

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

Carrera de Psicología

Toxicomanía y Psicoanálisis

“Estatuto Discursivo del Farmakon, su ambigüedad y reversibilidad presente en las Intervenciones en Toxicomanía”

Profesora Guía: *Daniella Mirone*

Metodóloga: *Genoveva Echeverría*

Profesor Informante: *Juan José Soca*

Alumna: *Karina Salinas Gallardo*

Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología y
Título de Psicólogo

Santiago, Mayo 2009

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todas aquellas y aquellos que hicieron posible concluir mi gran y anhelado sueño. Se trató de un proceso largo y complejo el cuál precisó de mucha entrega y dedicación de mi parte y de todas aquellas importantes personas que me rodean. En estas líneas quiero agradecer principalmente a toda mi familia, en especial a María mi madre por el cariño entregado y su compañía, a Dante mi padre por su comprensión y apoyo y a Almerinda mi abuela por su dedicación y preocupación, quiero agradecer además a Braulio mi compañero, por haber acompañado y apoyado todo este largo proceso que significó por mi parte de mucha dedicación y tiempo... Gracias a todos ellos por la paciencia, por estar ahí en cada momento que necesité de apoyo y compañía, gracias por creer en que esto era posible.

Quiero agregar en estos agradecimientos a Daniella Mirone por su gran apoyo y dedicación y por ser una gran guía en este camino que recién comienza, a través de ella además agradecer a Francisco Aliste, Psicólogo y Licenciado en Filosofía, por su ayuda en la comprensión de material bibliográfico.

Agradecer a Genoveva Echeverría por su importante entrega y valioso aporte profesional.

Un abrazo afectuoso a todas aquellas personas que me acompañaron en esta larga y difícil tarea y dedicar este lindo trabajo a todas aquellas personas que se esfuerzan en la vida para alcanzar sus metas

Muchas Gracias...

RESUMEN DE INVESTIGACIÓN

Este estudio pretende instalar una reflexión teórica y práctica en relación al lugar que ocupa la droga en las intervenciones en toxicomanía, junto con ello, abrir escenarios más allá en donde estas son contextualizadas oficialmente.

Se pretende establecer el estatuto discursivo del farmakon presente en las intervenciones en toxicomanía, se llama a escena al farmakon entendiendo al mismo como droga, con la finalidad de ampliar las significaciones que como concepto en sí mismo posee.

Para conocer el lugar que ocupa la droga en las intervenciones, se realizó un análisis de los discursos emanados de profesionales de la salud mental (psicólogos y psiquiatras), que se desempeñan en centros especializados de tratamiento que involucran esta problemática. Para ayudar a la investigación, fue necesario conocer, según la percepción de los profesionales, los principales aspectos implicados en la problemática de las toxicomanías, dilucidando sobre la praxis misma de los profesionales y profundizando en la opinión frente a las drogas, todo ello articulado con la conceptualización que se tiene del sujeto toxicómano que consulta en la clínica.

Para elaborar los análisis y las conclusiones que llevaron a evidenciar el lugar ambiguo y determinante que ocupa el farmakon en la clínica de las toxicomanías, esta investigación se sirve de las consideraciones respecto del término y cómo este es configurado en el lenguaje de los entrevistados. Con la finalidad de ofrecer una nueva clínica a las toxicomanías, este trabajo se acompaña de postulados psicoanalíticos que fundamentan su efectividad frente a esta problemática.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1 ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	13
<i>Pregunta de Investigación:</i>	16
1.3 APORTES Y RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
2. OBJETIVOS.....	18
2.1. OBJETIVO GENERAL	18
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3. MARCO TEORICO	19
3.1. EL FARMAKON	19
3.2. EL FARMAKON PARA SÓCRATES.	21
3.3. GENEALOGÍA DEL FARMAKON	34
3.4. MODERNIDAD Y TOXICOMANÍA	42
3.5. AUSENCIA DE SUBJETIVIDAD	46
3.6. TOXICOMANÍA Y PSICOANÁLISIS.....	50
3.7. UN PSICOANÁLISIS PARA LAS TOXICOMANÍAS	61
3.8. UNA CRÍTICA A LA PREVENCIÓN EN TOXICOMANÍA.	63

4. MARCO METODOLÓGICO	66
4.1. ENFOQUE METODOLÓGICO.....	66
4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	67
4.3 DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN	67
4.4.DELIMITACIÓN DEL CAMPO A ESTUDIAR	68
4.5.TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	71
4.6.PLAN DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	72
5. RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	74
5.1. RESULTADOS.....	74
5.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS EN RELACIÓN A LOS OBJETIVOS:	97
6. CONCLUSIONES.....	110
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	116

1. INTRODUCCIÓN

“... Comenta el Obispo de Constantinopla, Juan Crisóstomo (354- 407): Oigo a un hombre gritar: “¡Acabemos con el vino, que es insensatez y demencia!” Pero ¿causa el vino este abuso? No. Porque si debido a las borracheras dice ‘¡que no haya vino!’ debería decir, siguiendo por grados ‘¡que no haya noche!’’, debido a los ladrones, ‘¡que no haya luz!’’, debido a los delatores, y ‘¡que no haya mujeres!’’, debido al adulterio.”

(Escohotado, 1998, p.219)

1.1 Antecedentes y Planteamiento del Problema

Ya en las sociedades tradicionales, el consumo de drogas era considerado como una acción que integraba el conjunto de prácticas sociales, propiciando el reestablecimiento de los lazos generacionales. En dichos tiempos, en muchos pueblos se consideraba el consumo de drogas como un rito llámese de iniciación, de pasajes, etc, ritos que por lo demás controlaban este consumo impidiendo que adquirieran las actuales características de compulsión que hoy en día enmarcan la drogodependencia.

La estructuración social que predomina en las sociedades actuales, difiere ampliamente del consumo conocido por las sociedades pre-industriales ya que actualmente el consumo de droga coincide con la desligadura del lazo social propio de las sociedades modernas.

El consumo de drogas ha sido una constante en todas las sociedades, pero la estructuración que cada sociedad hace del consumo es lo que le confiere características particulares, características que evolucionan continuamente inscribiéndose dentro de los procesos de transformación social, llegando a convertirse hoy en día en un problema de des-adaptación.

“El sentido de las drogas viene determinado no por sus propiedades farmacológicas, sino por la forma que una sociedad define su consumo y reacciona ante los consumidores” (Márquez, 1996, p. 29, en Sánchez, R. 2005).

“El lugar que una sociedad le asigna a las drogas, es el resultado del propio funcionamiento social de una cultura, esto apoya ciertas hipótesis que estipulan que el carácter simbólico de los estados psicológicos provocados por las drogas, son desconocidos por las sociedades en las cuales estos consumos tienen lugar, es por ello que las sociedades occidentales tienden a reforzar la representación patógena de la sustancia, ubicando el producto consumido como un agente exterior, es la sustancia quien se considera como agente de rupturas sobre el cuerpo social sin considerar las prácticas que por medio de ella se llevan a cabo”. (Bilbao, 2003, Pág. 36). Podemos decir que las drogas, son sustancias inertes, actúan sobre cuerpos biológicos donde cuyos efectos están determinados por la cultura, efectos que pueden variar según la asignación escénica. Dentro de una misma cultura una droga puede causar efectos diversos dependiendo de lo que de ella se espere. Para Devereux (1972), “el efecto de la droga depende frecuentemente menos de hechos farmacodinámicos que de aquello que el sujeto espera de la droga”. (Bilbao, 2003, p.38).

Un drogodependiente que se identifique como tal, quedará atrapado en una cierta denominación que lo sumerge en un escenario, lo tipifica en un retrato, que posteriormente determinará las relaciones que en un futuro desarrolle en la cultura a la cual pertenece.

Para el consumo de drogas, el Comité de Expertos de la Organización Mundial de Salud OMS, aprueba en el año 1957 el concepto de toxicomanía y lo define como el “estado de intoxicación periódica o crónica generado por el consumo reiterado de droga (natural o sintética), a la que se suman características como: un deseo invencible o necesidad de seguir consumiendo droga y de procurársela por todos los medios; la tendencia a aumentar las dosis; una dependencia de orden

psíquico y generalmente físico en cuanto a los efectos de la droga y efectos nocivos para el individuo y la sociedad” (Porot, 1952, p.594 en Vera Ocampo, 1988, p. 30). Posteriormente en el año 1965, el Comité de Expertos sustituye el término “toxicomanía” por el de “dependencia” respecto de la droga y la define como: “Estado psíquico y a veces también físico que resulta de la interacción entre un organismo vivo y un medicamento, que se caracteriza por modificaciones de la conducta y otras reacciones que siempre comprenden una pulsión que lleva a tomar el medicamento de modo continuo o periódico para provocar sus efectos psíquicos y a veces evitar el malestar de su privación. Este estado puede acompañarse o no de tolerancia. El mismo individuo puede depender de varios medicamentos” (Comité de la OMS, 1969, p.8 en Vera Ocampo, 1988, p.31). Si bien ninguna de las dos definiciones señaladas toma en cuenta la situación de sujeto antes de la utilización de la sustancia, será la de “toxicomanía”, la cual hace más presente al ser humano, a diferencia de “dependencia”, que alude más a un organismo viviente que lleva al máximo la biologización de la problemática y con ello la objetivación de la misma. Por consiguiente, será el concepto de toxicomanía el empleado a lo largo de toda la presente investigación.

En la actualidad, la noción de drogodependiente, drogadicto, toxicómano etc., introduce la idea de una interacción entre un organismo y un medicamento. Pareciera que hoy estas definiciones solo introducen la perspectiva biológica, la idea de un cuerpo (organismo), afectado por una sustancia externa, ilícita, un tóxico, pareciera que se borrara toda problemática de sujeto. El saber del toxicómano, al igual que el de su médico, se desarrollan en torno a la figura del tóxico, comparten una misma creencia; es la sustancia la que constituye la toxicomanía. “Ambos consideran a la droga como capaz de provocar efectos positivos y negativos, capaz de causar bienestar y/o malestar, ambos buscan reducir o eliminar el dolor ya sea propio o ajeno” (Bilbao, 2003, p.43). El médico muchas de las veces, capta en el toxicómano, procesos psíquicos como resultado de sus adicciones, con esto, se da explicación a las consecuencias que el toxicómano presenta en la familia, grupos, comunidad, sociedad

etc. Dicho de otro modo, “el discurso médico, al apelar a lo biológico, considera como causa (biológica) lo que en realidad no es más que su resultado”. (Vera Ocampo, 1988).

Como ya se revisó más arriba, la interacción entre un organismo y un medicamento ya habría sido introducida en el año 1965 por la Organización Mundial de la Salud OMS, afirmándose en la noción de “fármaco dependencia”. Esta noción será correlativa a la irrupción de un nuevo saber sobre las relaciones entre lo “fisiológico” y lo “psicológico”. “La toxicomanía queda definida entonces como una dependencia fisiológica duplicada por una dependencia psicológica” (Le Poulichet, 1990, p.21), visión que no hace más que dejar a las problemáticas de las adicciones en manos de intervenciones que busquen extirpar el tóxico.

Si bien ya se dijo que, los usos de drogas y sustancias existen desde la Antigüedad, muchos de ellos ligados a rituales y ceremonias propias de la cultura, pero es sólo hacia fines del siglo XIX cuando aparece la figura del flagelo social. Actualmente la concepción médica sobre la droga, concibe a esta como un objeto sustancial, que por sus facultades farmacodinámicas tendría el poder de “producir a un toxicómano”. Pero esta no sólo queda aquí, sino que es presa de discursos otros, como el político, el económico, el judicial, el de los medios de comunicación, etc. “Sí, en los discursos sociales, la toxicomanía es la más de las veces invocada para sostener un mensaje otro, ello ocurre en la medida en que la figura del tóxico solicita un imaginario social particular: parece ofrecer un espejo a las imágenes sociales de la intoxicación” (Le Poulichet, 1990, p.24).

En nombre de la droga o la sustancia, la medicina se apropiará de la toxicomanía, todo esto al precio de evacuar la dimensión del sujeto, y sólo teniendo presente las leyes que rigen y gobiernan en el campo de la medicina. Es así como muchos aspectos de la toxicomanía, como la repetición del consumo, los síntomas de abstinencia, la falta, los flash, en modo alguno son cuestionados o problematizados,

ellos pasan a ser parte de la toxicomanía, pasan a ser rasgos característicos de base referidos a una “ley de la droga”, y como dice Le Poulichet (1990), estas son encomendadas a la significación.

Para el psicoanálisis, la problemática de las adicciones no es fácil de desanudar ya que en ella intervienen una multiplicidad de factores, ya sea desde el significado de las adicciones, pasando por los conflictos básicos no resueltos, hasta el repliegue narcisista que efectúa el sujeto en el consumo de estas. Así, para Rodríguez Piedrabuena (1996) “la causa de las tensiones que necesitan ser tratadas con drogas son en su mayoría deseos primarios, no expresables, ni a veces simbolizables, es lo que se transforma en acciones compulsivas o en la somatización con lo que el cuerpo traduce y refleja las inhibiciones de los impulsos, de las fantasías no satisfechas, de los deseos truncados, de los proyectos no natos” (p.188).

A lo largo de la historia, la droga, el tóxico, ha tenido lugar, pero no como un designio único y establecido, sino que se ha hecho presente con toda su ambigüedad. Será así como Sylvie Le Poulichet (1990), en su intento de fundar una clínica psicoanalítica de las toxicomanías, y en separar el estatuto del tóxico y la droga, postula la “operación del farmakon” como un recurso real que se puede inscribir en una lógica particular dentro de un cierto montaje de toxicomanía. “En cuanto a la operación del farmakon, común a las diferentes toxicomanías, parece inspirarse en las propiedades mismas del farmakon¹: es lo que pone en comunicación a los contrarios y lo que deroga las oposiciones distintivas” (p.69). Esta autora parte de la abstinencia de la droga y sus efectos, apuntando que la “operación del farmakon”, representa un intento de cancelación tóxica del dolor y una restauración de un objeto alucinatorio.

¹ Cerca del Farmakon, está el Pharmakos que designa a la víctima del sacrificio expiatorio y también el Pharmakois, palabra con la que se designa a los “humanos destinados a ser inmolados cuando afligen calamidades” en la Polis. (Tarrab M., 1994, Pág. 14). “La palabra *fármacon* está cogida en él en una cadena de significaciones” (Derrida, 1975, Pág. 140).

Será el farmakon, su ambigüedad y reversibilidad, lo que interesará dilucidar en esta investigación y así distanciarse de los preceptos actuales con respecto a las drogas.

Farmakon alude justamente a esa propiedad particular de ciertas sustancias, que de acuerdo a la dosis suministrada pueden ser tanto un remedio como un veneno. “En la Grecia clásica, era de ese modo llamado, el elixir del banquete sacramental, el vehículo del éxtasis en el ágape. La sustancia embriagadora, y también mortal. Muy cerca del Pharmakon está el Pharmakos que designa a la víctima del sacrificio expiatorio y también el Pharmakois, palabra con la que se designa a los humanos destinados a ser inmolados cuando afligen calamidades en la Polis”(Tarrab M., 1994, Pág. 14), ¿pareciera que el tóxico se encuentra ligado a una lógica de sacrificio?.

El farmakon también es comparado por Sócrates con la escritura “compara con una droga (fármakon), los textos escritos que Fedro ha llevado. Ese fármakon, esa medicina, ese filtro a la vez remedio y veneno, se introduce ya en el cuerpo del discurso con toda su ambivalencia. Ese encantamiento, esa virtud de fascinación, ese poder de hechizamiento pueden ser –por turno o simultáneamente- benéficos y maléficos” (Derrida, 1975, Pág.102). Sócrates ha comparado el farmakon con la escritura a propósito de la ambigüedad que ambas presentan, el farmakon puede resultar benéfico o maléfico, remedio o veneno, y la escritura así como lo señalaba Sócrates, si bien hace más instruidos a los egipcios, ayuda a la memoria de aquellos, también hace más olvidadizas a las almas.

Es así como el farmakon aparece para los psicoanalistas y para algunos antropólogos en un intento de esclarecer la problemática de las toxicomanías.

Sin embargo, en el mundo entero, el lugar de la droga se ha situado según sus efectos farmacodinámicos y los desordenes a los cuales se le asocia. “Hacia 1935 se afirmaba que estupefacientes eran algunos compuestos químicos (*opio, morfina y cocaína*) cuyo uso discrecional debía ser desaconsejado, por representar una

bendición en manos de *médicos y científicos* y una maldición en manos de toxicómanos. (...) Como hasta mediados de los años 60 todavía era fácil obtener en las farmacias variantes tan activas -o aún más- que los fármacos controlados, la vigencia de un régimen semejante produjo un pequeño mercado negro a la vez que un floreciente mercado blanco, no sólo de alcohol y de otras drogas vendidas en supermercados, sino también de anfetaminas, barbitúricos, opiáceos sintéticos, meprobamato, benzodiazepinas, etc.” (Escohotado, 2005, p.18).

Chile no se queda atrás en la escalada de prohibiciones y ya desde los años 60 comienzan las primeras legislaciones en torno a la problemática de las Drogas. Con el retorno de la Democracia en nuestro país se diseña la Política y Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas, que viene a regular y enmarcar las acciones que se orientan a dar cuenta del fenómeno. Dentro de esta estrategia se crea un organismo que centraliza la acción, el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes CONACE, dependiente del Ministerio del Interior. “Una de las estrategias privilegiadas dentro de esta política fue la de establecer una legislación capaz de enfrentar este nuevo fenómeno, dictándose en 1995 la ley 19.366, que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas” (Sánchez R., 2005, p.14).

