también cuatro terapeutas, los cuales ninguno posee alguna categoría profesional ligada al problema tratado.

En el caso de terapeutas, nos parecía importante no sólo descubrir su coherencia con la categoría directiva, sino

⁽²⁶⁾ J.I. Ruiz. op. cit., pág. 64.

que además, comparar las praxis de atención entre tratantes médicos y no médicos.

La tercera categoría, la componen los **Pacientes**. En la **dimensión oficial**, de un grupo de pacientes que acudía a terapias grupales que oscilaba entre 8 a 10 miembros, seleccionamos a 4 pacientes, los cuales habían finalizado su tratamiento desintoxicatorio y acudían a terapia grupal. En la **segunda dimensión (Comunidad)**, seleccionamos también cuatro pacientes, que se encontraban en las etapas intermedias del proceso de rehabilitación. Asimismo, seleccionamos pacientes que se encontraran en etapas similares en relación a su proceso de rehabilitación, es decir, tanto en el hospital como en la Comunidad, éstos habían pasado la primera etapa (desintoxicación en hospital, acogida en la Comunidad) del proceso.

La categoría 'pacientes' resulta de enorme relevancia, pues nos interesaba descubrir la comprensión de quienes ocupan el rol de 'objeto' del tratamiento. Esto en función de evaluar los significados que otorgan a las formas de abordaje de la que son objeto.

1.3. RECOGIDA DE DATOS.

Se habían seleccionado originariamente dos técnicas para la recolección de datos: la Observación (de la entrevista médica y las terapias grupales) y entrevistas en profundidad.

⁽²⁷⁾ J.I. Ruiz. op. cit., pág. 69.

1.3.1. Respecto de la observación.

Al internarnos en el espacio de tratamiento hospitalario encontramos las primeras dificultades para acceder a la observación de la 'interacción médico-paciente' (entrevista médica). De la misma forma, las terapias grupales no pudieron ser seguidas sistemáticamente (solo se realizaron 3 observaciones de terapia de grupo). Esta dificultad guardó relación (en el caso de la observación de la entrevista médica) suponemos con cierta 'desconfianza' relativa al objetivo de nuestra presencia al interior de la institución. Esto habría generado alguna 'incertidumbre', lo que indujo a esgrimir dificultades de 'orden administrativo' que impidieron efectuar las observaciones**.

La tensión y el conflicto que experimentaron los sujetos 'observados' responde a nuestro juicio, como señala Ruiz, al halo de recelo del prestigio social de los científicos, lo que los pone inmediatamente en guardia y "... hace que se nieguen en redondo a suministrar información"⁽²⁸⁾. Podemos agregar, que confirmamos, como se verá en los resultados que esta negativa también respondía al "ambiente autoritario de no pocas organizaciones sociales (que) choca frontalmente con la idea de un tercero observando"⁽²⁹⁾.

Sin embargo, más allá de convertirse en un obstáculo para la investigación, esta situación nos permitió alcanzar

** Cabe hacer notar que contábamos desde el inicio de la investigación con la autorización del Director del Servicio de Psiquiatría para efectuar . Para esto se envió una carta desde la Universidad que daba cuenta de los objetivos del estudio y del carácter de alumnos tesistas.

⁽²⁸⁾ J.I. Ruiz. op. cit., pág 161.

⁽²⁹⁾ J.I. Ruiz. op. cit., pág 161.

una visión más global del problema y conocer de los 'miedos' que aparecen en este contexto ante la posibilidad de observación de la práctica.

Respecto de *las terapias de grupo*, sólo se pudieron observar tres, suspendiendo la asistencia a ellas pues los pacientes no eran constantes en su asistencia a las sesiones, lo que producía una rotativa que impedía que pudieramos registrar de manera sistemática las percepciones de los pacientes en torno a sus afección. Esto, sin embargo, nos permitió constatar la falta de motivación por parte de los pacientes una vez acabada su desintoxicación para volver a terapias. Lo que sí se pudo obtener de estos encuentros fueron los informantes de hospital, con quienes realizamos las entrevistas en profundidad.

Pese a lo señalado nos generamos una impresión general del espacio en que se realiza el proceso de tratamiento, pues nos situamos en algunas ocasiones como espectadores del contexto hospitalario. En la Unidad de Alcohol y Drogas logramos observar la recepción de pacientes en el policlínico.

En lo que concierne a la Comunidad terapéutica no hubo dificultades para conseguir lo que requeríamos para nuestra investigación. Sin embargo, por la estructura de trabajo de la entidad señalada no se pudo observar todas las etapas que involucra el proceso terapéutico que realizan. Por lo mismo, observamos principalmente la casa de acogida y la casa de reinserción, lugar inicial y terminal respectivamente donde llegan los afectados. Si

bien no fue completa esta parte de nuestro trabajo, al menos lo llevado a cabo permitió que alcanzáramos una mejor comprensión del espacio y las dinámicas relacionales que se establecen en el ámbito de la atención que efectúan.

1.3.2. Las entrevistas.

Considerando que nos hemos situado en el nivel estructural de los discursos, como señala Ibañez, teníamos dos opciones como técnicas para la investigación: el grupo de discusión y la entrevista. Optamos por la entrevista individual en profundidad teniendo en consideración que "... el auténtico significado de los actos es conocido, privilegiada y primariamente por los propios actores"⁽³⁰⁾.

Nuestro propósito era capturar las impresiones de quienes se relacionan a cotidiano con el problema, de tal manera que 'al percibirlo lo construyen a cotidiano' en el marco de los significados que atribuyen a sus vivencias diarias. Si pretendíamos lo dicho consideramos adecuado escoger la entrevista en tanto esta permite "... un encuentro reiterado, cara a cara, entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones tal como las expresan con sus propias vidas"⁽³¹⁾.

⁽³⁰⁾ J.I. Ruiz. op. cit. pág. 25.

Las entrevistas fueron contempladas como entrevistas abiertas y no estructuradas, entendidas como una 'conversación controlada'. Estas se dirigieron a directivos, tratantes y pacientes. Se realizaron dos a tres a cada sujeto dependiendo de la profundidad que se hubiera alcanzado en una y otra.

Dado que nos inscribimos en un terreno de investigación que históricamente se ha adjudicado a la medicina será posible identificar conceptos y categorías propias del quehacer médico que remiten a significaciones socio-culturales e ideológicas que no dejan de tener relevancia a la hora de enfrentar el problema. Se trata de categorías que no sólo los profesionales ocuparon sino que, más allá, los propios pacientes y en menor medida también algunos miembros de la Comunidad. Nos referimos a conceptos como: 'paciente', 'organismo', 'neuroquímica', 'enfermedad', etc. Como señala, R. Bustos, 'el cuerpo enfermo' puede ser comprendido como "metáfora del cuerpo social(...) el cuerpo recogería en su seno las contradicciones de la sociedad"⁽³²⁾. *De algún modo unos y otros comparten, así aparezcan oponiéndose, un 'mundo conceptual' que circunscribe los significados de las cosas.*

Anticipamos, como ejemplo, que mediante las entrevistas fue posible descubrir que el 'procedimiento médico tradicional' tiene cierto eco en el paciente, e incide en la comprensión que el propio afectado otorga a su vínculo con las drogas, con su propio cuerpo, con el tratamiento,

⁽³¹⁾ citado por J.I. Ruiz. op. cit. pág. 25.

etc. Las expresiones que vierten los afectados de algún modo representan un constructo ideológico que les posibilita 'interpretar lo que les pasa'. Se advierte una concepción pasiva de sí mismos, sin control acerca de lo que les está sucediendo. "El sacrificio de la subjetividad, como el producto de la opción metodológica de la medicina moderna, se expresa hoy en día con fuerza a través de lo reprimido por la medicina y el mundo moderno: esto es, el hombre total"⁽³²⁾. Este fue un índice que contribuyó como factor a tener en cuenta para la exploración respecto de las formas comprensivas del problema en uno y otro centro de atención. Es decir, en la perspectiva de la 'construcción del problema' lo descrito antes nos incitó a pesquisar el modo mediante el cual se aborda el 'objeto afectado', es decir, la persona.

La posibilidad de descubrir el 'hombre total' comprometido en el problema nos movió a escoger la entrevista en profundidad. Esta nos permitía de mejor manera adentrarnos en las significaciones implícitas/explicitas de quienes 'conviven con la afección'. Así también, se hace posible presentificar los entramados culturales que atraviesan los discursos vertidos. El perímetro y el sentido que se atribuye al fenómeno nos entregaría pistas para indagar lo que fundaría las metas que se proponen una y otra forma terapéutica. Por cierto, en congruencia con todo lo señalado previamente abordamos el asunto bajo el supuesto de que "... la vivencia de la enfermedad y la

⁽³²⁾ Reinaldo Bustos. op. cit., pág. 43.

⁽³³⁾ Reinaldo Bustos. op. cit., pág. 48.

corporalidad nos indican que ésta se sigue manifestando como un 'hecho social total'. Por tanto, no puede ser reducida en una perspectiva positivista como un mero dato externo al sujeto"⁽³⁴⁾.

No se optó por grupos de discusión puesto que estos tienen como fin 'conocer discursos homogéneos' de un colectivo, y aquello no respondía a nuestro interés. Nos interesaba descubrir el fondo que sustentaba ciertas concepciones y praxis, también nos importaba la coherencia entre discursos individuales correspondientes a unidades de tratamiento que supuestamente se sujetaban a alguna 'óptica comprensiva común'. Es decir, ir desde lo heterogéneo a un 'posible homogéneo'.

Tampoco resultaba adecuado, por posibles diferencias 'ideológicas' y por evidentes diferencias de status (particularmente en el caso del hospital), realizar discusiones de grupo con 'todos los tratantes'. Y, referido al hospital, nos interesaba la opinión de los profesionales no-médicos en tanto podrían aparecer diferencias con el cuerpo médico. Además aquellos por sí solos no cuentan en la unidad hospitalaria con la cantidad numérica necesaria para constituir grupo específico.

Por último, es evidente por qué no se utilizó encuestas u otro tipo de técnicas que se ubican fuera de nuestro marco teórico.

⁽³⁴⁾ Reinaldo Bustos. op. cit., pág. 45.

1.4. CONTROL DE CALIDAD.

Conformes a la posición del realismo analítico, que sostiene que el mundo social es un mundo interpretado, no un mundo literal y continuamente sometido a la construcción o deconstrucción del interaccionismo simbólico, hemos considerado para '*mayor validez*' de nuestra investigación, las consideraciones que a este respecto toma en cuenta *la ética etnográfica*. El énfasis entonces se situó en la validez del contenido, la validez del acceso metodológico y el formato narrativo, lo que nos permitiría asegurar una cierta calidad cualitativa.

Asimismo, para la contrastación de los hallazgos que íbamos efectuando se operó con el criterio de *triangulación*. Esta estrategia metodológica nos permite realizar el '*control de calidad*' como se ha denominado en la investigación cualitativa.

En relación a esto se *determinó comparar la coherencia entre los discursos*. Vale decir, el discurso oficial procedente desde el Ministerio de Salud contrastado con las concepciones y praxis de quienes deberían llevarlas a efecto (los terapeutas). Paralelamente, confrontar aquello con quienes reciben el tratamiento. A su vez, todos los discursos recogidos en la dimensión del tratamiento médico-oficial se constroen con la '*perspectiva alternativa*' de la Comunidad terapéutica contemplando las mismas categorías. De tal manera podríamos reconocer la coherencia entre Directivos y Terapeutas de este otro espacio, y a su vez cotejar esto con las percepciones de quienes reciben este tratamiento.

También se contemplaron datos estadísticos, encuestas epidemiológicas, antecedentes antropológicos e históricos que posibilitaron un panorama general del problema. Como se puede observar se realizó un cruce de aspectos que abordan el fenómeno para alcanzar una comprensión global del tema.

2. ANALISIS DE CONTENIDO**

Las entrevistas individuales en profundidad fueron grabadas en cintas magnetofónicas y transcriptos e impresos en documentos de trabajo.

El análisis de los discursos y/o textos resultó complejo. Esto porque de acuerdo a la literatura consultada existen *a lo menos tres tipos de análisis de contenido*. "Un primer tipo está asociado al análisis cuantitativo; un segundo tipo va unido a la tradición semiótica y la crítica literaria orientada al análisis estructural del lenguaje; un tercer tipo, es el enfoque narrativo de metodología cualitativa que analiza el contenido del discurso y se basa en los postulados de la escuela crítica, del postmodernismo y del constructivismo"⁽³⁵⁾. *Nosotros adoptamos el tercer tipo de análisis planteado que se centra principalmente en la labor de interpretación del discurso, más que en el recuento o asociación estadística de los elementos que contienen los relatos.*

De acuerdo a lo anterior el material recogido ha sido

** J.I. Ruiz. op. cit., pág. 192. Por análisis de contenido se entiende no otra cosa que, 'una técnica para leer e interpretar el contenido de toda clase de documentos y más concretamente, documentos escritos'.

trabajado de forma manual, con ayuda de procesador de textos.

Se procedió a recodificar la información siguiendo un criterio temático de los materiales, estableciendo el agrupamiento de tipos de proposiciones o sentidos comunes acerca de un tema, la relevancia de éstos por parte de todos los entrevistados, las relaciones de oposición o complementariedad entre discursos; las diferencias y coincidencias intra e inter categorías.

Los resultados son expuestos en forma de una 'descripción densa', considerando una primera parte de tipo fenomenológico o descriptivo, en donde se exponen los principales tópicos, de acuerdo al criterio anteriormente señalado, tal cual los entrevistados los plantean, en sus propias voces.

Una segunda parte, es una interpretación de los discursos, desde una perspectiva hermenéutica, intentando representar significados implícitos, los sentidos ocultos, las direcciones posibles de sus discursos, etc., es decir, se efectuó 'una interpretación de la interpretación' que los actores dan a sus actos, buscando "desentrañar las estructuras de significados y determinar su campo social y su alcance"⁽³⁶⁾.

La interpretación efectuada también tiene sus fundamentos en el paradigma constructivista, el cual entiende que es

⁽³⁵⁾ J.I. Ruiz. op. cit., pág. 197.

⁽³⁶⁾ J.I. Ruiz. op. cit., pág. 77.

el propio investigador el que crea los materiales y los analiza a través de una serie de prácticas de interpretación.

Finalmente se entregan *las conclusiones* de nuestra investigación, las cuales recogen y elaboran, desde el *marco teórico* dado, los discursos de los sujetos, las principales líneas temáticas y argumentales sostenidas y descubiertas a lo largo del proceso de investigación. Buscamos 'descubrir en la medida de lo posible', por lo tanto, el significado que los actos sociales denominados 'tratamiento médico tradicional' v/s 'tratamiento centrado en la persona' tiene para los actores de uno y otro, intentando develar de paso en qué medida las praxis examinadas expresan creencias y opciones de nuestra cultura.

V.- ANALISIS DESCRIPTIVO DE LOS DISCURSOS.

Una serie que se reduce a la referencia a tres temas centraron la atención de los entrevistados (Directivos, Terapeutas y Pacientes del Hospital y de la Comunidad). Los relatos de éstos hicieron *alusión a los factores que estarían a la base, como causa para que se produzcan las toxicomanías.* Luego, las opiniones se focalizaron en *los tipos de tratamientos más apropiados para rehabilitar.* Y, por último, se planteó el tema de *la dominancia del modelo médico respecto del tratamiento de las toxicomanías.*

Frente a cada materia se observaron diferencias que confrontaron a partícipes de un enfoque y tratamiento tradicional (médico-psiquiátrico), respecto de otro que cuestiona al recién mencionado y, propone poner atención a elementos de orden psicológico para comprender y tratar la afección. Por cierto, las oposiciones halladas contienen matices que se observarán en el transcurso de los análisis y en la ulterior interpretación.

A.- LOS DIRECTIVOS

I.- Acerca de lo que causa el encuentro con las drogas.

Un tema de importancia dentro de las narraciones se relaciona con la referencias efectuadas en torno a aquello que daría origen al vínculo con sustancias tóxicas.

Los discursos de Directivos (de Hospital y Comunidad)

presentan cierta homogeneidad en relación a lo que da lugar al encuentro con drogas. De manera general, unos y otros, otorgan relevancia a factores psicosociales y socioculturales. La Encargada Nacional de drogas agrega a esto lo bio-químico como algo que también incidiría como elemento causante del fenómeno. Bautizando esta posición como 'explicación multicausal'.

1a.- Factores Psicológicos y afectivos.

En las entrevistas se hace énfasis en la presencia de problemas psicológicos de base en quienes se ven afectados por drogas. Esto se relacionaría con la conformación temprana de una afectividad teñida de experiencias negativas. Carencias afectivas, ausencia de figuras de apego, no sentirse reconocidos ni queridos, en algunos casos maltratos, etc., serían algunos de los factores influyentes para explicar por qué los sujetos se relacionarían con las drogas.

El problema tendría un origen remoto -en los primeros años de desarrollo-, a partir de la articulación de factores relacionales que revelan déficits psíquicos. De tal manera que ciertas desprovisiones psíquicas dificultarían a algunos sujetos la posibilidad de coexistir con pérdidas.

El deterioro en los modos vinculares habrían marcado al afectado como un sujeto frágil propenso a resolver de manera tóxica sus conflictos. Evitativo porque experiencias relacionales pretéritas han dibujado fronteras infranqueables respecto de los otros de quienes desconfía. Demandante de placer incondicional elude al otro anticipando una negativa.

"El problema de fondo no son las drogas, el fondo del asunto tiene que ver con el tipo de lazos afectivos que han internalizado". (Encargado Comunidad Terapéutica).

"Es un modo mediante el cual se consigue placer sin arriesgar lo que significa el encuentro con otro que puede sorprender con una negativa al placer que se demanda" (Encargado de drogas Hospital)

Los tóxicos entonces más que causa serían la consecuencia de una historia de vida. El pasado retornaría como cobranza de aquello no elaborado. El tóxico no sería causa, en tal lugar se ubicarían las disposiciones psíquicas más o menos acondicionadas para absorber una historia cargada principalmente de negatividad afectiva. Las drogas en tal contexto favorecerían la fuga frente al dolor.

"El problema del sujeto no es con la sustancia, el problema se armó antes de las drogas y entonces va más allá de eso". (Encargado Comunidad Terapéutica).

Al situar lo psíquico como causa se objetan posturas que remiten el problema a ciertos déficits orgánicos que incitan el consumo, lo que ha permitido que se refieran personalidades predispuestas a los tóxicos.

"Las drogas son sustitutos de muchas cosas en cualquier tipo de estructura psicológica, no hay predisposición en ningún tipo de estructura... consumir depende de cosas más subjetivas". (Encargado drogas Hospital)

Habría consenso en hacer residir en carencias de índole psíquica la solución tóxica. Se podría observar esto como un proceso que tiene inicio en las primeras experiencias

afectivas.

"Esto va desde cuando el niño hace una petición de amor a la madre y la respuesta que ésta emite a su hijo, desde allí se podría observar el proceso de un sujeto para vincularse luego con las drogas".(Encargado drogas Hospital)

Las toxicomanías hallarían su causa en sentimientos de integración falente a apegos que no representan acogimiento y también en la ausencia de modelos que orienten.

"Los modelos familiares cada vez son menos, no tienen porque guiarse. Las personas son muy pobres, sobre todo en lo que se refiere a lazos, a vínculos de pertenencia".(Directora Comunidad Terapéutica).

Se desecha la posibilidad de razones orgánicas o fisiológicas para explicar la necesidad de consumo de los sujetos. Las drogas entonces se requerirían como objetos que encubren aspectos psíquicos. Teniendo primeramente en consideración esto se podría, posteriormente, pensar en un lazo con algún objeto-droga que resulte necesario para el afectado. A esto usualmente se ha señalado como dependencia física. Desde esta posición, por tanto, lo orgánico se reconoce en status de efecto, es decir de síntoma.

"Una vez que llega el sujeto al tóxico por circunstancias psicológicas, ahí uno podría decir que hay drogas que generan dependencia física, como es el caso, por ejemplo, de los opiáceos".(Encargado de drogas Hospital)

"Para nosotros no existe la persona predispuesta al consumo... me cuesta creer que haya predisposición genética, esa no es la explicación, como muchos neurólogos sostienen".(Encargado Comunidad Terapéutica).

Se cuestiona de este modo el sustento bio-químico que ha dado cuenta del fenómeno, también porque ese enfoque ha dado lugar a tratamientos farmacológicos de compensación química.

"Cuando se habla de predisposición biológica se entiende un déficit dopaminérgico, que algunos lo asocian a lo genético- hereditario, lo cual lleva mecánicamente a buscar drogas y eso fundamenta el uso de fármacos que se dan para nivelar el déficit del aparato". (Encargado de drogas Hospital)

1b.- Factores Psicológicos y Neuro-químicos.

Quien se aparta en cierta medida de las posiciones de los Directivos antes citados es la Encargada Nacional de Alcohol y Drogas del Ministerio de Salud. Para esta coparticiparían como factores originantes, la persona, la sustancia y el ambiente. Su planteamiento (que sería el del Ministerio) entiende la génesis del fenómeno como multicausado.

"En el Ministerio estamos convencidos de que el problema de la droga no es un problema puramente físico sino una relación que se establece entre persona, sustancia, medio, sociedad" (Encargada Nacional Ministerio de salud)

Ciertamente el discurso oficial del Ministerio expresa esa multiplicidad de elementos comprometidos. "Las investigaciones recientes muestran que existen elementos causales tanto en el individuo (genéticos, bioquímicos, neurofisiológicos, psicológicos); como en su entorno y en la sustancia misma... los cuales se interrelacionan de diversas maneras".⁽¹⁾

⁽¹⁾ Prólogo a "Las Orientaciones Técnicas para el tratamiento y

Se aprecia en estos planteamientos el reconocimiento que se hace de factores neuro-químicos junto a otros que en interacción desatarían la afección. Esto distingue a la posición oficial de aquellos a quienes hemos citado, en tanto para estos el dato neuro-químico se relega a un segundo plano, puesto que se le considera efecto.

En todo caso lo que se extrae del relato de la Encargada del Ministerio, revela una postura 'ecclética'. Aparece tanto lo neuro-químico, cuanto lo psicológico como causas, no obstante, extrañamente su discurso ubica como posibles determinantes a ambos polos. Por un lado, aquella señala.

"... Ahora lo que acerca a las drogas no creo que pueda señalarse como una determinación biológica... hay una voluntad psicológica, hay un modelo social, hay relaciones que influyen".(Encargada Nacional Ministerio de salud).

Por otro lado, plantea

"... yo creo que para que ocurra que unas personas consuman y se hagan adictos y, otras no, tiene que ver seguramente con que biológicamente ciertas conexiones neurológicas son más débiles en unas personas que en otras al actuar en ellas las drogas".(Encargada Nacional Ministerio de salud)

1c.- Incidencia de Factores Culturales.

También se hace referencia a lo socio-económico y, principalmente a ciertas tendencias culturales que marcarían nuestra época, como factores que incidirían en la

emergencia de las toxicomanías. Recordemos que los pacientes que tienen a la vista los Directivos proceden (particularmente los del hospital) de la zona Occidente de Santiago, la cual presenta altos índices de pobreza, marginalidad, precariedad ecológica, delincuencia, etc. Elementos que parecieran facilitar el acercamiento a la droga.

"... hay padres cesantes, sin expectativas de futuro, la gente marginada, la pobreza". (Encargado drogas Hospital)

Sin embargo, más allá de las carencias materiales (cuestión que de acuerdo a estudios no tiene incidencia para entender las toxicomanías) se estaría articulando en nuestra cultura alguna inclinación hacia obtener placer sin que los modos para alcanzarlo supongan una reflexión respecto de los medios a los que haya que recurrir para alcanzarlo.

"Existe una fuerte tendencia cada vez más dominante a que los sujetos no observen los medios mediante los cuales conseguir placer y, eso hace que las personas busquen el tóxico como una vía directa al placer". (Encargada Nacional Ministerio de salud)

El espacio social contemporáneo favorece dadas sus características que los sujetos busquen en las drogas formas de rendimiento que les permitirían estar a las alturas de las exigencias requeridas, de modo tal que en la ingesta de sustancias encuentran cierto tipo de solución a las complejidades que la vida representa.

"Yo creo que la gente consume porque funciona mejor o es algo que lo hace trabajar mejor, o ser más entretenido o simpático, o buscan la droga para un momento terrible". (Encargada Nacional Ministerio de salud)

"... la causa es social, nuestra sociedad genera personas con características que encuentran en las sustancias respuestas a sus problemas". (Encargado Comunidad Terapéutica)

Se observa coincidencia entre los Directivos respecto de que se habría producido cierta mutación cultural que modificaría a su vez aquello que se asienta como valorable.

"Se trata de... mensajes muy subliminales que la sociedad hoy emite en dirección a la eficiencia... tiene que ver con problemas culturales, con los valores que se promueven, con el exitismo, con los valores materiales". (Encargado drogas Hospital)

"Se ha producido un trastoque de valores que lleva a que hoy todo se trate de conseguir con facilidad". (Directora Comunidad Terapéutica).

Determinadas formas de vida se asientan desde el espacio cultural al punto que esta atravesaría los cuerpos a través de las drogas, elemento que se habría tornado privilegiado para atenuar las exigencias que la misma cultura provoca.

"La adicción es el mejor ejemplo de como la cultura desgarrar los cuerpos, puede estar dentro de los cuerpos incluso químicamente". (Encargado de drogas Hospital)

En suma, las toxicomanías se ven comprendidas (si bien, la Encargada del Ministerio manifestara antes el compromiso del objeto-droga y/o a la estructura orgánica del afectado como causas) también en el campo simbólico de la cultura. Y en ese marco se inteligen como fórmulas de resolución de problemáticas existenciales.

"... De todos modos en el consumo hay una premisa que es el malestar existencial... las personas buscan una respuesta a sus problemas, y la respuesta que encuentran son las sustancias... las adicciones son

producto de algo que uno vive, dificultades en el camino de la vida, representan un síntoma de que algo no está funcionando en las vidas, en nuestra sociedad, como un malestar existencial".(Encargado Comunidad Terapéutica)

"El problema no es la droga, esta es sólo un síntoma de un malestar existencial de la persona".(Directora Comunidad Terapéutica)

II.- Enfoques Terapéuticos

Otro tema recurrente en los relatos tuvo que ver con los procedimientos terapéuticos tendientes a recuperar de la afección tratada. Para efectos de esta materia los discursos aparecen coincidentes en cuanto a considerar que el tratamiento habría de centrarse en los aspectos psicológicos que contextuaron el ingreso al consumo de drogas. Se trataría entonces de traer a escena el valor significativo del objeto-droga. No obstante, la Encargada del Ministerio plantea un 'tratamiento integral' que implica intervenir, además de lo psíquico, teniendo a la vista los procesos con que la medicina tradicional enfoca el fenómeno. Es decir, como veremos en adelante con desintoxicación y receta de fármacos.

2a.- Enfoque Terapéutico centrado en factores psicológicos.

El tratamiento que plantea atender a las variables psicológicas comprometidas en el fenómeno se inscribe en esta óptica en la medida que observa la posibilidad cierta de recuperación, dado que el problema excede el campo del 'destino necesario' que supondría un enfoque biologicista. Las toxicomanías se comprenden como un episodio pasajero, por ende, en la terapéutica se trataría de posicionar al afectado en el lugar de actor del problema.

"Una perspectiva humanista, en la idea de hacer al hombre protagonista de la historia y que mira a la drogadicción como un evento en la historia, no como algo que sea del destino, ni que le venga marcado desde antes por una raíz genética". (Encargado Comunidad Terapéutica)

Esta perspectiva sugiere que el afectado vaya confrontando

su nexa con las sustancias en el entendido que estas representan algo correspondiente con el espacio psíquico de aquel.

"El cuestionamiento que va realizando (en la Comunidad) de su relación con las drogas, de las condicionantes que le fueron llevando a su relación con éstas, le van permitiendo darse cuenta que su problema no son las drogas sino otras cosas".(Encargado drogas Hospital)

El gérmen psíquico del problema orientaría la dirección de la cura en el sentido de que habría que retrotraerse hacia lo deteriorado y desde allí reelaborar siguiendo un camino de reconstrucción. Se trataría en este proceso de instar a los propios perjudicados a hacerse responsables de su recuperación. Todo esto en función de que lo disminuido entre otras cosas es la capacidad de otorgar sentido a la existencia y la idea sería apoyar en orden a recobrar aquel sentido.

"... tratamos de apoyarlo en un proceso en que la persona se redescubre, va reconociendo una forma alternativa de vivir, un nuevo estilo de vida". (Encargado Comunidad Terapéutica)

"Más que todo es hacer que la persona se sienta acogida, se sientan amadas, sentir que no están solos, porque al final es un fenómeno psicológico que está viviendo, pero que realmente puede superarlo... noaotros abordamos la recuperación desde el punto de vista de la libertad responsable... creemos que es posible cambiar comportamientos con valores... permitiendo que la persona haga una experiencia de vida rica en calidad humana, que le devuelva el sabor a la vida, porque en el fondo los chiquillos perdieron el sentido, el horizonte".(Directora Comunidad Terapéutica)

2b.- Descripciones y críticas al tratamiento con rasgos bio-químicos.

Los Directivos de la Comunidad se muestran críticos del tratamiento con características médicas tradicionales básicamente porque limita la atención a aspectos propiamente somáticos a través del proceso de desintoxicación que efectúa.

"El tratamiento que se les ofrece a las personas que llegan a consultar y que vienen del hospital tiene que ver con haber vivido una internación y desintoxicación, pero no han sido motivados para proseguir en un programa que se hace cargo del problema de fondo". (Encargado Comunidad Terapéutica).

Los reparos al enfoque y prácticas señaladas guardan relación con disentir respecto de la explicación neuro-química en que se sustenta aquella posición.

"Desde el punto de vista médico dicen que faltarían sustancias químicas en el organismo, se consume pues faltaría esa sustancia... eso no lo compartimos". (Directora Comunidad Terapéutica).

El afectado al estar gobernado por un marco químico requeriría de un tipo de intervención que no contempla la participación de aquel. Esta misma lógica médica es la que acreditaría también el uso de fármacos.

"Desde la perspectiva médica la persona es un conjunto de síntomas en los cuales sólo cabe intervenir, y la persona misma, no interviene, el médico llega como frente a una máquina a solucionar el problema. Por otro lado, intervienen los remedios que son los grandes asistentes que tiene el médico para tratar los síntomas". (Encargado Comunidad Terapéutica).

Las impugnaciones al tratamiento médico se sostienen también en una crítica al modelo epistemológico al que aquel obedecería, el que para estos efectos se traduce en considerar al afectado como a un objeto.

"Nosotros necesitamos un sujeto para trabajar, no podemos trabajar con objetos. Esta es una premisa de las ciencias, trabajan incluso con las personas como objetos, nosotros requerimos arrancar desde otra premisa, que hay una persona, que hay un sujeto".(Encargado Comunida Terapéutica)

Por su parte la Encargada Nacional comparte que el tratamiento no se habría de sujetar sólo a desintoxicar, según indica se promueve exceder lo físico, puesto que restringirse a este nivel posibilitaría que las personas retornen a consumir.

"Si sólo se va desintoxicada no se ha hecho nada por esa persona, va a salir y va ir directo a consumir nuevamente, va a seguir su patrón normal de funcionamiento, pues no se ha hecho ningún proceso... lo que se promueve desde acá, es que hay que intervenir a otros niveles no sólo al cuerpo, con otros espacios de la persona... la idea no es enfocar el problema en la sustancia".(Encargada Nacional Ministerio de salud)

Sin embargo, paralelo a lo citado reconoce la necesidad de desintoxicar y de ocupar medicamentos, luego de esto plantea iniciar un período de motivación. A esto le denomina 'tratamiento integral'.

"Bueno se ha visto que para poder motivar a la personas a un trabajo de más tiempo pasa por una primera etapa de desintoxicación en hospital, en ese periodo se le tiene que ayudar con algún fármaco, hay que recuperar la voluntad de la persona para poder motivar después... si no

desintoxicas y usas fármacos no tienes por donde meterte, después de eso puedes incorporarla a algún tratamiento".(Encargada Nacional Ministerio de salud)

Pese a las orientaciones que emanarían desde el Ministerio en una dependencia como el hospital, espacio en el cual supuestamente correspondería contemplación de las guías que propone el Ministerio, acontece que se producen diferencias de acuerdo a lo que plantea el Encargado de Drogas de aquella institución.

"Algunos en el hospital tratamos de mostrar más la importancia de la hipótesis psicológica, pero esto no es compartido por los psiquiatras... producto del modelo médico es difícil mantener a un paciente en el hospital sin darle fármacos. Hay que reconocer que hay una contradicción dentro del hospital, la tendencia es no dar fármacos, pero se hace".(Encargado drogas Hospital)

El Directivo citado cuestiona este modelo que se cimenta en lo bioquímico que no tiene en cuenta lo psíquico y que pretendería readaptar a los afectados.

"En la visión clásica no hay presencia de un sujeto, éste no importa, es un cuerpo biológico, es un organismo descompensado, para poder equilibrar ese organismo se dan fármacos... tras el modelo de tratamiento de la psiquiatría hay una cultura del acto clínico, más bien pensando en la readaptación".(Encargado drogas Hospital)

El Encargado de la Comunidad interpreta esto como parte de los procedimientos que más bien expresan la dificultad de las instancias tradicionales para responder al fenómeno con arreglo a la complejidad que lo constituye, esto fundamentaría la recurrencia a los medicamentos.

"... en ese sentido más que resolver el problema de la persona se trata de reducir la angustia y la incapacidad de dar una respuesta... se echa mano a lo que mejor se conoce, la farmacopeia. Por ejemplo, qué respuesta da el Ministerio de Salud a las drogas... crear un centro de desintoxicación...". (Encargado Comunidad Terapéutica)

2c.- Acerca de la desintoxicación, de la abstinencia y del uso de fármacos.

Los procedimientos que típicamente ocupa el modelo médico para abordar las toxicomanías son objetados por los Directivos, si bien la posición de la Encargada del Ministerio se muestra ambigua frente a este asunto.

En la medida que la problemática toxicómana se perspectiva como efecto de conflictivas psíquicas resultaría incongruente prescribir medicamentos. Correspondiente con lo apuntado previamente aquello implicaría contradecirse al centrar la atención en el objeto como que si el fenómeno tuviere su punto de emergencia y residiera en el espacio bio-químico.

"... siguen dando fármacos, nosotros partiendo desde la perspectiva de que el problema no es la droga sino la persona, no damos drogas... pienso que si un cuerpo está intoxicado con drogas y le meto más drogas... no sé, no estoy de acuerdo". (Directora Comunidad Terapéutica)

Respecto de *la prescripción de medicamentos* la Encargada Nacional señala que *no es un tema sobre el cual el Ministerio tenga una particular definición* (es decir, tal como frente a la totalidad de los temas que involucra el fenómeno se dejan abiertas las posibilidades de acción). Se

considera que todos los modos de intervención poseen legitimidad, y en ese contexto los medicamentos son funcionales para atenuar sintomatologías derivadas de la privación.

"El uso de fármacos es un tema que se deja abierto, no hay una definición desde el Ministerio... se deja abierto a las distintas modalidades de tratamiento, son opciones igualmente válidas... los que usan fármacos son médicos, hay un sinnúmero de razones para usarlos, para aliviar la ansiedad, para bajar los síntomas del síndrome de privación. Pero no es que el Ministerio se adscriba al uso de fármacos". (Encargada Nacional Ministerio de salud)

Tal 'eclecticismo' respecto de la fijación de criterios es criticado por el Encargado de Drogas del hospital, pues las políticas tenderían finalmente a centrarse en la determinación de sanciones.

"Las políticas que se articulan para el tema drogas no fijan criterios respecto de las formas más adecuadas de rehabilitación, hay más preocupación por dictar leyes para sancionar". (Encargado drogas Hospital)

La posición tradicional que procedería centrando la atención hacia el afectado en los aspectos orgánicos 'tácitamente' obstruiría el compromiso subjetivo que constituiría de fondo al problema de las toxicomanías. A contraparte se plantea como reemplazo (en lugar de los fármacos) un proceso de reconstrucción psíquica.

"La perspectiva médica que se centra en el cuerpo incide en las formas que adquiere la prevención, el tratamiento y la rehabilitación... De esta forma, puestos frente al problema no se habla de cuanto limita la libertad de la persona, cuánto impide expresar de manera sana los

sentimientos y cuánto esto de las drogas no es la causa sino el efecto... cuando llega el momento de intervenir sobre la persona en el hospital sigue dominando la perspectiva médica respecto del paciente y que justamente sitúa a la persona en la incapacidad de hacerse parte de la respuesta... en nuestro caso el sustituto es la autoayuda que es uno de los fundamentos del programa, este es el sustituto..., el ambiente familiar, donde se generan fuertes lazos afectivos y donde la persona empieza a descubrirse como tal, tiene espacios para reflexionar respecto de sí mismo". (Encargado Comunidad Terapéutica)

Incidiría en hacer frente de modo 'bio-químico' al problema que las disciplinas científicas no se pregunten porqué se demandan tóxicos y reduzcan su investigación a señalar cómo acontece el fenómeno neuro-químicamente. Se buscaría a través de esto adaptar al sujeto a los cánones de funcionamiento requeridos por la cultura.

"... las neurociencias han avanzado en definir cómo funciona la mente, pero se sabe muy poco del por qué, frente a esta carencia la respuesta es tratar las adicciones con fármacos... es un problema cultural pues no se quiere escuchar la demanda del paciente, lo que se quiere es una adaptación rápida del sujeto a la cultura por eso se medica... Se le quita al sujeto el compromiso ético respecto de sus actos". (Encargado drogas Hospital).

Los efectos prácticos de una óptica que se centra en desintoxicar tendría efectos contraproducentes respecto del propósito perseguido. En lugar de abandonar las sustancias se entiende que la desintoxicación permitiría de cierta manera 'imaginarizar' cierta higiene corporal que incitaría a continuar consumiendo.

"Yo creo que las personas ingresan al hospital en pos de desintoxicarse... limpiar sus cuerpos pues de ese modo pueden volver a

consumir".(Encargada Nacional Ministerio de salud)

Se derivaría de lo dicho que la desintoxicación posibilitaría que el afectado descentre el compromiso psíquico que contendría el problema. Correlato de esto es que se articularía una suerte de pérdida de propiedad de sí mismo poniendo a disposición de otros la resolución del problema.

"... lo que se ofrece es una solución que no cuesta tanto, que no tiene tanto dolor de por medio... se trata de eliminar la droga del cuerpo, como que si lo que estuviera involucrado fuesen sólo drogas sin darse cuenta que el problema es vivencial".(Encargado Comunidad Terapéutica)

"... se puede tomar el cuerpo y medicamentarlo, la persona pierde propiedad sobre su cuerpo".(Encargado drogas Hospital)

El enfoque tradicional dadas las técnicas con que aborda el problema pareciera clausurar la posibilidad de significar dinámicamente el vínculo que el afectado establece con las drogas. Se actúa en cierto modo asfixiando lo que el fenómeno pretende expresar, en tanto el nexo que se estructura contendría indicios que representan aquello que nuestra cultura se niega a incorporar, esto es, la muerte como parte del ambiente existencial.

"Existe una cultura del acto médico también dirigida al problema de las adicciones. Esa cultura expresa un no querer saber sobre el significado de ese acto... tras el modelo clásico de la psiquiatría que opera en casi todas las unidades que atienden adictos, hay ese no querer saber... no hay preocupación por el acto del sujeto... el adicto de algún modo representa la pulsión de muerte por eso se le aleja, a la pulsión de muerte no se la reconoce dentro del mundo y se buscan vías evasivas para tomar distancia de esa pulsión... esto es tratar de

entender el problema de las adicciones como un problema psiquiátrico más que puede ser abordado como otras patologías psiquiátricas".(Encargado drogas Hospital)

Al comprenderse el problema en el trazado neuro-químico ha resultado parte consustancial de los procedimientos terapéuticos requerir al afectado abstenerse de ingerir sustancias tóxicas. Se entrega una indicación que se restringe a alejar el objeto del sujeto, sin que se promueva un proceso reflexivo que permita al afectado significar la relación que ha establecido respecto de los tóxicos.

"... el modelo psiquiátrico clásico trabaja con la abstinencia en el sentido de mantener la droga a distancia del sujeto... en el sentido de tenerla lejos sin que el sujeto se cuestione el consumo".(Encargado drogas Hospital)

Centrarse en la abstinencia favorecería que el afectado busque la posibilidad de suplir con fármacos la privación a la que se le somete, lo cual es leído como mero simulacro de un proceso cierto de rehabilitación y más bien contribuiría a que no se abandone el hábito toxicómano.

"... Una persona en abstinencia va a buscar la relación con el médico para que le recete fármacos sustitutos, de ese modo el médico actúa como cómplice de la persona... y esto bien puede ser una causa para que las personas no decidan abandonar las drogas".(Encargado Comunidad Terapéutica)

Se plantea, por último, como algo entendible que una propuesta terapéutica que implica comprender al afectado como a una entidad activa en su proceso de recuperación

resulte más compleja y menos atractiva para los propios afectados.

"Seguramente el camino de la Comunidad es mucho más difícil, más comprometedor por lo menos en una primera percepción".(Encargado Comunidad Terapéutica)

III.- Acerca de la praxis médica.

Un tema que de algún modo circunda lo previamente expuesto guarda relación con la dominancia del modelo médico respecto del tratamiento de toxicomanías. *Se señala que el patrón de asistencia estaría definido por las pautas médicas toda vez que el mismo tinglado social sitúa a esa tradición como la ilustrada frente al tema.*

"La ignorancia en torno del tema proviene desde la misma cultura y desde los representantes que la cultura erige como expertos y que en definitiva los sitúa como sabios...".(Encargado drogas Hospital).

El punto es compartido, en tanto el poder adquirido por la propuesta médica de atención procede de las diversas instancias sociales y profesionales que han otorgado status de incuestionable a los criterios que ocupa esa praxis.

"Yo creo que el rol que nosotros mismos damos al médico le otorga cierto status para tratar problemas de salud... Nosotros le seguimos entregando un rol de poder... es cierto, por unas vías u otras los médicos mantienen el poder, lo tienen, pero también porque nosotros se lo otorgamos..., por ejemplo, los psicólogos siguen ocupando el DSM-IV, que es seguir ocupando criterios médicos".(Encargada Nacional Ministerio de salud)

B.- LOS TERAPEUTAS.

I.- Acerca de lo que causa el encuentro con las drogas.

Tal como en el anterior apartado nos ocuparemos de tratar en primer lugar aquello que responden los entrevistados en relación a lo que podría suscitar el encuentro de los pacientes con las drogas. Para efectos de mayor comprensión hemos separado las opiniones que se orientan hacia factores psico-sociales respecto de otras que se orientan hacia factores bio-químicos.

Iniciaremos el análisis de los textos con aquellos que centran la mirada en lo psico-social. Anticipamos que dentro de este contexto se visualizan opiniones que correspondiendo con el distingo 'psicológico' derivan hacia críticas, por ejemplo, a planteamientos que indiquen que el punto de origen de las dependencias se encuentre en la ingesta de tóxicos, así también, alguno que indica como gatillo de las toxicomanías a lo cultural, etc. Hemos de recordar además que quienes aquí vierten su parecer son los que se encargan del tratamiento, unos en el Hospital, otros en una Comunidad Terapéutica. Esto es importante recordarlo pues, particularmente los formadores de Comunidad, también fueron pacientes-adictos. Esto en ocasiones los mueve a que en referencia a algún tema, tiendan a complementar experiencias de los que hoy son pacientes con la de ellos mismos rememorando experiencias de cuando también lo fueron.

1a.- Factores Psicológicos y afectivos.

Aquello que aparece como vía de acceso explicativo para encontrarse con las drogas se vincula con una serie de factores de índole propiamente afectiva de acuerdo a los terapeutas de la Comunidad. Estos refieren básicamente al tipo de vínculo que marcó la relación de los pacientes con sus padres y que posteriormente emergerían como vacíos que tienden a encontrar satisfacción a través de drogas.

En tal sentido los terapeutas recaban como factores psicológicos estructurantes de la afectividad de los pacientes la falta de seguridad afectiva, padre ausente-proveedor, madre encargada de crianza, deseo de tener a padres cerca, familias no-estimulantes, familias que no dan buenos ejemplos, padres permisivos y/o autoritarios, carencia de comprensión, falta de diálogo y confianza, maltratados, etc.

"La mayoría de los casos corresponden con problemas en la familia, con frustraciones, se trata de jóvenes que añoran haberse sentido seguros, con padres cercanos. No me he encontrado con casos en que se relate una familia rica en estímulos que de buenos ejemplos, que haya entregado afectos... Siempre con algún exceso, o les han permitido todo o les han negado todo". (Terapeuta Comunidad 1)

Como se puede observar la falta de seguridad, de apego, de cercanía, marca en alguna medida el pasado de esos infantes que, ulteriormente, de acuerdo a la interpretación de los terapeutas les habría inducido a la ingesta de drogas. Se trata de vínculos afectivos tendientes al desamparo, a la incongruencia de mensajes emanados desde el padre y la madre, con tendencia a compensar mediante lo material.

"Por ejemplo, un paciente me relataba que su padre no estuvo físicamente, nunca lo sintió cerca. La imagen paternal no la tuvo ni siquiera lo retaba. Su padre era permisivo, no lo acompañaba como le hubiese gustado. Por eso al intentar poner orden no lo consideraba. Su madre era muy autoritaria. Ella era la que marcaba. Su padre creía que pasando dinero suplía lo que su hijo necesitaba, pero no necesitaba dinero sino que lo fuera a ver jugar fútbol. Su madre ponía reglas, el padre no estaba para hacerlas respetar. Eso lo llevó a la confusión, no sabía para donde iba la pelota. Siempre se sintió incomprendido, sólo, no vinculado a su familia, ajeno. Eso mismo lo llevó a llamar la atención de sus padres, comenzó a drogarse..." (Terapeuta Comunidad 2)

Ajustados a lo que se señala en los relatos podemos señalar que los terapeutas rescatan desde sus pacientes imágenes formativo-familiares que finalmente distanciaron a estos de sus familias, que implicaron no ver en aquellas a referentes de acogida, comprensión, ni tampoco de reglas a las cuales ceñirse. Lo dicho es significativo en tanto permitiría aislar factores de crianza que podrían haber configurado la estructura psíquica de antiguos infantes con rasgos que posteriormente favorecieron la compensación de falencias afectivas mediante drogas. Lo señalado por los terapeutas no deja de ser riesgoso en términos teóricos pues induciría a una figura mecánica que implicaría que cierta estructuración síquica tendiente a lo carente en cuanto a lo afectivo llevaría necesariamente al consumo de drogas posteriormente. No obstante, hemos de destacar que tal ligazón fue señalada por aquellos, asentados en la casuística que da la experiencia de casos atendidos, es decir, no en un contexto en que afirmen una relación lógico-causal.

Por otro lado, nos parece importante rescatar la opinión de uno de los Psiquiatras, el único funcionario de Hospital, que refirió algún rasgo psíquico como factor explicativo.

"No todos los jóvenes caen en las redes del tóxico, sino, sólo aquellos ineptos para afrontar problemas de adaptación que la misma vida encierra".(Psiquiatra 1)

En este caso se remite a cierta carencia aptitudinal no definida pero que implicaría dificultades para adaptarse a la realidad. El Psiquiatra no precisa lo que produce la ineptitud adaptativa señalada, sin embargo, ello se relacionaría con un posterior consumo de tóxicos.

1b.- Carencia de identidad.

Otro factor inscrito en terrenos psicológicos que se invoca guarda relación con cierto déficit en el plano de la identidad. Tal carencia se suscitara a partir de que los pacientes -cuando niños-, no habrían sido reconocidos por sus padres en tanto éstos ausentes, lo cual incidiría en la merma de modelos identificatorios. *Este cuadro facilitaría la búsqueda de identidades en personas y grupos donde ser percibido como alguien valorable.* En este caso obtener identidad a través de un grupo de acogida en que el consumo de drogas ocuparía un lugar que otorga status.

"Las últimas generaciones no han tenido modelos de identificación, entonces tienden a identificarse con cosas, con objetos,... Se identifican a través de las drogas, el calificativo adicto ya hace que se ubique a la persona, una persona que no era identificada por sus propios padres. Ellos no fueron modelo, ni siquiera para criticarlos pues no estaban... En sus casas eran nada, entonces siendo el mejor

consumidor, se es líder, así se identifica, es requerido...".(Terapeuta Comunidad 3).

1c.- El significado de las drogas: el objeto-droga como efecto y sustituto.

Este aspecto adquiere relevancia en la medida que los terapeutas plantean que lo hallado en su experiencia con pacientes revela que las drogas ocuparían el lugar de sustituto en la economía psíquica de aquellos. Es decir, dada una historia personal de ausencias, de afectos que han dejado grietas y resentimientos, los jóvenes habrían buscado a través de grupos de consumidores aquello no obtenido en su pasado.

"A través de las drogas ellos han encontrado protección, pequeños afectos... se encuentran con las drogas por resentimiento, resentidos por la ausencia de sus padres, de no ser considerados, por rebeldía, por llamar la atención".(Terapeuta Comunidad 4).

Ligado a lo anterior los terapeutas de Comunidad refieren a las drogas como efecto. Esto, si bien, reconocen que en un primer momento los pacientes no remiten su vínculo con drogas a problemas de tipo psicológico. Más aún, al comienzo plantean que sus problemas se originan por el consumo de drogas. *No obstante, al cabo de un tiempo comienzan a emerger ciertas grietas que habrían constituido la vida afectiva de los afectados. Aquellas habrían configurado un cuadro psíquico complejo en el cual el consumo se situó como objeto privilegiado de resolución de conflictos no tratados.* Este circuito es el que convence a los terapeutas para decir que el problema no arranca desde las drogas, sino, desde malestares psíquicos.

"Casi ninguno piensa que tiene un problema más profundo, piensan que su problema es la droga no más, ni siquiera la droga, sino la mucha droga, piensan que si consumieran más moderadamente se solucionaría el problema... nosotros pensamos que el problema no es la droga, y no es que las drogas no sean problema, queremos decir que el problema de la dependencia es la consecuencia de un malestar más profundo, de un malestar interior de la persona". (Terapeuta Comunidad 4)

Dentro de lo que se recauda como relevante en este punto es que se desvirtúa a partir de lo señalado por los terapeutas la extendida idea que ubica a las drogas como germen maligno. En oposición a esto localizarían en la acumulación de emociones no elaboradas el punto de arranque que posteriormente se expresa como encuentro con un objeto que permite evadir el recuerdo de aquello no procesado.

"... la drogadicción más que nada es enfermedad de los sentimientos, se empezaron a reprimir nuestras emociones, nuestras rabias, penas, impotencia... nunca lo expresamos, se fue guardando, se fue acumulando pero como eso de una u otra forma está presente... los lleva a drogarse y a evadir esos sentimientos". (Terapeuta Comunidad 3)

1d.- Afectividad familiar con características patógenas.

Siguiendo el planteamiento que apuntaría a elementos de la afectividad y de la construcción psíquica como factores de base para el encuentro con las drogas, los terapeutas evalúan que ciertas dosis de desequilibrio se habrían larvado en los vínculos afectivos tempranos.

"Hoy los padres dan todo, o, al menos, eso quieren, son consumistas, tratan a través de cosas suplir su ausencia. Es una manera de no quedar despegados de sus hijos, de buscar un lazo eterno. Así, los hijos tampoco se despegan de sus padres. Por eso cuando se frustran, no lo

maduran, no lo reflexionan, no aceptan perder. Entonces reemplazan la pérdida con drogas entre otras cosas."(Terapeuta Comunidad 1)

La ausencia se suple con objetos, los que operarían como nexo afectivo, de esa manera los afectados vivieron relaciones afectivas de no tener (a los padres), pero de tenerlos mediante sustitutos. El efecto sería suplantarse mediante objetos y no apoyar el proceso de renuncia, de tolerancia a la frustración, lo cual favorecería posteriormente la desesperanza frente a la pérdida y el que los jóvenes busquen auxilio en las drogas.

1e.- Incidencia de factores Culturales.

De acuerdo a lo que se plantea existiría un contexto que opera como telón de fondo que se desplegaría con especial énfasis en esta última época. Los rasgos más notables tienen que ver con la estructuración de una sociedad que tiende a marcar el egoísmo en las relaciones interpersonales, se promueven ideales de éxito que favorecen que las personas midan sus logros con arreglo a criterios superficiales, desconcentrándose de lo personal. Las personas en esta época se centran en el consumo, en lo televisivo, en los quehaceres hogareños, en el trabajo, etc., olvidándose de sí mismas y de la expresión de afectos.

"Esta es una cultura que no promueve para nada la solidaridad, mientras yo esté bien, está todo bien, vivimos en un egoísmo salvaje... esto afecta porque se promueven meras fantasías, y la gente se la cree... te crees que tienes que usar cierto tipo de ropa para estar feliz... voy teniendo una identidad que está basada en lo externo y no en lo interno... la cultura actual promueve lo superficial... el consumo se

transformó en una droga, las personas se están tratando de evadir y está la tele,... las mismas dueñas de casas se evaden, esos mismos trabajos medio obsesivos que hacen... tener todo limpio, ser super responsables, hasta qué punto esa mujer ha satisfecho sus necesidades humanas, se ha preocupado de ella misma... el mismo trabajo, gente que se jacta de ser trabajólica... es mucho más fácil trabajar que ir a la casa y expresar cariño a los hijos, a la esposa..."(Terapeuta Comunidad 3)

Lo anterior se expresa de otro modo cuando se subrayan los énfasis valóricos que dominan en la cultura actual, señalándose que el medio social competitivo ha reemplazado las manifestaciones afectivas por la obtención de objetos.

"... falta de comunicación, todos preocupados por ganar plata, falta de entrega de afecto, padres que tienen todas las cosas, pero... y el cariño, abrazar, jugar... estamos en una sociedad competitiva donde lo que importa es tener... los paseos son ir a los shopping a vitrinear, a crearse ansias de tener cosas y a sufrir porque no las tenemos... claro, desde ese punto de vista la sociedad influye para que luego se consuman drogas, cuando ya todos los otros objetos no satisfacen".(Terapeuta Comunidad 4)

La sociedad influye pues se vive en un contexto económico-social que posibilita a unos el consumo y a otros les cercenaría expectativas y desestructura las familias.

"Creo que el origen está en los problemas sociales y culturales que existen... esto lleva al consumo, las drogas están en sus barrios... los pacientes vienen de familias desestructuradas, sin recursos económicos, sin expectativas, no tienen un sentido para vivir..."(Tratante hospital 3)

Es relevante recoger una opinión como la anterior toda vez que desde el hospital sólo encontramos su planteamiento

ubicando el estado actual de lo social como factor incidente en la ingesta de tóxicos. Sin embargo, también un psiquiatra de la unidad refiere factores sociales pero desde un tono crítico hacia quienes por 'incapacidad' frente a un medio competitivo responden de manera fácil refugiándose en las drogas.

"... jóvenes o adultos proclives a la adicción al no lograr sus personales intenciones pues carecen de capacidad y persistencia optan por lo más fácil, para aligerar esa desagradable ansiedad se refugian en las drogas ante un mundo cada vez más competitivo y exigente..."(Psiquiatra 1)

1f.- La toxicomanía causada por factores biológicos (el cuerpo demandante) o bioquímicos (la droga).

1fa.- La neurofisiología como causa.

Así como en el punto anterior la tendencia de los terapeutas particularmente de la Comunidad ubicó la génesis del encuentro con las drogas en factores psico-sociales, nos hallamos con que los terapeutas procedentes de hospital (no todos) se inclinan hacia factores biológicos. Es decir, al momento de definir que podría explicar que se produzca el nexo con las drogas se apunta hacia la constitución biológico-genética. Es importante destacar que no sólo se enmarca en aquellos terrenos la causa, sino que de paso se cuestionan otras opiniones que enfatizarían lo psico-social. Esto expresa en alguna medida que la polémica se siente en el ambiente que se hace cargo del problema. También a través de esto emerge alguna sugerencia relativa a lo que habría de considerarse a la hora de investigar respecto del problema.