La Misión de este organismo (Conace), será la de implementar las políticas públicas en torno al problema de las drogas y prevenir el consumo y tráfico de sustancias ilícitas en el país. “El compromiso del Estado de Chile para tratar a las personas con consumo problemático de drogas, se traduce en la Estrategia Nacional de Drogas 2003-2008, a través del objetivo estratégico de Rehabilitar y reinserir socialmente a personas afectadas por el consumo de drogas, mediante oportunidades de tratamiento y programas de reinserción” (Conace, 2004). En relación al tratamiento del consumo problemático de sustancias ciertas especificaciones técnicas emanadas de Conace, estipulan que para el tratamiento es fundamental que “coexistan los planos biológico, psicológico y social. A pesar de que cada profesional debe estar especializado en un área determinada, se constata la necesidad de

intervenir desde una perspectiva multidisciplinaria, complementaria y sinérgica” (Conace, 2004).

En el marco de la ley creada en Chile para el control de estupefacientes, un estudio relacionado con las construcciones discursivas respecto de las drogas, revela que se les “considera constantemente como veneno, flagelo, epidemia, palabras que van construyendo la sensación de un objeto que porta en sí mismo la condición suficiente de causar daño, características que finalmente aparece como lo central de su significación: sustancias esencialmente malignas” (Sánchez, 2005, p.165).

Esta investigación intentará distanciarse de los actuales preceptos de las drogas (y sus efectos farmacodinámicos), que se han instalados como objeto de efracción del individuo, objeto flagelante que no siempre ha tenido el mismo lugar.

1.2 Formulación del Problema y Pregunta de Investigación

En la actualidad, a nivel mundial como en nuestro país específicamente, el consumo de drogas es considerado una práctica disruptiva en la sociedad, es la droga la que pervierte al individuo y lo lleva a la desadaptación social, sin ir más lejos, aún se considera que el consumo es predominante en aquellos sectores vulnerables, sin importar la problemática del sujeto.

En nuestro país, el consumo de sustancia y con ello el desajuste social al cual se le asocia, ha pasado a conformar el principal foco de atención desde la década del 80. Las Políticas Públicas de nuestro país, continúan situando a este objeto como la principal causa de los desordenes instalados en nuestra sociedad y dejando de lado, todo cuestionamiento en relación a la construcción misma de las sociedades actuales. Es por ello, que las intervenciones en toxicomanías, o más bien, los programas diseñados por el Minsal y Conace, apuntan a que desde el comienzo de la

intervención, llámese psicoterapia individual, psicoterapia grupal, intervención psicosocial etc., el usuario a intervenir se abstenga de las sustancias que lo corrompen, introduciendo en este individuo un bienestar a través de la substitución de este tóxico flagelante, por uno otro aceptado socialmente.

Ya se ha enunciado que las toxicomanías, son un tema complejo de abordar para la psicología, sobre todo si conserva las características de un flagelo, objeto de varios discursos. Por tanto se hace necesario conocer por parte de los profesionales los orígenes implicados en las toxicomanías, junto con ello dar cuenta de la praxis misma que se juega en las intervenciones, todo esto para saber algo más del farmakon y su estatuto. Esta investigación se servirá del discurso de los profesionales en relación a la toxicomanía, ya que como se revisó, el abordaje del tema de la droga, su significación, incluso el concepto de droga, no es unívoco, varía dependiendo del lugar y el tiempo en que nos situemos.

Investigando el lenguaje y el habla de los sujetos implicados en las intervenciones en Toxicomanía se podrá llegar a la explicación de múltiples aspectos relacionados con el farmakon, será fundamental “apuntar a los discursos a través de condiciones rigurosamente diseñadas para así llegar mediante el análisis y la interpretación de las unidades de sentido (estructuras semánticas) identificadas en ellos, al origen y significación de las analogías (metonimias y metáforas) utilizadas para elaborarlas, lo que hace siguiendo el camino inverso al de su formación, es decir, al del proceso de la simbolización” (Pérez C. 2002).

Tanto el discurso jurídico, médico y muchas de las veces, el psicológico, en el cual se encuentra entrampado el toxicómano, no hace más que trabajar en una tentativa de anulación de la subjetividad en su relación con el lenguaje, para consagrar la omnipotencia de la sustancia. “Saberes o definiciones propuestos por ciertos investigadores excluyen al sujeto de su acto y se dirigen a su organismo” (Le Poulichet, 1990, p. 48). Por tanto otra de las interrogantes que suscita la presente

investigación es que si las intervenciones pensadas primeramente en conseguir la abstinencia del tóxico, y colocar en la inmediatez posible a este individuo bajo el alero de otro farmakon, hace posible en aquellas la aparición de un sujeto, o si los trabajos en toxicomanía se orientan sólo a tratar aquel lugar “problemático” del individuo, su organismo y la substancia.

Esta mirada de intervención, ha hecho compleja la praxis de los psicólogos que desempeñan el rol de la llamada “rehabilitación”, rehabilitación que por lo demás, en muchas Instituciones se encuentra normada y estructurada a priori de una puesta en marcha del tratamiento, cuya filosofía de intervención sólo se enfoca a un abordaje bio-psico-social, no apuntando de ningún modo a la pregunta por el sujeto que ahí se interviene, ni por el lugar que viene a ocupar la droga en dicho sujeto.

Por tanto, y de manera de responder a las interrogantes antes señaladas, se llevará a cabo la presente Investigación en centros o programas de salud mental especializados en la problemática de las adicciones pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Norte.

Pregunta de Investigación:

¿Cuál es el Estatuto que ocupa el Farmakon en el Discurso de aquellos Profesionales de la Salud Mental que se desempeñan en Instituciones pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Norte, en relación a la Intervención en Toxicomanía?

1.3 Aportes y Relevancia de la Investigación

Esta investigación tiene por pretensión abordar una temática emergente en materias de intervención terapéutica aportando con ello nuevos cuestionamientos en el ámbito de las toxicomanías en relación a las drogas. Esta investigación pretende abrir el debate y la discusión en relación al lugar que ocupan las drogas en la problemática de las adicciones aportando para ello una nueva posibilidad de clínica de las toxicomanías fundamentado en nuevos saberes y conocimientos que tienen como base una visión psicoanalítica.

Este estudio da cuenta del lugar que ocupa la droga en las intervenciones en toxicomanía según los preceptos actuales con los que trabajan los centros especializados de tratamiento vinculados ha esta problemática. Será en este contexto donde cobra relevancia los orígenes implicados en la toxicomanía acudiendo a sí mismo a la praxis misma de las intervenciones.

Se considera relevante saber de las drogas y como éstas se conceptualizan en el discurso de los profesionales, será de importancia conocer la incidencia que estas conceptualizaciones tienen sobre el sujeto a intervenir, será por medio del lugar que ocupen las drogas en las intervenciones, el lugar que el sujeto ocupe en la clínica, aspecto relevante para la psicología ya que dicha disciplina encuentra su sentido y su fundamento en la subjetividad. La psicología se instaura como ciencia al momento en que su objeto de estudio resulta ser las subjetividades e intersubjetividades que se

encuentran en el entramado social del cuál somos parte, el no existir sujeto al momento de una intervención, estamos en presencia de una pseudo disciplina de la cuál nadie se interroga.

El aporte que pretende esta investigación a través de consideraciones psicoanalíticas, es proponer una nueva clínica de las toxicomanías que apuesta por un sujeto en el espacio clínico. Si bien el psicoanálisis no comparte del todo ser considerada una ciencia, sí pretende ser un oficio, donde el espacio transferencial y el estatuto del lenguaje se tornan fundamentales al momento de hacer clínica.

Dar cuenta del estatuto de la droga en las intervenciones y cómo estas arriesgan la subjetividad relegándola al lugar de la ausencia abrirá la pregunta por la praxis de los profesionales que intervienen en el ámbito de las toxicomanía, y no sólo a los profesionales, sino a todo un entramado social que ha colocado a las drogas y sus efectos farmacodinámicos en un lugar de causa y poder desplazando la posibilidad de sujeto que se juega en esa dinámica.

Los resultados de esta investigación constituirán una herramienta básica para el ejercicio clínico en el ámbito de las toxicomanía, e invitará a sus involucrados a hacerse la pregunta por el sujeto.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Conocer el estatuto que ocupa el Farmakon en las Intervenciones en Toxicomanías, a través del Discurso de Profesionales Psicólogos y Psiquiatras que desempeñen su rol en centros o programas especializados pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Norte.

2.2. Objetivos Específicos

- Conocer la mirada de sujeto que los profesionales en salud mental poseen respecto de aquellos pacientes que consumen sustancias y que llegan a consultar a los centros especializados de tratamiento de alcohol y drogas.
- Conocer los orígenes implicados en el consumo de sustancias según la percepción de los profesionales en salud mental que se desempeñan en los centros especializados de tratamiento de alcohol y drogas.
- Indagar respecto de las intervenciones terapéuticas a nivel clínico e institucional, realizadas en el ámbito de la drogodependencia, según la percepción de los profesionales en salud mental que se desempeñan en los centros especializados de tratamiento de alcohol y drogas.
- Conocer la conceptualización que se tiene de las drogas según el discurso de los profesionales en salud mental que se desempeñan en los centros especializados de tratamiento de alcohol y drogas.

3. MARCO TEORICO

3.1. El Farmakon

“El fármakon es ese suplemento peligroso que penetra por efracción en aquello mismo de lo que hubiese querido prescindir y que a la vez se deja asustar, violentar, colmar y reemplazar, completar por la huella misma cuyo presente se aumenta desapareciendo en él.”

(Derrida, 1975)

Se sabe que en siglos anteriores, los terapeutas arcaicos pudieron disponer de métodos eficaces frente a ciertas enfermedades o dolencias, pero tales fundamentos no eran racionales sino que mágicos. “En efecto, hasta la medicina más empírica aparece siempre ligada a ensalmos en la Antigüedad, y todavía durante el siglo IV a.C. -en plena expansión del racionalismo griego- Platón hace decir a Sócrates que el phármakon devolverá la salud si al usarlo se pronuncia el ensalmo oportuno” (Escohotado, 2005, p.5).

Escohotado nos cuenta que en diversas instituciones de pueblos antiguos se encontraba un factor común, que tiene que ver con el temor a la impureza acompañado de un deseo de purificación ritual, en donde junto a este temor y deseo, reina la idea del castigo divino de los pueblos. Con esto aparece la institución religiosa fundamental del sacrificio, núcleo de todos los cultos religiosos conocidos tanto presentes como pasados. Dicho autor da cuenta de dos perspectivas que se da en la lógica del sacrificio. La primera tesis denominada como el “regalo expiatorio”, constaba en obsequiar una víctima a la deidad, y la segunda concebía el sacrificio como un acto de “participación” al cual se le denominaba como el “banquete sacramental”, que no sólo establece un nexo entre lo profano y lo sagrado, sino una unidad más alta entre los miembros de un grupo. “En los expiatorios el acto parte del hombre y llega a la divinidad a través del sacerdote y la víctima, mientras en los de

comuni3n parte de un dios encarnado en alguna planta, y a veces en un animal, que a trav3s de su ingesta por los comulgantes se identifica con ellos” (Escohotado, 2005, p.6).

El “banquete sacramental”, emplea sistem3ticamente y de modo muy particular, sustancias psicoactivas “uso que quiz3 se remonta a los paleohom3nidos, durante los cientos de miles de a3os previos a la revoluci3n agr3cola y urbana del Neol3tico”. (Escohotado, 2005, p.9) Pero lo que interesa aqu3 es lo siguiente: “la v3ctima del sacrificio expiatorio se llamaba en griego *pharmak3s*, y el veh3culo de los 3xtasis cham3nicos -no menos que de algunas ceremonias religiosas de tipo ext3tico y orgi3stico- era un *ph3rmaikon* u otro. El *pharmak3s* pertenece al sacrificio-regalo, y el *ph3rmaikon* al sacrificio comuni3n, por si fuera poco que lo uno sea cierta persona y lo otro cierta planta” (Escohotado, 2005, p.9). Derrida (1975) en La Farmacia de Plat3n, se3ala que se ha comparado al personaje del f3rmaicos con un chivo expiatorio cuyas significaciones, la enfermedad y el exterior, la expuls3n de la enfermedad, su exclusi3n fuera del cuerpo y fuera de la ciudad, son las principales del personaje y de la pr3ctica ritual. Mannhardt (1884) se3ala que “Harpocrati3n las describe as3, comentando la palabra f3rmaicos: En Atenas se expulsaba a dos hombres a fin de purificar la ciudad. Y en las Targuelias, lo que ocurr3a era que los hombres expulsaban a un hombre y las mujeres a otro” (Derrida, 1975, p.197).

Tanto las v3ctimas expiatorias como las sustancias psicoactivas son agentes m3gicos, de cuya eficacia no da cuenta ninguna secuencia natural o l3gica de causas y efectos. Esto es evidente en el caso de *pharmak3s*, pero tambi3n en el del *ph3rmaikon*, que no s3lo se mezclaba con sustancias sin psicoactividad, sino que iba acompa3ado por toda suerte de encantamientos.

Escohotado con la finalidad de dilucidar a3n m3s el t3rmino, acude a la etimolog3a del mismo donde se3ala que: “*Pharmasso* significa «templar el hierro» - esto es, sumergirlo al rojo en agua fr3a-, y templar sigue teniendo entre nosotros un significado m3dico-psiqui3trico; dando un paso m3s, la r3iz *pharmak* podr3a derivarse

de la «magia» de los herreros, cuya importancia en la vida económica y militar antigua es evidente. Sin embargo, quizá sea más sólido considerar que se trata de un término compuesto, con una primera parte que significa ‘trasladar’ y una segunda que significa ‘poder’. En ese caso, fármaco sería «lo que tiene poder de trasladar impurezas» (Escohotado, 2005, p.10). En el texto de Derrida (1975), encontramos una cita de Boisaco, en donde la palabra “Fármacon quiere decir: encanto, filtro, droga, remedio, veneno y Fármacos: mago, brujo, envenenador, aquel a quien se inmola en expiación de las faltas de una ciudad y Farmasso: trabajar o alterar con ayuda de una droga” (Derrida, 1975, 199). Otra cita señala que “Fármacon quiere decir en griego droga curativa, veneno, tintura, pero siempre, para lo bueno o para lo malo, en un sentido mágico” (Harrison, p. 108 en Derrida, 1975, p.200).

Escohotado (2005) señala que casi treinta siglos después, “como si la historia describiese una órbita con periódicos retornos, algunas drogas y sus usuarios se convertirán en nuevos *pharmakoi*² para ritos de descontaminación colectiva, que profesan una fe en la cura transferencial comparable a la profesada por aquellos antiguos pueblos del Adriático, cuando despeñaban cada año a un joven con la piadosa oración: ‘seas tú nuestras heces’” (p.11).

El Farmakon ha llevado desde las más antiguas épocas esa cualidad de encantamiento, de fascinación. Será lo sugestivo del término que interesará desvelar.

3.2. El Farmakon para Sócrates.

Un texto no será un texto más que si esconde a la primera mirada, al primer llegado la ley de su composición y la regla de su juego, en el caso del Fedro se cree que está mal compuesto, a su mala composición se le atribuía a lo joven que era

² *Pharmakoi* (plural de *pharmakós*) se llamaban aquellos humanos que las ciudades sostenían para inmolar en sacrificio cuando eran afligidas por alguna calamidad, «como esponjas con las cuales se limpia la mesa» (Escohotado, 2005, p.10).

Platón para escribir, sin embargo, Derrida (1975) opina que ese mal escrito no tiene relación con la jovialidad de Platón al momento de escribir el Fedro, sino, que ese mal escrito tiene que ver con lo que ahí se quiere mostrar; nada será casual en lo que se escribe, la escritura es ya una significación, será aquello que seduce, el papel, la tela, algo oculta.

Sócrates compara con una droga (fármakon), los textos escritos que Fedro ha llevado. Ese fármakon, esa “medicina”, ese filtro, a la vez remedio y veneno, se introduce ya en el cuerpo del discurso con toda su ambivalencia. Ese encantamiento, esa virtud de fascinación, ese poder de hechizamiento pueden ser –por turno o simultáneamente– benéficos y maléficos. “El fármakon sería una substancia, con todo lo que esa palabra puede connotar, en realidad de materia de virtudes ocultas, de profundidad criptada que niega su ambivalencia al análisis, preparando ya el espacio de la alquimia, si no debiésemos llegar más adelante a reconocerla como anti-substancia misma” (Derrida, 1975, p.103). Operando por seducción, el farmakon hace salir de las vías y de las leyes generales, naturales o habituales, como sucede con la escritura. Las hojas de escritura obran como un farmakon que empuja o atrae fuera de la ciudad al que no quiso nunca salir de ella, como le sucedió a Sócrates que siempre estuvo retenido en su ciudad y es aquella escritura la que lo hace salir de su lugar propio y de sus caminos rutinarios. Esto queda reflejado cuando Sócrates dice a Fedro: “los campos y los árboles no quieren enseñarme nada, y sí los hombres de la ciudad. Pero tú ciertamente pareces haber encontrado un remedio³ para hacerme salir (...), tú teniendo ante mí discursos en un volumen, está visto que me harás dar la vuelta a toda el Ática y a cualquier otro lugar que te venga en gana (Platón, 230e, p.179). Esto ya que Fedro escribe en hojas los discursos de Sócrates, y los hace circular por muchos lugares. Es así como Fedro tiene en sus manos el texto, o si se quiere, el farmakon, escondido bajo su manto. La escritura opera por seducción, es el logos diferido el que seduce.