"Contradigo a quienes hacen aparecer esto como una sociopatía, no es así, si está la predisposición genético hereditaria es poco o nada lo que se puede hacer para impedir que el problema de genotipo pase a fenotipo, es decir, se manifieste... estamos hablando de un síndrome adictivo, el gen sería un locus que está alterado en los cromosomas y se está ubicando el punto exacto, para algún día tener la llave que permita prevenir desde el vientre materno... O sea, no hay drogas malas, hay cerebros y cuerpos malos... yo destinaría muchos más recursos a la investigación genética que a otras cosas..."(Psiquiatra 1)

Otro psiquiatra de la unidad también sitúa el problema en territorios biológicos, pero de manera menos concluyente.

"Sí, hay factores predisponentes de tipo genético para consumir drogas. Si bien, no hay estudios concluyentes que permitan determinar qué es lo que determina el problema de las adicciones..."(Psiquiatra 2)

Por otro lado, también es posible recaudar una opinión que permite señalar que dentro de la perspectiva médica se tiende a enfrentar los casos de dependencia suponiendo que algo biológico está incidiendo de manera dominante. No obstante, en este caso lo que se plantea es la búsqueda de alguna patología asociada al consumo de drogas. Se trataría al parecer de ceñir el problema en un terreno conocido que facilita la operatoria del cuerpo médico. Se añade a esto que los médicos no se hacen cargo de los aspectos psicológicos que afectan al paciente sino sólo de los síntomas somáticos.

"Los médicos buscan trastornos psicopáticos. Por ejemplo, te comento un caso, llegó una chica de 14 años adicta al neoprén, allí comienzan a buscar alguna patología asociada..., si hay algo psicopático u otra cosa, pero el diagnóstico generalmente no les calza... con eso creo que justifican, por ejemplo, recetar fármacos... Creo que se busca una patología asociada pues se sienten más seguros... Los médicos no se ocupan de la parte psico-social de los pacientes, ellos delegan... se ocupan de los síntomas físicos... si hay problemas familiares o de otro tipo no es su tema".(Terapeuta Hospital 4)

1fb.- La química del objeto-droga como causa.

Nos pareció relevante marcar un distingo entre opiniones que ubican el origen en lo biológico respecto de aquellas que indican al objeto-droga como gatillante de un proceso toxicómano. Ciertamente se produce una especie de correspondencia-continuidad entre lo uno y lo otro tal como

lo apuntamos en el marco teórico. Sin embargo, estrictamente no es lo mismo suponer que un proceso dependiente de sustancias se produzca porque la biología del sujeto lo demanda, que suponer que los tóxicos desatan aquel proceso. Lo segundo no necesariamente subentiende a la biología como punto de origen, porque se podría señalar, por ejemplo, que un sujeto X, tuviese sólo cierta predisposición genética pero que si no se presentara la ocasión de consumir, consumiera en pocas cantidades, o, si consumiese sustancias blandas, no se desencadenaría la toxicomanía. Ahora bien, como se puede deducir, en este caso hipotético se le daría alta relevancia genésica al poder químico del objeto-droga, dejando en un nivel secundario lo que aportaría el sujeto en tanto entidad biológica. En todo caso nos parece importante recordar que nos importan estas finezas porque suponemos que las respuestas terapéuticas tienen cierta coherencia con el lugar que se apunta como génesis del problema. Pero bien, para el caso sólo una opinión se podría ubicar dentro del contexto que le da relevancia al tóxico aunque hemos de destacar que de manera sólo marginal.

"... yo soy partidario de que las drogas por su composición producen el problema por eso hay que alejar a los pacientes de ellas..." (Psiquiatra 1).

Otro par de opiniones señalan a los pacientes como portadores de la idea del objeto-droga como causa sin de paso entregar la opinión personal.

"Entre los pacientes si es dominante pensar que sus problemas se iniciaron como efecto de las drogas... los que están hospitalizados

tienen la visión de que las drogas son la causa de su males".(Psiquiatra 2)

Por último rescatamos desde un tratante de Comunidad algo coincidente con lo que plantea el psiquiatra sólo que realizando una apreciación que connota cierta crítica al tratamiento médico. Se señala que aquello a lo cual se enfoca la atención, es decir, el cuerpo, el otorgamiento de fármacos sustitutos, esto, dentro de un contexto de brevedad, contribuyen a que los pacientes se forjen y refuercen la idea ya preconcebida de que las drogas son el punto de arranque de sus problemas y no sus propias problemáticas personales.

"En 10-15 minutos que se les da a los pacientes en los servicios de salud, apenas alcanzan a describir cuánto han consumido, desde cuando, la cantidad que consumen... lo que va a hacer el médico es fijarse en la salud corporal y darle algunos medicamentos sustitutos que lo ayuden a mantenerse sin la otra droga, pero eso no está resolviendo nada, sólo refuerzan el pensamiento de que el problema son las drogas y no la persona".(Terapeuta Comunidad 4)

II.- Enfoques Terapéuticos.

Frente a lo terapéutico se distinguen básicamente dos formas de enfrentar el fenómeno. Una que privilegia elementos psicológicos, otra, que privilegia echar mano a procedimientos ligados al tratamiento tradicional de la medicina, esto es, hospitalización, uso de fármacos, etc. En tal contexto hallaremos fundamentos para optar por un camino u otro, como también críticas, desde un enfoque

hacia el otro.

2a.- Enfoque Terapéutico centrado en factores psicológicos.

Hemos de destacar que quienes se inclinaron por procedimientos terapéuticos de índole psicológica fueron los terapeutas procedentes de la Comunidad, añadido a éstos, una de las personas que se encarga de una parte del proceso en el Hospital. Esto ciertamente es explicable en tanto que aquellos se rigen por un enfoque que supone que la problemática arranca desde incidencias afectivas. Esto influye la óptica terapéutica pues centran su trabajo en elaborar conflictivas que a su juicio constituyeron el psiquismo de los pacientes. El supuesto consistiría en que la estructuración psíquica de aquellos enmarcaría las formas de enfrentar ulteriormente las problemáticas vivenciales. Los condicionamientos psíquicos habrían preparado el terreno para ver emerger a futuros dependientes. Esto explica que la atención se concentre en el procesamiento de aquello que en el pasado se ancló y determinó en cierta medida los modos de ser de los afectados. Las opiniones que se vierten se orientan a indicar los factores que se consideran en el proceso y los cambios que se producen como fruto de una suerte de catarsis respecto del pasado, de aquello que configuró a cada personalidad.

"Trabajamos el darse cuenta, reconocer problemas, reconocimiento y cumplimiento de normas, que cambien hábitos"(Terapeuta Comunidad 2)

"La idea es que los pacientes busquen que los llevó a consumir, se busca que retomen dolores pasados".(Terapeuta Comunidad 3)

"... con el tratamiento se espera que conozcan sus cualidades, miedos, trabajar límites, que adquieran herramientas para enfrentar la vida, que dejen de consumir como fruto de un crecimiento personal..."(Terapeuta Comunidad 4)

Se podría decir que el trabajo se centra en una especie de re-conocimiento de sí mismo lo que supone procesos de reflexión guiada respecto de hábitos, virtudes positivas y negativas, temores, el grado de reconocimiento de normas, confrontación con dolores del pasado, etc. Esto es parte del proceso que permitiría pesquisar factores que indujeron al consumo de drogas. El horizonte de este trabajo se relacionaría con que gradualmente las personas reconozcan conflictos y límites de convivencia, que sean capaces de sujetarse a normas, cambiar costumbres, y, en general se produzca, lo que denominan crecimiento personal mediante el autoconocimiento.

Desde un ángulo más bien crítico una Terapeuta del hospital señala lo que no se realiza en aquel y lo que, según su juicio, habría de tenerse en cuenta en el tratamiento. Al respecto plantea que habría de considerarse la situación socio-económica de los afectados, lo cual afecta seriamente las posibilidades de reinserción, en tal sentido sería apropiado un trabajo ligado a los aspectos que contextúan el estado social de los pacientes.

"En el Hospital no podemos hacer un trabajo con la Comunidad como era mi propósito cuando llegue aquí. Pensé poder relacionar los casos con redes de apoyo y trabajar estrechamente con los consultorios. Hay que observar la situación económica de ellos, si no trabajamos con la Comunidad creando fuentes de empleo y en la reinserción educacional favoreciendo una mejoría en su calidad de vida, no sirve de nada lo que

se hace. Es necesario un trabajo más prolongado con los pacientes con terapia y un trabajo social más profundo, que les ayude a ver su vida de distinta manera."(Terapeuta Hospital 3)

Se observa como propuesta un tratamiento que se centra en factores que permiten a los pacientes la re-presentación de problemáticas, las cuales fueron definiendo históricamente sus modos de responder a conflictos. Esto permite de acuerdo a los tratantes de Comunidad una serie de cambios frutos de la reelaboración de un pasado que los marcó y que hoy mediante tratamiento visualizan la re-emergencia de personas capaces de reconocer dolencias afectivas, capaces de enfrentar problemas, de respetarse a sí mismos, de valorar el mundo de otro modo.

"Mi propio caso es expresivo de lo que logramos en la Comunidad, por ejemplo, descubrí que era una persona carente de afectos, en soledad, que no asumía responsabilidades... Aprendí a valorar lo simple, a darle un sentido a la vida, antes no era autónomo, no quería existir. Después del programa tengo conciencia de mis actos, incluso muchos de los que no consumen nunca logran la conciencia que uno logra. El tratamiento te hace más profundo, encarar los problemas, eso hace más entretenida la vida que evadirlos... Ahora trabajo aquí porque me cautiva apoyar a otros..."(Terapeuta Comunidad 2)

"Esto es un trabajo de hormigas, los que salen de aquí promueven algo distinto, esa diferencia es que se quieren, se respetan, se sienten importantes, transparentes... sí, sabemos que no estamos cambiando el sistema social, pero sí a las personas".(Terapeuta Comunidad 3)

2b.- Descripciones y críticas al tratamiento con rasgos bio-químicos.

Desde la óptica de aquellos que sitúan la génesis del problema adictivo en planos psicológicos y, que

correspondientemente, plantean procesos terapéuticos centrados en la complejidades del pasado psíquico, se articulan críticas hacia aquellos que se ciñen a procedimientos que concentran su atención en el objeto-droga y/o en el cuerpo. Esta apreciación la fundamentan en que este tipo de tratamiento -correspondiente al modelo médico-, favorece que las personas no se hagan cargo de sí mismas, en el sentido de que no perciban que su vida psíquica ha sido el factor sustantivo que gatilló el encuentro con los tóxicos. Esto se sustenta en que aquel tratamiento se orienta básicamente a desintoxicar a las personas afectadas, se centra en los aspectos somáticos afectados, no trabaja los elementos afectivos comprometidos, ni la comprensión del fondo conflictivo que movió inicialmente al consumo.

"El paciente vive la desintoxicación, se siente bien, se le da el alta y vuelve al mismo medio, sin ninguna mayor comprensión sobre su problema... vuelve a consumir... lo tenemos aquí de vuelta".(Terapeuta Hospital 3)

"En hospitales son tratados como enfermos, y justamente, la idea es que ellos se hagan concientes de que el problema es propio. El es responsable de salir o no salir de las drogas. Además, al tratarlos como a enfermos no se tienen que preocupar de nada, reciben remedios, duermen, etc... es como estar en un hotel descansando para volver a consumir. En hospitales no se trata de trabajar con sus sentimientos, con su baja estima, etc.,... con ese sistema es imposible que cambie ese deseo que sienten de pegarse a alguien, de que los protejan siempre. Nosotros creemos que no se trata de una limpieza corporal, sino de un cambio en la persona, darle sentido a lo que se hace.(Terapeuta Comunidad 2)

Según los tratantes de la Comunidad el enfoque terapéutico

que se cimienta en el modelo médico contribuye al afianzamiento de la idea de que las drogas son el problema a resolver, en esa medida también se refuerza la idea de que es algo externo lo que está produciendo los daños, dificultando la reflexión respecto de sí mismo. Es decir, al intervenir el nivel somático se consolida la idea de que hay que mejorar el cuerpo.

"El modelo médico ubica la responsabilidad en el exterior, es responsabilidad del médico qué medicamentos va a dar, qué exámenes va a hacer, o qué tratamiento va a hacer". (Terapeuta Comunidad 3)

"La forma en que se aborda en los hospitales el tratamiento dificulta que se tome conciencia..." (Terapeuta Comunidad 4)

En la medida que la atención se ordene hacia factores bioquímicos los mismos pacientes asientan la idea de que el objeto-droga les ha complicado la vida. Esto afecta negativamente incluso, a juzgar por lo que señala un tratante, el modelo psicoterapéutico de la Comunidad, pues se percibe que no hay una pronta mejoría, a la par que se comienzan a demandar fármacos.

"En los hospitales y en clínicas donde se trata con fármacos, las personas tienden a pensar y tratar su problema como no propio, como externo, como de su cuerpo. Por tanto, piden que se actúe sobre el cuerpo pues eso es lo enfermo. Ese es un factor que nos juega en contra en la Comunidad, pocos, pero algunos piden remedios, sobretodo en la primera etapa, o si tiene algún problema nos acusan de que nosotros no mejoramos". (Terapeuta Comunidad 1)

Esto incitaría a dotarse de habilidades terapéuticas que permitan movilizar la problemática desde el objeto-droga hacia el sujeto.

"Los terapeutas deben tener la habilidad de hacer entender que ese no es el problema, que el problema es otro, y traspasar, el problema droga al problema yo persona, y eso indudablemente con una atención psiquiátrica, no veo por dónde".(Terapeuta Comunidad 4)

Por último, la crítica al modelo médico también se cierne sobre la tradicional intervención que toma como factor capital del tratamiento un periodo desintoxicatorio con abstinencia y cuidados farmacológicos. Al respecto se señala a la desintoxicación como algo secundario, pues la privación del tóxico y los efectos bio-psicológicos que esto produce, bien se pueden pasar sin fármacos.

"De acuerdo a nuestra experiencia en la inmensa mayoría no se necesita especial preocupación por desintoxicar basta con acompañamiento, con recomendaciones sobre los síntomas, lo que va a sentir al dejar de consumir".(Terapeuta Comunidad 1)

"En mi propio caso estando dentro de la acogida sólo quería salir pronto, pero estando dentro me di cuenta que mis problemas eran grandes. La abstinencia fue terrible, no podía dormir, pero me la pasé sin ningún fármaco".(Terapeuta Comunidad 2)

2ba.- Críticas al uso de fármacos.

Dentro del contexto crítico al tipo de intervención médica surge el cuestionamiento a la operatoria terapéutica que receta fármacos para regular ciertas sintomatologías propias de la abstinencia, o, en general, para incidir en el proceso de recuperación de los pacientes. Se discrepa, pues se señala que aquello supone no ocuparse de las problemáticas de la persona afectada ni favorece modificaciones fundamentales de ésta. *Más bien los fármacos*

operarían como suplentes de las drogas que se consumen habitualmente lo cual hasta es bien recibido porque a través de esto no dejan de ingestar sustancias.

"En mi caso antes de la Comunidad pasé por hospital, por una clínica psiquiátrica. Me dieron fármacos, para mi super bien, por un lado, tomaba, y, por otro, me daban drogas recetadas. Ellos se basaban sólo en lo médico, no había conversación, ni terapia, no se trabaja la superación, el cambio de la persona sólo se reemplaza una droga por otra". (Terapeuta Comunidad 2)

El cambio que se pretende, es decir, la modificación de hábitos de vida y el abandono de las drogas, no se obtendría mediante fármacos. Esto porque el trabajo psicológico no se podría sustituir a través de praxis bioquímicas delimitadas al estado somático del paciente.

"Un fármaco no puede reemplazar este trabajo que hacemos. Estos jóvenes no han podido tomar decisiones ni han sido escuchados. Dar fármacos les haría dependientes de otro tipo de droga, una recetada, pero no es posible que logren asuntos que son psicológicos, que tiene que ver con cambios en su vida, eso con remedios no se logra". (Terapeuta Comunidad 1)

2c.- La Rehabilitación; los problemas para una reinserción efectiva.

Dentro del enfoque que considera la estructuración psicoafectiva como elemento gatillante del encuentro con las drogas se señala como principal el proceso inicial de reinserción de los pacientes. Se menciona como criterio para egresar del proceso que las personas den signos que indiquen la posibilidad de enfrentar las vicisitudes de la vida por sí mismas.

"Las personas egresan de aquí cuando han demostrado que pueden salvar situaciones por sí solos".(Terapeuta Comunidad 1)

De acuerdo a lo que recabamos se trata de un momento de dudas, incluso se producen regresiones en tanto reflatan conductas infantiles demandantes de amparo, accesos de ira, tendencia a llorar, temen quedarse solos, etc., además, presentan problemas semejantes al momento de ingresar al programa, o sea, evaden responsabilidades, intolerantes frente a frustraciones, no se sujetan a reglas, tienden a posponer tareas, etc. Perciben el mundo, al otro humano, como algo desconocido y amenazante. Se requiere entonces recuperar la confianza en sí mismos y en el otro que han adquirido durante el proceso. Han de aprender a distinguir entre lo nocivo y aquello que les aporta.

"Vienen temores, reacciones de niños, los encontramos llorando, se enojan con facilidad, piden que los acompañemos a comprar, para quedarse dormidos, y parece que regresaran al inicio de su proceso, no toleran no poder hacer algo, se sienten inferiores, temen a todo lo que signifique confiar, piensan que todos van a querer aprovecharse de ellos, que los van a marginar. Allí debemos usar nuestras mejores capacidades y hacer que confíen en lo que han logrado en esta casa".(Terapeuta Comunidad 1)

El espacio Comunidad Terapéutica ha representado una instancia de acogida y amparo, una especie de burbuja de vivencias donde hay compañerismo, respeto, apoyo y responsabilidad, entre otras cosas, por lo mismo reemergen dudas y temores al momento de salir. Temen encontrarse con el mismo mundo que los llevó a las drogas. Estos signos hacen que sus familiares tiendan a sobreproteger a los jóvenes intentando resguardar las circunstancias que supone

la salida al mundo social.

"La mayoría de las familias tienden a sobreproteger la salida. Los padres que tienen buena situación tienden a querer ubicar en trabajos a sus hijos, y eso hemos de contenerlo. Ellos han de buscarlo. Si han de estudiar ellos han de decidir. Que salgan y golpeen una puerta y que se encuentren con el mundo. (Terapeuta Comunidad 2)

2d.- Tratamiento con enfoque bio-químico.

2da.- Descripción de procedimientos terapéuticos con tradición médico-psiquiátrica.

Respecto de este tema aparece, por un lado, la posición de los psiquiatras de la unidad de salud y, por otro lado, la posición de los profesionales no-médicos que también trabajan en el tratamiento que se presta en el hospital. Los primeros entienden el problema como arraigado en factores biológicos lo que implica evaluar el daño orgánico y justificaría procedimientos como la desintoxicación y el uso de fármacos.

"Yo propongo desintoxicación, abstinencia y evaluación del daño... los señores psicólogos muchas veces me han dicho a mí que no necesitan medicamentos porque no tienen daño... si no hubiese daño entonces de ser pacientes dignos de terapia... podemos usar la clorpromazina, el antabur, el ácido fólico, etc.,. El psicólogo dice sin fármacos, y yo me opongo a eso, muchos de nuestros pacientes con predisposición... y con morbilidad psiquiátrica necesitan medicamentos". (Psiquiatra 1)

Uno de los factores que de manera recurrente también aparece en el discurso que fundamenta el uso de fórmulas tradicionalmente médicas sería la presencia de patologías

asociadas en los pacientes las que por efecto del consumo exacerbaban su emergencia. Se requiere entonces realizar cierta higiene de tóxicos a nivel somático que permita la labor de recuperación de los afectados. Lo anterior se formula dentro de un contexto que cuida de aparecer como mera urgencia asistencial pues se confía en que este tipo de intervención es necesario dado que el riesgo es la muerte.

"La desintoxicación es necesaria, si no se mueren la próxima semana, el tipo de desintoxicación depende de la gravedad y deterioro producto del consumo, también la existencia de patología asociada lo que se hace presente con más virulencia con el consumo de drogas... es fundamental que limpie su cuerpo. Hay que detener el daño y limpiar a las personas, esto no lo hacemos para aparecer frente a la gente, frente a la opinión pública como diciendo que hacemos algo, esto sirve, es necesario, es nuestro trabajo, es lo que sabemos hacer y somos eficientes". (Psiquiatra 2)

En menor medida, pero también apoyando el tipo de intervención que se efectúa en el Hospital, una de las profesionales señala que es preciso desintoxicar por el daño que se han infringido los afectados pero esto correspondería sólo con una primera parte de lo que se debe hacer. Esto deja entrever que se realizarían efectivamente otro tipo de intervenciones a parte de la limpieza corporal de tóxicos. Sin embargo, extrañamente esta misma profesional en otros espacios de la entrevista señala que no se pueden llevar a cabo por diversas razones una serie de aspectos terapéuticos de índole psico-social recomendables para un tratamiento más acabado. Más aún, indica que los afectados recurren al Hospital no como parte

de un proceso que implique autoconciencia de problemas, sino que manteniendo la creencia de que el problema que les afecta tiene que ver con el grado de consumo, en la medida que buscan la desintoxicación como un mecanismo que les permite acondicionar el cuerpo para posteriormente seguir consumiendo. Lo que acontecería entonces es la reincidencia, no obstante la profesional no relaciona las fórmulas que rigen el tratamiento en el espacio hospitalario con el tipo de demanda asistencial que los pacientes realizan.

"Hay que desintoxicar porque la persona se está haciendo daño, es necesaria pero eso es la primera parte no más... pero la gente llega para que la desintoxiquen y algunos para no consumir más, otros, la mayoría, para poder controlar el consumo y así poder seguir consumiendo... la mayoría no tiene conciencia de problemas personales, así es como los volvemos a tener aquí tan dañados como antes...".(Terapeuta Hospital 4)

Desde un ángulo crítico otra profesional describe ciertas características del tratamiento en que subraya que la concentración se dirige hacia la desintoxicación, la prescripción de fármacos, presencia de patologías asociadas, todo lo cual no surtiría efectos exitosos pues los afectados retornan al consumo luego de un periodo en que sólo se atendió a los síntomas corpóreos.

"Los atiende el médico él determina qué medicamentos entregar, él decide si tiene patología asociada... los pacientes están entre ocho y diez días hospitalizados, se le recetan fármacos para poder dormir principalmente, a veces para la angustia, luego se van de alta. Esto sirve poco, ellos vuelven a consumir..."(Terapeuta Hospital 3)

2db.- Los pacientes demandan tratamiento médico tradicional.

Un aspecto interesante de recabar dentro de las opiniones que se muestran favorables a enfrentar el tratamiento con óptica y recursos bio-químicos, guarda relación con situar en los afectados la creencia en que el problema arraiga en lo somático. *Serían éstos en esa medida los proclives a ser atendidos dentro de marcos tradicionales al punto de no aceptar instrucciones terapéuticas fuera de esos cuadrantes.* En ese sentido se advierte de parte de aquellos la intención de no difundir sus problema. De tal manera serían los propios pacientes los que no confiarían en procedimientos como los que proponen las Comunidades Terapéuticas.

"La gente está convencida de que el problema es de salud del cuerpo. No es el hospital quien convoca a la gente, la gente va a los hospitales a atenderse por cualquier cosa. A los pacientes cuando se les propone un sistema de tratamiento que no sea médico lo rechazan apriori, el paciente y la familia se resisten a seguir instrucciones que no sean médicas. A esto contribuye la estructura de la misma gente. Prefieren ser tratados de manera tradicional, las enfermedades no hay que ventilarlas, prefieren seguir con el modelo conocido. El hospital no empuja al uso del modelo tradicional, es un hábito de la gente. Ellas mismas no confían en las Comunidades como un espacio que permita recuperar a las personas. Yo creo que por eso el Ministerio no dirige recursos directos hacia ellas". (Psiquiatra 2)

2dc.- **Críticas a la psicología.**

La psicología, a juicio de uno de los psiquiatras, pretendería intervenir autoseñalándose como 'exclusivo procedimiento eficaz'. No obstante, en la medida que se comprometen predisposición genética al consumo y co-

morbilidad psiquiátrica (patología asociada), se requeriría la participación de lo médico-psiquiátrico de manera que ambas disciplinas deberían coordinarse para realizar la atención.

"La psicología reclama ser el remedio eficaz, absoluto y único frente a esta enfermedad, creo que está equivocada... ¿qué se hace cuando se sabe que genéticamente hay una predisposición?, eso gatilla la expresión de núcleos psicóticos previos, estamos frente a una drogadicción con co-morbilidad psiquiátrica".(Psiquiatra 2)

2dd.- Validación del uso de fármacos.

En el marco médico psiquiátrico se evalúa que el suministro de fármacos ha de estar presente como un factor sustancial del tratamiento. Una serie de aspectos que constituirían el cuadro patológico del paciente (predisposición genética, patología asociada, daño orgánico) ameritarían la prescripción de medicamentos cuya acción favorecería el proceso de recuperación terapéutica.

"La predisposición genética, el daño orgánico y la co-morbilidad psiquiátrica indican que debemos ocupar fármacos, se necesita la intervención de lo médico... se deben usar algunos remedios...".(Psiquiatra 1)

Se añade a esto que los fármacos serían necesarios para intervenir la química que se ha anclado en el sujeto afectado, además, de que en el periodo en que se somete a abstinencia al paciente resurgirían los signos de patologías asociadas que este presenta.

"Hay medicamentos que se requieren como parte del tratamiento para que desaparezca la química de la dependencia de drogas. El fármaco se

justifica porque por lo corriente hay alguna patología asociada. También es necesario ocupar medicamentos durante la abstinencia, pues en ese periodo pueden aparecer las patologías de base, por ejemplo, la persona es depresiva y la depresión brota en ese momento de abstinencia".(Psiquiatra 2)

Otro planteamiento ubica la prescripción de fármacos como parte de un proceso en que los psiquiatras, por un lado, no tienen adecuadamente definido el problema que enfrentan, y, por otro lado, no habría una evaluación de aquellos respecto a la posible profundización de la afección a partir de la administración de medicamentos. El problema para éstos implicaría extraer las sustancias nocivas, frente a esto si algún fármaco facilita esa labor entonces estos se recetan. Con esto se cumple de manera eficiente con el trabajo que aquellos perciben se le ha encomendado.

"No tienen claro como enfrentar el problema, no saben que dosis dar de fármacos. Los médicos no elaboran si están generando más dependencia. Para ellos hay que sacar la sustancia y si algún fármaco sirve se receta. Así son eficaces frente al problema".(Terapeuta Comunidad 4).

III.- Acerca de la praxis médica.

Lo que fue emergiendo mediante las entrevistas expresaría en cierta medida el nivel de dominancia que el modelo médico tradicional poseería en el ámbito de la Unidad de Salud Mental con que trabajamos. Ya sea por razones o situaciones voluntarias o involuntarias se dibuja un cuadro en que las diversas praxis se ciñen al marco tradicional de atención. *Empero, esto en versión de uno de los psiquiatras, si acontece, es posible porque todos los que trabajan en el tratamiento, incluidos los afectados, dan lugar a que sea el psiquiatra quien tome decisiones. Pese a esta facultad, que los otros otorgan, los psiquiatras consultarían a quienes también participan en el nivel terapéutico.*

"Tanto los auxiliares de menor peso dentro del sistema como los mismos pacientes contribuyen a que sea el psiquiatra el que tome decisiones y determine todo. Nosotros escuchamos a los demás profesionales para decidir altas, medicamentos a recetar, tiempo de hospitalización. Al menos el programa contempla la coordinación, si ocurre algo distinto no es por mala voluntad. En todo caso los psiquiatras tienen poco que ver con el tratamiento". (Psiquiatra 2).