³ Remedio refiriéndose a la escritura, escritura que lo hará salir de la ciudad. Sócrates descubre bajo el manto de Fedro un discurso escrito de Lisias, por eso sospecha que hará lo mismo con sus discursos.

Farmakon será el lugar textual de la palabra. “La palabra fármakon aparecerá como esa polisemia regulada que ha permitido por alabeamiento, indeterminación o sobredeterminación, pero sin contrasentido, traducir la misma palabra por ‘remedio’, ‘veneno’, ‘droga’, ‘filtro’, etcétera” (Derrida, 1975, p.105). La palabra farmakon ha sido siempre de dificultosa traducción, la unidad plástica del concepto, su regla y la extraña lógica que la vincula a su significante han sido dispersadas, enmascaradas, tachadas, ocultadas con una relativa ilegibilidad por la imprudencia o el empirismo de los traductores, ya que muchas veces entre el texto traductor y el texto traducido no habrían más que relaciones de homonimia en donde el sentido no estaría en juego “este texto debe descifrarse, pues, con ayuda del código que propone y que pertenece a su propia escritura” (Derrida, 1989, p. 71). Traducción según la relación de anasemia⁴ la cual se retrotrae a la fuente y aún más allá, a la fuente pre-originaria y pre-semántica del sentido como se señala en el texto de Derrida (1989), esto hará falta en la traducción de ciertos textos ir más allá o más atrás de la palabra, más allá de un simple homónimo, es a esto lo que apunta la Diseminación del mismo autor, apunta a dar justicia a la palabra.

Esta asociación de la escritura y del farmakon parece aún exterior. El libro, el saber muerto y rígido encerrado en los Biblia, las historias acumuladas, las nomenclaturas, las recetas y las fórmulas aprendidas de memoria, todo eso resulta tan

⁴ Anasemia; neologismo designado por Nicolas Abraham para señalar la antisemántica del psicoanálisis ya que en la teoría, el rol del uso de mayúsculas; en vez de resignificar a las palabras, las despojan de toda significación, ellas las designifican. “La designificación psicoanalítica precede la gran posibilidad de la colisión de significados. Las mayúsculas llevan a cabo una designificación en un modo preciso y particular, capaz de anular la significación y de quedar desnuda, al mismo tiempo, la misma fundación del proceso designificación ‘signifiante’ (...). El lenguaje del psicoanálisis no sigue más las torceduras y vueltas del habla y escritura habitual. Placer, Ello, Yo, Económico; Dinámico, no son metáforas, metonimias, sinécdotas, catársis; ellas son, a fuerza del discurso, productos de designificación y constituyen, puesto que como ellas no significan nada más que la acción de moverse hacia el origen de sus significados habituales, requieren una denominación propiamente indicativa de su status y el cual- por el deseo de tener algo mejor- propondré para designarla por el neologismo de anasemia”. Abraham, Nicolas. (1968). *The Shell and the kernel: the scope and originality of Freudian psicoanálisis*. Trad. de Francisco Pizarro Obaid (s.f.).

ajeno al saber vivo y a la dialéctica como el farmakon resulta ajeno a la ciencia médica.

“La cuestión de la escritura aparece como una cuestión moral, lo que arriesga es su moralidad, tanto en el sentido de la oposición entre el bien y el mal, lo bueno y lo malo, como en el sentido de las costumbres, de la moralidad pública y del decoro social” (Derrida, 1975, p.108), es entonces que no queda claro cuándo resulta conveniente escribir y cuando no al igual como resulta en el consumo de sustancias, que pareciera conveniente consumirlas bajo el alero de la ciencia, o bien fuera de los excesos, de lo contrario, resulta indecoroso. La escritura será acusada –de repetir sin saber– define aquí el recorrido que lleva al enunciado y a la determinación de su estatuto, se comienza por repetir sin saber, por un mito, la escritura será definida como: un repetir sin saber.

Dijo Theuth a Ammón: «Este conocimiento, oh rey, hará más sabios a los egipcios y aumentará su memoria. Pues se ha inventado como un remedio de la sabiduría y la memoria» Y aquél replicó: «Oh, Theuth, excelso inventor de artes, unos son capaces de dar el ser a los inventos del arte, y otros de discernir en qué medida son ventajosos o perjudiciales para quienes van a hacer uso de ellos. Y ahora tú, como padre que eres de las letras, dijiste por cariño a ellas el efecto contrario al que producen. Pues este invento dará origen en las almas de quienes lo aprendan al olvido, por descuido del cultivo de la memoria, ya que los hombres, por culpa de su confianza en la escritura, serán traídos al recuerdo desde fuera, por unos caracteres ajenos a ellos, no desde dentro, por su propio esfuerzo. Así que no es un remedio para la memoria, sino para suscitar al recuerdo o que es tu invento. Apariencia de sabiduría y no sabiduría verdadera procuras a tus discípulos (...), serán fastidiosos de tratar, al haberse convertido, en vez de sabios, en hombres con la presunción de serlo» (Gil, 275 a b, p. 258)

La organización Platónica del farmakon será algo externo que viene a interrumpir la organización. En el Fedro, el dios de la escritura es pues un personaje subordinado, un segundo, un tecnócrata sin poder de decisión, un servidor astuto e

ingenioso admitido a audiencia ante el rey de los dioses. En el mito Platónico, Zeus presenta un *farmakon* (la escritura) al rey. Le presenta un sustituto, le presenta a la escritura como suplemento del habla. Es así como la escritura puede convertirse en el dios del habla creadora. Aquella, es una posibilidad estructural que se basa en su estatuto suplementario y en la lógica del suplemento. Sin embargo este suplemento, el *farmakon*, sólo será bueno para la recolección, pero no para la memoria viva. Es así como el dios de la escritura será también el dios de la muerte. Será el dios de la muerte ya que se le asigna el origen del *logos* y el poder de la palabra a la posición paternal, el origen del *logos* es su padre, el “sujeto hablante” es el padre de su habla, por tanto el *logos* es un hijo que se destruiría sin la presencia y sin la asistencia presente de su padre, sin su padre no será más que una escritura. En el Fedro, se le reprochará el invento del *farmakon* el sustituir el habla viva por el signo sin aliento, el pretender prescindir del padre (vivo y fuente de vida) del *logos*. El trasfondo del *farmakon* entonces estará del lado de la muerte, en tanto escritura se instala como ausencia de habla y habla es la presencia de la verdad en el discurso.

El dios de la escritura, que sabe poner fin a la vida, cura también a los enfermos. El dios de la escritura es pues un dios de la medicina. De la “medicina” a la vez ciencia y droga oculta. Del remedio y del veneno. El dios de la escritura es el dios del *farmakon*. Y es la escritura como *farmakon* lo que representa al rey en el Fedro con la humildad inquietante como desafío.

En relación al texto de Platón, la palabra *farmakon* está cogida en él en una cadena de significaciones. El juego de esta cadena parece sistemático. Pero el sistema no es aquí, simplemente, el de las intenciones del autor conocido con el nombre de Platón. “Ese sistema no es, en primer lugar, el de un querer-decir. Se establecen comunicaciones reguladas gracias al juego de la lengua, entre diversas funciones de la palabra y, en ella, diversos sedimentos o diversas regiones de la cultura” (Derrida, 1975, p.40).

Cuando Zeuz dice haber hallado el remedio para instruir a los egipcios, deja en evidencia a este remedio farmakon, como efecto benefactor. La traducción corriente de farmakon por remedio, droga de efectos benéficos, no es ciertamente inexacta. No sólo farmakon podía querer decir remedio y borrar la ambigüedad de su sentido. La intención de Zeuz es el hacer valer su producto, hace girar a la palabra en torno a su extraño e invisible gozne, y le presenta por uno, el más tranquilizador de sus polos. Esta medicina se muestra benéfica, produce y repara, acumula y remedia, aumenta el saber y reduce el olvido. Sin embargo, esta traducción por remedio, borra el otro polo guardado en la palabra farmakon, anula la fuente de ambigüedad.

Por una parte Platón tiende a presentar la escritura como un poder oculto y por consiguiente sospechoso, pero por otra, la réplica del rey supone que la eficacia del farmakon puede invertirse, agravar el mal en vez de remediarlo. El traducir farmakon por remedio, se respeta, sin duda, el querer-decir de Zeus e incluso de Platón. Zeuz ha jugado con la palabra a favor de su causa por el hecho de mostrar uno sólo de sus polos.

Es así como la traducción de farmakon como “remedio”, no podría ser ni aceptada ni simplemente rechazada. Para Platón queda demostrado que la escritura no vale más como remedio que como veneno. Platón desconfía del farmakon en general, incluso cuando se trata de drogas utilizadas para fines exclusivamente terapéuticos, incluso si se las maneja con buenas intenciones y eficaces. No existe remedio inofensivo, el farmakon no puede nunca ser simplemente benéfico, y esto por dos razones. En primer lugar, porque la esencia o la virtud benéfica de un farmakon no le impiden ser doloroso, y segundo, por que más allá del dolor, el remedio farmacéutico es esencialmente perjudicial porque es artificial, por que contraría a la vida natural. Esto por que Platón cree en la vida natural y en el desarrollo normal tanto de la vida como la enfermedad, es entonces como el farmakon vendría a instalarse como enemigo de lo vivo en general, sea sano o enfermo, la escritura, o el fármakon, no hace más que desplazar e incluso irritar el

mal. Cuando la escritura es propuesta como farmakon, también contraría a la vida, si bien la escritura para Zeus vendría a hacer más instruidos a los egipcios con pretexto de suplir a la memoria, eso no significa que la escritura nos haría cada vez más olvidadizos a los mismos, así lejos de acrecentar el saber, lo reduce. Decimos el signo farmakon, queriendo señalar con ello que se trata indisociablemente de un significante y de un concepto significado.

La escritura entonces si bien volverá más instruidos a los egipcios, por otro lado volverá olvidadizas a sus almas, pues dejarán de ejercitar su memoria confiando en efecto en lo escrito, será desde fuera, gracias a huellas exteriores y no desde el interior y gracias a ellos mismos, como se acordarán de las cosas. Con esto los hombres, la mayor parte del tiempo, resultarán carentes de todo juicio, y serán además insostenibles porque serán apariencias de hombres instruidos. Es así como el farmakon, y más precisamente la escritura, revelarán toda su ambigüedad, representarán el bien y el mal, lo interior y lo exterior, lo verdadero y lo falso, la esencia y la apariencia.

Para que la escritura produzca el efecto “inverso” del que se podía esperar de ella, para que ese farmakon resulte, al usarlo, nocivo, es preciso que su eficacia, su poder, su dinámica sea ambigua. Platón dice, para que la ambigüedad tenga lugar, para que ambos valores contrarios (bien/mal, verdadero/falso, esencia/apariencia, dentro/fuera), puedan oponerse es preciso que cada uno de los términos resulte simplemente exterior al otro, es decir que una de las oposiciones esté ya acreditada como matriz de toda oposición posible.

Es a la vida de la memoria lo que el farmakon de la escritura vendría a hipnotizar, fascinándola, haciéndola salirse entonces de sí y adormeciéndola en el monumento. La memoria se dormirá, no se mantendrá más, no se afanará ya por mantenerse tensa, presente, lo más próxima posible de la verdad de los seres, se dejará invadir por el olvido y el no-saber, ya no hay movimiento. Por eso la escritura,

en tanto que vuelve olvidadizas a las almas, nos lleva del lado de lo inanimado y del no-saber.

Platón apunta hacia una sofística –que imita al que sabe– en relación a la sustitución de la memoria viva por el resumen ayuda-memoria, del órgano por la prótesis, a la perversión consistente en reemplazar un miembro por una cosa, sustituir la reanimación activa del saber, su reproducción presente, por la memoria mecánica y pasiva. “El límite (entre el interior y el exterior, lo vivo y lo no-vivo), no separa simplemente el habla y la escritura, sino a la memoria como develamiento que reproduce la presencia y la re-memoración como repetición del monumento: la verdad y su signo, el ser y el tipo” (Derrida, 1975, p.163).

Pareciera que el espacio de la escritura se abre en el movimiento violento de una suplencia entre mneme e hipomnesis, entre memoria y recuerdo. La memoria se deja contaminar así por su primer exterior, por su primer suplente que es la memoria muerta. Platón sueña con una memoria sin signo, sin suplemento, una memoria sin farmakon. El suplemento no será peligroso en sí, en la medida que no se presente como una cosa, como un ser-presente. El farmakon podría presentarse como un ser presente, que si bien el farmakon no es un ser en sí, tampoco es un no-ser, sin embargo, el peligro del farmakon es hacerse pasar por original, se puede hacerse reemplazar por su doble, y que un suplemento de suplemento resulte posible y necesario. “Es así como la escritura se le aparece a Platón como redoblamiento, suplemento de suplemento, significante de un significante, representante de un representante”. (Derrida, 1975, p.164)

Derrida (1975) señala que la estructura y la historia de la escritura fonética han representado un papel decisivo en la determinación de la escritura como redoblamiento del signo, como signo de signo, significante del significante fónico. El significante gráfico, que le reproduce o imita, se aleja de él un grado, cae fuera de la vida, arrastra a ésta fuera de sí misma y ella pone a dormir en su doble tipado. El

farmakon resulta negativo para la memoria, y si en algo aporta, esta será a la hipomnesis y no a la mneme. Veneno debilitador para la memoria, remedio o reconstituyente para sus signos exteriores, para los síntomas. Es entonces que la escritura no curará más que el síntoma, con esto se da a conocer entonces, que existe una diferencia infranqueable entre la esencia del síntoma y la esencia del significado, y que la escritura quedaría situada en la exterioridad del síntoma y no de todo significado posible. “Así, aunque la escritura sea exterior a la memoria (interior), y aunque la hipomnesis no sea la memoria, le afecta y le hipnotiza en su interior. Tal es el efecto de ese farmakon” (Derrida, 1975, p.165).

La memoria viva repite la presencia del eidos, y la verdad es también la posibilidad de la repetición en el recuerdo. Lo verdadero es repetido, es lo repetido de la repetición, lo representado presente en la representación, lo verdadero es la presencia del eidos significado. Lo que se repite es el repetidor, el imitador, el significante, el representante, eventualmente en ausencia de la cosa misma que parecen reeditar y sin la animación psíquica, sin la tensión viva de la dialéctica. En palabras de Derrida, la escritura entonces sería la posibilidad para el significante de repetirse solo, maquinalmente, sin alma que viva para sostenerle y ayudarle en su repetición, es decir, sin que la verdad se presente en ninguna parte. “La sofística, la hipomneis, la escritura no estaría, pues, separadas de la filosofía, de la dialéctica, de la anamnesia y del habla viva más que por el espesor invisible, casi nulo, de una hoja entre el significante y el significado”(Derrida, 1975, p.167). La hoja, metáfora significante, superficie y soporte de escritura pero además una unidad del sistema de diferencia entre significado y significante, esta hoja pareciera ser aquella inseparabilidad entre la sofística y la filosofía. Esta inseparabilidad, este espesor invisible casi nulo entre el significante y el significado es lo que se asemeja al movimiento que se produce por entero en la estructura de ambigüedad y de reversibilidad del farmakon.

Por una parte los sofistas aconsejaban, tal como lo hacía Platón, ejercitar la memoria. Pero era, ya lo hemos visto, para poder hablar sin saber, para recitar sin juicio, sin cuidado por la verdad, para dar signos. Pareciera que lo mismo hace hoy la medicina, que a través de sus tranquilizantes, ansiolíticos, antidepresivos no permiten otra cosa que hablar sin saber, sin permitir tampoco escuchar para dar paso a la búsqueda de la verdad, sólo apunta a reducir el síntoma y no dejar camino alguno a la esencia del significado.

Oposición sutil entre un saber como memoria y un no saber como rememoración, entre dos formas y dos momentos de la repetición, una repetición de verdad que muestra y presenta al eidos y una repetición de muerte y olvido que vela y desvía porque no presenta al eidos sino que re-presenta la presentación, repite la repetición. Por tanto la escritura sería una pura repetición, y por lo tanto, una repetición muerta que puede siempre no repetir nada o no poder espontáneamente repetirse a sí misma, la escritura se da como imagen del habla pero a la vez desnaturaliza aquello que pretende imitar, no sustituye siquiera una imagen por su modelo. La escritura se aleja inmensamente de la verdad de la cosa misma, de la verdad del habla y de la verdad que se abre al habla. La escritura disimula la muerte bajo la apariencia de lo vivo, el farmakon presenta y oculta a la muerte, en el texto de Derrida (1975), se lo compara con un afeitado ya que da buen aspecto al cadáver, lo enmascara, lo pinta y lo perfuma.

La escritura, asegura la permanencia de la ley, asegura su identidad con la vigilancia de un guardián, con la vigilancia de la escritura, la cual asegura el volver, cuando se estime, a esta ley, la escritura permite que a la ley se le pueda interrogarla, consultarla, hacerla hablar sin alterar su identidad. La escritura le quita verdad y vida al habla, está situado en otro lugar, todo esto supone entonces que hay un mito de origen, hay verdad y que la verdad es en acto y se re presentan sino en la dialéctica de los hablantes.

Quien habla no se somete a ningún esquema preestablecido; conduce mejor sus signos, está allí para acentuarlos, doblarlos, retenerlos o soltarlos según las exigencias del momento, la naturaleza del efecto buscado, la ocasión que ofrezca el interlocutor, sin embargo, -la escritura puede presentarse como consolación, como compensación, como remedio para el habla débil-, -en la escritura pueden refugiarse aquellos que no saben hablar mejor-. Estas frases llaman especial atención atendiendo a la problemáticas de las toxicomanías ya que el consumo de ciertas sustancias puede estar relacionado con este habla débil que ya nos hablan algunos Griegos (Giorgias, Isócrates, Alcidas) de la escuela ática. Este señalamiento del habla débil no es un tema asilado cuando atendemos a la etiología de la palabra adicto: sin palabra.

El habla no sólo es benefactora, también puede convertirse en veneno, también puede caer en una ambigüedad, puede ser bueno y malo, el logos puede convertirse en un ser vivo salvaje, una animalidad ambigua, farmakon también es el habla, por lo tanto sólo la polisemia metonímica. A esto Gorgias, citado por Derrida, agrega: “Igual que ciertas drogas evacuan del cuerpo determinados humores, cada cual el suyo, y unas detienen la enfermedad, otras la vida; igual ciertos discursos afligen y otros regocijan; unos aterrizan y otros enardecen a sus oyentes; otros mediante una mala persuasión drogan el alma y la embrujan” (Derrida, 1975, Pág., 175). Para Derrida entonces, el farmakon estaría comprendido en algo así como en la estructura del logos, se entendería además que Sócrates también resulta ser un dueño del farmakon al pensar al logos como un suplemento que penetra.

“Es entonces como el farmakon socrático actúa también como un veneno, como una ponzoña, como una mordedura de víbora, penetra para apoderarse de la interioridad más oculta del alma y del cuerpo (...). Y cuando no actúa como el veneno de la víbora, el sortilegio farmacéutico de Sócrates provoca una especie de narcosis, embota y paraliza en la aporía, como la descarga del pez-torpedo” (Derrida, 1975, p.178). Lo que en un minuto funcionó como cura, se transforma en veneno.

La pregunta, y que tiene relación con esta investigación, es si se podrá rastrear este punto límite en el discurso de los profesionales de la salud mental que intervienen en toxicomanía, ese espesor invisible casi nulo entre el significante y el significado aquello que se asemeja al movimiento que se produce por entero en la estructura de ambigüedad y de reversibilidad del farmakon.

Derrida (1975) nos dice entonces, que “la esencia del farmakon es que, no teniendo esencia estable, ni carácter propio, no es, en ningún sentido de esa palabra una sustancia. El farmakon no tienen ninguna identidad ideal, es aneidético, y en primer lugar porque no es monoeidético” (Derrida, 1975, p. 189). Si el farmakon es “ambivalente”, es por lo tanto, por constituir el medio en que se oponen los opuestos, el movimiento y el juego que los relacionan mutuamente, los vuelve y los hace pasar una u otro (alma/cuerpo, bien/mal, interior/exterior, memoria/olvido, habla/escritura, etc.). El farmakon es el movimiento, el lugar y el juego, la diferencia. “El farmakon se mantiene siempre en reserva aunque no tenga profundidad fundamental ni última localidad. Vamos a verle prometerse al infinito y escaparse siempre por puertas ocultas, brillantes como espejos y abiertas a un laberinto. Es también esa reserva de trastienda a lo que llamamos farmacia” (Derrida, 1975, p.192).

Para Platón no existe pues cosa escrita, si no que existe un logos más o menos cerca de sí, la escritura no es un orden de significación independiente, es un habla debilitada como se lo señaló más arriba, y no en absoluto una cosa muerta, no es inanimado, no es insignificante, simplemente significa poco cuyo significante de poco es como todos los fantasmas, errante, rueda como alguien que no sabe adónde va, habiendo perdido el camino correcto, la buena dirección, la regla de rectitud, la norma, pero también como alguien que ha perdido sus derechos, como un fuera de la ley, un desviado, un mal muchacho. “No saber de dónde se viene ni adónde se va, para un discurso sin fiador, es no saber hablar, es el estado de infancia” (Derrida, 1975, p.218). Desarraigado, anónimo, sin vínculos con su país y su misión, ese

significante casi insignificante está a disposición de todo el mundo a disposición por ejemplo de ser objeto expiatorio, disponible para todos y cada uno, degradación que puede explicarse siempre a partir de una mala relación del padre con su hijo. “Los deseos, dice Platón, deben educarse como a hijos” (Derrida, 1975, p.220). Habrán buenas y malas escrituras donde cada buena escritura no podrá ser designada más que en la metáfora de la mala.

El Fedro en tanto, es menos una condena de la escritura en nombre del haba presente que la preferencia de una escritura a otra, no hay escrituras malas ni buenas, no hay logos malos ni buenos, no hay farmakos malos ni buenos, no hay verdad absoluta sino que disposiciones que valen más que otras, es así como hay personas más prudentes que otras sin que nadie tenga opiniones falsas.

No se podrá distinguir en la farmacia, el remedio del veneno, el bien del mal, lo verdadero de lo falso, el adentro del afuera, lo vital de lo mortal, lo primero de lo segundo. Pareciera que el farmakon carece de identidad propia si pensamos en la posición polisémica del mismo, movimiento, oscilación, desplazamiento, y el mismo es como suplemento o diferencia. Si el farmakon es remedio y cura... ¿en que condiciones es lo uno y lo otro?. Debemos ir más allá a lo que el farmakon primeramente nos ofrece, debemos dirigirnos a lo que le da sentido a su espíritu. La diseminación de la cual nos habla Derrida (1975), apunta a jugar con la pluralidad de sentidos de un mismo término pasando más allá de la polisemia del mismo ya que un mismo término puede circular por múltiples lugares, por ende por múltiples sentidos que pretenden ser sentidos verdaderos en los cuales se fundan todos los discursos racionales.

3.3. Genealogía⁵ del Farmakon

“Plantaciones de adormidera en el sur de España y de Grecia, en el noroeste de África, en Egipto y en Mesopotamia son probablemente las más antiguas del planeta. El opio es reconocido como analgésico y calmante, algunos en aquellas épocas, lo utilizaban para evitar que los bebés gritaran fuerte. El opio egipcio aparece ya mencionado por Homero –en la Odisea– como algo que ‘hace olvidar cualquier pena’ ” (Escotado, 1994, p.5).

Años más tarde, en el mundo griego, las drogas ya no son cosas sobrenaturales, sino que substancias que actúan enfriando, calentando, secando, humedeciendo, contrayendo y relajando, o haciendo dormir. En su naturaleza está curar amenazando al organismo, en donde lo letal y venenoso de la sustancia, sólo será atribuido a la cantidad o proporción de la dosis suministrada, pues sólo la cantidad distingue el remedio del veneno.

Pareciera que el empleo apacible de las drogas, en la antigüedad, no significó problemas para los griegos, lo que no significa que ignoren un problema de toxicomanía. Lo que los diferencia a ellos de nuestros mundos actuales, es que la peligrosidad social e individual de las drogas se concentró en el vino. El vino irrumpió en Grecia como un extraño terrible, capaz de reducir a ruinas la casa que le ofrecía abrigo. Con esto se sucedieron varias leyes en el mundo Griego, como que los jóvenes no podrán probar vino hasta los dieciocho años, hasta los treinta deberá hacerlo con medida, y sólo después de los cuarenta podrá ser llamado a los banquetes a Dioniso, en vista de ese vino que, a la vez sacramento y solaz para los hombres de edad, les ha sido otorgado por el dios como un farmakon para el rigor de la vejez,

⁵ "Llamamos genealogía al acoplamiento de los conocimientos eruditos y de las memorias locales que permite la constitución de un saber histórico de la lucha y la utilización de ese saber en las tácticas actuales" (Foucault, M. (1976). *Conferencia 7 de enero '76*. Extraído el 23 de Noviembre de 2008 desde: <http://www.geocities.com/gabylogo99/foucault.html>).

para rejuvenecer, haciendo que el olvido de lo que aflige al anciano descargue su alma de rudeza, y le preste más jovialidad.

En el mundo romano, la droga es una palabra indiferente, donde cabe tanto lo que sirve para matar como lo que sirve para curar. Sus plantas fundamentales fueron la adormidera y la vid. En roma, el opio se describe como algo que quita totalmente el dolor, mitiga la tos, refrena los flujos estomacales y se aplica a quienes no pueden dormir. En aquel tiempo, esta droga tuvo una alta demanda que excedía muchas veces la oferta existente, pasando frecuentemente por adulteraciones. Sin embargo, el opio fue durante el Imperio un bien de precio controlado, con el cual no se permitía especular, cuyo volumen de negocio representaba el 15% de toda la recaudación fiscal. Con toda su demanda, este formidable consumo no crea problemas de orden público y privado, no así lo fue el vino. Este sí suscitará conflictos personales y colectivos. Los romanos eran bastantes afectos a beber, aunque una costumbre inmemorial excluía a mujeres y menores de treinta años.

Escohotado cita a Filón quien señala a las drogas como espíritus neutros o imparciales, que al entrar en el individuo intensifican las inclinaciones naturales, buenas o al revés, “quienes no se permiten la ebriedad, y se consideran sobrios, son presa de las mismas emociones que el ebrio” (1994, p. 25). Se piensa que se debe ceder a la ebriedad de cuando en cuando, considerando que la relajación de esta permite ser cosa sana, terapéutica en sí misma.

Los ebrios parecían transportar consigo un lugar de esparcimiento permanente, pues su placer es beber, estas borracheras traían consigo fiestas estrepitosas. El alivio a la rigidez, la relajación inducida por la ebriedad, había sido para el pagano uno de los grandes dones dionisiacos. Poco después se hizo preciso liquidar todo estímulo a conductas relajadas, de ahí que proliferen sectas rigurosamente abstemias. Para los paganos la euforia constituye un fin en sí, la euforia es sencillamente considerada terapéutica y sana, además de ser considerado

un don de parte de los Dioses, el vino estaba del lado de la divinidad. Sin embargo, el saber pagano –especialmente el relativo a drogas o medicinas naturales– se les considera contaminado de brujerías. Es así como sucesivos concilios mandan a exterminar o vender como esclavos a los drogueros y a sus familias, el que emplea drogas con fines terapéuticos puede ser sinónimo de hereje, el droguero es un mago, y la magia está prohibida.

Como las demás religiones monoteístas, y al revés que las paganas, el Islam invade la intimidad subjetiva, dictando preceptos sobre alimentos, horarios y drogas. El Islam prohíbe el vino basado en el siguiente precepto: “El que bebe se emborracha, el que se emborracha hace disparates, el que hace disparates forja mentiras, y a quien forja mentiras debe aplicársele la pena” (Escohotado, 1994, p. 33). Contrario es el uso del opio que se usaba como eutanásico ocupando un lugar dominante en la farmacopea, además era utilizado como euforizante general, recomendable para el tránsito de la segunda a la tercera edad. Sin embargo, no se deja de admitir que esta droga crea hábito en altas dosis y en consumos prolongados, con la diferencia que el alcohólico tiene una vida bastante más corta y entra mucho más en conflicto con deberes familiares, sociales y laborales, además, se hace notar por falta de coordinación, agresividad, balbuceos verbales y halitosis, mientras que el habituado al opio puede realizar con precisión sus tareas, manteniendo sin dificultad una compostura externa.

La relación entre drogas, lujuria y brujería es puntual. Históricamente se ha ligado a las drogas como veneno, con la hechicería ya que estas utilizaban para sus hechizos, múltiples vegetales. También se ha señalado a las drogas, en relación al erotismo ya sea solitario o colectivo. En aquellos tiempos, las drogas de las brujas y de la lujuria delatarían lo prohibido por excelencia. Además se consideraba que la brujería constituye la más alta traición contra la voluntad de Dios. Es así como los acusados eran torturados por sus delitos.

Ya desde finales del siglo XI, tanto algunas solanáceas como opio y cáñamo, son empleados por médicos de reyes, nobles y prelados para tratar variados achaques. Luego de algunas muertes producidas por sobredosis, se declara en el siglo XII, que los narcóticos sólo serán usados cuando el dolor sea insoportable y cuando otros recursos hayan fallado. Sin embargo, durante las guerras, el opio toma importancia como anestésico, comienza así la reinstalación del opio como panacea terapéutica en Occidente, a pesar de ello, el médico deberá tomar precaución en el uso de estas drogas psicoactivas o no psicoactivas, esto por el riesgo de tortura que existía en caso de ser acusado por alguna falta. Con estos riesgos se hizo necesario crear oficios terapéuticos no populares, sino de rango universitario con la capacidad para resistir las amenazas de los inquisidores de aquellas épocas.

En el siglo XVI, Paracelso –médico y alquimista– inaugura una farmacología que asimila no sólo las prácticas clásicas sino los hallazgos hechiceriles del Medioevo, con esto se permitió reducir la caza de brujas de aquellos tiempos. Boticarios comienzan a utilizar remedios de bruja con simples cambios de presentación: en vez de pomadas y filtros los dispensa en forma de pastillas, jarabes y tinturas. “En definitiva, ha renacido la farmacología, algo hasta entonces a medio camino entre la alquimia y la hechicería, y con ella una nueva industria que crecerá sin pausa” (Escohotado, 1994, p. 54).

Algo que sorprendió a los españoles a su llegada a América, fue básicamente la botánica, el conocimiento de hierbas medicinales por parte de los indios era superior a la de los médicos del viejo continente. La riqueza del continente americano en fármacos de tipo visionario no es inferior a la de sus estimulantes que siguen siendo actualmente los más apreciados en buena parte del planeta. Otras plantas estimulantes Americanas, fueron el mate, el cacao y el guaraná, pero la más extendida y venerada en América es el tabaco. Bebida, comida o fumada, esta planta interviene en ceremonias religiosas, ritos de pasaje y uso cotidiano, cuya falta para los aborígenes se convierte en pobreza. Con esta droga, se sufren importantes procesos

inquisitoriales ya que para algunas creencias del viejo continente, “es sólo Satanás el que puede conferir al hombre la facultad de expulsar humo por la boca”. Es así como a mediados del siglo XVII, se dispone que se atormente a todo fumador hasta que confiese quién le proporcionó el tabaco, y que luego se corte la nariz de ambos. En 1640 se decreta pena de muerte para tráfico y consumo de tabaco. En el siglo XVIII, los aires liberales, harán que las prohibiciones vayan cediendo en la gravedad de sus castigos, o caigan en simple desuso.

Pareciera que en los últimos siglos las drogas del paganismo emergen a la luz del día, ahora amparadas por médicos, boticarios y químicos. Nadie habla ya de las plantas y brebajes de Satán, ni del binomio droga-concupiscencia. Resucita la legitimidad del uso lúdico, tanto como del uso ceremonial, y deja de ser una evidencia que el dolor sea grato a Dios. A esto también la acompaña el establecimiento de ilegalidad a ciertas sustancias. En 1820, cuando la pena de muerte se aplica tanto a traficantes como a usuarios, el contrabando asciende a unas 750 toneladas, y dos décadas más tarde supera las 2.000, mientras que en otros estados, el consumo se legalizaba permitiendo que el uso de sustancias habitual o moderado, careciera de inconvenientes para la salud y el bienestar. Pareciera que el régimen legal de algunas drogas, determinara el tipo de uso.

En el siglo XIX, se comienzan a descubrir los fármacos puros de distintas plantas comenzando con la morfina (1806), siguiendo con codeína (1832), atropina (1833), cafeína (1841), cocaína (1860), heroína (1883), mezcalina (1896), barbitúricos (1903) y el uso como anestésicos de éter, cloroformo y óxido nitroso (el gas de los dentistas), entre otras sustancias psicoactivas. “Ya no era preciso transportar masas vegetales corruptibles de un sitio a otro, porque en un maletín cabían hectáreas de cultivos (...). Las drogas dejaron de ser vegetales más o menos mágicos, ligados a ritos y aspectos” (Escohotado, 1994, p.76).

“Los españoles no creían en los efectos maravillosos que producía la planta - que para ellos eran obra del diablo- debido principalmente a la función de la coca en el ceremonial religioso. Un sínodo celebrado en Lima llegó al extremo de prohibir el consumo de la coca porque, en su opinión, era algo pagano y pecaminoso. Pero la actitud de los extranjeros cambió cuando observaron que los indios no eran capaces de llevar a cabo las penosas tareas que se les imponían en las minas si no se les daba su ración de coca” (Freud, 1884)

La civilización industrial trae consigo un periodo de cambio, tensión y feroz competitividad en nombre del Progreso, que excita insomnio, neurosis y abatimiento. Mientras se suceden las revoluciones y restauraciones políticas, pero prosigue incontenible la transformación tecnológica del mundo, los ojos se vuelven con entusiasmo hacia las drogas con influencia sobre el ánimo. Toma protagonismo la morfina y la heroína, estas utilizadas además para la rehabilitación de opiómanos. La cocaína es aislada por primera vez en 1859, y pronto se comercializa a gran escala, su propaganda es más intensa que la de morfina y heroína, pues pasa por “alimento para los nervios” y “forma inofensiva de curar la tristeza”. Incluso el mismo Freud (1884), administraba en sus pacientes pequeñas dosis de clorhidrato de cocaína, su uso se fundamentaba en que los habitantes del Perú utilizaban la hoja de coca, consideradas por ellos como planta divina, para saciar el hambre, hacer más fuerte a los débiles y permitir al desgraciado olvidar su tristeza. Freud (1884), hace una distinción entre recomendaciones basadas en el tratamiento de ciertas enfermedades que han llegado a ser curadas como las úlceras o tisis, y las que se basan en efectos psicológicos producidos por el estimulante. “La experiencia con la cocaína despierta en él el deseo de curar, en primer lugar de curarse a sí mismo de la depresión y sus afecciones psicósomáticas, y luego de curar a los otros, pero sobre todo a su amigo Fleischl, que se ha convertido en un morfinómano” (Vera Ocampo; 1988; p.82). “Recomienda las prescripciones de cocaína para los estados de debilitamiento mental, como la neurastenia” (Le Poulichet, 1990, p. 81).