En sentido contrario a lo señalado en el punto anterior los otros profesionales de la Unidad de Salud Mental del Hospital plantean que de manera un tanto encubierta predominan las praxis que los médicos imprimen a la atención. Esto se evidencia en que la terapia se centra en tratar a los pacientes como sujetos sin voluntad, es decir, una vez hospitalizados básicamente se entregan una serie de indicaciones que deben seguir de manera obediente. Sin

embargo, el aporte terapéutico que a ellas les compete - tanto en el periodo de hospitalización cuanto posterior al alta-, requiere suponer sujetos con capacidad para optar, decidir y hacerse responsables. Ciertas condiciones que ordenan la atención (tiempo breve de hospitalización, tiempo reducido para encontrarse con afectados por drogas por estar encargadas administrativamente de trabajar con la totalidad de pacientes psiquiátricos, posición básicamente pasiva en que se ubica al paciente, el ordenamiento institucional que deja las decisiones en los médicos) impiden que tenga una incidencia efectiva lo que se propone desde el ángulo de las disciplinas que manejan otros profesionales.

"Es complejo el tema pues tenemos a una persona una semana en el hospital, como está organizado el trabajo resulta que la calificamos y la tratamos como si no tuviera voluntad, pero por nuestro trabajo le dejamos tareas que dependen y suponen a una persona sana que controla su voluntad. Al salir los pacientes, uno deja una serie de recomendaciones para que se prosiga el tratamiento ocupacional a través del consultorio. Pero esto es muy dependiente de la persona no tenemos modo de controlarlo... Las altas las determina el médico, uno podría creer que tal paciente requiere estar más tiempo, pero se encuentra con la orden de alta, uno encuentra una orden escrita... frente a eso no puedo hacer nada". (Terapeuta Hospital 4)

"Los médicos están centrados en su quehacer y no consideran el problema social que hay detrás del paciente, no les interesa... señalamos que la persona no tiene recursos ni para comprar remedios, o que no tiene dinero para locomoción como para estar viniendo continuamente, pero esos son aspectos que no consideran. Nunca nos han tomado el parecer respecto de dar un alta o no, a veces me encuentro con que el paciente ya se fué...". (Terapeuta Hospital 3)

Lo anterior conduce a estas profesionales a una percepción de su propio trabajo como de auxiliares ineficientes, pues se reduciría a la calidad de meros asistentes que no son considerados a la hora de tomar decisiones.

"Uno trabaja de asistente, dando algunas opiniones que le permiten al médico hacer un diagnóstico, pero, a la hora de decidir no se me toma en consideración, eso da lata". (Terapeuta Hospital 4)

"Somos auxiliares de los médicos, esto se evidencia en varios aspectos, por ejemplo, en que por orientaciones del médico el trabajo de terapia ocupacional se reduzca a que la profesional ordene a los pacientes a que hagan labores de aseo en la Unidad". (Terapeuta Hospital 3).

C.- LOS PACIENTES.

I.- Acerca de lo que origina el encuentro con las drogas.

1a.- Factores Psicológicos y afectivos.

Pacientes de Hospital y Comunidad comparten un pasado afectivo en el que se hacen presentes el abandono, el desamparo, la permisividad y las agresiones. Se percibe alguna diferencia en que los pacientes de Hospital no ligan de modo claro y manifiesto -como si lo hacen los de la Comunidad-, tristezas pretéritas con el inicio y permanencia en el consumo de drogas. Sin embargo, las historias que fueron bosquejando el perfil psíquico de cada uno se distinguen apenas en matices. *Sus relatos descubren aspectos relevantes que expresan la construcción de escenarios donde el vacío afectivo iba marcando la*

posibilidad de encontrar en las drogas un espacio que tal vez operó como reemplazo de aquellos asuntos humanos no obtenidos.

Una de las historias expresa el abandono y los engaños de una madre, un padre desconocido y vínculos con familiares que le representan a la paciente haber sido tratada como objeto de uso.

"Crecí con mi abuela que era la única que me cuidaba, era estricta pero todo se lo debo a ella. Murió cuando yo tenía 7 años, después me quedé con su hermana que no me cuidaba. Me crié con mi abuelo y con un tío hermano de mi mamá. Ese tío intentó abusar de mí, mi abuela lo detuvo, mi abuelo también, mi abuela tenía que andar cuidándome. Ellos siempre me tocaban, me mandaban a comprar vino, yo era ocupada por ellos era como una cosa. Yo les tenía miedo".(Paciente Hospital 1)

Los recuerdos más dolorosos de la paciente se remiten al abandono y a los engaños de su madre, y, a su abuela, la única figura de afecto que la habría querido y respetado.

"Mis recuerdos fuertes los tengo con mi madre. Cuando iba a verme me decía que iba a ir a la otra semana y no iba, pasaban meses, me engañaba, yo lloraba cuando se iba porque sabía que mentía, yo no le decía nada porque igual la quería... ella me hacía falta, cuando niña me pegaban, yo la llamaba despacito, yo decía si estuviera mi mamita me cuidaría, no dejaría que me pase esto, pero ella no llegaba. Creo que si no me hubiese abandonado mi vida hubiera sido distinta, porque criarse al lado de una mamá da calor. Mi vida la siento desamparada, es la vida que no quisiera que uno de mis hijos viviera, que no le pase lo mismo que no caiga en el licor porque destruye la vida. Como ve siempre no me respetaron, nadie me cumplía nada, solo mi abuela, ella es la única que me respetaba, me preguntaba que quería hacer o comer, nos poníamos de acuerdo..."(Paciente Hospital 1)

En su infancia fue maltratada, debía esconderse para no ser tratada como objeto.

"Mi infancia fue triste, tenía que andar escondida, me trataban como a un perro, a gritos, siempre los hombres me han tomado como una cosa, nunca recibí cariño de abuelo, era una basura para él, como una cosa que se podía mandar. Como le dije me intentó violar más de una vez, no lo hizo pero me tocaba, yo no entendía nada, pensaba que me hacía cariño, pero era raro que sólo me tocara... usted sabe... me entiende...".(Paciente Hospital 1)

Estas situaciones de vejación las evade ocultándose, pasando horas sola o con animales que ella refiere como sus únicos amigos, algo semejante a lo que hace ahora cuando adulta, con la diferencia que ahora la acompaña el alcohol.

"Yo era usada por ellos, no me miraban, o yo no los veía... Me iba al campo y pasaba horas sola, tenía un perro y un gato, ellos me cuidaban, con ellos pasaba horas. Ahora hago lo mismo, cuando peleo con mi esposo, me voy a mi pieza sola, me encierro pero con alcohol, ya no me interesan los animales".(Paciente Hospital 1)

Ella comienza a consumir alcohol dado un evento conflictivo vivido con su esposo que en cierta medida al parecer habría reactualizado su propio pasado.

"Empiezo a tomar cuando mi esposo le dice a mi primer hijo que el no es su padre, él niño tenía cinco años, cuando llegué a la casa lo encontré llorando. Mi hijo empezó a vivir lo mismo que yo cuando niña, lo rechazaban, se cohibía, se puso tímido, todos lo pasaban a llevar. Yo lo protegía pero no podía cambiar. Le empezó a ir mal en el Colegio, se distraía estaba como volado, a mi me pasó también, preguntaba quien era mi papá, nadie me contestaba. Yo traté de apoyarlo pues solo tenía mi cariño, yo no tenía familia. Yo sufría pues recordaba lo que me hicieron a mi".(Paciente Hospital 1)

Como se puede observar la historia citada manifiesta de modo tenue algún nexo con el posterior consumo de drogas. Esto distingue los relatos de pacientes procedentes de Comunidad quienes sí relacionan la estructuración de su pasado con el ulterior encuentro con drogas. En estos casos de manera expresa se señala que en el origen de su vínculo con tóxicos hubo condiciones psicológico-afectivas.

Uno de estos pacientes narra un pasado marcado por el desamparo, el autoritarismo, la desconfianza y una experiencia traumática que le ha perseguido durante su vida. Es en este contexto que se inicia su experiencia toxicómana.

"Mi historia con las drogas comienza a los 9 años. Ahora ya no me cuesta hablar de eso, al principio había mucho dolor. Fuí violado por un tío desde los 5 hasta los 9 años, a esa edad me rebelé y empecé a salir con primos mayores, a probar marihuana, alcohol, me sentía protegido con amigos mayores, lo que no encontraba en mi familia. Ellos me maltrataban, querían que negara lo que a los nueve años me atreví a contar, recuerdo que mi padre casi me mató a golpes. Ahí comenzó mi camino con las drogas. Me sublevé, caí en actitudes soberbias, no me importó el maltrato, simplemente me escapaba de la casa a consumir". (Paciente Comunidad 1)

El desapego de los padres que se ocupan de hacer vida social impide la confianza y la comunicación necesaria para denunciar la vejación de que era objeto.

"Ellos salían los fines de semana, tenían mucha vida social. Ahí venía mi tío a quedarse con nosotros, allí acontecía todo lo horrible. Cuando iban a salir yo imploraba que se quedaran, porque sabía lo que venía

después, pedía a gritos que no salieran, recibía golpes de mi padre... no me atrevía a decir por qué no quería que salieran... así fue durante cuatro años prácticamente todos los fines de semana. Imagina como odio los fines de semana, no quería que llegaran. Con mis padres no había comunicación, ni confianza, con mi padre no me identificaba como hombre, no confiaba en él como para preguntarle si era bueno que un hombre te acariciara los genitales, si era bueno que un hombre me penetrara, tampoco confiaba en mi madre. Mi madre era afectiva, pero no se preocupaba de cuidarnos, le daba más importancia a las relaciones sociales fuera de casa. Durante muchos años la odié por esto". (Paciente Comunidad 1)

Este cuadro afectivo -en que prima la percepción de desamparo y desconfianza respecto de las figuras de apego-, estructura su manera de ser que, según su parecer, luego le impiden reflexionar respecto de lo que le va pasando con las drogas, y menos depositar confianza en personas que pudieran ayudarle a procesar sentimientos que arrastraba desde la infancia. De ese modo eligió el camino que le permitía estar bien sin tener que comprometer intimidades personales, en ese marco las drogas pasan a ser para él objetos preeminentes.

"... siempre estuve desamparado, como no iba a ser desconfiado después de lo que me había pasado. Pensar respecto de mí mismo me producía mucho dolor, huía de la gente, yo no me permitía hablar con personas, me sentía enrostrado. Opté por sentirme bien desconectándome con drogas, me creía la del drogado, eso me daba un nombre, una forma de ser, así me era posible pasarlo bien. Estaba solo, eso me caía bien, no me gustaba enfrentar problemas". (Paciente Comunidad 1)

Un aspecto que afecta el proceso psíquico de este paciente guarda relación con su identidad sexual. Esto tendría su punto de arranque básicamente en dos factores, por un lado,

la propia experiencia de haber sido violado, y por otra, ciertas dudas que siempre le asaltaron -por efecto de rumores-, respecto a la paternidad del padre respecto de él. Esto se acentúa en la medida que se añaden situaciones en que se ve comprometida su pertenencia al grupo familiar que permiten que profundice sus dudas, las cuales hasta hoy permanecen como incógnitas familiares.

"Yo quería saber si era hombre o mujer. Quería probar pues no me sentía atraído por las mujeres, no podía pololear... sentía que mi interés era más fuerte por hombres. Pero no sabía si asumirme como homosexual... con estas dudas fui creciendo y teniendo cada vez más problemas, aplacaba mis angustias con drogas, no había amigos, ni los quería... Además me crié con prejuicios respecto de mi padre, de que no era hijo de él. Mi padre le gritaba a mi mamá en las peleas que tenían 'mira la mierda que pariste'...". (Paciente Comunidad 1).

El cuadro descrito potencia un desarrollo psíquico signado por la confusión y las frustraciones en el plano relacional-afectivo que lo mueven paulatinamente a una suerte de ostracismo como fórmula que le permite no descubrir frente a otros su malestar.

"Cuando niño tenía un perro, unas ardillas y un gato. Cada vez que me pegaban me iba con ellos, ellos eran los únicos que me miraban, con ellos me sentía necesario, pero más de una vez mataron a mis mascotas... con ellos podía hablar sin que me preguntaran nada, era como estar sólo pero con alguien... con ellos no me daba vergüenza relatar lo que hacía con mi tío... no quería que nadie me hablara... (Además)... Desde muy pequeño empecé a tener actitudes deshonestas, no me importaba hacer daño, le robaba plata a mi papá, después a mis compañeros de escuela, creo que era una manera de vengarme, 'era ojo por ojo'. A los nueve años converso con un primo mayor a quien también le había sucedido lo mismo con el mismo tío. Como te dije allí empiezo con marihuana y alcohol... fui creciendo, no pololeaba, me fui

frustrando, no creía en nadie, odiaba a la gente, me fui cerrando... No podía asumir lo que me había pasado, pero no tenía a quien recurrir, sólo algunos amigos que eran amigos para consumir, para nada más, en eso eran solidarios". (Paciente Comunidad 1)

Al finalizar el paciente reflexiona sobre ese pasado infantil -de agresiones, vejámenes y desconfianza- como algo que le afectó en su desarrollo como persona. Según su parecer, en él se fue instalando una personalidad egoísta, autoritaria, no dialogante y sobretodo desconfiada. En ese marco ubica su vínculo con tóxicos, es decir, como objetos que le permite evitar la confrontación con sus conflictos. Las drogas le permiten placer sin que aquello pase por la decisión autoritaria de su padre.

"Mi niñez fue triste... mi juventud llena de temores, de rechazos, de amigos superficiales... sí, mi dependencia de drogas tenía que ver con mis problemas psicológicos... todavía soy autosuficiente, egoísta, dueño de la verdad, autoritario desconfiado. Si hubiese tenido alguien en quien confiar cuando niño o joven... si hubiese roto antes con mis fantasmas las drogas no me habrían destruido, no hubiese seguido con evasiones... ahora entiendo porque fueron tan importantes las drogas,... todo lo que hacía tenía que pasar por la decisión de mi padre, el decidía lo que era bueno para mi, las drogas eran para mi disfrutar sin tener que pedir permiso a mi padre". (Paciente Comunidad 1)

1b.- El significado de las drogas: el objeto-droga como efecto y sustituto.

Congruentes con lo recién indicado en los relatos de pacientes del hospital se encuentran implícitamente opiniones que remiten a razones de índole afectiva que gatillarían el consumo. *En tal sentido se vislumbra un sentido, en alguna medida expreso, debido al cual se ha dado inicio y permanencia al consumo de alguna droga.*

"Tomo porque me siento abandonada por mi madre, ella no estuvo cuando la necesitaba, incluso ella no me reconoció como hija una vez cuando en la casa unas visitas preguntaron quién era mi madre, ella dijo que era mi tía, cuando niña no me atreví a preguntarle por qué lo hizo, imagínese le daba vergüenza, qué es más terrible en la vida... me voy al licor porque me siento culpable... ahora estoy pagando porque Dios me castigó por tener un hijo sin casarme".(Paciente Hospital 3)

Posteriormente manifiesta un significado más nítido respecto de lo que sustenta su encuentro -en este caso con el alcohol-, en la medida que a través de aquel puede olvidar un pasado penoso. Bajo los efectos del alcohol le son posibles memoranzas asociadas con su madre, correspondientes con aquello que no obtuvo de ésta, pero que la paciente trae de manera fantasiosa al presente. Añadido a esto expresa que una de las razones por las que más valora tomar alcohol guarda relación con que mediante este no requiere estar con personas para obtener placer. Beber le posibilita estar sola, o sea, aquello que más estima.

"... tomo porque puedo sacar mis pensamientos, esos que no puedo sacar de encima, de mi cabeza... cuando tomo puedo hablar con esos pensamientos del pasado que me dan pena... cuando ya estoy muy curada,

hablo de cuando niña, de lo sola que me sentía... el vino me entiende, me hace dormir. Me hace volver a estar con mi mamá cuando me abrazaba, ella me daba calor... con el vino siento calor como cuando niña. Lo que más me gusta del trago es porque uno se siente bien y no tiene que preguntarle a nadie para pasarlo bien, ni tampoco necesita estar con nadie... eso es lo que más me gusta, estar sola. Usted ya sabe, me acostumbré a no ponerme de acuerdo con nadie, a sólo recibir ordenes y cumplir eso hago yo con el alcohol, lo mando y obedece, aunque después me cobra, yo lo sé, pero lo acepto".(Paciente Hospital 3)

En los pacientes de Comunidad también hallamos relatos que sostienen que la ingesta de tóxicos obedecería a razones psicológicas. *Lo que distingue a éstos, respecto de los pacientes de Hospital, es el grado de convicción que poseen para indicar que tras el consumo había una búsqueda que pretendía atenuar afecciones de índole psicológica.* En tal medida aparece el uso de tóxicos como un elemento que en cierto sentido posibilitó en ellos encubrir conflictivas psíquicas.

Al respecto, una paciente señala darse cuenta ahora que el entorno que le abrieron las drogas, contribuyó a que hubiese un grupo de amigos que la escucharan sin que hubiera un constante ambiente de cuestionamientos, además, por primera vez convivía en un espacio no dominado por la ansiedad que exigía hacer las cosas de manera perfecta.

"Yo me he dado cuenta que buscaba que alguien me escuchara y eso lo encontré sólo con quienes me drogaba, necesitaba que alguien me atendiera, estaba con gente que no me encontraba todo mal y nadie andaba urgiendo por la perfección como pasaba en mi casa con mi papá. O sea, con las drogas me sentía super bien, pero ahora me doy cuenta que iba a juntarme porque encontraba cariño".(Paciente Comunidad 2)

A continuación la paciente indica una serie de aspectos afectivo-relacionales de los que careció en el transcurso de su desarrollo, y que obtiene, tanto a través del grupo que frecuentaba, cuanto mediante las sensaciones que las drogas que consumía le provocaban.

"Sentía rabia por no haber tenido lo que veía en mis compañeras de Colegio, cuando crecí como adolescente frente a mis dudas no tenía una mamá, por ejemplo, mi primera menstruación, la viví y no sabía que me pasaba, fue terrible... llegué a no confiar en mí, no opinaba, descubro que con las pastillas podía hablar, me sentía con confianza... De chica me sentía humillada. Con las drogas logré que nadie me humillara, allí éramos todos iguales, a todos nos pasaba lo mismo, todos hacíamos las mismas estupideces, nadie ridiculizaba, nadie era más inteligente, nadie tenía más autoridad. Aunque allí también llegué a ser líder, era la que siempre tenía drogas... Con las drogas me olvidaba de estar atenta sólo de mí, me importaban los problemas de los otros, me desinhibía, no era egoísta como cuando niña que vivía encerrada y preocupada de estar limpia y con todo perfecto, para que luego todo me lo criticaran. Con las drogas olvidaba todo, sólo compartía... Mi vida no tenía sentido, fueron años de carrete, nada me daban ganas, seguía tímida, pero con las drogas tenía un grupo de amigos que yo sabía que me buscaban porque yo tenía más plata pero por último los tenía..."(Paciente Comunidad 2).

Este conjunto de factores que le dan aquello que no obtuvo en su pasado, pese a lo positivo que suponen, de todos modos no logran atenuar el constante desánimo que caracteriza el estado psíquico de la paciente. Darse cuenta de la ineficacia de las drogas en orden a superar aquel estado, añadido a que, según su parecer, teniendo 35 años aún no conseguía algo en la vida la mueven a que inicie el proceso de abandono de las drogas. Señala que pese a que la sensación de absurdo ocasionalmente le adviene, ahora tiene

afectos seguros, lo cual le hace responsable y favorece que no retorne a las drogas.

"... empiezo a dejar las drogas porque el sinsentido de todo en los momentos lúcidos era peor, era nadie y tenía 35 años, le daba algún sentido a vivir o mejor me moría... en ese periodo antes de parar es cuando intento dos veces suicidarme con sobredosis, lo hice para llamar la atención porque había arreglado todo para que me pillaran... Con las drogas buscaba no encontrarme con mi pasado, esto no lo tenía claro cuando me drogaba, la verdad es que drogarme era una costumbre, no reflexionaba, cuando me venía el bajón de la coca me venía toda la pena, pero aunque veía las imágenes de niña humillada no le daba importancia a eso, no pensaba que era algo que se pudiera superar, no sentía que eso fuera un problema... la verdad es que a veces siento que la vida no tiene sentido, solo que ahora soy más responsable, sé que hay gente que me quiere, tengo una pareja que amo, eso le da más sentido a existir, hay cosas bellas, no puedo volver a lo mismo".(Paciente Comunidad 2).

1c.- La toxicomanía causada por factores biológicos (El cuerpo demandante) o bioquímicos (las drogas).

Resulta importante -al momento de comprender el punto de origen que desata la afección- descubrir que los pacientes de hospital señalen a las drogas como el factor que da inicio a sus problemas tanto pasados cuanto presentes. De ese modo un paciente indica a las drogas como gatillantes de los conflictos que ha tenido en su vida. Su vida, previa a comenzar a consumir, la califica de triste, solitaria y sin apoyos, sin embargo son las drogas, de acuerdo a sus observaciones, lo que propiamente ha causado sus problemas dada la 'dependencia' que adquirió respecto de aquellas. Establece, en consecuencia que el vínculo con estas tiene que ver con el tipo de drogas que comienza a ingerir puesto que antes de esto lograba realizar una vida normal.

"... mi vida ha sido triste, nadie me ha ayudado, pero me las arreglaba, trabajaba, comía y consumía, hasta que me agarraron las drogas duras, no sé como pasó, yo funcionaba bien hasta que empecé con la pasta y la coca, eso es lo que me trae estos problemas. No puedo vivir sin pasta, como que se me pegó, esa es la maldición a que lleva esa droga, se te pega y uno no la puede soltar. Después de esto no he podido levantar cabeza, no puedo dejar de consumir, me comprometo pero lo que más puedo parar es una semana, luego comienzo de nuevo".(Paciente Hospital 2)

Con arreglo a lo anterior este paciente sitúa la causa de su afección en las propiedades de los tóxicos que ingiere, así también, indica que su cuerpo habría caído en un estado anómalo cuya condición le haría demandar drogas. Más aún, deposita confianza que en la medida que se mejore su cuerpo lograría controlar el consumo. De tal manera, a partir de este nuevo juicio, sitúa también en el cuerpo el lugar causante de su afección.

"... como que mi cuerpo un día se enfermó y me pide drogas... es el cuerpo el que no puedo controlar, ahora el cuerpo manda, yo antes controlaba esto con mi cabeza, como lo hacen mis amigos, son pocos lo que se revientan como yo, los otros lo hacen el fin de semana, eso se puede lograr, ellos pueden, yo también podría, pero el cuerpo me pide pasta... si mejorara el cuerpo podría volver a estar bien y consumir controlado".(Paciente Hospital 2)

Frente al mismo tema los pacientes de Comunidad relatan que en el periodo en que los síntomas producto del consumo se hicieron más agudos acusaron a las drogas como causantes, por un lado de la toxicomanía, y, derivadamente de los problemas que se suscitaban en sus vidas. De tal modo en el transcurso del vínculo establecido con las drogas señalan

no haber relacionado sus vidas psíquicas con el consumo. Esto es algo que de manera sólo episódica adviene a sus conciencias, pero que en rigor, lo relacionan una vez que ingresan al tratamiento en la Comunidad.

"Cuando se me complicó el panorama no dudaba en culpar a las sobredosis de mi estado, me había hecho una adicta, ese era el problema, mis problemas, ser irresponsable, haber tirado dos carreras, todo, todo era culpa de las drogas... mientras me iba bien con ellas no me daba cuenta que eran tan importantes porque había encontrado todo... como me iba a dar cuenta si con ellas encontré gente que me quería y con que me sentía bien sin tener que pedirle nada a nadie, las drogas cumplían siempre... bueno hasta que los efectos fueron horribles. Allí empecé a culpar a las drogas de lo que me pasaba y me había pasado... pero era esa soledad gigantesca, esa familia en que no hubo ni necesidades ni afecto". (Paciente Comunidad 3)

II.- Enfoques terapéuticos.

2a.- Enfoque Terapéutico centrado en factores Psicológicos.

Respecto del enfoque terapéutico para abordar la problemática toxicómana se encuentran opiniones favorables a la perspectiva que asume el encuentro con las drogas como efecto de factores psíquicos. *Según los afectados el trabajo que les ha favorecido guarda relación con procesar elementos relativos a lo que los estructuró psicológicamente de una determinada manera, lo que luego les habría incitado a consumir drogas. Esto es planteado abiertamente por los pacientes que proceden de la Comunidad y de modo indirecto por aquellos cuyo tratamiento ha dependido del sistema hospitalario.*

Correspondiente con lo dicho un paciente plantea lo que ha logrado reconocer y superar en términos psíquicos mediante el proceso terapéutico que ha vivido en la Comunidad.

"Yo opté por este programa luego de pasar por experiencias tristes de internamiento en hospitales y clínicas en Venezuela, España, Israel y U.S.A. con psiquiatras. Me cansé de fármacos para calmar la ansiedad. Llamé a mi madre y le pedí que me ayudara, había intentado suicidarme, me encuentra tirado, le digo que no le encuentro sentido a la vida, que veo todo negro... Llego a la Comunidad, y por primera vez relaté la verdad de mi vida, empecé a sentir más liviana mi mochila, me sentí escuchado, respetado... con esto he asumido un poco más mi pasado, los psicodramas me han servido como nada, representé nuevamente esas imágenes que siempre venían y yo ocultaba... representé lo que quería decirle a mi tío cuando niño, decirle que no lo hiciera, le pedía por favor que no me tapara la boca, ya reviví esos fantasmas. Dentro de este proceso asumes tu problemática, me doy cuenta de que estoy solo y me la vivo, la comunico, no ser autosuficiente, si estoy frustado lo

comunico... el programa rescata los valores, el respeto a los espacios, a conversar, a darme cuenta de que hay otros y que los necesito, si soy agresivo se me confronta, yo tomo conciencia de esas actitudes que no me contribuyen, todos me confrontan, pues esas actitudes no me ayudaran fuera de este espacio, aquí estoy, no soy feliz pero estoy saliendo, he sido tratado como ser humano por primera vez... he sentido el cariño de formadores y compañeros porque todos hemos llegado por la misma... El grupo ayuda porque puedes confrontarte y ser acogido, aunque también hay burlas y faltas de respeto... Estar acá ayuda a recordar el pasado personal y llena de sentimientos, por ejemplo, agredo a compañeros porque ellos me traen fantasmas del pasado y tenemos que aprender a vivir con ellos, los compañeros sirven de fantasmas, los compañeros son como un espejo... yo asumo que no voy a recuperar lo que perdí o lo que no tuve... pero ahora sé que las drogas no me ayudan a eso..."(Paciente Comunidad 1)

Frente al mismo tema los pacientes entrevistados del Servicio de Salud han tenido como experiencia sólo su paso más o menos reiterado por la atención pública Hospitalaria. Esto merma la posibilidad de referirse con amplitud a otro tipo de tratamiento. No obstante, haber estado hospitalizados antes, o, ahora, permite capturar subrepticia o explícitamente algunas opiniones donde emerge alguna valoración e incluso alguna demanda de terapia psicológica.

Una de las pacientes tiene recuerdos de una primera hospitalización, hace más de 20 años. En aquella oportunidad la incluyen en un programa de trabajo que supone psicoterapia individual y grupal. Esto lo valora principalmente por la posibilidad de diálogo que aquello le permitía, tanto con los médicos cuanto con otros pacientes. Respecto de esta hospitalización reitera la importancia que tiene poder conversar con enfermeras y con los pacientes en

los encuentros grupales, esto aunque no haya recibido atención psicológica individual ni pudiese conversar con los médicos que le atendían, pues estos sólo se habrían ocupado de la salud corporal y de entregar fármacos. Debido a esto plantea que éstos la comprenderían de mejor modo si conversaran con ella.

"A mi me ha servido que me hospitalicen, después he dejado de tomar por meses... recuerdo una vez en el Hospital Salvador, cuando tenía como 18 años, estuve hospitalizada como dos meses, y después, entré a un programa en el mismo Hospital en que a una la veía un psicólogo y también él mismo nos hacía conversar en grupo, yo iba feliz ahí podía hablar, me levantaba temprano hacía todo y partía en la tarde. Allí podía hablar de mis asuntos, eso me ayudó más yo creo que las otras veces que me han hospitalizado y no han hecho terapia. Después, nunca más me han tratado así, me dan antidepresivos que si me sirven, pero no son lo mismo, no converso con otra gente que tenga los mismos problemas, con las pastillas me aislo más. Ahora con el grupo de este Hospital es tan corto el tiempo que uno no alcanza ni a hablar... la doctora que me atiende, la que me da las pastillas siempre tiene tantos pacientes que la esperan que cada vez me promete hablar pero no puede... Pero igual me sentí protegida, me dieron cariño... no quería salir de alta, tenía con quien conversar, con las enfermeras con mis compañeros, aunque los doctores casi no conversaban conmigo, solo me preguntaban como me sentía del cuerpo... solo me dicen que no tome que es vergonzoso para una mujer, yo estoy de acuerdo, pero también creo que entenderían más si me hablaran, si escucharan por que tomo". (Paciente Hospital 3)

2b.- Descripciones y críticas al tratamiento con rasgos bio-químicos.

Los pacientes de Comunidad congruentes con la valoración que expresan del proceso allí experimentado -tratamiento centrado en elaborar problemáticas psicológicas-, se

muestran críticos de los procedimientos tradicionalmente médicos. Los cuestionamientos se sustentan en experiencias propias al haber pasado tanto por hospitalizaciones cuanto por clínicas particulares. Las críticas apuntan principalmente al tratamiento típico el que descuidaría factores psicológicos, los que de acuerdo a estos pacientes, fundan el problema tratado. También se indican divergencias en torno al uso de medicamentos dado que más bien favorecerían el vínculo con las drogas en lugar de distanciarse de éstas.

"... Yo no consumía medicamentos ni drogas hasta los 18 años, cuando fui donde un psiquiatra porque estaba deprimida que me recetó pastillas, la verdad es que casi no hablamos, le conté un poco lo que me pasaba. Los medicamentos me sirvieron sólo un tiempo, empecé a sentir asco, las deje de tomar y empecé con marihuana, al corto tiempo estaba en la coca que me permitía ser desinhibida sin los efectos de los antidepresivos... pero la depresión no acababa, y además ya era dependiente, fui donde otro psiquiatra, le conté que estaba con muchas drogas, éste también me tiró medicamentos, era un tipo frío, distante, se preocupaba si había dormido bien, yo intentaba contarle mis sentimientos, era como que si eso no tuviera que ver con el tema, le conté que ya quería dejar algunas drogas, pues me dejaban muy mal, el psiquiatra no consideraba mi estado emocional, parece que tenía una obsesión con lo que me pasaba en el cuerpo... dormir, comida, pulso, etc. Ir donde él era más absurdo que lo que me pasaba en la vida, así que opté por ir a buscar la receta cada dos meses y chao. También fui donde una psicóloga, ella me escuchaba pero no hacía nada distinto a lo que hacía una amiga que no consumía de la carrera de Antropología que siempre me apoyó". (Paciente Comunidad 3)

Los pacientes de Hospital coincidirían con los pacientes de la *Comunidad*, pues describen que la operatoria terapéutica llevada a cabo por los médicos se restringe a exámenes de

signos físicos, breves diálogos y reprimendas, seguidas de recetas y entrega de fármacos. En estos pacientes se observa en todo caso un nivel crítico menor, pues valoran lo que allí se realiza, no obstante, lo que rescatan es precisamente el aspecto relacional-afectivo que se produce al interactuar con otros pacientes y con enfermeras del Servicio de Salud con los que se vinculan. El cuestionamiento se advierte en tanto se percibe cierta demanda psicoterapéutica no atendida por el cuerpo médico. Se agrega a esto que de un modo ambiguo se enjuicia tanto positiva como negativamente el uso de fármacos, dado que éstos no serían eficaces para el propósito relativo a dejar las drogas.

"En el hospital uno está un tiempo pero no se saca mucho, te tratan bien, te dan remedios pero lo que se necesita es que a uno le ayuden fuera del hospital a buscar trabajo... con los doctores es la visita, un ratito y te dan los remedios... unos consejos, medio enojados con uno, conmigo más porque que ya soy visita familiar del lugar... cada un año caigo en el hospital... los médicos se ocupan del cuerpo, si uno ha dormido, si ha tenido molestias, y luego lo mandan a uno a la casa... he tomado tantos medicamentos y no sirven para dejar de consumir, yo lo que necesito es que alguien me aconseje qué hacer con mis enredos y poder consumir pero controlado, los medicamentos no sirven para dejar de consumir, llevo un mes fuera y lo único que quiero es volver a consumir". (Paciente Hospital 4).

2c.- Tratamiento con enfoque bio-químico.

De manera un tanto contrapuesta a lo tratado anteriormente un par de pacientes describen el tratamiento recibido en el Hospital de una manera tal que se percibe cierta posición favorable hacia aquel. Se visualiza de paso confianza en el poder terapéutico de los fármacos recetados y desdén hacia

la terapia psicológica porque ineficaz.

"Esta vez me ingresaron y estuve 10 días... me inyectaron calmantes porque tiritaba, dormí como dos días, me despertaba y me daban calmantes en pastillas, como al tercer día me levanté, se me pasaron los efectos de no consumir, el doctor, me retó, después me mandaron a la casa... entré por pasta y debutales, no podía parar, estaba violento..., sí, aquí me salvaron, lo que hacen acá ayuda a que uno no se muera, te retan pero te salva, yo creo que es necesario que hagan esto aunque uno la pase mal... al final los médicos se las tienen que ver con uno que trae puros problemas".(Paciente Hospital 4)

"Me desintoxicaron, te observan, me tuvieron 8 días, te hacen exámenes y te dan pastillas para la abstinencia y en las noches si uno no puede dormir te inyectan, también me hicieron hacer gimnasia, hacer un diario mural, conversar con los compañeros, poner la mente en cosas positivas... después me mandaron a la casa y ahí empieza la lucha y llegas a lo mismo en que estabas. Esto ayuda... los remedios, si no una lo pasaría super mal, la terapia de grupo no sirve, en el fondo yo creo que hay que limpiar el cuerpo, porque lo que uno tiene en el cuerpo no se quita hablando".(Paciente Hospital 2)

"Después de nacer mi segundo hijo quise suicidarme, me llevaron al hospital y me dieron los antidepresivos, desde allí los sigo tomando, también remedios para calmar la ansiedad, sin esas pastillas no puedo vivir, me sirven sin ellos no me controlo, me pongo agresiva... yo necesito las pastillas, los tranquilizantes, imagínese que haría si el doctor dejara de dármelos... y también necesito cuando se me pasa la mano que me reciban en el hospital... yo le agradezco a las enfermeras y a los doctores la paciencia, una necesita que la calmen... por eso yo creo que irse a una Comunidad no me serviría, cuando uno está así de mal necesita que la tranquilicen, no que le pregunten por la vida como me han dicho que hacen en las Comunidades... lo que pasa es que la medicina podría inventar pastillas que hagan olvidar los problemas para siempre, como que lo que le pasó a uno se le borre y ya no recuerde, eso me hace mal a mí, recordar. Lo demás está bien..."(Paciente Hospital 1).

D.- INTERPRETACION DE DISCURSOS.

En lo que procede presentamos una interpretación de los discursos que hasta aquí hemos trabajado en un nivel sólo descriptivo. Esta interpretación ha sido construída basándonos en fundamentos teóricos del constructivismo y la hermenéutica, enfoques teóricos coincidentes con nuestro marco teórico y desde los cuales es posible analizar y construir los sentidos y significados implicados en las argumentaciones entregadas por los entrevistados. Se presenta la 'interpretación de las interpretaciones' que los propios actores (directivos, tratantes, pacientes) sostienen acerca de sus actos.

Siguiendo la misma línea expositiva de la descripción de discursos, el material interpretativo se presenta respetando la relevancia temática asignada por los propios sujetos entrevistados. En cada uno de los apartados se van presentando los puntos de desencuentro, las opiniones de complementariedad u oposición, marcando alternativamente como son conceptualizados los temas en ambos niveles (oficial y alternativo). Las concordancias o discrepancias explicitadas por los sujetos son analizadas también inter e intra categorías. La pretensión ahora es subrayar los aspectos en que se relacionan y en que se apartan los relatos.

Se trata de un trabajo que busca sentar relaciones entre los textos de manera tal que lo que en las narraciones aparece aislado o contradictorio sea factible de integrar en un espacio en que aparezca algún significado discursivo.

La finalidad consiste en la construcción interpretativa de las experiencias recabadas develando lo latente de los discursos, o sea ir tras lo que ocultamente domina las construcciones significacionales, las autoimágenes manifiestas así como las imágenes sociales de la función que realizan, o, del lugar en que son situados. Se busca mediante esto desentrañar la estructura de significados que hay tras el 'acto social' del tratamiento a adictos.

Esta interpretación se va estructurando a través de un análisis que explicita los elementos que se concitan para posibilitar distancias y cercanías entre discursos cuyas praxis proceden de similares y diferentes espacios experienciales. Niveles o espacios que nos permite ir desentrañando los sentidos encubiertos que se han configurado en cada uno de los lugares desde los cuales se habla. Es así como en el 'hospital' o en 'la Comunidad' se producen 'hechos' o 'actos' específicos que marcan caminos conceptuales diversos, entregando simultáneamente elementos ideológicos que circulan tras unos y otros, y que finalmente dan cuenta de realidades distintas. Simultáneamente con nuestra interpretación se van estableciendo los puentes con el marco teórico y los enfoques que nos permiten develar la trama significativa que se ubica tras unos y otros relatos.

El proceso interpretativo, de esta forma, se enmarca en el contexto teórico señalado a través de toda nuestra investigación. Esto no con *la finalidad de demostrar que lo que allí planteamos se vea confirmado en los discursos presentados, sino con el propósito de situar tentativamente*

las lógicas referenciales a las que posiblemente obedecerían aquellos.

Iniciaremos la interpretación considerando el tema que intenta dar cuenta de aquello que se sitúa como causa fundante del vínculo dependiente que se establece con las drogas.

Recordemos que otorgamos relevancia a las posibles diferencias comprensivas en tanto que la circunscripción a un paradigma condiciona lo que se pretende y lo que se logra en definitiva en el ámbito terapéutico. "Si propongo tomar en cuenta los discursos... es porque no dejan de traer consecuencias para un eventual trabajo terapéutico..."⁽¹⁾. Esto se debería a que los modelos comprensivos se traducen en elementos que posteriormente se enfatizan o se devalúan en lo referido a formas de atención, tiempo de tratamiento, parámetros indicativos de recuperación, etc.

Respecto de esto encontramos opiniones que se mueven en el espectro que va desde señalar que lo que está a la base del vínculo con las drogas es la constitución neurofisiológica (factores genéticos), que el objeto-droga sería la causa (el poder que poseería la sustancia para generar sujetos toxicómanos) y, por último, la relevancia que se le otorga a factores de la constitución psíquica como condicionantes del fenómeno.

(1) S. Le Poullichet. "Toxicomanía y Psicoanálisis. Las narcosis del deseo" Amorrortu. Buenos Aires. 1990. pag. 42

1a.- Acerca de lo que causa el encuentro con las drogas en los discursos de Directivos, Terapeutas y Pacientes.

De acuerdo a lo anterior los Directivos de la Comunidad como también el Encargado de drogas de la Unidad de Salud Mental del Hospital se muestran coincidentes frente al tema que da cuenta de lo que causaría el encuentro de los individuos con las drogas. Para éstos lo que movería a los sujetos desde el consumo ocasional hacia las toxicomanías se vincula con un conjunto de factores relacionados con la conformación psíquica de aquellos. Es decir, los lazos afectivo-relacionales en que se configuraron como personas habrían articulado escenarios psíquicos de carencias, duelos y malestar existencial a lo cual han respondido buscando atenuantes mediante el abuso de drogas.

Los relatos presentan pasados vivenciales plagados de condiciones desfavorables para un desarrollo psíquico estable y seguro han allanado el camino para encontrar en los tóxicos eso que faltó en los espacios de apego afectivo e identificación tempranos. "Estoy lejos de pensar que cuando alguien se hace toxicómano 'la culpa es de los padres'. No, pero puede ser su obra, comenzada precozmente, y de la que esos padres adultos no son responsables, ni culpables; obra resultante de su sufrimiento desconocido, que transfieren a sus hijos pequeños, quienes para satisfacerlos cumplen el papel de osito de felpa, de muñeca fetiche, y cuando crecen de marioneta que manipular..."(2).

Los Directivos de la Comunidad y el Encargado de Drogas del hospital se ven interpretados en la cita de F. Dolto, pues

(2) F. Dolto. "Prefacio". en "Droga, Psicoanálisis y Toxicomanía. Las huellas de un

de acuerdo a éstos el espacio psíquico-relacional se ubicaría en el origen del posterior arribo de los afectados a las drogas. Esta posición no la comparte plenamente la encargada Nacional de Drogas del Ministerio de Salud. Ella opina que en el encuentro con las drogas participan condicionantes propios de la neurofisiología, elementos psico-sociales y los mismos tóxicos, los que operarían en red gatillando la dependencia de sustancias. Su planteamiento es coherente con los lineamientos comprensivos con que el Ministerio entiende el fenómeno. "Las investigaciones recientes muestran que existen elementos causales tanto en el individuo (genéticos, bioquímicos, neurofisiológicos, psicológicos); como en su entorno y en la sustancia misma... los cuales se interrelacionan de diversas maneras"(3). Es decir, "... no se insiste en la búsqueda de una causa única sino en la identificación de grupos de factores causales"⁽⁴⁾ .

Resulta importante recoger el texto del Ministerio pues su óptica es la que guía las formas de comprender el problema, lo que a su vez incide en la formas que se proponen para intervenir terapéuticamente. Al ubicar lo que produce el encuentro entre individuo-droga en un conjunto de puntos que se intersectan se descubre una perspectiva que integra elementos que interactúan. Sin embargo, al revisar lo que plantea la Encargada Nacional más que integración de factores comprensivos encontramos cierta contradicción. Por una parte entrega un discurso en que considera al

encuentro". E. Vera Ocampo. Paidós. Buenos Aires. 1988. pag. 18.

(3) Alberto Minoletti. "Prologo" en "Orientaciones Técnicas para el tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de drogas". ediciones Ministerio de Salud. Chile. 1996. pag. 7.

fenómeno como determinado por factores neurofisiológicos junto a la acción de sustancias, por tanto, no cabría lugar para que lo que cause la dependencia sean factores psíquicos. No obstante, por otra parte *hallamos el planteo inverso en donde reconoce la incidencia de factores psicológicos y niega la posibilidad de una exclusiva determinación biológica.*

Esta 'diferencia interna', pensamos que se genera posiblemente a partir de carecer de una definición suficientemente establecida y convincente que permita orientar intervenciones en el nivel práctico. "... la noción misma de toxicomanía se coloca en una verdadera encrucijada temática: ¿pertenece al campo de la sociología, o dependerá de un abordaje médico, jurídico, psicológico o etnológico? Esta indeterminación, señalada desde hace ya mucho tiempo, se duplica en una indecibilidad que simultáneamente subsiste en el interior de cada una de esas disciplinas..., es posible registrar las huellas de esa indecibilidad en ciertas faltas de rigor epistemológico... Como si el objeto no pudiera ser verdaderamente pensado en un campo conceptual homogéneo..." (5).

El status epistemológico del tema ha resultado complejo de territorializar, lo que se ha 'resuelto' a través de la intervención de 'múltiples factores' con que el Ministerio entiende la constitución del problema y las *subsecuentes contradicciones* que hallamos en la Encargada Nacional. La indeterminación posibilita, como constatamos a través de la

(4) Alberto Minoletti. Op.cit. pág. 25.

entrevistas, que los diferentes niveles comprometidos entiendan el fenómeno de maneras diversas con la consecuente disparidad de criterios. Diferencia que desde ya se verifica entre la Encargada Nacional y el Encargado de Drogas que aparece proclive a una perspectiva que por ahora llamaremos 'psicologista'. Esta posición destaca su distancia con posturas biologicistas que entienden la estructuración de las toxicomanías como 'déficits constitutivos del sistema nervioso' lo que implicaría predisposición mecánica al consumo.

De acuerdo al Encargado de drogas el cuestionamiento a posiciones biologicistas se sustenta también en la vecindad que ésta perspectiva tiene con señalar también, o, correlativamente al objeto-droga como causa. Esto, guardaría relación con comprender que las toxicomanías se articulan a partir de un encuentro neuroquímico dada la composición 'en última instancia química' del cuerpo y del tóxico, que llevaría a una suerte de encuentro requerido por el cuerpo con fines de equilibrio químico, lo que dicho en lenguaje psicológico llamamos búsqueda de placer. A esto añade el antes citado que arrancando de la óptica descrita se legitiman una serie de decisiones en el ámbito terapéutico. Además, de que quienes señalan compartir posiciones 'integrales' terminarían comprendiendo y operando frente al fenómeno en el espacio puramente neuroquímico. Esto corresponde con lo señalado por Mora Teruel "...El individuo trabaja en aras de obtener lo que le gusta, lo que es placentero, y evitar lo que le produce desasosiego o castigo. Estos fenómenos, hasta hace muy poco

(5) S. Le Poullichet. op. cit., pag. 18.

sicológicos, tienen un correlato biológico puro, codificados en circuitos neuroquímicos y que se pueden evocar artificialmente por estímulos físicos o químicos aplicados directamente al cerebro"(6).

Lo destacado por el Encargado de Drogas se acerca a lo que señalábamos en el Marco Teórico cuando se planteaba que la comprensión neuroquímica del fenómeno ubica la operatoria del toxicómano en 'cuadrantes fisicalistas'. De aquí se desprendía el entendimiento del psiquismo en rangos bioquímicos, por ende, una especie de órgano psíquico. "La psique queda asimilada con ello a un órgano"(7). Al delimitar la psique como parte del espacio físico-químico entonces es posible inteligir que lo que acontece en las toxicomanías se sujeta a fronteras de la misma índole, es decir, encuentros ceñidos a regiones neuro-químicas. *Con esto de paso se articula un entendimiento del problema en el que no habría un sujeto psíquico, o sea, nos encontramos con una entidad constricta a parámetros puramente biológicos tal como lo expresa Mora Teruel, esto porque el perímetro en el que ocurriría el fenómeno responde a lógicas exentas de voluntad psíquica. "... esta creencia en una omnipotencia de la sustancia, que trata a la psique como si fuera un órgano, puede muy bien aparecer como una tentativa de eliminar al sujeto..."*(8).

En general, como ya hemos indicado los Directivos (exceptuando a la Encargada Nacional, quien se muestra

(6) Francisco Mora Teruel. "Drogas y Placer" en Revista Conace Informa. Santiago. Marzo de 1996. pag. 14.

(7) S. Le Poulichet. op. cit., pag. 30.

(8) S. Le Poulichet. op. cit., pag. 40.

ambigua) se presentan opuestos al enfoque biologicista, por el contrario, para aquellos el fenómeno acontecería precisamente en terrenos donde los factores psíquicos adquieren status de condicionantes y lo bioquímico sería no más que un efecto derivado. *De tal modo, las toxicomanías serían un efecto.* Las sustancias tóxicas serían elementos que se ocupan como objetos evitativos de displacer, mediante lo cual se consigue goce sin mediar un Otro.

Las drogas representarían una privilegiada vía de escape la deuda que supone existir en rededor de otros. "Hay que insistir en esta relación entre droga y deuda..., con el Otro, con el acreedor omnipotente que exige renunciar al goce y entrar a comerciar..."(9). Vínculo con el otro aceptando la renuncia, situación para la cual se requieren recursos psíquicos que en los afectados por drogas parecieran estar deteriorados.

Junto a lo anterior, o sea, los aspectos psicológicos, adquieren presencia elementos del espectro socio-cultural que incidirían en el vínculo que se establece con las sustancias. La marginalidad socio-económica y las transformaciones valóricas que mueven a la consecución de placeres mediante mínimos esfuerzos serían alguno de los modos mediante los cuales las formas culturales se incorporan en las subjetividades haciendo proclives a los individuos a evitar padecimientos a través de tóxicos.

La incidencia de lo socio-cultural es compartida por todos los Directivos, asimismo se encuentra presente en el

(9) Nestor Braunstein. "Goce", Siglo XXI. Mexico. 1990. pag. 201.

análisis que el Ministerio estructura para enfocar el fenómeno. "Las formas de desarrollo que ha alcanzado el mundo moderno, con su individualismo, competitividad, consumismo, énfasis en el placer, desigualdad socioeconómicas, entre otras, parece favorecer que las personas busquen en el uso de la droga y el alcohol, satisfacción de muchas de sus necesidades"(10).

En suma, en el espectro que representa a los Directivos aparecen básicamente dos posiciones para entender aquello que causaría las toxicomanías, una, que subraya la conjunción de factores, otra, que sostiene que factores psicológicos y socio-culturales inciden de manera fundamental, y que no deja de enfatizar su distancia con posiciones que para el caso hemos nominado 'biologicistas'.

Por otra parte, el contenido de las entrevistas realizadas a Terapeutas (de Hospital y Comunidad) -en torno a aquello que suscitaría el encuentro con las drogas- revela congruencias y distancias respecto a lo recabado desde los Directivos. Por un lado, se observan coincidencias entre los Directivos y los Terapeutas de Comunidad en la orientación de los temas referidos, pero, también aparecen diferencias en la medida que los terapeutas del Hospital (los psiquiatras en particular) tienden a marcar la incidencia biológica como relevante en la emergencia de las toxicomanías.

La interpretación que domina entonces entre los Terapeutas de la Comunidad se relaciona con comprender que el

(10) "Orientaciones Técnicas para el tratamiento y rehabilitación de personas con

encuentro con las drogas guardaría relación con cierta estructuración psíquica caracterizada por vínculos afectivos en que el apego, la seguridad y la autonomía se habrían visto afectadas. Sus relatos llevan a pensar que "... En el pasado de los toxicómanos se prepararon procesos emocionales, bajo la forma de posibilidades de salida o de cierre a los deseos de expresión de sí, de comunicación con los demás, de cooperación creadora que experimentan todos los seres humanos, y tal vez esa convivencia preparó en cambio una sola salida, el aislamiento social y afectivo que experimentará un día aquel que se vuelve toxicómano"(11).

Las drogas entonces favorecerían un proceso de repliegue dada las conformaciones relacional-afectivas en que se fueron configurando los vínculos. Se estructuraría un modalidad afectiva que tiende al repliegue sobre sí, echando mano a los tóxicos como recurso "... Sabemos que con el quitapenas es posible sustraerse a la carga de la realidad y refugiarse en un mundo propio..."(12). Cierta pretensión de resguardo frente al peligro que han representado los vínculos afectivos pareciera desplegarse en el acto efectuado por el toxicómano. "... los discursos sobre la toxicomanía presentan a esta como una autodestrucción, vemos surgir la perspectiva de una operación esencialmente conservadora que protege a una forma de narcisismo"(13).

problemas de drogas". ediciones Ministerio de Salud. Chile. 1996. pag. 9.

(11) F. Dolto. op. cit., pag. 11.

(12) S. Freud. "El Malestar en la Cultura" O.C.. Vol. XXI. Amorrortu. Buenos Aires. 1994. pag. 22.

El acto de drogarse pareciera configurarse entonces con algún sentido psíquico. Veladamente se negaría la carencia que conforma la subjetividad psíquica, a lo cual los mismos padres parecieran contribuir en el transcurso del desarrollo mediante su propia suplantación a través de objetos. Operación que va asentando cierta habituación a no confrontarse con el dolor de la pérdida, a no aceptar frustraciones, lo cual caracterizaría el pasado de los toxicómanos. Esto en buena medida posibilitaría la ulterior búsqueda de satisfacción en el objeto-droga. De este modo, la droga "... es la promesa de un paraíso donde el Otro es sustituido por un objeto sin deseos ni caprichos, un objeto que deja el único problema de procurárselo a modo de mercancía y que no traiciona" (14).

"Hoy los padres dan todo, o, al menos, eso quieren, son consumistas, tratan a través de cosas suplir su ausencia. Es una manera de no quedar despegados de sus hijos, de buscar un lazo eterno. Así los hijos, tampoco se despegan de sus padres. Por eso cuando se frustran, no lo maduran, no lo reflexionan, no aceptan perder. Entonces reemplazan la pérdida con drogas entre otras cosas..." (Terapeuta Comunidad 1).

Esta operación de suplencia se vería confirmada por las formas culturales dominantes en nuestra época que tenderían a centrar la atención en la competencia, en tener cosas, abandonándose progresivamente los aspectos afectivos. Una especie de carrera por obtener cosas, las que finalmente no satisfacen de modo pleno, allanándose el camino para que el sinsentido induzca al consumo de drogas como objetos de placer privilegiado. Esto lleva a decir a M. Berman "...un

(13) S. Le Poulichet. op. cit., pag. 69.

(14) N. Braunstein. op. cit., pag. 200.

gran retraimiento hacia la evasión que ofrecen las drogas, la televisión y los tranquilizantes... Una época que tiene por norma la depresión es en verdad una época oscura y triste..."(15).

Es importante notar que respecto de este aspecto una integrante del equipo del Hospital concuerda en buena medida con los terapeutas de la Comunidad.

"Creo que el origen está en los problemas sociales y culturales que existen... esto lleva al consumo, las drogas están en sus barrios... los pacientes vienen de familias desestructuradas, sin recursos económicos, sin expectativas, no tienen un sentido para vivir..."(Terapeuta Hospital 3)

Sin embargo, la articulación de la problemática en el ámbito tradicional nubla la posibilidad de que quienes han ingresado al circuito del consumo visualicen que ciertos conflictos psíquicos han inducido ese modo de resolver sus malestares. Por lo mismo para los afectados el problema es el objeto-droga que, dado sus poderes químicos, generan la toxicomanía. "... la droga se concibe esencialmente como un objeto sustancial, que por sus facultades farmacodinámicas tendría el poder de producir un toxicómano"(16).

Congruente con la idea que centra la problemática en el objeto-droga un Terapeuta del Hospital plantea:

"... soy partidario de que las drogas por su composición producen inconsciencia por eso hay que alejar a los pacientes de

(15) M. Berman. "El Reencantamiento del mundo". Cuatro Vientos. Chile. 1987. pag. 17.

(16) E. Vera Ocampo. "Droga, Psicoanálisis y Toxicomanía. Las huellas de un encuentro". Paidós. Buenos Aires. 1988. pag. 29.

ellas...".(Psiquiatra 1)

Al respecto los terapeuta de la Comunidad plantean que *la perspectiva que comprende que las toxicomanías se producen dadas las propiedades del tóxico se asienta en la medida que la misma operatoria médica refuerza esa posición en los pacientes.* "Al menos, sus discursos parecen organizarse en general en torno de una misma creencia: es la sustancia o son unos problemas psicotóxicos los que constituyen la toxicomanía"(17).

De un modo paralelo a situar el problema en los tóxicos emerge en el discurso de los Terapeutas del Hospital la postura que ubica el germen de las toxicomanías en factores genéticos. *De tal manera el sustrato somático explicaría el encuentro que se produce con las drogas.* "... la comprensión se inscribe en el orden médico, esto porque la toxicomanía encuentra su fundamento en lo biológico"(18).

Esta óptica médica se confirma cuando una profesional del Hospital *plantea que se busca de cualquier modo la correspondencia del fenómeno con alguna instancia somática que posibilite una operación dentro del terreno propio de lo médico.* "... desde el momento en que los fenómenos psicológicos son observados y recolectados como si se tratara de realidades materiales, substanciales, se tiende naturalmente a otorgarle esa misma materialidad y por lo tanto a hacer de ellos el doble de una realidad más tangible"(19).

(17) S. Le Poulichet. op. cit., pag. 36.

(18) E. Vera Ocampo. op. cit., pag. 25.