Hacia 1900 todas las drogas conocidas se encuentran disponibles en farmacias y droguerías, comienzan a haber voces de protestas, convencidas de que la libertad imperante es un problema. Este cambio de actitud se vincula a dos factores básicos: primero la reacción puritana en Estados Unidos, que mira con desconfianza las masas de nuevos inmigrantes y las grandes urbes; y segundo, las batallas entre médicos y farmacéuticos contra curanderos y herboristas, ya que será asunto del médico salvar a la humanidad del vicio. En Estados Unidos se declara que la libre venta de opio y morfina, convierte a los jóvenes en criminales y a las jóvenes en prostitutas, una profecía que habrá de esperar a la Prohibición para cumplirse.

La Haya (1914), propone a todas las naciones “controlar la preparación y distribución de opio, morfina y cocaína”. El Tratado de Versalles (1919), declarará el principio de que es un deber y un derecho, de todo Estado, el de velar por el uso legítimo de ciertas drogas.

Luego de estas disposiciones, “el tipo previo de consumidor cambia: si antes era en su mayoría alguien de clase media y con más de cuarenta años, sin historial delictivo, ahora empieza a concentrarse en gente mucho más joven y pobre, con antecedentes penales y por eso mismo un mejor acceso al mercado negro” (Escohotado, 1994, p. 94). En 1932, estos preceptos, han creado medio millón de nuevos delincuentes y una corrupción en todos los niveles.

Nuestro país no se queda atrás con estas disposiciones, con el retorno a la democracia, se diseña la Política y Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas, que viene a regular y enmarcar las acciones que se orientan a dar cuenta del fenómeno. Dentro de esta estrategia se crea un organismo que centraliza la acción, el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), dependiente del Ministerio del Interior. “La política propuesta responde a la idea que las drogas constituyen una amenaza incluso a las bases culturales, económicas y políticas de la sociedad, dirigiendo las acciones hacia la prevención, rehabilitación y el control

(Política y Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas, 1993). Para lograr estos fines convoca a actores de distintos ámbitos, entre los que se cuentan los profesionales de las Ciencias Sociales, lugar donde se ubica la Psicología. Una de las estrategias privilegiadas dentro de esta política fue la de establecer una legislación capaz de enfrentar este nuevo fenómeno, dictándose en 1995 la ley 19.366, que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas” (Sánchez R., 2005, p.14).

Es así como podemos ver que la droga no ha tenido el mismo lugar a lo largo de la Historia, siempre ha fluctuado, desde la antigüedad, dentro de sus mismos contrarios, lo bueno/malo, lo benéfico/maléfico, remedio/veneno, etc. Este breve recorrido revela de antemano cómo las culturas arcaicas ya revelaban usos, restricciones y connotaciones tanto negativas como positivas respecto de las sustancias. La diferencia radica en que en culturas arcaicas se buscaba cierta conexión simbólica con el medio natural. “Para aquello retienen una identidad colectiva que no excede las fronteras de su sociedad y no revelan pretensiones expansivas, así también no poseen gobiernos autocráticos ni se visualiza la pretensión de formarlos”. (Escohotado. p. 69-70), si bien habían culturas que señalaban prohibiciones que limitaban su uso cotidiano, no por ello hacían abandono absoluto de las sustancias. Algo similar ocurre hoy donde se “prohíben sustancias naturales en desmedro de fármacos sintéticos que se recetan con fines de adaptación a diversas causas vitales propia de los ritmos de producción que se necesitan” (Moraga, p.7), claro, consumo de sustancias bajo el alero de la medicina en donde no resulta admisible, el consumo de sustancias fundamentado en creencias y rituales.

3.4. Modernidad y Toxicomanía

Berman (2004), analiza la experiencia de la modernidad señalando a esta como “forma de experiencia vital –la experiencia del tiempo y el espacio, de uno mismo y de los demás, de las posibilidades y los peligros de la vida- que comparten hoy los hombres y mujeres de todo el mundo de hoy” (p.1). El mismo autor nos dice que la modernidad une a toda la humanidad, pero que esta unión sería paradójica arrojando a todos en una vorágine de perpetua desintegración y renovación, de lucha y contradicción, de ambigüedad y angustia. El hecho fundamental de la vida moderna es que ésta, es radicalmente contradictoria en su base; capaz de todo menos de proporcionar estabilidad y solidez.

En el siglo XX, los procesos sociales que dan origen a esta vorágine, manteniéndola en un estado de perpetuo devenir, ha recibido el nombre de “modernización”. “En el siglo XX, nuestra fase tercera y final, el proceso de modernización se expande para abarcar prácticamente todo el mundo (...), a medida que el público moderno se expande, se rompe en una multitud de fragmentos, que hablan idiomas privados inconmensurables; la idea de la modernidad, concebida en numerosas formas fragmentarias, pierde buena parte de su viveza, su resonancia y su profundidad, y pierde su capacidad de organizar y dar un significado a la vida de las personas” (Berman, 2004, p.3). Es así como nos encontramos en medio de una edad moderna que ha perdido el contacto con las raíces de su propia modernidad. La sensibilidad moderna ha nacido en una atmósfera de agitación, turbulencias, destrucciones, desarreglos de personalidades, fantasmas en las calles y en el alma, ausencia de valores pero al mismo tiempo una abundancia de posibilidades, en un mundo en que por ejemplo para Nietzsche (1882), “todo está preñado de su contrario” (Berman, 2004, p.8).

Para Berman (2004), los pensadores del siglo XIX eran, al mismo tiempo enemigos y entusiastas de la vida moderna, en incansable lucha cuerpo a cuerpo con

sus ambigüedades y sus contradicciones, sus capacidades radicaban principalmente en sus tensiones internas y en su ironía hacia sí mismos, sin embargo, sus sucesores del siglo XX, se han orientado mucho hacia las polarizaciones rígidas y las totalizaciones burdas, la modernidad es aceptada con un entusiasmo ciego y acrítico, o condenada con un distanciamiento y un desprecio. Para Berman (2004), “las visiones abiertas de la vida moderna han sido suplantadas por visiones cerradas; el esto y aquello por el esto o aquello” (p.11), ya no hay ambigüedades ni contradicciones, todas están depositadas en un mismo saco. No solo se han abolido las luchas sociales y de clases, sino también, las contradicciones y conflictos psicológicos, se está en presencia de un estado de administración total, que todo lo controla, ya ni las ideas, necesidades y sueños nos pertenecen, estamos programados para producir los deseos que el sistema social pueda satisfacer. “Las personas se reconocen en sus mercancías; encuentran su alma en su automóvil, en su equipo de alta fidelidad, en su casa a varios niveles, en el equipamiento de su cocina” (Berman, 2004, p.16). Estado de administración total que todo lo regula y que tiende a proponer como modelo, una sociedad que en sí misma está exenta de problemas, es así por ejemplo el rol de la medicina, que por medio de ansiolíticos, neurolépticos, antidepresivos y muchos otros, intenta regular la conducta de la humanidad, dejando bajo el alero de ciertas sustancias, el sufrimiento y dolor propio de nuestra sociedad. La toxicomanía, vendría a ser entonces, aquel desorden incontrolable, aquella fuga, que el sistema no ha podido controlar, y que por lo tanto demanda una emergencia por extirpar.

El uso de drogas en otras épocas se inscribió en cierto marco social donde se compartían no sólo sustancias, sino que también ciertos sentimientos comunitarios – aunque esto aconteciera de manera inconciente-. Esto puede resultar determinante a la hora de analizar lo que caracteriza el consumo en el mundo contemporáneo, pues al parecer el fenómeno se enmarca en un momento en que la ruptura del lazo social gobierna las relaciones. “Al parecer, entonces, lo novedoso no se hallaría en hipotéticas propiedades especiales de los tóxicos modernos, sino que en el modo de

vincularse con estos. Esto de alguna manera descubre un peculiar modo mediante el cual el individuo moderno (o más bien posmoderno) va tras del placer” (Moraga, 2005, p. 9).

La modernización ha traído sus consecuencias respecto a las toxicomanías, instalando a los tóxicos como protagonistas de nuestra época, existe una nueva sociabilidad que depende del mercado a partir de la reestructuración de la toxicomanía. En un breve documento de Rosa Aksenchuk (s.f.), señala que “el nuevo malestar de la cultura es el corolario de la ficción de que todo padecimiento, angustia o dolor pueden ser resueltos con objetos, rindiendo culto a la omnipotencia de la ciencia de modificar y controlar la naturaleza: el nacimiento, la vida, la vejez, la enfermedad y la muerte. La reivindicación del sujeto adicto a acallar el malestar, de esa forma aparece legitimada en nuestra sociedad hedonista replegándose al ámbito privado”, agregando que en el caso de las adicciones el desborde de dichas prácticas constituye un síntoma social que denuncia, además de un padecimiento personal, las condiciones del malestar en nuestra cultura.

Imperio del objeto, todo se reduce a su significación ya sea para dar respuesta a la sociedad industrial a través de sujetos sobreadaptados, o para responder sin cuestionamiento alguno a desordenes y desajustes, todo esto resguardado bajo un orden político-social que regula y clasifica las sustancias utilizando a la medicina como fuente de verdad y conocimiento.

La modernización a traído consigo, la imperante búsqueda de la felicidad individual por objetos adaptados a necesidades, pareciera ser que todos somos adictos al momento de querer satisfacer nuestras necesidades relacionadas directamente con objetos de consumo, se hace emergente en las sociedades actuales, la satisfacción inmediata. Ya no se puede ser ajeno al discurso publicitario basado en el bienestar obtenido por el objeto adecuado a las necesidades del medio ambiente, con esto el toxicómano está a la vanguardia de una sociedad idealmente concebida para satisfacer

el principio de placer con la evitación de lo real. Creencia en una realidad ideal sin afecto, sin frustración, sin rechazo, sin diferencias, y en la cual los desórdenes de este mundo sólo son imputables a negligencias o a malevolencias.

Julia Kristeva (1993), nos dice que “la sociedad en la que el individuo moderno se ha formado no lo deja sin recursos. Tiene uno, a veces eficaz, en la neuroquímica” (Kristeva, 1993, p.16), sustancias que pueden aliviar, que pueden aliviar un insomnio, una depresión, angustias, algunos accesos psicóticos etc. Rosa Aksenchuk (s.f.) señala que “el adicto vendría a ser ya no un contestatario social, sino el símbolo de la hiperadaptación, casi de la normalidad. No es problema del drogadicto ejecutivo que puede pagar su droga, o el ama de casa que toma antidepresivos y puede continuar con sus actividades cotidianas. Las adicciones son un problema social cuando el Yo se descontrola y pierde el dominio de sus objetos”. Es de esta manera en que el hombre moderno como sujeto –como ser vivo capaz de respuesta, juicio y acción en y sobre el mundo- ha desaparecido.

El estar insertos y ser parte de los tiempos modernos, ha llevado a los terapeutas a problematizar la presencia de consumo de sustancias y prescripciones médicas de fármacos que se sirven para la adaptación del sujeto en la sociedad actual, muchas discusiones han habido al respecto, muchos se cuestionan de si señalar o no al paciente el uso de ciertos medicamentos o bien el cuándo interrumpir la ingesta del mismo etc. Hoy en día será cada vez más común enfrentarnos a pacientes no sólo consumidores de sustancias ilícitas, sino también a pacientes que llegan a la clínica con algún tipo de prescripción médica, ya sea con antidepresivos, antipsicóticos, y muchos otros, habrán cada vez más pacientes con tratamientos mixtos (farmacológico y psicológicos) o (farmacológicos y psicoanalíticos), ante esto Julia Kristeva (1995), señala que se “requerirá la apreciación exacta de los efectos de los medicamentos y de su interacción con la transferencia” (Kristeva, 1995, p.46).

Para concluir este capítulo, y a modo de reflexión, será importante que como “miembros de la sociedad moderna, somos responsables de la dirección en que nos

desarrollamos, de nuestros objetivos y logros, de nuestros costes humanos” (Berman, 2004, p.80), será así como no podemos pretender el control científicos de nuestras vidas, y que por tanto debemos crear nuevos modos de modernidad en los que el hombre no exista en beneficio del desarrollo, sino el desarrollo en beneficio del hombre.

3.5. Ausencia de Subjetividad

Cabe preguntarse por los sujetos que en las toxicomanía nos ocupan, sujetos que por lo demás, ya vienen predeterminados socialmente, sujetos atrapados bajo ciertas dominaciones, antes llamada como toxicomanía, y actualmente atrapados en la denominación de drogodependencia. Toxicomanía designada como un flagelo social, esta constituye el objeto de una ley jurídica, ocupa un lugar primordial dentro de lo que significan la normalización social.

Vera Ocampo (1988), nos habla que la droga a significado un signo en lo social, incluso se ha tornado un representante, pero no un representante para el sujeto toxicómano sino que para el médico que sabe de droga, dicho autor señala que cuando se hace de la toxicomanía un asunto de drogas (por considerar que es la droga la que produce al toxicómano), se evacua la dimensión misma del Sujeto; y la consecuencia inexorable es un tipo particular de clínica como corolario de esas premisas, premisas que por lo demás, enmarcan las intervenciones actuales en toxicomanías.

Con estas consideraciones no se quiere establecer que los efectos farmacodinámicos de ciertas sustancias, y por sobre todo el de las denominadas drogas duras, no tengan sus efectos sobre el cuerpo biológico, sino que más allá de su movilidad en el cuerpo, es que aquella dependencia psíquica en la que se encuentra

entrampado el sujeto toxicómano, se multiplica debido a la dependencia biológica característica de las propiedades químicas de las drogas.

En toxicomanía se habla más de un ser viviente que de un ser hablante, ser viviente que haría las cosas más simples, ya que sólo respondería a un orden biológico y no a un orden psíquico. Es entonces como la problemática de la toxicomanía, se constituye a partir de la intersección de dos órdenes: “los seres vivientes” y “los medicamentos”, dos órdenes que se sostienen en lo biológico y lo social.

Muchos estudios han invertido trabajo y tiempo en determinar un perfil de toxicómano, o bien ciertas definiciones de sus conductas, hasta una “personalidad” del toxicómano. Dichos estudios han estado guiados por lo espectacular que resulta y por lo que aporta el fenómeno descriptivamente. A esto se le agrega lo socioeconómico y cultural, los cuales asignan a la toxicomanía la relación con un tóxico. El psicoanálisis precisa que en toxicomanía no se está en frente de una estructura particular o en presencia de unas sustancias específicas que conduzcan a una alteración de la personalidad o frente a una modalidad delictiva particular. Como dice Rosa Aksenchuk (s.f.), “el psicoanálisis no hace de la toxicomanía una estructura clínica en particular, sino que la posibilidad de que el tóxico se juegue en las diferentes estructuras y tengan una función diversa, no sólo en las mismas, sino en cada sujeto en particular”.

En la sociedad moderna de la cual somos parte, hemos sido testigo de un aumento en el consumo de ciertas sustancias ilícitas y lícitas, aumento que ha llevado a colocar a las adicciones como una problemática de urgencia en salud, pero no sólo hemos visto aumentar el consumo de ciertas sustancias, sino, que además un aumento de interés en muchos otros ámbitos como por ejemplo la religión. Pareciera ser que el sujeto necesita con urgencia hacerse de sustitutos ante una subjetividad amputada como señala Julia Kristeva (1993), “pobreza psíquica que pide una prótesis de alma”

(Kristeva, 1993, p. 15). Sustitutos que operan como prótesis, por eso no es raro ver en la clínica, cómo ciertos pacientes adictos abandonan el consumo de ciertas sustancias y se vuelcan a la fe.

Se hace necesario en las toxicomanías, distinguir entre quienes consumen droga con un placer que los seduce sin entregarse a ella, o al menos no todavía, y salvo que medien ciertos acontecimientos no se harán toxicómanos, y quienes aún antes de haberla probado, ya están comprometidos en un proceso psíquico y afectivo que a la menor dificultad los inducirá a huir en la dependencia de otro, sin ninguna posibilidad crítica.

Françoise Dolto nos dice que estamos en presencia de un sujeto que es fóbico a todo vínculo afectivo que es hipersensible y que lo fue siempre, dice que “intentar tratarlo de manera coercitiva es ir en dirección contraria a su salida del túnel, aún 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” (Dolto en Vera Ocampo, 1988, p.16). Pero en realidad ha involucionado dice Dolto, a lo mejor podemos ver que físicamente está mejor pero en él el ser humano depende de otro, cambió de droga, eso es todo, y que lo más probable es que esto termine siendo peor.