(19) P. Bercherie. "Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber

Respecto del mismo tema, que remite a aquello que causa las toxicomanías, los pacientes (de Comunidad y Hospital) tienden a coincidir al situar en afecciones psíquicas aquello que incitó a las drogas. Esto, si bien, dicho nexo queda señalado de modo tenue en el caso de los pacientes del Hospital, añadido a que éstos, de manera en principio contradictoria, también sitúan a las drogas como aquello que les ha inducido a las toxicomanías. "... los toxicómanos son gente que está de duelo, traicionados por el abandono sin despedida de un otro... ¿la madre?... con quien el drogado no se sabía fusionado y que se fue, llevándose su actividad potencial y no dejándole en cuanto a deseo sino pulsiones pasivas... (entonces aquel) ya no tiene los medios sensoriales para percibir en medio de los otros un eco visual, auditivo, táctil, emocional, un eco de sensibilidad existencial y narcisista indispensable..."(20).

Congruentes con la percepción del tema que entrega F. Doltó, se observa la problemática psicológica en todos los pacientes (Comunidad y Hospital) bajo la figura del abandono, el desamparo y los maltratos. Esto habría conformado una estructura psíquica tendiente al retraimiento de vínculos afectivos, la desconfianza y la evasión.

Si recordamos la narraciones de los pacientes en ellas se advierte signos propios de una constitución psíquica mermada en la medida que la subjetividad se nutre de

encuentros que requieren de la seguridad que los otros cercanos entregan mediante el afecto. "Esta eventualidad histórico-estructural del psiquismo termina con la asunción del Otro como condición y posibilidad para la instauración de la subjetividad. En este sentido la relación especular e interdependiente con el Otro es constituyente de la subjetividad" (21).

También es posible determinar que el marco psico-afectivo que condicionaría a los pacientes revela que su encuentro con los tóxicos remite a un sentido que aunque oculto para ellos mismos habría operado de manera subrepticia.

"... tomo porque puedo sacar mis pensamientos, esos que no puedo sacar de encima, de mi cabeza... lo que más me gusta del trago es porque uno se siente bien y no tiene que preguntarle a nadie para pasarlo bien, ni tampoco necesita estar con nadie... eso es lo que más me gusta, estar sola..." (Paciente Hospital 1)

Lo que señala esta paciente descubre de algún modo el sentido que posee el vínculo que establece con su objeto-droga, es decir, "llegar a vivir esa relación perfecta del alcohólico con su botella, puesta de manifiesto por Freud, como modelo envidiable de un amor que no conoce las fallas, las traiciones ni los reclamos recíprocos" (22). Las drogas parecen reservar un sentido encubierto para quienes las consumen, al parecer una huida de lo que supone vincularse con aquello que repugna pues en los lazos establecidos no hubo aquello que se esperaba. *Huir hasta de sí mismo porque en aquello precisamente emergen las deudas que supone*

(20) F. Dolto. op. cit., pag. 14.

(21) Marco Teórico de la tesis. pag. 92.

existir. Relacionarse supone someterse a quicios que el toxicómano pretende eludir. "... el droga-a-dicto, impugna esa deuda simbólica, deuda externa y eterna que no contrajo y que no quiere pagar, ... deuda simbólica con el Otro, con el acreedor omnipotente que exige renunciar al goce y entrar a comerciar" (23).

Hasta lo tratado se observan coincidencias entre los pacientes del Hospital y de la Comunidad, lo cual bien podría hacer pensar que la problemática con las drogas se restringiría desde la percepción de los afectados a un conjunto de factores del nivel psicológico. Empero, surgen relatos de parte de pacientes del Hospital que sitúan al objeto-droga como causa de la afección que hemos estado considerando. No obstante, esta aparente contradicción nos inclinamos a situarla dentro del mismo contexto de las opiniones que vierten respecto de los factores psíquicos como condicionantes de su nexos con las drogas. Es decir, tanto lo uno como lo otro no se sujeta a convicciones, sino que sus planteamientos son parte de la experiencia y del espacio relacional que les permite tener cierta comprensión de lo que han vivido. Más aún, lo señalado en torno al compromiso de factores psíquicos no es algo que esté en el nivel conciente, ni menos aún en un contexto donde se observe un proceso reflexivo de parte de los pacientes. Por el contrario, lo que plantean respecto del objeto-droga como causa, sí aparece como parte de las explicaciones con que de modo cotidiano comprenden la afección. Esto lo expresa con nitidez Vera Ocampo, al señalar que "...

(23) N. Braunstein. op. cit., pag. 202.

conjunto de factores que incluirían también lo psicológico.

Sin embargo, la praxis médica se establece finalmente como dominante en la medida que "el discurso médico impone cierta mirada en el campo que constituye".(24) Esto porque se instaure en el terreno médico-hospitalario una óptica sobre la etiología de la enfermedad, lo que permite constituir en 'hechos', elementos que sin él tendrían un valor sólo contingente. "Así, lo que el médico observa es lo que puede inscribirse en determinado campo de saber, con exclusión de cualquier otra cosa"(25). "... para que ese discurso se establezca hay que privilegiar ciertos hechos y hacer a un lado lo que se opone a ese discurso".(26) Asentados en esto quienes se hacen cargo de lo terapéutico en el 'ámbito oficial' excluyen lo que bien podríamos denominar 'signos inconcientes' procedentes de los afectados. *Esto queda silenciado en la medida que los pacientes de manera especular también reducen su problemática al espacio químico de los tóxicos.* Se forja entonces un entendimiento 'bio-químico' del problema en que todos participan de manera más o menos conciente. "... es el tiempo de los malos encuentros. El tiempo en que el discurso biologizante del toxicómano encuentra especularmente el discurso biológico médico"(27). La 'biologización' del fenómeno se ve ratificada en los niveles que estructuran la comprensión del problema al definir las toxicomanías de la siguiente manera: "Estado psíquico y a veces también físico resultante de la

(24) M. Foucault. "Nacimiento de la Clínica". Siglo XXI. Mexico. 1991. pág. 96.

(25) E. Vera Ocampo. op. cit., pag. 35.

(26) E. Vera Ocampo. op. cit., pag. 34.

(27) E. Vera ocampo. op. cit., pag. 107.

interacción entre un organismo viviente y un medicamento"(28). *La delimitación al ámbito biológico es precisamente aquello que constriñe la mirada del paciente quien se ha constituido como deficitado para remitir a un sí mismo las problemáticas que le aquejan. "Lo que el médico no puede captar cuando reduce la toxicomanía a sus fundamentos biológicos es precisamente que de lo que está enfermo el toxicómano es de 'biologizar' el vínculo que lo une con su objeto"*(29).

Cierta operación de encubrimiento se monta, tanto de parte del paciente cuanto del médico, en la medida que el asunto queda sujeto a los recintos mudos de la biología. Una posición como la descrita "... hace del toxicómano un ser mudo, dado que en esta definición el lenguaje no podría tener en ningún caso un lugar necesario o esencial en relación con la problemática de la toxicomanía"(30).

El mutismo al que se restringe el fenómeno anula la posibilidad de observar aquello que busca el toxicómano. Nos referimos a aquella operación de repliegue a través del tóxico, tentativa de negar los intercambios en tanto estos suponen la presencia de un sujeto. *Más vale darse por muerto bajo el recurso de reducir la subjetividad a un mero cuerpo que espera un tratamiento. "El cuerpo en esta sindicación es asiento de un goce sin sujeto, fuera del discurso, rechazante del vínculo social"*(31).

(28) Comité OMS. pag. 8 1969. Citado en E. Vera Ocampo. op. cit.,

(29) E. Vera Ocampo. op. cit., pag. 26.

(30) E. Vera Ocampo. op. cit., pag. 32.

(31) N. Braunstein. op. cit., pag. 201.

De tal prescindencia del sujeto no participan los componentes de la Comunidad. La pretensión de éstos es la opuesta a la que hemos descrito dado que precisamente se busca marcar la presencia de una subjetividad aún capaz de interactuar, no restricta a meras operatorias bio-químicas. Pues, "... plantear el problema como referido al 'ser viviente' es borrar la problemática del sujeto... es evacuar el vínculo, incluso la textura peculiar del vínculo que relaciona al sujeto con la droga"(32).

Recordemos que nos importaba la comprensión acerca de lo que causaría el fenómeno en la medida que aquello condicionaría las posiciones terapéuticas. "Esto en la medida en que las concepciones de la toxicomanía no dejan de tener efectos concretos en la aproximación clínica de los toxicómanos"(33)

Tal presunción se confirma en la medida que encontramos lineamientos terapéuticos diferentes. Por un lado, un tipo de tratamiento que se centra en los signos físicos de los pacientes, por otro lado, la ocupación en aspectos del desarrollo psicológico que habrían condicionado la resolución de problemas mediante el nexo establecido con las drogas.

(32) E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 27.

(33) E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 38.

1b.- Acerca de las posiciones Terapéuticas en los discursos de Directivos, Terapeutas y Pacientes.

Respecto de los procesos terapéuticos se observa coincidencia en lo relativo a las adherencias halladas frente al primer tema. O sea, los adscritos al programa de trabajo de la Comunidad se presentan proclives a una visión terapéutica que considera la estructuración psíquica previa. Por otra parte, si bien con diferencias internas más acentuadas que en el tema anterior se descubre en el ámbito del 'tratamiento tradicional' la inclinación hacia formas terapéuticas centradas en lo bio-químico. Si bien, es oportuno recordar que en el plano discursivo se planteaba una posición integral que le daba importancia tanto a lo psíquico como a lo bio-químico.

En el nivel Directivos aparecen las mismas diferencias que en el primer tema, vale decir, por un lado los ligados a la Comunidad junto al Encargado del Hospital, señalan que lo relevante en el espacio terapéutico dice relación con centrar el trabajo en recuperar aspectos ligados a la afectividad, a los lazos sociales y a las normativas que de acuerdo a lo recabado se presentan como lo más deteriorado. Se trataría de procesar y resituar aspectos dañados de la constitución psíquica que finalmente llevaron a una búsqueda de goce desligada de los otros porque se ha hecho imposible la confianza.

El vínculo que se establece con los terapeutas y la concentración en él como sujeto agente de un acto "le permiten (al paciente) reconocer con ese otro su deseo, su deseo de vivir, deseo a reinventar en la seguridad de ese

encuentro" (34).

Correspondiendo con la perspectiva indicada los Directivos discrepan de los procedimientos terapéuticos ocupados por la praxis médica tradicional. Estos consideran que el compromiso subjetivo se diluye dado el tipo de intervención que caracteriza aquella praxis. Dado que esta culmina en "... una aproximación médico terapéutica, farmacológica y selectiva para tratar este verdadero azote de la civilización que es la drogadicción" (35)

En torno a lo mismo la Encargada Nacional plantea que el tratamiento no ha de restringirse a sólo desintoxicar, no obstante, señala que se requiere de una primera fase terapéutica que compromete la limpieza somática y el uso de fármacos con el objetivo de reponer 'la voluntad del afectado'. Esto es expresivo de lo que antes hemos referido como fórmula terapéutica tradicional que entiende la resolución del problema mediante la extracción del objeto maligno (las drogas), y la suplencia por uno bueno (el fármaco). "Según este modelo, es entonces bajo la forma de prótesis o de eliminación como se aborda las más de las veces una 'terapia' de toxicómano" (36). No se repara que a través de esto se asienta la convicción de que el problema estaría sujeto al ámbito de las drogas confirmando la residencia del fenómeno en un sustrato material inabordable para el sujeto. "... la clínica, reposa sobre el postulado de que el cuadro clínico reenvía a una esencia que es su realidad, siendo esta esencia naturalmente concebida como

(34) F. Dolto. op. cit., pag. 16.

(35) F. Mora Teruel. op. cit. pag. 15.

(36) S. Le Poulíchet. op. cit., pag. 36.

un fenómeno material..."(37). Entonces es posible decir que *remitir el problema a regiones biológicas es asunto tanto de quienes abordan lo terapéutico, cuanto de quienes padecen la problemática. "... tanto unos como otros trabajan en una tentativa de anulación de la subjetividad en su relación con el lenguaje, para consagrar la omnipotencia de la sustancia"*(38).

Sin embargo, de acuerdo a la Encargada Nacional las orientaciones terapéuticas que emanan desde el Ministerio no se constriñen a una determinada óptica. Pese a este discurso el *Encargado de drogas del hospital señala que, si bien, se intentan subrayar los aspectos psicológicos esto no es compartido por todos los que se encargan del tema. Debido a esto la praxis que en definitiva se impone guarda relación con el modelo médico.*

"... En la visión clásica no hay presencia de un sujeto, éste no importa, es un cuerpo biológico, es un organismo descompensado, para poder equilibrar ese organismo se dan fármacos..."(Encargado drogas Hospital)

La perspectiva desde la cual aquel analiza la visión médica se acerca a lo que planteábamos como comprensión del sujeto como organismo "... Hay que apuntar que también en este sentido el individuo toxicómano es aprehendido las más de las veces como organismo: todos esos abordajes de tipo sustancialista... son correlativos de un efecto de desubjetivación"(39). *Tras de esto se encontraría un*

(37) P. Bercherie. op. cit. pag. 214.

(38) S. Le Poulichet. op. cit., pag. 47.

(39) S. Le Poulichet. op. cit., pag. 35.

entendimiento del sujeto como entidad pasiva en tanto gobernada por lo neuroquímico que debido a lo mismo es presa de los tóxicos. Por ende, los procedimientos terapéuticos se ordenan en función de equilibrar un organismo descompensado. "... es lo sustancial del objeto y de sus facultades farmacodinámicas lo que priorizará el discurso médico, en detrimento de la otra vertiente del problema que es el acto de drogarse, en tanto hace referencia a las motivaciones personales e históricas del sujeto que se droga..."(40).

En suma, hallamos posiciones encontradas respecto de este tema. Por un lado, la Encargada Nacional, quien pese a dar relevancia en el tratamiento a los aspectos psicológicos, paralelamente valora una serie de procedimientos de la tradición médica, es decir, desintoxicación, abstinencia y uso de fármacos. No obstante, y de manera un 'tanto contradictoria', la misma Encargada plantea con tono crítico que los pacientes utilizan la operatoria médico-hospitalaria con fines sólo desintoxicatorios. *Esto confirmaría que los procesos terapéuticos asociados a lo médico favorecen mediante la concentración en determinados factores bio-químicos la idea de que las toxicomanías son un problema de drogas, por ende habrían de extraerse.*

Por otra parte, se advierte la posición de los Directivos de la Comunidad y el Encargado de Drogas quienes como ya hemos destacado, objetan tal constricción a lo sustancial del objeto-droga y/o a la neurofisiología, porque delimitarían el perímetro de entendimiento del sujeto como

(40) E. Vera Ocampo. op. cit., pag. 33.

entidad dominada por operatorias neuroquímicas.

En torno al mismo tema los Terapeutas del Hospital aparecen notoriamente inclinados hacia un tipo de terapia de orden tradicional. Tal adherencia confirmaría la reducción bioquímica que antes hemos indicado "... dicho centramiento en la sustancia tiende a seducir a las técnicas terapéuticas que se movilizan tras la extracción y/o alejamiento del objeto-causa"(41).

Ligado a lo anterior un factor que ha legitimado la actuación médica guarda relación con la presencia de patologías asociadas las que emergerían con signos radicales como efecto del consumo. Es decir, habrían condiciones previas que remiten a lo somático, las que unidas al tóxico incitan las medidas terapéuticas señaladas. "... es necesario y suficiente que se produzca un encuentro con una sustancia que engendre la toxicomanía"(42). En esto va implicada la idea del terreno propicio que supone el encuentro entre una sustancia y un cuerpo predispuesto que permiten que surja la patología. El fenómeno entonces se circunscribe a los goznes de lo bioquímico.

Dado que el territorio en que se inscribe el problema corresponde con el campo neuro-químico la intervención ha de darse en el espacio farmacológico. Esto porque se reúnen una serie de elementos que invocarían la presencia de fármacos que contribuyen con el tratamiento. "Ello ha

(41) Marco Teórico de la tesis. pag. 77.

(42) S. Le Poulichet. op. cit., pag. 23.

permitido el desarrollo de sustancias farmacológicas capaces de bloquear o interferir este fenómeno... al permitir conocer... dónde en el cerebro, y a través de qué neurotransmisores actúa la droga"(43).

En contrapartida a estas posturas los Terapeutas de la Comunidad plantean críticas y un modo alternativo al que se desprende del discurso médico. A estos se suman las profesionales no-médico del Hospital, una de las cuales de modo abierto cuestiona las formas que adquiere el tratamiento.

Las objeciones se articulan en torno a los factores que se ubican como centro de la praxis médica tradicional. Pensamos que es notoriamente importante que quienes participan del proceso al interior del hospital adviertan que el periodo desintoxicatorio no ejerce efectos permanentes en cuanto a la rehabilitación, dado que luego de pasar por aquel los afectados vuelven a consumir y retornan como reincidentes. *Esta opinión devela de manera crítica el circuito al que obedece el tratamiento orientado medicamente dada la concentración en el tóxico, lo que incide en que los aparatos se organicen tras la extracción de la sustancia nociva. "... tema maniqueo y ontológico de la medicina según el cual el mal se define como lo que es preciso expulsar del cuerpo poseído..."*(44). Lo mismo visto desde otro ángulo indica la posibilidad de descentrar la mirada de la sustancia remitiendo el trabajo de recuperación inicial a un vínculo más bien afectivo.

(43) F. Mora Teruel. op. cit., pag 16.

El cuestionamiento se dirige a que *el tinglado asistencial médico-hospitalario al ceñir el fenómeno al perímetro somático y, a las propiedades del tóxico, contribuye a que también los afectados que al parecer ya poseen una 'teoría similar' cimenten aún más tal postura.* La comprensión somática y química del problema permite que los afectados adquieran una perspectiva pasiva en la cual desaparecen como sujetos. "El cuerpo en esta sin-dicción es asiento de un goce sin sujeto, fuera del discurso..."(45). *El dispositivo hospitalario complementa el deseo del toxicómano que pareciera decir 'dispongan de mi' con tal de no asumir su cuota subjetiva de responsabilidad.* Un proceso precisamente opuesto que pretende erigir el espacio subjetivo como fundamental se llevaría a cabo en las instancias terapéuticas que pone en juego la Comunidad.

En los pacientes se observa un cuadro aproximadamente similar al de los terapeutas, vale decir quienes han experimentado el tratamiento en la Comunidad se muestran proclives hacia este tipo de proceso. Los pacientes cuyo tratamiento se ha efectuado en el Hospital expresan opiniones que veladamente representan la necesidad de procesar elementos de su vida psíquica, pese a esto valoran los procedimientos típicamente médicos, lo que no impide que deslicen cuestionamientos a factores que constituyen este tipo de terapia.

Al revisar el contenido de las opiniones de pacientes que expresan su complacencia respecto del apoyo terapéutico entregado en el hospital se visualiza el status necesario

(44) S. Le Poullichet. op. cit., pag. 33.

(45) N. Braunstein. op. cit., pag. 201.

que le atribuyen a los fármacos. Lo que corresponde con el análisis efectuado en el marco teórico en el cual contemplábamos que tal óptica sería la respuesta que el toxicómano puede dar al evento psíquico que supone su distanciamiento respecto de las relaciones con un otro. La posibilidad interaccional con 'otredades' estaría mermada desde antaño. Situación que le llevaría a desdeñar la multiplicidad de objetos posibles de placer reduciendo su posibilidad de alivio y goce al objeto-droga. Se advierte de este modo una subjetividad que ciñe sus vínculos con el mundo a una relación circunscrita a márgenes bio-químicos, espacio regido por la necesidad molecular de enlaces químicos. De tal modo "... la condición necesaria de su placer es que el objeto de placer ocupe su lugar entre los objetos de necesidad..."(46). Ya imposibles diversos placeres, se ciñe a un único objeto del cual obtiene goce.

El modelo de atención que se ofrece en las instancias hospitalarias el cual, de acuerdo a las opiniones recogidas, parece reducirse al fin de cuentas a intervenir sólo los espacios neuro-químicos, favorece la desconfianza de los pacientes respecto de apoyos que impliquen retraer la problemática hacia sí mismos.

Considerar el problema restringido a lo somático incide en que la demanda de los pacientes se oriente en el marco comprensivo relativo a la nocividad del objeto maligno, lo cual puede recibir sólo tipos de atención que supongan internamiento y/o extracción. "... los toxicómanos... suelen recurrir a los terapeutas para reclamar dos tipos de

(46) E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 46.

intervenciones: el encierro o una forma de extracción" (47). Encierro, "... también necesito cuando se me pasa la mano que me reciban en el hospital... yo le agradezco a las enfermeras y a los doctores la paciencia, una necesito que la calmen..." (Paciente Hospital 1)

Extracción, "... en el fondo yo creo que hay que limpiar el cuerpo, porque lo que uno tiene en el cuerpo no se quita hablando". (Paciente Hospital 3)

Empero, estos mismos pacientes que aparecen demandantes de un tipo de terapia realizada en el marco recién descrito, luego deslizan opiniones que insinúan una demanda que implica trabajar aspectos psicológicos y, de manera más velada, alguna crítica hacia la atención de tipo médica dado que mediante esta no habrían logrado superar su afección.

"... he tomado tantos medicamentos y no sirven para dejar de consumir, yo lo que necesito es que alguien me aconseje qué hacer con mis enredos y poder consumir pero controlado..." (Paciente Hospital 2)

Lo citado no resulta extraño en la medida que estos pacientes no han trabajado reflexivamente su vínculo con las drogas. Esto a nuestro juicio obedece al margen bioquímico con que perspectivaban aquella relación. Por ende, *el modo a través del cual han enfrentado el problema remite al deseo de independizarse mediante una suerte de cancelación tóxica que evita los peligros que supone lo externo.* "... el más eficaz de los métodos destinados a ejercer una influencia corporal semejante es el método químico, la intoxicación... ciertas sustancias ajenas al

(47) S. Le Poulichet. op. cit., pág 36.

cuerpo nos procuran sensaciones agradables... es posible sustraerse a la carga de la realidad y refugiarse en un mundo propio..."(48). *Montaje químico que permite ocultar el fondo que conecta al afectado con los tóxicos. Mecanismo que diluye la presencia de un sujeto tras del acto. Sujeto que pese a lo cual se las arregla para asomar entre los pliegues discursivos y demandar un lugar para la escucha. Esto aunque la queja no encuentre eco en los dispositivos médicos que reciben la petición.*

En medio de las determinaciones médicas que delimitan a un perímetro neuro-químico las toxicomanías se 'dibujan fisuras' en los relatos de pacientes cuyo contenido expresa el deseo de reconocimiento más allá de las fronteras señaladas. "... esta reducción y esta racionalización del trastorno tienden a excluir al sujeto de su acto..."(49).

"... la doctora que me atiende, la que me da las pastillas siempre tiene tantos pacientes que la esperan que cada vez me promete hablar pero no puede... creo que entenderían más si me hablaran, si escucharan por qué tomo".(Paciente Hospital 1)

Este relato remite a la emergencia de un sujeto que pide la comprensión de un otro para establecer el sentido de un acto que excede el horizonte bio-químico. Aspecto que no solo se admite sino que se promueve en la Comunidad Terapéutica dada la posición con que se hace frente al trabajo de recuperación en este espacio. Un proceso que se orienta hacia la remoción de factores psíquicos que allanaron el camino que condujo a buscar en los tóxicos la

(48) S. Freud. "El Malestar en la Cultura". pag. 22.

respuesta al malestar existencial.

Los pacientes de la Comunidad representan en sus narraciones haber hallado un sentido al nexo establecido con las drogas. *Hallar un significado pareciera ser fruto de un proceso en que se produjeron ciertos encuentros cuya textura posibilitaría recuperar la confianza en los vínculos con el mundo sin tener que encubrir las carencias no asumidas recurriendo a productos de reemplazo.* Resignificar permitiría que el afectado redescubra su dimensión subjetiva haciéndose cargo de reubicar su sí mismo en el mundo. "No es otro quien debe ocuparse de él, es él mismo quien puede encontrar una nueva verdad de ser, su verdad de sujeto que, gracias a sus consultas y conversaciones libremente consentidas... (esto) le permiten reconocer con ese otro su deseo, su deseo de vivir, deseo de reinventarse en la seguridad de ese encuentro..."(50).

Pese a las reflexiones que incitan a pensar que el problema pudiese tener un destino más favorable para los afectados es posible constatar la predominancia de la praxis médica tradicional en la atención de la afección que hemos estado tratando. Esto no deja de tener relevancia dado que la mayoría de los centros que atienden el problema son hospitales y consultorios públicos que se rigen por prácticas similares. Por tanto, el problema estaría siendo intervenido en los márgenes que hemos descrito previamente. Esto se cimentaría en las mismas atribuciones que el espacio cultural le otorga a cierto 'saber médico' en torno del fenómeno lo que restringe los procedimientos sanativos

(49) S. Le Foulchet. op. cit., pág. 22.

a las orientaciones que la medicina determina. "El médico no solamente supone que sabe, sino que... está seguro de su saber, le reconocen como sabedor los otros... cuya palabra queda de este modo eliminada..." (51).

De tal manera las prácticas médicas se instaurarían con el asentimiento de quienes participan del tinglado terapéutico. De forma que los dispositivos que aquellos estructuran para intervenir frente a la afección cuentan con la venia de una suerte de ejército que apoya el entramado propuesto. Thomas Szasz, al reflexionar acerca de la medicalización de las sociedades modernas destaca que "... todos sentimos el desplazamiento del poder hacia el cuerpo médico; siendo los psiquiatras, no otra cosa que el destacamento avanzado de ese poder médico..." (52).

"... yo creo que el rol que nosotros mismos le damos al médico les otorga cierto status para tratar problemas de salud... nosotros le seguimos entregando un rol de poder... es cierto por una vía u otras los médicos mantienen el poder..." (Encargada Nacional Ministerio de salud)

Lo descrito también da lugar a que los otros profesionales que participan del proceso, al consentir, terminen ocupando un rol asistencial y secundario en torno a lo dispuesto por el 'saber médico'. "... Se reduce a la psicología al rango de una técnica de apoyo, que coexiste alegremente con la farmacología... sin que nunca se ponga en tela de juicio...

(50) F. Dolto. op. cit., pag. 16.

(51) Robert Le Fort. "Discurso de la institución y sujeto del discurso" en "La educación imposible". Maud Mannoni. Siglo XXI. México. 1998. pag. 176.

(52) Thomas Szasz. "Ideología e insania". citado en "La educación imposible". Maud Mannoni. Siglo XXI. México. 1998. pag. 130.

lo que dicta semejante elección terapéutica, elección que se racionaliza después en un lenguaje 'psiquiátrico'..."(53).

La dominancia de un tipo de discurso que organiza los cuidados terapéuticos tendería finalmente a silenciar ciertos aspectos que contextúan el fenómeno (en este caso las toxicomanías) que se tiene entre manos. Elementos que serían parte constitutiva de la afección no se consideran contribuyendo de ese modo a cierto encubrimiento del marco social en que tiene lugar y se desarrolla el problema. "... la organización de los hospitales está hecha para enmascarar la realidad social"(54).

Para finalizar es oportuno recordar que lo realizado en este apartado no pretendía demostrar alguna hipótesis, sino más bien descubrir posibles relaciones de los discursos con posiciones teóricas que comprenden el fenómeno de las toxicomanías. Esto con el fin de pesquisar lo que funda las lecturas de quienes vivencian el problema, dado que de alguna manera, es posible observar la incidencia de las ópticas de abordaje de aquellos en el destino del fenómeno.

En síntesis, es posible distinguir dos tipos de adherencias para enfrentar el trabajo con toxicómanos. Una, que orienta lo terapéutico hacia la articulación de procesos psicológicos que indujeron al consumo. Otra, que centra el trabajo en los aspectos biológicos afectados en los consumidores. Esta de acuerdo a los relatos, y más allá de esto, según lo que el espacio cultural indica, parece ser

(53) Maud Mannoni. "La educación imposible". Siglo XXI. Mexico. 1998. pág. 134.

la forma más extendida para proceder frente al problema.