El sujeto debe reconocer su deseo, su deseo de vivir, su deseo de reinventar, reconocimiento de deseos que difícilmente se dan en los contextos de intervenciones que apuntan al retiro de la sustancia en un tiempo no muy prolongado y que para ello se utilizan mecanismos de coerción como el contrato terapéutico, el aislamiento de la persona ya que el entorno se considera un factor de riesgo, la privación como condición previa de toda cura, la desposesión; Vera Ocampo (1988) señala que hay instituciones que se refieren a una terapia de ruptura cuyo objetivo sería olvidar el pasado, podríamos decir se les orienta a olvidar su historia. Las intervenciones en toxicomanías vienen entonces a establecer una barrera separatista, se orientan más a

una pedagogía que a un camino hacia la cura, intervenciones que sólo dan paso a una relación entre educador y educando donde el educador que todo lo sabe, enseña a un educando que nada sabe. Modos de intervención que sólo dan paso a evacuar la dimensión de sujeto.

En nuestros días, por múltiples razones, hay una pretensión social y seudocientífica de abolir las diferencias y singularidades, lo que lleva a promover algo que ya conocíamos pero se ve incrementado y que son las presentaciones clínicas que no consideran al sujeto ni menos su particularidad para la cual el psicoanálisis tiene sus mejores recursos.

No es otro quien debe ocuparse de él, es él mismo quien puede encontrar una nueva verdad, su verdad de sujeto, y eso es lo que permite el psicoanálisis, le permite reconocer con ese otro su deseo. El terapeuta no es protector, ni consejero, ni pedagogo, sino sólo presencia discreta, recepción, escucha y respeto de su paciente, “el psicoanálisis apela a la vida del ser parlante, consolidando y explorando su vida psíquica” (Kristeva, 1995, p.14), al apelar a la vida del ser parlante le da lugar al habla “hablar es hacer pasar el circuito pulsional por el campo del otro” (Lacán, en Delgado y Gutiérrez, 1995, p. 469), así se permite reconocer con ese otro su deseo. Hablar es colocar goce fuera del cuerpo, renunciar a la satisfacción autoerótica para buscarla en el campo del Otro. Quien habla pierde goce, pero se habla para recuperar lo que se perdió. “El psicoanálisis permite al aquejado de desgracia acceder a la palabra, a veces inerte, a veces balbuceo, pero siempre palabra para el otro” (Kristeva, 1995, p.36) La psiquis, dice Julia Kristeva (1995), es nuestra protección, con la condición de que no nos quedemos encerrados en ella, sino que la transfirmos mediante el acto de lenguaje hacia una sublimación, un acto de pensamiento, de interpretación, de transformación relacional. Vera Ocampo (1988), intenta con su trabajo mostrar por qué un enfoque psicoanalítico de la problemática del toxicómano debe mantenerse a la escucha del sujeto, y rechazar toda tentación médico-sociológica.

3.6. Toxicomanía y Psicoanálisis

Freud (1929) en “El Malestar en la Cultura” ya nos anticipaba algo respecto de la droga, señalaba que “tal como la vida nos ha sido impuesta, la vida nos resulta demasiado pesada, nos depara excesivos sufrimientos, decepciones, empresas imposibles. Para soportarla no podemos pasarnos sin lenitivos (...). Los hay quizá de tres especies: distracciones poderosas que nos hacen parecer pequeña nuestra miseria; satisfacciones sustitutivas que la reducen; narcóticos que nos tornan insensibles a ella. Alguno cualquiera de estos remedios nos es indispensable” (Freud, 1929, Pag. 3024). Utiliza la palabra remedio, benéfico en tanto que nos hace soportar la pesada vida. “Las satisfacciones sustitutivas como nos la ofrece el arte son, frente a la realidad, ilusiones, pero no por ello menos eficaces psíquicamente, gracias al papel que la imaginación mantiene en la vida anímica. En cuanto a los narcóticos, influyen sobre nuestros órganos y modifican su quimismo” (Freud, 1929, Pag. 3024). Para Freud los más interesantes preventivos del sufrimiento son los que tratan de influir sobre nuestro organismo siendo el más crudo pero a la vez el más efectivo, los químicos, la intoxicación, químicos que actúan en la sangre o tejidos que proporcionan directamente sensaciones placenteras.

Pareciera ser que Freud reconoce la función dual y ambigua que cumplen los tóxicos al ser un alivio para el dolor pero también al ser un influyente del organismo que al mismo tiempo lo modifica, sin embargo, no se conoce en Freud posición moralista alguna frente a las drogas.

“Lacan en ‘Psicoanálisis y Medicina’, se pregunta por la función que cumplen las drogas en el ser humano y responde que toda droga tiene más que ver con el goce del cuerpo que con la curación de una enfermedad” (Goberti, 2008). Lacan no menciona allí la teoría del pharmakon pero la supone todo el tiempo: el medicamento no es “inocente” en cuanto a sus efectos, tiene como el dios Jano dos caras, es remedio que cura y es narcótico que intoxica. “Pero el sujeto, más pulsional que

racional, y a pesar suyo, está más implicado en el goce que interesado en su bien” (Goberti, 2008).

Si bien tanto, Freud como Lacan ya anticipaban el uso de drogas, su función en el organismo, su relación con el goce y la importancia de éste en la construcción social, no se encuentran en sus postulados profundización frente a la problemática de las adicciones. Freud alcanza a señalar que “la masturbación es el primero y único de los grandes hábitos, la ‘protomanía’, y que todas las demás adicciones, como la del alcohol, la morfina, el tabaco, etc., sólo aparecen en la vida como sustitutos y reemplazantes de aquella” (Freud, 1897, p. 3594). Sin embargo, psicoanalistas posteriores se sirven del material aportado por dichos autores para fundar una nueva clínica en toxicomanías entre los cuales cabe destacar Eduardo Vera Ocampo, Sylvie Le Poulichet entre otros, que ya han sido mencionados en esta investigación.

Freud al señalar la masturbación como modelo de las toxicomanías, está señalando con ello la relación entre esta y la sexualidad. El niño pierde el nexo originario con la madre, se desprende de la función vital primaria. Lo que se pierde es la madre, hasta antes de esa pérdida el nexo con la madre se puede entender como vínculo necesario para el goce. El momento constitutivo de la sexualidad 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. Es así como la sexualidad tiene lugar como efecto de aquella pérdida entendida como pérdida de un objeto necesario. A esto el niño responde replegándose sobre sí mismo, mediante un acto autoerótico, que es lo que viene a representar la masturbación de la que nos habla Freud (1905-1910).

Uno de los efectos del repliegue será sustituir entonces el objeto perdido por un fantasma, por una representación, con esto se dará inicio al reconocimiento del mundo externo. Reconocer la existencia de lo externo es posible mediante la producción de metáforas que dotan de significado a lo que aparece, lo cual viene a

testimoniar que la situación anterior ya no es posible de sostener. “Reconocer lo externo, supone producir una frontera entre lo propio y lo otro. Esto implica producir una subjetividad confrontada a los objetos” (Moraga, 2005, p. 14). La subjetividad será el resultado del fracaso de este repliegue, acto autoerótico que pretende negar la pérdida de cierta condición, pero que da lugar a la aceptación del mundo a través de la producción de significantes lo que supone activar la condición de sujeto, lo que dicho de otro modo, es aceptar que hay algo otro. Sólo será posible explicar la subjetividad como el efecto de aceptar la pérdida de un cierto estado psíquico, estado que originalmente relacionó al niño con la madre bajo el marco de un vínculo vital primario.

Vera Ocampo (1988), señala que “el toxicómano se ve llevado a inventar un país imaginario –el territorio imaginario de la alucinación- y un planeta –el Planeta- ” (p. 66), esto a propósito de que el lenguaje del toxicómano da a entender lo que no existe, invita a ver donde no hay nada para ver. Su función es evocar la existencia de un mundo de goce sin palabras fuera de los límites del yo y del cuerpo, el territorio imaginario de la alucinación. “Asistimos a la muerte de la diferencia que está en el origen de toda realidad. El dialecto del toxicómano no es un lenguaje secreto sino un lenguaje que conduce al secreto” (Vera Ocampo, 1988, p.66). La negación de la diferencia que se ve expresada en el lenguaje del toxicómano, nos informa sobre el modo deficiente en que en su infancia ha hecho el duelo de la doble pérdida que es la pérdida del objeto y su identidad primaria, la que se establece sobre la base de la identificación primaria con su madre. Para Vera Ocampo (1988), al no superar esta doble pérdida, y dada la incontinencia de su identidad, el sujeto se verá librado a la tendencia presente en todo individuo de volver a la no diferenciación.

Cabe señalar que la pérdida acontece en la medida que la madre aparece como deseante de otro para el sujeto en ciernes. La emergencia de una madre deseante representa el momento de ruptura del niño con los objetos como nexo presidido por cierta necesidad vital primaria que domina los vínculos de aquel hasta ese momento.

Para Lacan, “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-absencia que depende siempre de ese objeto real, de ese poder que es el poder maternal” (Moraga, 2005, p.15). El niño acepta de que pese a la ausencia, los objetos se hacen presentes mediante la sustitución metafórica que permite el lenguaje, es decir, la constitución de los objetos en el plano significante, en el plano simbólico. Con la aceptación de esto se inicia el proceso de constitución subjetiva. Ser deseante supone aceptar la ausencia, la falta, supone simbolizar la pérdida, el sujeto habrá de procurarse los objetos bajo el supuesto de que aquellos no siempre se obtendrán.

Vera Ocampo (1988), señala que la droga es el producto de reemplazo de una actividad autoerótica. “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. Lo que pretende el toxicómano es que ha hallado el objeto de satisfacción” (p. 105), la droga es un objeto de necesidad que no puede faltarle en un plano vital, expresa la negación de la pérdida, negación de la carencia de objeto. Así, “la droga, nos propone una construcción donde habría reemplazado de modo regresivo al objeto de la pulsión sexual, derivado del objeto de necesidad, por el objeto de necesidad mismo” (p. 106).

El toxicómano aparece como no mediado por la marca fundante del lenguaje, que condiciona a sólo representar los objetos, no siendo ningún objeto necesario para el goce (Moraga, 2005,p.16); al hacerlo expresa la negación de la pérdida remitiéndose a una negación precoz y fundamental, la negación de la carencia de objeto.

Vera Ocampo (1988), de la droga como sustituto de una actividad autoerótica, propone la siguiente interpretación: “lo que Freud llama producto de reemplazo de

una actividad autoerótica se nos aparece como el producto de un reemplazo del objeto, en tanto perdido y remitido por efecto de la negación a lo que es su puntal, esto es, el objeto de necesidad” (Vera Ocampo, 1988, p.106).

No hay objeto que dé satisfacción, es aquí donde queda entrampado el toxicómano, ilusión donde muchas de las veces el toxicómano se pierde. Es así como el toxicómano es prisionero de esta aporía mortífera, la imposibilidad de satisfacción y el duelo imposible por la pérdida del objeto. En este contexto Vera Ocampo (1988), señala que el toxicómano no puede actuar sino un reencuentro fallido con su objeto que está allí y que no solamente no sirve, sino cuya presencia misma hace que todo duelo sea imposible, y el placer, inaccesible. Es así como el toxicómano utiliza la droga para intentar lo imposible, la transmutación del objeto de placer en objeto de necesidad, “al negar la pérdida del objeto, la sexualidad misma se ve impugnada, es la descentración del orgasmo genital, y el intento de reemplazarlo por el *flash* químico” (Vera Ocampo, 1988, p.6).

Moraga (2005) indica que al negar la pérdida, esta revela el vínculo que establece el toxicómano a través de las drogas –éstas entendidas como objeto exclusivo-, oculta lo de excluyente que esta operación contiene, “con esto me refiero a lo que opera como fondo en las relaciones que puede establecer el toxicómano. Esto es, no depender de otro, ideal narcisista de autonomía en el goce, que remite a su vez al autoerotismo” (p.16). Es así como el toxicómano se exime de la carencia que supone amar, en tanto amar implica ligarse con otro reconociendo la falta en sí, el toxicómano niega su incompletud. Moraga (2005) señala que la dependencia de tóxicos encubre el deseo de independencia propio del toxicómano, pero independencia que no es más que un montaje, pues oculta el temor de dejar de depender, con esto se esclarece que el autoerotismo representaría el modo de defenderse en un periodo en que se ha puesto en juego el tránsito hacia la constitución subjetiva, defenderse de los peligros que representa lo otro-externo.

La droga se torna exclusiva para el toxicómano invalidando la posibilidad de entrada para los demás objetos de constituirse, en tanto objetos de placer. Ya no sólo será objeto de necesidad para el toxicómano, aquel objeto que no puede faltarle en el plano vital, sino que además será un objeto de exclusividad no dando entrada a ninguna otra posibilidad de objeto. Objeto de necesidad, exclusividad, pero también objeto de autoconservación frente al temor que ejerce lo exterior –lo otro-, como fuente de dolor. Lo necesario que resulta para el sujeto la droga, representaría una forma regresiva de satisfacción autoerótica, a través de ello, conquista placer de manera autónoma y de paso se fuga de los peligros que representa lo otro-externo, esto mediante una suerte de cancelación tóxica del dolor como lo señala Le Poulichet, que permite evitar el encuentro que supone lo externo. Es así como Moraga (2005), nos dice que la práctica toxicomaniaca más que ser un acto autodestructivo como lo señalan muchos, se presenta como un acto conservador, en tanto protector, acto que podemos rastrear en el lenguaje de los pacientes toxicómanos al referir su acto como necesario o casi ortopédico para sostenerse en el mundo.

Pensando en la reversibilidad del farmakon, es que Le Poulichet (1990), se atreve a afirmar que tanto la droga del toxicómano, como la del médico, procuran una sedación posible del dolor, y en particular del dolor de existir, el farmakon actuaría como prótesis química contra el terror, el dolor o el vacío.

El farmakon introduce el orden de una real inmediatez, es la dimensión de “la ausencia” la que resulta excluida, este farmakon tendría un poder de borradura o de disolución de las representaciones como un filtro de olvido. La operación del farmakon está cercana a borrar imágenes, pensamientos y acontecimientos, pareciera que el farmakon protegiera un narcisismo absoluto que asegura una continuidad. Lo intolerable de la abstinencia sería la irrupción de una discontinuidad. “Las toxicomanías... engendran una “satisfacción alucinatoria⁶ del deseo”. La operación

⁶ Alucinación como aquello que representa la característica de la vivencia de satisfacción cuando es reactivada la imagen némica de la vivencia de satisfacción del objeto deseado. Se trata de un modo de

del farmakon pone al cuerpo al abrigo de toda diferencia: el día y la noche no son más que una misma superficie continua, y todo efecto de ruptura resulta anulado”(Le Poulichet, 1990, p.59). La “cura de desintoxicación” no podría rehabilitar a ningún “sujeto” separado de su “objeto”, si el circuito de la “operación del farmakon” puede resultar insuficiente, será por otras razones que una privación del producto tóxico. Incluso para Le Poulichet, la “operación del farmakon” puede fracasar aunque un individuo siga consumiendo sustancias tóxicas, incluso aquél sería el sentido de muchas “sobredosis”; semejante fracaso supone que cierto narcisismo ya no es conservado por esta operación, el agujero que provoca angustia ya no es colmado por la sobreinversión narcisista del órgano⁷, el farmakon tendría entonces el estatuto de un órgano que cuando es restituido, restablece la ilusión de un narcisismo absoluto y el deseo deja de circular.

Junto con la abstinencia sobreviene un dolor, un dolor que para Freud no es el *displacer*, sino que dolor como lo que resulta de una forma de “agujero” en el psiquismo. Esto se asemeja a una suerte de hemorragia interna dice Freud, la cual evoca un tiempo de desligazón o desorganización del anclaje del sujeto en las cadenas significantes. Para Freud, el dolor aparece como el prototipo de la efracción por sumas de excitación en el aparato psíquico, la protección antiestímulo fue perforada en un área circunscrita lo que suspende la distinción entre lo interno y lo externo. El dolor sería la expresión de una “seudo pulsión” que intenta ligar las excitaciones tras una efracción. Para poner fin a la alteración del órgano, se dispone una inversión en

satisfacción inmediata, que inviste directamente al sistema perceptivo. “Si el objeto-deseo es investido vastamente, y así es animado por vía alucinatoria, este signo de descarga o de realidad se produce lo mismo que a raíz de una percepción exterior” (...), “Las representaciones oníricas son de índole alucinatoria, despiertan conciencia y hallan creencia. He ahí el carácter más sustantivo del dormir (S. Freud, Obras Completas, Proyecto de Psicología 1985, p. 371-384 en Le Poulichet, 1990, p.55), “El primer desear pudo haber consistido en investir alucinatoriamente el recuerdo de la satisfacción” (S. Freud, Obras Completas, La interpretación de los sueños 1899, p. 371-384 en Le Poulichet, 1990, p.55).

⁷ El tóxico se presenta en los discursos de pacientes abstinentes como un órgano en suspensión. La abstinencia conserva alucinatoriamente el tóxico bajo la forma de un órgano ausente y doloroso. (Le Poulichet, 1990, p.60).

la agencia representante psíquica del lugar doliente del cuerpo, así el dolor exigirá una cancelación tóxica.

El dolor sobreviene en un momento en que todavía no se ha introducido la dimensión de la ausencia, por eso el dolor es la genuina reacción frente a la pérdida del objeto cuando esta última no ha sido simbolizada. Para Vera Ocampo (1988), el toxicómano parece retornar a la emergencia de la sexualidad que es el autoerotismo colocando la satisfacción bajo el signo de un ideal de autonomía en el goce. Freud señala que este dolor psíquico ocasionado por la pérdida del objeto toma en préstamo el modelo del dolor corporal, cuando se revela el agujero o la falta constitutiva de la relación del sujeto con sus objetos, el dolor puede presentarse como una respuesta inmediata que engendra un repliegue narcisista. Repliegue narcisista que encuentra apoyo en la práctica toxicomaniaca a través de la droga que le da al toxicómano la posibilidad de verse en el origen de lo que Freud llama un goce inmediato, goce inmediato que lleva a la relación con el doble y los fenómenos especulares. “Así, drogarse es esa actividad especular que permite al toxicómano eludir el problema de la diferencia” (Vera Ocampo, 1988, p.114), ya sea a nivel económico ya que la inmediatez de respuesta que procura la droga excluye toda posibilidad de una diferencia de tensión; en relación al fenómeno especular por su simulacro de un llamado al Otro, que le dará al toxicómano la ilusión de ser remitido a un estadio anterior a la separación encontrándose así al abrigo de todo obstáculo que pudiera introducir la realidad o el deseo del Otro; o la diferencia de los sexos ya que en palabras de Rosalto (1976) “el desdoblamiento narcisista sustituye la diferencia entre los sexos” (en Vera Ocampo, 1988, p.115) Para Vera Ocampo (1988), la experiencia toxicomaniaca es el intento de volver a ese momento mítico anterior a la separación, es lo que funda el vínculo del toxicómano con la droga, y será la reiteración del acto de drogarse la que cobrará la confirmación del vínculo.

Cuando en los toxicómanos el *farmakon* ya no ejerce su acción, resurge ese dolor narcisista del que nos habla Freud, que intenta ligar las excitaciones. “...la

operación del farmakon representa una cancelación tóxica del dolor y una restauración de un objeto alucinatorio. Sobreviene entonces como en respuesta a una falta de elaboración del cuerpo, que evoca, según las diferentes toxicomanías, una perturbación del narcisismo (...), o una falta de elaboración del cuerpo pulsional, ligadas ambas directamente a una insuficiencia de la función simbólica (...). Esa semivigilia o esa narcosis que caracterizan a muchas toxicomanías corresponden a una forma de repliegue narcisista de la libido y a un retiro de los intereses del mundo exterior” (Le Poulichet, 1990, 67). Es así como muchos toxicómanos ya no se interesan por sus objetos de amor ni por sus propias necesidades. Cuando acuden a tratamiento, tratan de constituir una forma de narcisismo que sólo les traiga satisfacciones alucinatorias. Es entonces como una cancelación tóxica regularía la homeostasis de un aparato psíquico, una forma de goce más acá de una dialéctica de la necesidad, del deseo, de la demanda y de la falta. La operación del farmakon, vendría a funcionar como una operación conservadora que protege a una forma de narcisismo. Es así como el estatuto del farmakon, su ambigüedad y reversibilidad, encuentra su eco clínico en lo alucinatorio y en la ambigüedad del dolor, operación del farmakon que realiza una particular suspensión del sujeto porque lo coloca en un dispositivo que lo anula, operación que por lo demás puede ser instalada en diversas estructuras o patologías, por ejemplo, no se debe situar la cancelación tóxica en un mismo nivel con la represión o la forclusión.

Un paciente de Le Poulichet señala: “Sin la droga ahora, es como si estuviera amputado, es como si me faltara un miembro del cuerpo y me doliera...es un miembro fantasma” (Le Poulichet, 1990, p.53). Esta frase recogería la relación del cuerpo con la palabra, lejos de toda dicotomía entre lo psíquico y lo somático. El cuerpo parece entonces omnipresente en tanto no lo vela la palabra ni lo toman a su cargo las representaciones, pareciera que un órgano faltara para recuperar la completud. Le Poulichet (1990), a través del discurso de sus pacientes, induce más bien la perspectiva de un proceso de autoconservación. Las “recaídas” en el tiempo de la abstinencia, suelen sobrevenir como en respuesta a una suerte de efracciones,

“el tóxico reaparece como para restaurar una protección frente a acontecimientos o pensamientos que de repente se viven amenazadores, susceptibles de provocar el terror o el espanto” (Le Poulichet, 1990 p.57), este modelo de efracción⁸ aparece cuando el uso de tóxicos se ha transformado en una “operación del farmakon”, efracción que según la noción freudiana, implica una falta de anclaje del cuerpo en las cadenas significantes.

Vera Ocampo (1988), señala que el toxicómano, presa de la necesidad y exclusividad ante el farmakon , parecería sustraerse al campo del psicoanálisis como también al de la psicología en general, y el terapeuta, al querer dar cuenta de ese vínculo que lo interpela, se ve confrontado continuamente con el riesgo de una posible trampa de la que se desprenden tres figuras principales: la desviación, el terapeuta se ve arrastrado al campo del toxicómano que se reivindica como situado en otra realidad, como lo denomina Domeneghini “a un mundo del goce sin palabras, el territorio imaginario de la droga” (Vera Ocampo, 1988, p.110). La aproximación al toxicómano quedará marcada por los efectos de la fascinación, por la dimensión sugestiva del farmakon, y la práctica clínica se desviará hacia las técnicas conductistas en donde todo está permitido. En una segunda figura, no será el terapeuta quien se ve arrastrado, sino que será él mismo quien atraerá por la fuerza al toxicómano hacia un territorio ya conocido, esta se da cuando la problemática de la toxicomanía se reduce y se asimila a una forma de perversión, relegando a la ausencia toda problemática de la toxicomanía. Y una última forma que nos señala Vera Ocampo, es que no se trata de atraer al otro al propio campo, sino más bien de reforzar el límite que los separa, volviendo a este límite como un límite infranqueable.

Los profesionales en salud mental, se enfrentan a una demanda que les resulta un tanto incómoda, será esta incomodidad que llevará a los terapeuta instalarse en un

⁸ Del latín *effractio*, con el mismo significado, a su vez de *effringere*, "romper" Vulneración o penetración de un espacio que el sujeto deseaba mantener privado. Wikcionario. Extraído el 10 de Abril de 2009 desde: <http://es.wiktionary.org/wiki/efracci%C3%B3n>.

marco teórico clínico rígido, sellado por la apariencia, y su única intervención será sancionar y restringir ante lo imposible de recibir una demanda.

El toxicómano mantiene una relación de exclusividad con la droga, esta relación 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. Por tanto el no considerar más que la vertiente de la dependencia, se escapa, y es precisamente lo que se le escapa al toxicómano, como lo señala Vera Ocampo (1988), su pasión de independencia respecto del otro, como expresión de su ideal de dominio por el fantasma, de la falta de objeto. Dependencia/independencia, pareja de contrarios, oscilación mortífera sin superación metonímica. El mismo autor nos dice que “será esta dualidad, por los elementos que pone en juego, constituye una reanudación, un regreso a ese momento privilegiado de la constitución del sujeto y de la emergencia de la sexualidad que es el tiempo del autoerotismo” (p.112). El deseo de independencia es sostenido por el fantasma mítico de que se ha sido independiente, cuando en realidad fue por el contrario el periodo de máxima dependencia. La oscilación se perpetúa mientras no se traduzca nítidamente, en el plano simbólico, lo referido a la interdependencia, al lugar que corresponde al Otro en relación con el cual se constituye el sujeto, como dice Freud (1929) en cuanto a los tóxicos, “no sólo se les debe el placer inmediato, sino también una muy anhelada medida de independencia frente al mundo exterior. Los hombres saben que con ese ‘quitapenas’ siempre podrán escapar al peso de la realidad, refugiándose en un mundo propio que ofrezca mejores condiciones para su sensibilidad” (p. 3026).

Será entonces este ideal de autonomía narcisista el que encuentra apoyo en la práctica toxicomaniaca a través de la droga, en donde el acto permitirá al toxicómano verse en el origen de un goce inmediato.

Como ya se había dicho, la droga excluye toda posibilidad de una diferencia de tensión, el fenómeno especular que se da en el acto le dará la posibilidad al

toxicómano la ilusión de ser remitido a un estadio anterior a la separación, es así como le permite encontrarse al abrigo de todo obstáculo que pudiera introducir la realidad o el deseo del Otro. Rosalto (1976), sostiene que este fenómeno especular no sólo excluye la posibilidad de diferencia, sino que además “el desdoblamiento narcisista sustituye la diferencia entre los sexos” (en Vera Ocampo, 1988, p.114).

Será de importancia estar atento a estas oscilaciones y no dejar fascinarnos con aquello que el acto de la toxicomanía nos trae, sobre todo con su reiteración, ya que el valor de ésta se sitúa en la confirmación del vínculo en aquella reiteración infatigable, no debemos olvidar nunca que lo que hay en el toxicómano es un sujeto disminuido y un lugar de sufrimiento. Vera Ocampo (1988), dirá que si el terapeuta tiene que pagar el precio de reconocer ese límite como condición previa para abordar al otro allí donde el otro lo interpela, el psicoanálisis no está ausente, dado que guía el camino siempre riesgoso hacia el más allá donde nos llama el toxicómano.

3.7. Un psicoanálisis para las toxicomanías

Las primeras terapias utilizadas en toxicomanías, fueron las señaladas por Levinstein conocidas como el “método de celda”. Otras que utilizaban métodos de sauna para eliminar las toxinas del cuerpo del toxicómano, y hasta transfusiones sanguíneas totales e intervenciones neuroquirúrgicas. Terapias que por lo demás, no se encuentran tan alejadas de nuestra actualidad, ya que aún en hospitales se practica la desintoxicación con resultados a corto plazo, práctica que coloca al médico en una lucha imaginaria en contra del mal por extirpar. Dichas prácticas, no hacen más que colocar la omnipotencia del farmakon, es así como también los toxicómanos (etiquetados o auto-etiquetados como tales), suelen recurrir a los terapeutas para reclamar dos tipos de intervenciones: el encierro o una forma de extracción.

“La toxicomanía no puede menos que presentarse como una noción problemática en el campo del psicoanálisis cuando conserva las características de un “flagelo”, objeto de varios discursos” (Le Poulichet, 1990, p. 27). Vera Ocampo nos dice que el terapeuta tiene que interrogar esta supeditación de la toxicomanía a lo médico como una variable más entre los datos que orientan su práctica.

La toxicomanía también se ha asociado a un resultado de la modernización⁹ y que tiene relación con la dificultad para representar, “puede tomar la forma de un mutismo psíquico o probar diferentes señales que se perciben como vacías o artificiales (...), carencia de representación psíquica que dificulta la vida sensorial, sexual, intelectual y puede atentar contra el propio funcionamiento biológico” (Kristeva, 1995, p.17)

La experiencia le muestra a Le Poulichet (1990), que existen toxicomanías muy diferentes para individuos que consumen incluso las mismas sustancias, toxicómanos presentan “estructuras psíquicas” diferentes aún cuando recurran a una operación del *farmakon* semejante. Si el *farmakon* pareciera prestar un cuerpo, su ausencia evoca una forma de mutilación. Le Poulichet nos dice que con esto entonces, los discursos sobre la abstinencia se organizan bajo la referencia de una falta que cobra la figura de una lesión.

A propósito de abstinencia, Vera Ocampo (1988), designa a esta como un problema paradójico en las intervenciones en la medida que se le impone al paciente dejar de presentar su síntoma, hace revisión etimológica del término, el cuál significa “conservar a distancia”, el mismo autor señala que en la abstinencia no se trata de perder al objeto, sino de mantenerlo a distancia. La abstinencia no haría más que separar la sustancia del cuerpo permitiendo en primera instancia una intervención fisiológica a la cura, para luego llevar a cabo una intervención psicológica. En las toxicomanías los esfuerzos terapéuticos se concentran en desintoxicar y en mantener

⁹ Modernización entendida según Marshall Berman (2004) en *Todo lo sólido se desvanece en el aire*.

a distancia el objeto. Lo paradójico de esta operación terapéutica reside en que la distancia respecto del objeto suscita el deseo de aquel, ya que el afectado lo erige como fuente indispensable de satisfacción, “la ausencia obligada del objeto-tóxico refuerza cierta relación imaginaria en torno de aquel como fuente necesaria de placer y como entidad omnipotente. En consecuencia, ni presencia ni ausencia hacen declinar la demanda de ingesta de un objeto que no admite sustitutos. Esto porque la ‘ausencia real’ no diluye el poder imaginario que se le delega” (Moraga, 2005, p.14).

Será el psicoanálisis el que podrá ofrecer una nueva clínica de las toxicomanías ya que ha este le interesa la transferencia y el lenguaje, le interesa aquello que se juega en la terapia no siendo necesario acudir a modos coercitivos que lo único que consigue es evacuar la dimensión de sujeto distanciando un objeto que no por ello disuelve el poder imaginario al cual está adscrito.

3.8. Una crítica a la prevención en toxicomanía.

Conace, no sólo ha elaborado un sin fin de guías clínicas y dispositivos de atención para la rehabilitación de toxicómanos, sino, además ha invertido en la prevención del consumo creándose hace algunos años un programa de prevención de drogas llamado PREVIENE que se inserta en ciertas comunas de nuestro país interviniendo en el ámbito de la salud, educación y trabajo. Una de sus tantas actividades ha sido elaborar diversos spot publicitarios los cuales señalan las consecuencias del consumo de ciertas sustancias, como el que mata neuronas convirtiéndote en algo distinto a lo que eras, más lento, más tonto etc, diversas lecturas de cuyo impacto se duda cuando pensamos que aquellos sujetos toxicómanos, antes de haber probado alguna sustancia, ya estaban comprometidos en un proceso psíquico y afectivo que a la menor dificultad los inducirá a huir en la dependencia de otro.

Se hace necesario discutir las implicancias que conducen a una toxicomanía, y no entramparse en los efectos farmacodinámicos de ciertas sustancias, por ejemplo Françoise Dolto (1988) señala que será importante “una prevención en los primeros meses de vida, caracterizados por la total dependencia del bebé respecto de su madre nutricia, con la que necesariamente es fusional; necesita a esa madre, pero necesita una madre que no sea fusional con él” (Vera Ocampo, 1988, p.17), señala que en esta etapa será necesario trabajar con estas madres, en hacerlas adultas, no dependiente de los demás, sino amante de su conyuge con el cual el niño es criado en una relación triangular de amor, identificando a cada uno con su rol, identificando a esa mujer como su madre y a ese hombre como su padre y contribuir en la autonomía de ese bebé conforme al ritmo de su desarrollo fisiológico. Dolto no quiere señalar con esto que la responsabilidad o culpa sea de los padres, lo que no significa que pueda ser su obra comenzada ya precozmente y de la que los mismos no son responsables, “no son culpables de su sufrimiento desconocido, que sin saberlo 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, de animal de compañía que domesticar, y por qué no, de hijo neutro, juicioso y utilitario, que les permita valorizarse en sociedad” (Vera Ocampo, 1988, p. 18).

Será necesario permitir una crianza y una educación que susciten la autonomía y el sentido crítico, que se promueva la inserción social temprana del niño en su grupo de edad por ejemplo, que los niños dejen de ser objeto de múltiples situaciones como de cuidados, del comercio, de satisfacción de sus padres y profesores, objetos de la medicina o del espacio jurídico cuando se presentan casos de separaciones o divorcio. Que dejen de ser objetos de esta sociedad para pasar a ser sujeto de su deseo. Sociedad que por lo demás está muy lejos de ocuparse de este modo de intervenir cuando el niño ocupa un lugar distinto en la sociedad moderna. Philippe Ariés (1960), señala que en la “sociedad moderna, la familia comenzó a organizarse en torno al niño, quien sale de su antiguo anonimato y se hace objeto de interés de los

moralista. La libertad de que gozaba en la comunidad tradicional se transformó en diversos mecanismos de control y protección hacia los niños” (Rojas, 2001, p.7). La sociedad moderna ha traído consigo una creciente valoración del rol de los niños en la sociedad, pero junto con ello mayores niveles de control y expectativas depositadas en los mismos.

Se hace necesario abrir los debates en torno a la denominada prevención y no seguir entrapados en lo maléfico que resultan los tóxicos para el organismo, se debe problematizar en relación a las toxicomanías y no desgastarse en comunicar a la sociedad a través de spot publicitarios, afiches, trípticos etc., el daño que causan ciertas sustancias, con esto no quiero decir que las drogas son inofensivas, sino más bien ir más allá de los efectos que aquellas provocan, ir más allá o ir más atrás y apuntar a una intervención precoz considerando los preceptos de nuestra sociedad actual.

4. MARCO METODOLÓGICO

4.1. Enfoque Metodológico

El presente estudio se centra en conocer el lugar que ocupa el farmakon, en el discurso de aquellos Profesionales Psicólogos y Psiquiatras que intervienen en el tratamiento y rehabilitación de pacientes toxicómanos. Como así también, una aproximación a la mirada de sujeto que dichos profesionales u/o instituciones, instalan en relación a la toxicomanía.