La primera, atendería a los procesos que prepararon un tipo de personalidad tendiente a formas vinculares evitativas, lo cual favoreció la búsqueda de sustancias como fórmula para resolver los problemas que la vida contiene. Se trataría en este caso de remover factores de la vida afectiva, con el fin de ubicar el sentido que habrían adquirido las drogas, como medio que permitió principalmente retraerse de vínculos que habrían traído frustraciones, esto último, encubierto bajo el manto de placer que se conquista mediante las sustancias tóxicas. La segunda mencionada tiende a trabajar en orden a atenuar los síntomas que se producen por efecto de la ingesta de sustancias. Esto revela correspondencia con la comprensión bio-química del fenómeno, por tanto dirige su atención hacia desintoxicar y compensar mediante fármacos los desequilibrios que produce la abstinencia que se ordena a los pacientes.

La señalada en primer lugar se ve representada por la totalidad de los que integran el equipo de trabajo de la Comunidad, desde Directivos hasta pacientes, a los que se añade el Encargado de drogas del hospital. Con inclinaciones hacia una y otra posición encontramos a la Encargada Nacional, las profesionales de apoyo del hospital y los pacientes del mismo. Hacia la segunda forma de trabajo indicada se muestran proclives de manera 'nítida' los psiquiatras del Hospital.

V.- CONCLUSIONES.

En lo que corresponde a nuestro país parece no discutible que el asunto de las drogas obtiene rango de problema básicamente como tema social y económico. Esto en orden a los beneficios tendenciales que el producto aporta en tanto 'no opera' en el espacio del mercado. Como problema de salud tiene resonancia sobretodo porque se le asocia con actos delictivos de diversa naturaleza. En el plano más estricto de la salud *no aparece como una especie de 'epidemia' de difícil contención para las autoridades en el tema.* Percibimos que existe preocupación por el crecimiento en número de consumidores, mas aquello tampoco ha traído grandes revuelos. En términos clínicos queda la impresión de ser un problema que no aqueja a las instancias de salud más que otras patologías familiares'

Pese a lo escasamente seductor del tema, en tanto no se trataría de un asunto de primera línea problemática para nuestros aparatos políticos, sanitarios, etc., pensamos que el fenómeno reservaba elementos que desde los '*niveles oficiales*' de la mirada *no habrían sido suficientemente advertidos.* Se trataría entonces de una motivación de algún modo teórica ligada a explorar lo que se comprometería de manera subrepticia en los enfoques y las acciones llevadas a cabo respecto del problema.

Congruentes con lo anterior nos llamó originalmente la atención el modo mediante el cual el fenómeno se presenta en términos clínicos' Vale decir' un tipo '*especial de patología*' que *pareciera que el mismo afectado buscara y*

perpetuara a voluntad '¿Qué podría estar operando en una subjetividad que a la vista pública se ve dañada *'producto de la ingesta'* de sustancias, y, que pese a eso no cobra conciencia de que aquello le trae deterioros a su salud?'. Al respecto la comprensión dominante del fenómeno ha ubicado al objeto-droga y/o a las particularidades bioquímicas del organismo del afectado como factores causantes. Esta posición que antes hemos denominado tradicional, obvia, omite o desdeña el posible carácter simbólico que pudiese representar aquel objeto para quien encuentra en el consumo una *vía necesaria para alcanzar el placer*. Orientados por el Psicoanálisis tratamos en el Marco Teórico el rango de objeto necesario de goce que el toxicómano le atribuye al tóxico. Esto como dijimos guardaría relación con aspectos de la constitución psíquica de los afectados. Estructuración psíquica ceñida a una posición de repliegue narcisista que implica una búsqueda inconsciente de independencia de toda otredad. Una perspectiva de esta índole supera el dualismo que supone la perspectiva neuro-química. Al atender a lo que veladamente opera en el psiquismo el *espacio epistémico del sujeto cobra estatura fundamental* en tanto entidad que se vincula con el mundo. Ya no se entiende la interacción entre el sujeto y las cosas como algo circunscrito a la *lógica de las relaciones instructivas* desde lo uno hacia lo otro. De tal modo pensar que las drogas actúan sobre un organismo creando una toxicomanía *implica perspectivar una subjetividad que no produce representaciones de las cosas*, sino que opera meramente en cuadrantes reflejos respecto del mundo.

Las reflexiones epistemológicas realizadas permiten pensar desde ya que suscribir una u otra posición no resultaría irrelevante en la medida que de ello se derivarían consecuencias. Esto es, por una parte, el lugar subjetivo se reduciría al ámbito de los enlaces químicos comprometidos. Por otra parte, la posición subjetiva resultaría condicionante de los vínculos que se establecen con los objetos a los cuales se adhiere el deseo.

En obediencia a lo señalado nuestra investigación se centró en buena medida en indagar los fundamentos comprensivos que adoptarían una y otra perspectiva para dar cuenta de aquella '*extraña patología*'. Lo que sigue como conclusión pretende representar hacia donde nos llevó intentar dar cuenta de aquello que originalmente se nos presentó como problemático.

1.- Como ya hemos señalado la investigación reveló que la comprensión y el tratamiento a las toxicomanías se encontraría en una suerte de dicotomía teórica. Habría una posición que comprende el problema ceñido a la bio-química de los factores comprometidos. Es decir, la composición en última instancia química de los consumidores -anexo a la constitución química de las drogas-, explican que el fenómeno se circunscriba a los efectos que el tóxico genera en el cuerpo de un sujeto. Hemos explicado que esta postura tiene arraigo en la medida que en la era moderna la perspectiva científica se ha tornado la forma explicativa de las cosas. Se entiende como científico principalmente en el campo de las ciencias naturales aquello que ubica su residencia en lo material y que es posible de ser explicado si se sostiene en evidencia empírica. De este modo

cualquier objeto de estudio ha de sujetarse a tal 'examen de realidad' si pretende obtener el estatuto de objeto científico. Para tal efecto las toxicomanías han sido comprendidas al interior de las patologías mentales lo que supone básicamente cierta deficiencia química que induce al sujeto a compensarse mediante sustancias que equilibran su estado. *De esta manera, el problema se ha situado en el terreno médico-psiquiátrico sobre el cimiento que otorgaría la neuro-química como terreno duro explicativo.* Cierta asentamiento globalizado de las ciencias ha hecho posible que las toxicomanías al ubicarse en el campo de las perturbaciones mentales correspondan con el modelo que entiende aquellas como epifenómeno de una descompensación neuro-química. "... Los verdaderos síntomas mentales... traducen una perturbación funcional o bioquímica de la actividad cerebral..."(1).

Por tanto, que las toxicomanías se hayan ubicado en el espacio científico sería un efecto más de los márgenes que abarca dicho discurso "... Esto es así, en un mundo donde la ciencia domina las acciones más remotas del hombre..."(2). Las adherencias a posiciones y acciones asentadas en el modelo científico positivista corresponderían entonces con un fenómeno social y psicológico. Esto permite explicar que los mismos toxicómanos se muestren proclives a aquel discurso. Esto se advierte en sus opiniones tanto al entender su vínculo con las drogas como algo que el cuerpo demanda' cuanto cuando

1) Sergio Peña y Lillo. "Psicoterapia y Farmacoterapia" en Suplemento El Mercurio "Artes y Letras". Domingo 5 de Julio de 1998. pág E 12.

2) Gastón Zoroastro. "Implicaciones de lo imaginario, lo real y lo simbólico en el uso y abuso de las drogas" en "Nuestra Ciencia". Julio de 1996. Revista N° 2. pág. 40.

acusan al tóxico como causa. De allí se desprende que pidan en mayor o menor medida ser tratados mediante un tratamiento médico-tradicional. *Congruente con esto son los médicos quienes han asumido un papel central en el entendimiento y tratamiento de las patologías mentales, a ellos se les adjudica un saber específico de carácter científico*. "Los médicos han basado su poder en el supuesto de que poseen una comprensión científica de los internados..."⁽³⁾. En la medida que se es propietario de cierto saber se está en posición de incitar la credibilidad social al signar a los tóxicos como provistos de ciertas propiedades capaces de generar toxicómanos. "... hacemos responsable principal a este mismo discurso médico de los poderes virtuales con que se halla investido el objeto droga..."⁽⁴⁾.

Al enfocar el tema desde la perspectiva señalada se han derivado procedimientos terapéuticos que comprenden en lo esencial a las toxicomanías como el 'efecto que causa un objeto' en un cuerpo que requiere compensarse químicamente. De allí que el problema reciba el extendido calificativo de 'dependencia'. La cura lógicamente se sujeta a procesos que van tras de la extracción del tóxico, esto es, el objeto-causa. En este marco internamente congruente la **desintoxicación** supone **limpieza** (se arranca el objeto), **abstinencia** (poner a distancia el objeto) y, **tratamiento farmacológico** que posibilitaría mediante un 'objeto-sustituto' re-equilibrar a un sujeto-organismo descompensado químicamente. Esta percepción del problema cae en un terreno

⁽³⁾ Richard Evans. "R.D. Laing. El hombre y sus ideas". Gedisa. Barcelona. 1978. pág. 224.

⁽⁴⁾ Gastón Zoroastro. op. cit., pág. 41.

tradicional de la medicina, es decir, se comprenden las patologías en el terreno somático "(las) reales patologías, que son siempre biológicas..."(5). De esto se ha deducido que la forma terapéutica correspondiente ha de ser en línea farmacológica. Y, si es cierto que las toxicomanías son *desequilibrios neuro-químicos, de manera que correspondan con 'reales patologías', habrían de ser atendidas con fármacos* "Es obvio, que la terapéutica de estos casos de genuina patología debería ser farmacológica... la única real 'psicoterapia' en el sentido de un tratamiento de trastornos patológicos del psiquismo... es la farmacoterapia"(6).

Para una posición como la descrita cualquier patología nada tendría que ver con aspectos psicológicos "... Los síntomas mentales no son meros conflictos conscientes o inconscientes, ni retardos biográficos de la madurez del carácter o del aprendizaje: son como en el resto de la medicina índices que develan una patología oculta..."(7). *Las psico-terapias a partir de esto son una suerte de pasatiempo inútil. Se eleva entonces una crítica a las técnicas psicológicas enarbolando las banderas de la eficiencia. Lo eficiente como lo ha descubierto la psiquiatría es la administración de fármacos.* "... la psiquiatría que, era la especialidad más dudosa de la medicina, se está convirtiendo en la que ofrece las más rápidas y espectaculares mejorías... Pero este cambio... no obedece a las psicoterapias, sino a los actuales conocimientos bioquímicos de la patología mental y la consecuente elaboración de fármacos cada día más

5) S. Peña y Lillo. op. cit., cit. pág 12.

6) S. Peña y Lillo. op. cit., pág. E 13.

7) S. Peña y Lillo. op. cit., pág. E 12.

efectivos"(8).

La posición recién citada tal vez llame la atención por la crudeza de sus planteamientos. Hemos de notar al respecto que el discurso que encontramos a nivel oficial (ligado al Ministerio de Salud) en nuestra investigación expresaba enfoques comprensivos y terapéuticos relativos al fenómeno que postulaban la integración de lo psicológico y lo neuro-químico. No obstante, las entrevistas nos revelaron que aquellas adherencias se reducen al espacio discursivo de los Directivos. Pues a nivel de Terapeutas (particularmente psiquiatras) tanto en sus fundamentos como en sus prácticas participan de posiciones que para el caso hemos denominado bio-químicas.

Pensamos al respecto que se hace posible el *doble discurso* señalado por una serie de constricciones propias de la estructuración con la que se ha diseñado la respuesta a la problemática. Nos referimos, por ejemplo, al ordenamiento de los recursos los que en lo fundamental poseen una orientación similar a los que se otorgan para cubrir cualquiera de las patologías que típicamente atiende un hospital. Esto pese a que la institución reciba un ítem específico para el 'Programa de Drogas' prácticamente no se contratan profesionales especialistas en el tema (solamente un psicólogo). Comprendemos que esto es posible no de modo casual, sino que más bien corresponde con la perspectiva mediante la cual se comprende el fenómeno. Por ende, que en última instancia tanto en los niveles administrativos, organizacionales cuanto en los

(8) S. Peña y Lillo. "Psicoterapia y Farmacoterapia" en Suplemento El Mercurio "Artes y Letras". Domingo 26 de Julio 1998. pág. E 12.

procedimientos terapéuticos predomine lo que hemos llamado praxis médica tradicional responde a convicciones relativas a la esencia constitutiva de las patologías. Vale decir, su carácter ligado a lo orgánico y a lo químico. Por tanto, a nuestro juicio, en la medida que la comprensión 'oficial' del fenómeno sostenga que lo fundamental de la afección se ciñe a los factores bio-químicos comprometidos no habrá congruencia entre lo dicho y lo actuado. Más aún, los psiquiatras entrevistados deslizan opiniones aproximadamente similares a las de Peña y Lillo en lo que concierne al rol de la psicología como elemento auxiliar de lo que específicamente resulta terapéutico, esto es, la intervención médica tradicional.

Dado entonces un entendimiento de las patologías en general, y de las afecciones por drogas en particular, como situaciones circunscritas a parámetros neuro-químicos' se desprende que lo subjetivo se entienda como mero organismo. De lo cual también sería posible deducir *irresponsabilidad ética, puesto que habría sólo sujeción a reductos biológicos, exclusivos responsables de la incitación al consumo*. Sólo quedaría contener, atenuar o reducir una necesidad que acontece en *regiones inabordables* para una subjetividad que nada puede consigo misma. Subjetividad que queda a disposición de otros que pueden intervenir en aquello que le domina puesto que no habría en los afectados un más allá de la biología que les constriñe .

En obediencia a lo señalado sería posible deducir que no es posible una resolución última del problema en la medida que

la necesidad de la lógica biológica supone procesos gobernados por lo físico-químico en los que no intervienen elementos subjetivos. Esto porque si el fenómeno se inscribe en las regiones ya dichas el desequilibrio químico sería constante, luego se precisaría permanentemente de fármacos. Esto a no ser que el constante suministro de fármacos se entienda como solución. *Subrayamos esto no porque pensemos que esto en sí mismo no 'deba satisfacer' como cierre del problema. Se trata de llamar la atención respecto de que si tal tipo de tratamiento se admite como concluyente y satisfactorio habrá de notarse que el logro terapéutico pareciera restringirse a mitigar los síntomas-efecto del consumo. Vale decir, lo que impulsa a relacionarse con las drogas no tendría un cierre dada la inteligencia bio-química con que se aborda el tema.*

2.- El tema así presentado ocasiona polémicas. Se objeta desde otro ángulo la epistemología que preside el discurso médico. "Si nos quedamos en el enfoque cartesiano que nos plantea Peña y Lillo, donde se está obligado a fijar una línea divisoria entre cuerpo y mente en algún punto, nos damos cuenta de que ese punto es arbitrario y pertenece a la mirada que se usa y no al fenómeno"(9). Y, se cuestiona derivadamente el tratamiento propuesto. "... Si bien los desarrollos farmacológicos en el área tienen actualmente efectos espectaculares, conllevan una serie de efectos colaterales indeseables que a veces incluyen el riesgo vital. Lo que los medicamentos usados en psiquiatría mejoran son aspectos conductuales molestos de las enfermedades... son paliativos, a veces refinadas camisas

(9) Matías Fernández. "De Psicoterapias y Fármacos" en Suplemento El

de fuerza químicas, estando la situación actual muy lejos del ideal de tener clara la base orgánica de toda enfermedad mental..."(10).

La óptica médica al reservar la esencia de lo patológico a regiones somáticas entrega fundamentos que posibilitan inteligir correspondientemente el fenómeno de las toxicomanías como un evento limitado a transferencias químicas. Por tanto, también factible de trabajar mediante fármacos de modo tal que se cimentaría una comprensión del asunto que no deja lugar a lo subjetivo. Con esto se favorecería que perdure la afección. "... si como centro del problema colocamos a los objetos, nuestro problema reforzará las adicciones..."(11).

El tema provoca controversias, por lo mismo, la posición que devalúa al objeto-droga restringiéndolo a la categoría de puro significante no deja también de suscitar dudas. Esta postura supone que el objeto mismo no poseería una especificidad tal que dadas sus propiedades intrínsecas produzcan un toxicómano. Sin embargo, "... en la problemática toxicomaniaca el universo de los objetos posibles se reducen al único objeto droga, es en tanto que hay una especificidad material, farmacodinámica, que la hace capaz de provocar lo que no vacilamos en considerar como un traumatismo psíquico"(12).

Las propiedades farmacodinámicas de las sustancias no serían condición suficiente para explicarse las

Mercurio "Artes y Letras". Domingo 26 de Julio de 1998. pág. E 12.

10) Matías Fernández. op. cit., E 12.

11) Gastón Zoroastro. op. cit., pág. 42.

12) E. Vera Ocampo. "Droga, Psicoanálisis y Toxicomanía. Las huellas de un

toxicomanías, pero serían condición necesaria para que se pueda hablar de aquello. Si se asume esta perspectiva nos acercamos a lo que antes hemos designado como 'biologización' del vínculo con el objeto. Nos referimos a una suerte de reducción del placer a los regímenes de la necesidad biológica que caracteriza en cierta medida lo que hallamos en los relatos de pacientes atendidos en el hospital. Una especie de identidad entre el afectado y la droga que restringe la posibilidad de goce a la ingesta de aquella. A través de este recurso se *niega la falta de objeto necesario. El tóxico no sería uno más entre otros objetos de placer sino condición de aque'llo* "... vemos que el objeto no es aquello a través de lo cual se satisface la pulsión, sino que quisiera ser el objeto donde la satisfacción se produce"¹³⁾. *De tal modo un sujeto con cuotas de voluntad pareciera desvanecerse hasta desaparecer en zonas cuyo dominio no le competen*

Tal vez si a través de lo dicho sea posible explicarse aquello que nominábamos como 'extraña patología' que el mismo afectado pareciera buscar. Esto en tanto se acepte nuestra interpretación que viene a indicar que el objeto droga de manera quizás privilegiada permite cierta experiencia de evaporación existencial. Si es esto aquello a lo que aspira el afectado ello obedecería al fracaso que habría supuesto la expedición hacia lo otro que **'constituye a un sujeto como tal'**. Vale decir, la distancia y la abdicación a hallar todo el placer en lo 'otro externo', como también el goce que supondría verse reconocido en la

encuentro". Paidós. Buenos Aires. 1988. pág. 119.

¹³⁾ E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 119.

mirada de ese 'otro'. Frustraciones acontecidas devendrían en negativa a aceptar las interlocuciones que implican las imposiciones del principio de realidad. Por ende, "... la droga sería para el toxicómano, el instrumento que le permitiría escapar a las coacciones del principio de realidad y resolver a través de la 'ilusión química' la prueba de frustración vivida como insoportable para él"(14). Negativa a admitir la inexistencia de un objeto exclusivo que cubra de una vez todo el deseo. Señal indicativa del no acontecimiento de la renuncia al objeto necesario en los tiempos en que se abdica de lo indispensable y se transita hacia la 'tolerancia' de que el pleno placer es imposible. *Las sustancias tóxicas resucitarían la posibilidad de retorno a ese momento en que aún no se dimite de alcanzar la plenitud.* "... el encuentro con la droga sorprende y fascina al sujeto porque colma esa espera de un objeto que él ignora concientemente. Es la 'luna de miel' con la droga, en la medida que ella 'despierta' los vestigios de un antiguo placer"(15).

La relación de exclusividad que se establece con el objeto-droga ha persuadido a designar el acto como vínculo dependiente sin reparar en que aquello disfraza el anhelo de independencia propio del toxicómano. *Este ha hallado la fórmula para no depender de las interposiciones de un otro para conseguir el placer. Lo exclusivo remite a la exclusión que define el tipo de nexos que el toxicómano estructura.* "... quien se presenta como alienado en una relación de radical dependencia respecto de un objeto sustancial, abriga al mismo tiempo, sin saberlo, una

(14) E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 22.

verdadera pasión de independencia respecto de cualquier otro en tanto posible socio de su placer"(16).

El objeto-droga, cosa que promete aquello que ya imposible de cumplir, pero que no cesa de re-petirse en la medida que se fíe en sus 'propiedades salvíficas' del dolor con que lo otro amenaza. Habría de tal manera un objeto privilegiado que acerca al paraíso donde es posible eximirse del deseo que desasosiega. Tal locación del fenómeno aparta de lo biológico el evento toxicómano y lo instala en los distritos de lo simbólico. Al respecto, nuestra propuesta interpretativa se dirige a lo de *fascinante que tiene el objeto-tóxico que anima a aferrarse a él en tanto contiene una promesa*. En esta lógica para el sujeto el objeto no se habría perdido, de tal manera la renuncia radical a alcanzar goce pleno no tiene lugar, por tanto las vías que posibilitan la aceptación de la estructural contingencia de los objetos de placer quedarían clausuradas.

Entendemos entonces que las drogas representan la posibilidad de saturar los diques del deseo de modo tal que queden clausuradas las vías que permitan requerir de un otro. "... el goce del drogadicto es autoerótico; sin embargo, siempre busca un compañero para compartir la droga, ya sea del mismo sexo o de un sexo diferente, como si tuviera la necesidad de hacer reconocer por otro la validez y verificación de su propio goce... relación particular que ilustra la falta de un pacto simbólico - fundado en el respeto del otro- que lo ligue a su

15) E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 124.

16) E. Vera Ocampo. op. cit., pág. 126.

semejante" (17).

El vínculo instituyente de la subjetividad, esto es la especularidad con el otro, lo cual queda como huella indeleble en lo humano, que se instaura como apéndice vital, y que obliga a requerir de un otro para verificar que se existe, es decir, que se goza y que se sufre, sería aquello que repugna al a-dicto en la medida que lo otro lo impugna y lo empuja a incorporarse a los espacios de la palabra. 'Optar' por la sin-dicción distingue al toxicómano en la medida que el diálogo supone incorporarse a un camino donde se contraen deudas con el otro que para aquel no es más que amenaza.

Entonces el objeto-droga dada su constitución se erige como entidad privilegiada para que el a-dicto corporice la 'simulación biológica' mediante la cual busca liberarse de las interacciones que sabemos implica ser-con-los-otros. En consecuencia, se trataría de un tema psicológico sin dejar de ser, por cierto, también objeto de reflexión del estado actual de la cultura.

Sin embargo, cuando advertimos acerca del repliegue narcisista del a-dicto, no dejamos de percibir que tal acto bien parece ser una expresión relacional extendida más allá de lo que peculiarizaría al toxicómano. Cierta afinidad se dibuja con lo que se viene meditando hace ya tiempo en torno a la condición del hombre moderno. "Se puede hablar de alienación como tal porque ya no hay un sí-mismo que alienar. Hemos sido todos comprados, hace tiempo que todos

17) N. Braunstein. "Goce". Siglo XXI. México. 1990. pág 202.

nos hemos vendido al sistema y ahora nos identificamos completamente con él..."(18).

3.- Bien podríamos conjeturar entonces que el a-dicto no pasaría de ser un caso extremo, pero ejemplar del modo a través del cual se vincula el hombre moderno. Retraimiento propio del 'ser en la modernidad' que allana las rutas del desvanecimiento subjetivo. Se constituye de este modo un psiquismo que teme poner frente suyo -tal vez ya no puede-, las circunstancias emotivas que lo han conformado. "Nos estamos haciendo fóbicos a las emociones que se oponen a la euforia: la tristeza, la melancolía, la sensación de fracaso. Y se está generando una suerte de 'ética química', que sirve para adelgazar, para dormir bien, para bajar el nivel de estrés... No hay una pregunta profunda que nos permita descubrir que ahí no está la respuesta que requieren nuestros problemas existenciales, porque contamos en su lugar con una sustancia química, externa a nosotros, que promete resolverlos todos, rápida y eficientemente"(19).

Si seguimos las huellas de lo planteado podría hipotetizarse que en la medida que en el cuerpo social se haya ampliado como rasgo psíquico el retraimiento respecto de vivenciar y confrontarse con las propias emociones se estaría colectivamente ad portas de iniciar el camino toxicomaniaco, ya sea con drogas ilegales, o mediante fármacos. "... son cientos de miles los niños drogados diariamente en la escuela y una cuarta parte de la

¹⁸) M. Berman. "El Reencantamiento del mundo". Editorial Cuatro Vientos. Chile. 1987. pág. 17.

¹⁹) Pablo Egenau. "El problema de la droga en Chile es cada vez menor" en Revista Paula. Enero 1997. N° 748. pág. 30.

población femenina estadounidense del grupo entre los treinta y los sesenta años de edad, utilizan regularmente drogas psicoactivas..."(20). Es decir, aquello con que se apunta acusatoriamente al tóxicómano -su nexo con las drogas- no sería más que el efecto de cierto apartamiento 'fóbico' de sí mismo porque tal vez ya no habrían recursos para enfrentar las carencias y el malestar existencial, vale decir, la condición que define lo humano. Por tanto, *las toxicomanías no serían más que una forma radical de enfrentar la distancia emotiva consigo mismo que a estas alturas ya sería rasgo propio y vasto en nuestra época*. No habría tiempo en nuestra cultura para ponerse al frente de lo que perturba y coherente con aquello se abren paso respuestas que eximen de conectarse con las emociones desagradables. "Estamos viviendo en una sociedad marcada por fenómenos de deshumanización... Al ser humano se le piden respuestas tecnológicas, no hay tiempo para el sentimiento. No se ve bien, por ejemplo, elaborar un duelo. Y el consuelo que se ofrece son fármacos, pastillas para que no sufras, para que olvides, para que anestesies..."(21).

La antropología designa el consumo de sustancias en el devenir de las culturas como parte de articulaciones rituales cuyos propósitos estaban definidos social y religiosamente. *Lo esencial residía en que el consumo suponía compartir con los miembros de la comunidad alguna finalidad*. Lo que se observa de acuerdo a lo señalado es que el consumo de sustancias en nuestra época se efectuaría en función opuesta a las intenciones de épocas pasadas.

(20) M. Berman. op. cit., pág. 21.

Precisamente lo que buscaría el toxicómano moderno sería un goce narcisista, un goce no dependiente tras de lo cual se advierte la ruptura de vínculos con los otros.

Para muchos lo anterior evidencia el desencanto al que habría conducido una sociedad que deposita sus esperanzas de logro de placer y de atenuación de displacer en el consumo de objetos. "Debemos decirlo con toda claridad: el consumismo es el paradigma de todas las adicciones. Vivimos en una época donde los ídolos mayores son materiales y monetarios"(22).

Cierta alteración cultural vendría aconteciendo que permite la emergencia de lo que designamos por ahora un 'gocce mutante'. Referimos con esto a una búsqueda de placer que se colma en el goce de objetos que absorben el deseo. Al parecer el objeto-droga permite tal saturación. Entre los objetos de consumo que se promueven uno privilegiado que promete la más radical independencia de lo externo. "... es verdad que entre nosotros hay mutantes; personas que gozan de un modo totalmente diferente al nuestro... ¿de dónde viene esta mutación cultural? Las razones son seguramente complejas; pero hay un punto sobre el cual quisiera centrar mi atención: vivimos en un ambiente cultural... fundado en el hedonismo... (se trata) de proporcionar un producto que dará una satisfacción tan completa que aquél que lo haya probado no pueda dejar de disponer de él... vivimos en un ambiente cultural donde la drogadicción encuentra fácilmente su lugar..."(23).

⁽²¹⁾ P. Egenau. op. cit.,pág. 28.

⁽²²⁾ Gastón Zoroastro. op. cit., pág. 42.

⁽²³⁾ Charles Melman. "Toxicomanía: un enfoque psicoanalítico". en "El discurso Psicoanalítico". Revista del grupo investigación y estudios

El devenir cultural habría preparado las condiciones para la emergencia de un tipo de subjetividad que yendo tras de la autonomía ha derivado en la solitaria búsqueda del bienestar individual. Lo cual se vería beneficiado por las formas que adquiere la cultura en tanto hace posible la obtención de placer sin requerir de otros, esto es, sin que aquello implique renunciar. "... ésta es una sociedad que... desvaloriza el ideal de abnegación estimulando sistemáticamente los deseo inmediatos, la pasión del ego, la felicidad intimista y materialista. La cultura cotidiana ... (promueve) el bienestar y la dinámica de los derechos subjetivos; hemos dejado de reconocer la obligación de unirnos a algo que no seamos nosotros mismos"(24).

4.- Como se observa el análisis del fenómeno toxicomaniaco rebasaría los bordes ya no sólo de lo bio-químico sino también de lo psíquico, o más bien, se articularía en las fronteras de lo que le acontece al individuo en un determinado marco cultural dominante.

Si el problema estudiado se sujeta a goznes como los señalados no deja de inquietar que en en el plano terapéutico, de manera generalizada, se centre la atención en el objeto-droga, y sólo de modo secundario en aquello que circunscribe el acercamiento a las sustancias. Por cierto esto remite el asunto a terrenos que exceden el campo psicológico. Qué habría de considerarse y que dejarse de lado supone una discusión de índole ética. Es decir, acerca de lo deseable como bueno en términos individuales y

psicoanalíticos-GIEP. Ediciones Documentas. Santiago. Abril-Mayo 1992.
pág. 9.

(24) Gilles Lipovetzky. Citado en "Después del Nihilismo". Martin

colectivos. Sin embargo, una vez muertas las certezas acerca de lo verdadero y bueno difícilmente podría hallarse un criterio que dicte el camino a seguir. No más queda analizar qué supone seguir una vía respecto de otra.

Ciertamente un enfoque y tratamiento que se centre en los poderes del objeto-droga reduce a nuestro juicio el asunto al campo de lo eficiente. Sin duda se contienen síntomas desagradables, se restaura por un periodo al organismo de las secuelas de los tóxicos. Aquello obedece a lo que se ha denominado razón instrumental. Entendemos que esta es una opción que paulatina y sostenidamente el cuerpo social moderno ha ido adoptando en diferentes campos de la acción humana. La salud mental no ha escapado a esa dirección. Empero, cuestionar el camino al que ha adherido nuestra cultura en diversos planos -sino todos-, implica poner en escena aquello que queremos traer a la mano como mundo deseable. En este marco cobra sentido lo que plantea H. Maturana "... Me opongo a cualquier gobierno totalitario... no porque esté equivocado, sino porque trae consigo un mundo que no acepto..."(25). Se trata entonces de una preocupación ética, esto es, por la finalidad que contienen nuestras acciones. Dentro del contexto de la racionalidad instrumental se es eficiente, se contienen síntomas adversos. Objetar esto supone observar el problema desde otras coherencias operacionales procedentes en última instancia de otros dominios epistemológicos y éticos.

Esto último lleva a preguntarse si acaso no es finalidad

Hopenhayn. Editorial Andrés Bello. 1997. Santiago de Chile. pág. 13.
(25) Humberto Maturana. "Emociones y Lenguaje en Educación y Política".
Dolmen Ediciones. Santiago, Chile. 9a. Edición. 1997. pág. 47.

del sistema de atención tradicional la sola atenuación de malestares físicos en la medida que en aquel tipo de tratamiento esté operando la creencia de que tras el cuerpo no hay un sustrato que subyazga como subjetividad. "... El 'sujeto' es la ficción según la cual una serie de estados similares en nosotros constituyen el efecto de un sustrato: pero somos nosotros quienes primero hemos creado la 'similitud' de estos estados"(26).

Si no hay un sujeto con voluntad que resguardar, resulta congruente ocuparse sólo de restablecer las capacidades vitales necesarias para reincorporarse al funcionamiento social-productivo. "(se)... han publicado artículos donde se les aconseja a quienes padecen de depresión que hagan una visita a su Hospital mental local para que se les administre tratamiento con psico-fármacos o con electroshock, de modo que puedan retornar prontamente a sus trabajos. 'La droga y el hospital mental' se han convertido en el aceite lubricante y la fábrica de repuestos indispensables para impedir el derrumbe total del motor humano"(27).

La conjetura es ciertamente arriesgada, sin embargo, se inscribe en un contexto en que importa significar qué podría haber tras aquellas praxis que no necesariamente quienes las efectúan las han madurado. Ahora bien, si la interpretación es adecuada, el tratamiento señalado estaría dentro de los cánones que la época 'recomienda', por ende, su lógica interna sería inobjetable.

'26) Friedrich Nietzsche. citado en "Después del Nihilismo". Martin Hopenhayn. Editorial Andrés Bello. 1997. Santiago de Chile. pág. 20.

'27) M. Berman. op. cit., pág 21.

Reiteramos entonces que con arreglo al análisis efectuado, si se piensa que habría que escuchar la demanda velada que se percibe en los relatos de pacientes, que a nuestro entender *rebasaría los márgenes de atención del puro síntoma*, se tendría que reconocer que el tratamiento habría de considerar aspectos psicológicos y culturales. *Sin omitir que esto supone un paradigma distinto al que domina actualmente.*

5.- *Escuchar aquello que se desliza entre los pliegues de las narraciones y que implica traer a escena al sujeto corresponde a otro enfoque.* Este modelo en la medida que comprende el fenómeno adictivo como síntoma reconoce que tras de aquel habría cierta pretensión de obstruir el encuentro consigo mismo. "... la droga es sustituto de profundas carencias, una suerte de elemento ortopédico emocional. Para un joven con dificultades, muchos de los efectos estimulantes y desinhibitorios de la droga se transforman en una compensación tan positiva, que es imposible vivir sin ellos."(28). Esto hace palpable que lo que se busca es eludir el proceso emotivo que, al evitarlo, incita al encuentro con sustancias. "Hay una postergación de los ritmos humanos. El ritmo humano es un proceso y, como tal es lento, porque implica salir al encuentro del dolor, llorar, elaborar, hablar de los temas..."(29).

Si los procesos indicados son los que están a la base del vínculo con tóxicos sería comprensible que los afectados

(28) P. Egenau. op. cit., pág. 28.

recurran a aquellos con el fin de esquivar las emociones comprometidas. Sin embargo, resulta objetable que existiendo demandas de carácter psicológico éstas se evadan asistiendo al solo síntoma mediante el uso de fármacos. "... el consuelo que se ofrece son fármacos, pastillas para que no sufras, para que olvides, para que anestesies..."(30).

6.- Los procedimientos centrales que el tratamiento clásico lleva a efecto consisten en efectuar cierta limpieza física (desintoxicación) y la exigencia de no consumir drogas (abstinencia) durante y posterior al tratamiento. Correlativo a esto se entregan fármacos que se legitiman como elementos que atenuarían los efectos que produce el abandono de las sustancias.

A nuestro juicio existen dos elementos principales en esta propuesta, por un lado, la conminación a la abstinencia (análoga a la desintoxicación en tanto lo de fondo consiste en mantener el cuerpo limpio) y, por otro lado, la sustitución de las drogas por fármacos.

Respecto de lo primero pensamos que no se considera que la frustración a que se somete al afectado lejos de permitirle aceptar la falta de un objeto necesario para el placer, más bien le confirma que aquel es el objeto adecuado y exclusivo. Por lo mismo se le niega. *Correspondiente con esto al requerirse que la droga esté fuera se valida la creencia de que su afección es efecto de las características del tóxico y no resultado del rol que él le*

(29) P. Egenau. op. cit., pág. 28.

confiere en la dinámica de su propio deseo. Pero además, al concentrar la atención en el objeto se descuida que lo esencial en las toxicomanías no reside en la dependencia de un objeto, sino en la búsqueda de un goce replegado que aspira a la independencia. "... tratarlo de manera coercitiva es ir en dirección contraria a su salida del túnel, aun cuando en apariencia, para la sociedad, parezca curado porque se ha vuelto dependiente de un maestro que lo hace trabajar y que lo ha privado de la droga. En realidad ha involucionado. Tal vez su cuerpo esté físicamente mejor, pero en él el ser humano depende de otro; cambió de droga, eso es todo, tal vez sea peor"(31).

La prescripción de fármacos resulta congruente con una perspectiva que comprende el fenómeno como algo regido por desequilibrios químicos. Por tanto, no queda más alternativa que reemplazar mediante un objeto que representa de algún modo el poder sanativo del médico. "... damos al paciente personalmente los fármacos. Evitamos así el intermediario, ya que la droga nos representa y somos de esta manera incorporados"(32).

Es posible advertir que un tratamiento de esta naturaleza, lejos de centrarse en el padecimiento del afectado que tal vez oriente una salida al malestar, tiende a operar en orden a que aquel no se confronte y encubra con objetos suplentes sus dolencias. "... la forma en que se trata a la

(30) P. Egenau. op. cit., pág. 28.

(31) F. Dolto. "Prefacio" en "Droga, Psicoanálisis y Toxicomanía. Las huellas de un encuentro". E. Vera Ocampo. Paidós Buenos Aires. 1988. pág. 16.

(32) Arturo Fontana. en Compiladores., E. Sinatra, D. Sillitti, M. Tarrab. "Sujeto, Goce y Modernidad. Los fundamentos de la clínica II". Atuel- TyA. Buenos Aires. 1990. pág. 91.

gente, en el sentido médico-psiquiátrico habitual, no alivia su sufrimiento, sino que, por lo general, lo perpetúa; que los médicos actúan como depositarios sociales con el objeto de mantener una forma determinada de conductas convencionales; que el tipo de tratamiento que se suministra es una especie de camisa de fuerza emocional, incluyendo las drogas. Por lo general, los psiquiatras tratan de conseguir que la gente se olvide de lo que le preocupa, en vez de afrontarlo"(33).

Bien podría decirse que *la terapia señalada resulta concordante con el modo relacional-afectivo en que se ha inscrito el desarrollo psíquico que vio crecer al futuro toxicómano. Es decir, un tipo de tratamiento que no produciría efectos de ruptura con un pasado en que el afectado se ha conformado psíquicamente en calidad de objeto, "... objeto de satisfacción para padres y maestros, objeto del poder y del saber pedagógico, médico, científico, jurídico en caso de divorcio, objeto..., objeto... ¿Cuándo entonces sujeto de su deseo, inducido a hablar en su nombre, a asumir sus experiencias, a construir sobre sus fracasos, en lugar de sentirse humillado y culpable..."*(34).

Lo dicho podría ser orientador de aquello a considerar en un proceso terapéutico (¿por qué no para programas de prevención?), y que guarda relación con un pasado psíquico caracterizado por carencias en lo que supone el desarrollo de vínculos afectivos. "(Hay padres) que llegaron tarde al juego de la vida, al juego de la intimidad. Los padres que

(33) Richard Evans. op. cit., pág. 256.

siempre estuvieron, los que desde muy temprano miraron a los ojos, jugaron, acompañaron, abrazaron, conversaron, son los que pueden lograr que él en una mirada los reconozca como las personas que siempre estuvieron a su lado... Contrasta esta situación con la del padre proveedor, distante, superado por el trabajo, aunque muy exitoso. Que no estuvo generando mística y que no fue capaz de crear ni uno solo de esos escasos pero inolvidables momentos mágicos que surgen cuando uno repasa su experiencia familiar..."(35).

Correspondiente con lo citado lo que estamos planteando en buena medida concede un lugar principal a la calidad del afecto obtenido desde las figuras de apego presentes en el crecimiento del ulterior afectado.

Pensamos que en tanto se observe la presencia de aspectos psicológicos sería congruente en el plano terapéutico propiciar espacios que den lugar a que se hagan presentes los dolores constitutivos y que han sido denegados a través de la promesa tóxica. "... se trata de crear un ambiente en el que la gente pueda contemplar en qué consiste su sufrimiento, y hacerlo inteligible para sí misma. El sufrimiento es intolerable cuando es incomprensible. No es que desaparezca cuando se hace inteligible, pero normalmente llega a ser tolerable. Nos permite intentar llegar hasta la raíz del asunto..."(36).

En la medida que el toxicómano ha sido ubicado como objeto

(34) F. Dolto. op. cit., pág. 18.

(35) P. Egenau. op. cit., pág. 31.

(36) Richard Evans. op. cit., pág 258.

(y él mismo se confirma en esta posición) se encuentra en cierto modo en calidad de muerto para y hacia los otros (al menos eso parece pretender). Por tanto, *habrá de alejarse toda propuesta que asiente más aún en él la categoría de objeto que le ha definido. Se trata de evitar cualquier modelo coactivo que tienda a restringir la posibilidad de que asomen los signos con que aún cuenta para hacer emerger su palabra frente a los otros que históricamente han resultado amenazantes. "No se trata de crear a su alrededor un entorno seudofamiliar, como tampoco un aparato médico coercitivo asociado con ensañamiento terapéutico. Sería negar al sujeto y destruir las posibilidades de una cura efectiva... De hecho es la culminación de un duelo, duelo de un acto reiterativo, solitario, decepcionante como es el cumplimiento de una necesidad que ya no aporta sino un goce rutinario, de sostenerse vivo pero vivo para nadie... el toxicómano, habiendo recuperado como sujeto su deseo, puede pedir ayuda médica para desintoxicarse... esta decisión debe ser la culminación de un lento trabajo de renacimiento de sí mismo..."* (37).

7.- A nuestro juicio, de acuerdo a lo que estaría en juego en las toxicomanías, *la relación terapéutica habría de construir una escena que permita la emergencia de una demanda que, de algún modo, represente la experiencia inaugural de una relación posible con un otro, a partir de lo cual 'toda experiencia autoerótica' pierda el sentido salvífico que promete. "Entonces en la cura no nos relacionamos tanto con el producto tóxico cuanto con la puesta en escena imaginaria de sus efectos en el campo de*

(37) F. Dolto. op. cit., págs. 16-17.

la transferencia"(38). Se trata entonces de no rivalizar con el tóxico sino de restaurar un campo en que se de lugar al advenimiento de signos subjetivos a través de la articulación de una palabra que solicite auxilio, pero auxilio a un otro que no promete paraísos. Esto sería posible a condición de que el terapeuta se instale de tal modo que no prescriba ni prohíba nada, es decir habría de ser el paciente quien regle por sí mismo su elección frente a la cura. Esto evitaría que sea el terapeuta quien termine haciendo una demanda ('¡absténgase!') en lugar del afectado.

Lo dicho supone distanciarse de la idea que adjudica rasgos de omnipotencia a las sustancias situándolas más bien en una dimensión 'alegórica' que implica que su potencia procede de aquello que se le confiere en el ámbito simbólico. "El mundo de la cultura está regido por símbolos que revisten las virtudes que le hemos delegado, pero su poder efectivo es todavía mayor, en la misma medida que desconocemos esta delegación. Los poderes más peligrosos del objeto no son los intrínsecos, existen otros excesivamente más poderosos que su acción química... Jesús de Nazareth hace 2000 años... Él fue el que aclaró que no hay nada fuera del hombre que al entrar en él lo contamine; sino lo que sale de su propio corazón".(39).

Con arreglo a todo lo planteado pensamos que un proceso terapéutico en tanto descentre su atención del objeto-droga, tendría mejores posibilidades en el plano de la

(38) S. Le Poullichet. "Toxicomanía y Psicoanálisis. Las narcosis del deseo". Amorrortu. Buenos Aires. 1990. pág. 165.

(39) Gastón Zoroastro. op. cit., págs. 42-43.

rehabilitación. Esto porque no se trataría de distanciar de las sustancias, sino de dar lugar a que se gesten recursos psíquicos que permitan la estructuración de vínculos con otros en que las experiencias frustrantes sean parte de la constitución de la cotidianeidad existencial. "Todas las últimas investigaciones indican que no se saca nada con alejar la droga de las personas lo que hay que hacer es alejar al individuo de la droga... (esto) apunta a generar recursos en las personas para que tengan cómo defenderse. Y hablo de recursos humanos"(40). Derivadamente se sigue que los fármacos habrían de descartarse, como también todo centramiento en la incriminación y la persecución, en la medida que a través de aquello no se logra sino consolidar la idea de que el fenómeno tiene su causa en la acción tóxica del objeto y no en el espacio psíquico configurador. "Ha habido un tratamiento muy inadecuado del tema, donde los discursos castigadores se superponen con los ocultadores y justificadores. Veo confusión y veo, sobre todo, la ausencia de una política de gobierno, independiente de los esfuerzos puntuales que se hagan. Urge una mirada profunda y trascendente del problema, donde no se le circunscriba a lo médico-legal-policial. No sirve dar plata para represión, para spots y afiches. Se requiere humanidad y seriedad"(41).

En fin, nos parece que tanto el enfoque cuanto las medidas que se han adoptado respecto del problema generan cierta confusión. Esto debido a que las referencias que se producen en torno a los afectados dicen tanto de enfermedad cuanto incriminan. Y, respecto de los procedimientos se

(40) P. Egenau. op. cit., pág. 30.

(41) P. Egenau. op. cit., pág. 32.

tiende a reducir el tema al ámbito del exorcismo respecto del objeto-droga como si solo en aquello residiera y se resuma el fenómeno.

Sería ciertamente aventurado conjeturar que los diversos constructos que se instituyen para dar cuenta de la afección supiesen de antemano que están destinados a fracasar. No es propiamente nuestra impresión, sin embargo resulta paradójico que se insista en reducir el asunto a meras operatorias neuro-químicas que como es posible deducir facilitan que el afectado se vincule de manera irresponsable con el problema. Por cierto, lo que decimos anticipa que la moralina publicitaria, las restricciones jurídicas y el castigo del policía, poco o nada tienen que ver con que el *cuerpo social* esté asumiendo de manera sustantiva, mediante 'paquetes de medidas', la responsabilidad que le pudiese corresponder en la emergencia del mismo. No se trata de señalar la existencia de cierta *pretensión perversa* tendiente a perpetuar el problema de los dispositivos de poder estatales y privados. Se trata de reflexionar respecto de las construcciones valóricas e ideológicas que la historia de la cultura ha ido asentado, las que no sólo a nuestro juicio, bien posibilitan la pretensión de resolver de manera tóxica los conflictos que la vida representa. Sabemos que se promueve como lo plantea Egenau, una ética química, que no se hace posible la generación de dinámicas existenciales que admitan vivir los procesos cotidianos con adecuados ritmos humanos. Resulta obvio sino redundante reiterar el compromiso de lo social-institucional en la emergencia de estados que potencian diversas formas de angustia. No obstante, en lugar de direccionar los

esfuerzos hacia otras formas de crecimiento económico, de desarrollo social, etc., se destinan energías básicamente en reprimir aquello que necesariamente ha de aflorar como fruto necesario de ciertas opciones que como cultura hemos adoptado.

VIII.- BIBLIOGRAFIA

- Bercherie, Paul., "Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico". Manantial. Buenos Aires. 1986. 216 págs.
- Berman, Morris., "El Reencantamiento del Mundo". Editorial Cuatro Vientos. Chile. 1987. 331 págs.
- Blanché, Robert., "El método experimental y la filosofía de la física". Fondo de Cultura Económica. México. 1972. 302 págs.
- Braunstein, Nestor., "Goce". Siglo XXI. México. 1990. 244 págs.
- Bustos, Reinaldo., "Cuerpo, Medicina y Enfermedad" en "Sexualidad y reproducción, hacia la Construcción de Derechos". CORSAPS, Chile 1994.
- CEPAL, "Significación Económica y Social de la Producción, Tráfico y Consumo de Drogas", Chile 1997.
- Cohen, Morris R. "Introducción a la lógica". Fondo de Cultura Económica. México. 1993. 252 págs.
- Clasificación Diagnóstica de las Enfermedades mentales (DSM III-R).
- Compiladores., E. Sinatra, D. Sillitti, M. Tarrab. "Sujeto, Goce y Modernidad. Los fundamentos de la clínica II". Atuel-TyA. Buenos Aires. 1990. 196 págs.
- CONACE, Seminario "Análisis de las Acciones preventivas en relación a la Política y Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas", Chile, 1994
- CONACE, "Consumo de Drogas en Chile". Síntesis de los Principales Estudios y Datos Estadísticos, Chile, 1996.
- CONACE, "Estudio nacional de Consumo de Drogas". Informe Final, Chile, 1996.
- CONACE, "Segundo Estudio Nacional de Consumo de Drogas". Informe preliminar, Santiago, Chile 1997

- CONACE, "Manual de la Ley que Sanciona el Tráfico ilícito de Estupefacientes y Sustancias psicotrópicas". Chile, 1995.
- Delgado, Juan M., "Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales". Editorial Síntesis Psicología, Madrid, España. 1986. 669 págs.
- Derrida, Jacques., "La farmacia de Platón". Tel Quel. Buenos Aires. 1968. 65 págs.
- Dolto, Françoise., "Prefacio a Droga, Psicoanálisis y Toxicomanía. Las huellas de un encuentro." Paidós. Buenos Aires. 1988. 130 págs.
- Dusek-Girdano, "Drogas", Sistemas técnicos de edición. S.A. México, 1986.
- Echeverría, Rafael., "El Búho de Minerva". Dolmen Ediciones. Santiago, Chile. 1994. 276 págs.
- Eco, Umberto, "Cómo se hace una tesis". Collección Libertad y cambio. Serie Práctica. Madrid. 1993.
- Egenau, Pablo., "El problema de la droga en Chile es cada vez menor". en Revista Paula. Enero 1997. N° 748.
- Escohotado, Antonio, Historia de la Droga, Tomos I, II y III. Alianza Editorial, Madrid, España, 1995.
- Evans, Richard., "R.D. Laing. El hombre y sus ideas". Gedisa.. Barcelona. 1978. 286 págs.
- Fernández, Matías., "De Psicoterapias y Fármacos" en Suplemento El Mercurio "Artes y Letras". Domingo 26 de Julio 1998. pág. 12.
- Ferrando, García y otros, "El Análisis de la realidad Social. Métodos y Técnicas de Investigación". Alianza Editorial, Madrid, España, 1986.
- Florenzano, Ramón, Alcoholismo y Fármaco-dependencia Juveniles en Chile, Texto CPU , Chile 1992.

- Foucault, Michel., "El Nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica". Siglo XXI. México. 14ª edición. 1991. 280 págs.
- Freud, Sigmund., "El Malestar en la Cultura". O.C. Vol. XXI. Amorrortu editores. Buenos aires. 1994. 86 págs.
- Freud, Sigmund., "Tres Ensayos sobre sexualidad infantil". O.C. Vol. X. Amorrortu editores. Buenos aires. 1994. 109 págs.
- Freud, Sigmund., "La interpretación de los sueños". O.C. Vol. IX. Amorrortu editores. Buenos aires. 1994. 206 págs.
- Freud, Sigmund., "Cartas a Fliess, 22 de Diciembre de 1897". O.C. Vol. XXII. Amorrortu editores. Buenos aires. 1994. 189 págs.
- Gadamer, Hans G. "Verdad y Método". Gedisa. Madrid. 1986.
- Gardner, Howard., "La revolución cognitiva". Paidós. Barcelona. 1990. 230 págs.
- Gerez-Ambertin, Marta., "Las voces del super-yo. En la clínica psicoanalítica y en el malestar en la cultura". Manantial. Buenos Aires. 1993. 277 págs.
- Giddens, "Hermenéutica y Teoría Social". En "Profiles and Critiques in Social Theory". University of California. Press. 1982. (Traducción J. F. García. Documento de circulación restringida)
- Gore, Al, "La Tierra en Juego". EMECE Editores, Barcelona, 1993.
- Goodman y Gilman, "Drogadicción y Abuso de Drogas" en "Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica". Apuntes.
- Hopenhayn, Martin., "Después del Nihilismo". Editorial Andrés Bello. 1997. Santiago. Chile. 284 págs.
- Horckheimer, Max, "Teoría Crítica". Amorrortu Editores. Buenos Aires. Argentina. 1986.

- Ibáñez, Jesús, Revista Científica de la Cultura, Anthropos, No. 113. Madrid, España 1990.
- Ibáñez, Jesús, "Del algoritmo al sujeto. Perspectiva de la investigación social". Editorial Siglo XXI. Madrid. España. 1985.
- Ibáñez, Jesús., "El regreso del sujeto". Ediciones Amerinda Estudios. Santiago. Chile. 1991.
- Lacan, Jacques., "Seminario sobre la relación de objeto". Paidós. Buenos Aires. 1990. 203 págs.
- Lacan, Jacques., "El estadio del espejo como formador de la función del yo". Escritos. Paidós. Buenos Aires. 1992. 96 págs.
- Laing, Ronald D., "El yo dividido". Fondo de Cultura Económica. México. 1978. 5a. Edición. 200 págs.
- Laurent, Eric., "Tres observaciones sobre la toxicomanía". en "Sujeto, Goce y Modernidad. Los fundamentos de la clínica II". Compiladores., E. Sinatra, - D. Sillitti, M. Tarrab. Atuel-TyA. Buenos Aires. 1990. 196 págs.
- Le Fort, Robert., "Discurso de la institución y sujeto del discurso" en "La educación imposible". Maud Mannoni. Siglo XXI. México. 6ª edición. 1988. 263 págs.
- Le Poulichet, Silvie. "Toxicomanía y Psicoanálisis. Las narcosis del deseo.". Amorrortu Editores, Buenos Aires. 1990. 201 págs.
- Mannoni, Maud., "La educación imposible". Siglo XXI. México. 6ª edición. 1988. 263 págs.
- Maturana, Humberto., "Emociones y Lenguaje en Educación y política". Dolmen Ediciones. Santiago, Chile. 9ª edición. 1997. 117 págs.

- Melman, Charles., "Txicomanía: un enfoque psicoanalítico" en "El discurso Psicoanalítico". Revista del grupo de investigación y estudios psicoanalíticos-GIEP. Abril-Mayo 1992. Ediciones Documentas.
- Ministerio de Salud., Servicio de Salud metropolitano Occidente, "Lineamientos programáticos y Manual de Referencias", Chile 1994.
- Ministerio de Salud., "Políticas y Plan Nacional de Salud Mental". Santiago, Chile 1993.
- Ministerio de Salud., "Orientaciones Técnicas para el tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de Drogas". Chile 1996.
- Mora Teruel, Francisco., "Drogas y Placer". En Revista CONACE INFORMA: Santiago. Marzo de 1996.
- Nissen, Gerhardt, "Trastornos Psíquicos en la infancia y juventud". Editorial Herder, Barcelona, España, 1991.
- Organización Mundial de la Salud, Seminario: Evaluación de las Normas de Atención en el tratamiento de Drogas. Documento de Síntesis, Caracas. Venezuela, 1993.
- Peña y Lillo, Sergio., "Psicoterapia y Farmacoterapia" en Suplemento El Mercurio "Artes y Letras". Domingo 5 y 26 de Julio 1998. págs. 12-13.
- Pereña, Francisco., "Formación discursiva, semántica y psicoanálisis" en "Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales". Delgado, Juan M. Editorial Síntesis Psicología, Madrid, España. 1986. 669 págs.
- Perrella, Enrique., "Droga, memoria, psicosis". Payot. París. 1977. 220 págs.
- Picchi, Mario, "Progetto Uomo". Edizioni Paoline, Torino, Italia 1988.

- Rossolato, Gilles "El narcisismo". Gallimard. Paris. 1976. 208págs.
- Ruiz, José I., "Metodología de la investigación cualitativa". Universidad de Deusto, Bilbao. España 1996
- Secretaría General de Gobierno., "Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas". Chile 1990.
- Stanton, M.D. y Cols. "Terapia Familia del Abuso y Adicción a las Drogas". Editorial Gedisa, Buenos Aires, Argentina, 1988.
- Szasz, Thomas., "en Los Pensadores del Siglo XX" de Guy Sorman. Editorial Atlántida. Buenos Aires. 1989. págs. 133 a 142.
- Tendlarz, Silvia., "Las paradojas de la felicidad" en "Sujeto, Goce y Modernidad. Los fundamentos de la clínica II". Compiladores., E. Sinatra, D. Sillitti, M. Tarrab. Atuel-TyA. Buenos Aires. 1990. 196 págs.
- Vera Ocampo, Eduardo. "Droga, Psicoanálisis y Toxicomanía. Las huellas de un encuentro." Paidós. Buenos Aires. 1988. 130 págs.
- Zoroastro, Gastón., "Implicaciones de lo imaginario, lo real y lo simbólico en el uso y abuso de las drogas" en "Nuestra Ciencia", Julio de 1996. Revista Nº 2.