Para dichos objetivos, se considera que la metodología adecuada deberá ser de carácter **cuantitativo**, basado en el estudio y análisis discursivo emanado de los sujetos de estudio considerados para el presente trabajo – profesionales psicólogos y psiquiatras del servicio de salud metropolitano norte –. Este tipo de metodología permite tener una aproximación a los paradigmas y praxis que intervienen en toxicomanías, con la finalidad de dar paso a una discusión en relación a estos tipos de intervenciones y miradas.

Análisis discursivo que interesa en la presente investigación por su principio de eficacia “el poder de las palabras reside en el hecho de que quien las pronuncia no lo hace a título personal, ya que es sólo su portador” (Bourdieu, 1985, p.67-77 en Delgado y Gutiérrez; 1995, p. 450). Discurso de los sujetos de estudio que muchas de las veces responde a un discurso autorizado por la institución. El presente estudio, al ser de carácter cualitativo, permitirá establecer estas diferencias o relaciones entre las propiedades del discurso, las propiedades de quien las pronuncia y las propiedades de la institución que autoriza a pronunciarlas.

Para dar cuenta de la mirada de sujeto que interviene en las praxis relacionadas con toxicomanías, se hace necesario acudir al discurso, sobre todo al discurso que se instala en relación a su problemática. Un sujeto muchas de las veces,

atravesado por un discurso en particular “el hombre viviente es un viviente afectado por la palabra (...). El modo de vínculo para el hombre va a residir a partir de aquí en el discurso: el sujeto está atravesado por los discursos” (Delgado y Gutiérrez, 1995, p. 466).

4.2. Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo **Descriptivo**, ya que este tipo de investigación describe situaciones y eventos en un contexto específico, al que se accede a través de la significación particular que posee cada sujeto, en este caso nuestros sujetos de estudio, en función de la problemática a investigar. “Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (...). Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar” (Hernández et al., 1998; p.60).

4.3 Diseños de Investigación

Con el objetivo de dar cuenta del lugar que ocupa el farmakon en el discurso de aquellos profesionales en salud mental que intervienen en toxicomanías, se hace necesario para la presente investigación, contar con un diseño **no experimental**.

Se escoge dicho diseño ya que estos se llevan a cabo sin la manipulación deliberada de variables. Estos estudios se caracterizan por observar los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, con el objeto de ser analizados. Este diseño permite que el investigador no influya directamente en el fenómeno investigado. “En la investigación no experimental no hay ni manipulación intencional ni asignación al azar” (Hernández et al., 1998, p.185). Los sujetos de interés de la presente

investigación, serán estudiados en su realidad, es decir, en la institución donde ejercen la práctica de intervención en toxicomanía.

4.4. Delimitación del Campo a Estudiar

Universo de estudio

Hoy por hoy la problemática de la toxicomanía, o más bien, la dependencia de drogas como lo estipula la Organización Mundial de Salud OMS, ha ido en aumento y se sitúa como uno de los principales focos de atención a nivel mundial. Nuestro país en esto no se queda atrás, la dependencia de drogas ocupa actualmente uno de los principales intereses en las políticas públicas especialmente en salud mental.

Los programas de rehabilitación en alcohol y drogas, en su gran mayoría, se encuentran pre-establecidos a través de manuales y modos de intervención dictados por el Ministerio de Salud o bien por el CONACE, basados en un modelo de intervención bio-psico-social aplicado en diversos centros de salud ya sea de atención primaria o secundaria o bien comunidades terapéuticas. Es por ello que se hace necesario establecer la presente investigación en aquellos centros y programas especializados en dependencia de drogas.

La unidad de análisis del presente estudio, tiene su fuente de investigación en el “discurso” de los profesionales de la salud mental que se desempeñan en centros o programas especializados en dependencia de drogas pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Norte.

Muestreo

El presente estudio por ser de carácter cualitativo, exige al investigador ubicarse en el lugar y situación que mejor le permita recoger la información relevante para el fenómeno investigado.

Teniendo presente los objetivos del estudio, del esquema de investigación y de la contribución que este trabajo pretende, el tipo de muestra escogido para la presente investigación tendrá el carácter de **muestra no probabilística**, donde “la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características del investigador o del que hace la muestra. Aquí el procedimiento (...) depende del proceso de toma de decisiones de una persona o grupo de personas, y desde luego las muestras seleccionadas por decisiones subjetivas tienden a estar sesgadas” (Hernández et al., 1998, p.208).

Para el presente estudio se hace necesario contar con una **muestra de sujetos expertos** en el tema. “Estas muestras son frecuentes en estudios cualitativos y exploratorios (...). Estas muestras son válidas y útiles cuando los objetivos del estudio así lo requieren” (Hernández et al., 1998, p. 227).

Descripción de la muestra:

Respondiendo a las referencias metodológicas más arriba señaladas, el presente trabajo determina como muestra de investigación, a los Profesionales Psicólogos y Psiquiatras que se desempeñan en los diversos centros o programas de rehabilitación y drogas pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Norte. Para el siguiente estudio la muestra constará con un mínimo de 3 y un máximo de 6 Profesionales por disciplina.

Procedimiento de selección de la muestra

Psicólogos/as clínicos que realizan intervención en centros o programas especializados en la rehabilitación de dependencia de drogas. Los requisitos de selección serán los siguientes:

- Profesionales titulados/as en Psicología, en ejercicio clínico de centros o programas especializados en rehabilitación de drogas pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Norte.
- Que posean como mínimo, dos años de experiencia en centros o programas especializados en rehabilitación de drogas.

Médicos Psiquiatras o becados en Psiquiatría, que desempeñen funciones en centros o programas especializados en la rehabilitación de dependencia de drogas. Los requisitos de selección serán los siguientes:

- Profesionales titulados/as en Psiquiatría o becados en Psiquiatría que se desempeñen en centros o programas especializados en rehabilitación de drogas pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Norte.
- Que posean como mínimo, dos años de experiencia en centros o programas especializados en rehabilitación de drogas.

4.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información

Las técnicas elegidas de carácter cualitativo en esta investigación, permiten conocer y dar cuenta de las variables que están a la base del fenómeno estudiado, explorando a través del relato de los sujetos expertos, el lugar que ocupa el farmakon en las intervenciones en toxicomanías, como así también la mirada de sujeto que se compromete en dicha problemática.

Esta técnica hace coherencia con el marco metodológico desarrollado anteriormente ya que permite llevar a buen término el objetivo planteado por esta investigación que tiene directa relación con el análisis de contenidos que serán sustraídos a través de la realización de entrevistas en profundidad.

Al ser un estudio de carácter cualitativo, permitirá recolectar la información de manera flexible y dinámica. Al ser cualitativas, serán no directivas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas. En coherencia con lo anterior, esta investigación utilizará como método o técnica de recopilación de información para su posterior análisis, las **entrevistas en profundidad**. “Por entrevistas cualitativas en profundidad entendemos reiterados encuentros 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 palabras” (Taylor y Bogdan, 1992, p.101). Taylor y Bogdan describen tres tipos de entrevistas en profundidad, para el presente trabajo se escogerá el segundo tipo que estos describen, el cual se refiere a aquellas entrevistas en profundidad que se dirigen al aprendizaje sobre acontecimientos y actividades que no se pueden observar directamente. En tanto sujetos expertos, el rol de dichos informantes no consiste en revelar sus propios modo de ver, sino que deben describir lo que sucede y el modo en que otras personas lo perciben.

4.6. Plan de Análisis de la Información

Para conocer el Estatuto que ocupa el Farmakon en el Discurso de aquellos Profesionales de Salud Mental que se desempeñan en Instituciones pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Norte, en relación a la Intervención en Toxicomanía, se hace necesario utilizar el Análisis de Discurso para llevar a cabo el análisis de la información emanada de las entrevistas efectuada a Psicólogos y Psiquiatras, de este modo el Análisis del Discurso permitirá obtener datos de dos disciplinas distintas pero no excluyentes en el tema que se convoca.

Dada la naturaleza polisémica del lenguaje del ser humano, éste puede sacar más de un sentido de los significantes y los significados utilizados en el habla (Guiraud P., 1991, p.33-60), por tanto, en la presente investigación, interesa el discurso de dichos profesionales, discurso que muchas de las veces responde al orden de las leyes, las instituciones etc., Foucault (1970), nos dice que en toda sociedad la producción del discurso está a la vez controlada, seleccionada y redistribuida por un cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar los poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad. Discurso que muchas de las veces se caracteriza por la exclusión, separación, prohibición o rechazo, y apoyada siempre en una voluntad de verdad. “Pues esta voluntad de verdad, como los otros sistemas de exclusión, se apoya en un soporte institucional: esta a la vez reforzada y reconducida por una densa serie de prácticas como la pedagogía, como el sistema de libros, la edición, las bibliotecas, como las sociedades de sabios de antaño, los laboratorios actuales (...), creo que esta voluntad de verdad basada en un soporte y una distribución institucional, tiende a ejercer sobre los otros discursos –hablo siempre de nuestra sociedad- una especie de presión y como un poder de coacción” (Foucault, 1970).

Discursos que se encuentran cargados de contenidos otros, contenido de las ciencias, de autores o bien de disciplinas como la psicología o la medicina. Llamo a escena a las “disciplinas” ya que estas no están construidas sobre la sumatoria ni el conjunto

de todo lo que pueda ser, sino que “construidas tanto sobre errores como sobre verdades, errores que no son residuos o cuerpos extraños, sino que ejercen funciones positivas y tienen una eficacia histórica y un papel frecuentemente inseparable del de las verdades” (Foucault, 1970).

La metodología de análisis del discurso, fue escogida para el análisis de resultados con el objeto de responder de modo coherente a las interrogantes planteadas a lo largo de este trabajo, y al contenido establecido en su marco teórico. Para el análisis del discurso, se hace necesario tener presente ciertas consideraciones respecto a un terreno que comparten tanto psicoanalistas como investigadores sociales, me refiero ha “el lenguaje”. Lenguaje en tanto que nos diferencia del mundo animal por un lado, y por otro aquello que no sólo se reduce a una nomenclatura.

“Todo sistema de objetos, en cuanto sistema de signos, requiere a la lengua como interpretante. La lengua es el interpretante de todo sistema de signos, lingüísticos o no (...). Cuando un individuo habla, es hablado por la sociedad, decía Lévi-Strauss; o sea, la sociedad (la formación discursiva) es el interpretante que tiene que ver con lo que Cassirer llama lo simbólico: el acto de referir lo particular a una ley y a un orden (...). No hay por consiguiente significado sino efecto de significación” (Delgado y Gutiérrez, 1995, p. 469).

Con la finalidad de inferir el estatuto que ocupa el farmakon en el discurso de los profesionales más arriba señalados, se considerará para el análisis de la información todas aquellas verbalizaciones, palabras, contenidos, acontecimientos etc., que se logre inferir de las entrevistas. Para ello se llevará a cabo la transcripción rigurosa de las mismas.

5. RESULTADOS Y ANÁLISIS.

5.1. Resultados

Sujeto de Intervención

En un primer momento se hace necesario conocer a través de las entrevistas la conceptualización que se posee del sujeto consumidor de sustancias según la percepción de los profesionales de salud mental que intervienen en dicha problemática. Para inferir el lugar que ocupa el sujeto en el discurso de los profesionales y cómo es descrito por la palabra de los mismos, se hizo necesario preguntar por las distinciones entre aquellos y otros sujetos que consultan en salud mental. Se optó por señalar las distinciones, con la finalidad de obtener una cadena de significaciones en relación al sujeto de intervención y no una descripción objetiva del mismo.

Según la experiencia de los profesionales que se desempeñan en el ámbito de las drogodependencia, señalan que no sólo existen distinciones entre los sujetos consumidores de sustancias, o bien pacientes o personas como la gran mayoría se refiere, y otros consultantes de salud mental, si no que también las hay entre sujetos consumidores, cuya distinción se refleja en la dependencia que el sujeto pueda tener a determinada sustancia.

E 2: “quien termina en una dependencia de drogas no es el mismo de quien no termina en una dependencia de drogas, mucha gente que explora consumo, mucha gente que tiene consumo habitual, o en algún minuto tener consumo mas menos perjudicial que otro digamos, otros se meten, están un rato consumiendo después salen solos y hay un número de personas que termina dependiente, entonces en ese sentido no hay duda alguna que existen ciertas diferencias de perfil”.

En la misma lógica de reconocer distinciones entre los sujetos consumidores de ciertas sustancias, otra es la referida al consumo de múltiples tóxicos; aquellos

sujetos que llegan a la clínica o a los centros de salud mental con la finalidad de adquirir otro sustituto, incluso se le designa de modo informal una categoría, categoría que pasa a formar parte del registro de un equipo de intervención, el sujeto ya no es sólo catalogado como drogadicto, si no que además es instalado en una subdivisión por parte de los equipos de trabajo. Estas subdivisiones facilitan al equipo clasificar a los individuos para su posterior intervención, dependerá de su clasificación el si necesita atención psiquiátrica o no, si necesita psicoterapia o no, si necesita visitas domiciliarias o no, etc.

E 3: “hay dos tipos de pacientes, el que viene buscando el medicamento como mágico, el pastillómano le decimos nosotros, y el que tiene mucho temor a además volverse adicto a otro tipo de drogas ya que también considero a las pastillas como drogas, y está el que sería como un tercer tipo, que evalúa y ve, de acuerdo a la sintomatología si necesita medicación o no,”.

E 5: “un paciente que tiene un perfil impulsivo y que tiene un consumo de multiples sustancias hay que tener ojo por que los mismos medicamentos de prescripción pueden terminar siendo fuentes de abuso por lo menos, y también el efecto iatrogénico que uno se encuentra con pacientes que vienen con tiempo con uso de sustancias, que toma sibutramina de hace años o está tomando anfetamina para bajar de peso hace varios años, es otra historia”.

Sin embargo hay otros profesionales que van más allá de una subdivisión de categorías como lo veíamos con el pastillómano, y le designan a este tipo de consumos la presencia muchas de las veces de una co-morbilidad, en donde la droga opera como compensador de ciertas patologías como en la esquizofrenia por ejemplo.

P 5: “y en ese sentido el paciente que esté tapao de pastillas tiene que ver con el asunto de la co-morbilidad, es bastante distinto del paciente que uno se encuentra en atención primaria, un paciente que da gusto, un paciente alcohólico que tiene plena conciencia de enfermedad, que no está dañado o que hay una familia detrás, es el clásico paciente que es alcohólico y sólo alcohólico y la señora viene y dice que cuando no toma es un muy buen marido y el tipo lo tiene súper claro, después recae está un tiempo tomando, después la culpa, es absolutamente distinto ese v/s al paciente con una caracteropatía, que es impulsivo, que consume múltiples sustancias, que consume cocaína y usa los medicamentos pa bajarse del consumo es absolutamente distinto”.

La queja del sujeto consumidor de sustancia que consulta en la clínica, no necesariamente está relacionada ha esta problemática, algunos llegan con un motivo de consulta y luego en las entrevistas el profesional se encuentra con antecedentes de consumo.

P 5: “ví una paciente que se había visto dos años por trastorno de personalidad, distimia, abandonó y volvió ahora, y ella venía en realidad por sus síntomas depresivos, venía por medicamentos, pero al interrogatorio como más dirigido, aparece un alcoholismo crónico de un año y medio, diario, sin mucha conciencia de enfermedad, pero de igual manera la paciente logra captar la importancia de tratamiento de ambas cosas, absolutamente la situación de que no sacaba nada con darle estabilizadores del ánimo si toma (...), paciente que llega por otra cosa y colateralmente aparece el antecedente del consumo, es ahí donde uno debe enfocarse un poco.”

Otra de las distinciones a las cuales se refieren los profesionales, es a la edad en que se da el consumo de sustancias, manifiestan que no se es lo mismo un consumo a temprana edad que uno a avanzada edad.

E 4: “El que empezó con copete a los dieciocho y otro a los treinta, a temprana edad el riesgo es mayor, a más temprana edad los factores son más de riesgo”.

E 6: “es distinto de un cabro de 15 años con un viejo de 50, la posibilidad que se haga adicto a la cocaína es mayor con estructuras menos formadas, no se po, que está ahí en camino dé”.

Rasgos característicos del sujeto consumidor de sustancia.

Según lo manifestado por los profesionales en salud mental, son varios los rasgos característicos que se logran identificar en los sujetos consumidores de sustancias, son personas que presentan generalmente rasgos de impulsividad, dificultad en las relaciones sociales y poca empatía.

E 1: “no existe la habilidad social por ejemplo, y la capacidad empática les cuesta encontrar pareja, y es la dificultad recurrente en ellos y va ha ser siempre el factor de riesgo mayor al minuto de enfrentar recaídas (...). No toleran el estrés por ejemplo, no toleran la frustración, se desesperan con cualquier cosa, los desafíos a veces lo sienten como muy grandes, en fin.”

E 5: “o lo que he visto con respecto a pacientes con adicciones, tienen que ver con rasgos bien impulsivos”

E 1: “la distorsión de las percepciones, o sea, el sentido de realidad ahí está bien alterado justamente por las vivencias emocionales que ellos experimentan, a veces reconocidas y a veces no, entonces ellos hacen sus propios discursos, pero no hacen chequeos, no hacen lectura con el otro para ver de si eso es o no lo que realmente está pasando, se quedan con su imagen, con su idea o con su registro y ahí arman su explicación y eso a veces también los aleja mucho de los otros”.

Alguno de los profesionales entrevistados, señalan descripciones estructurales respecto de los sujetos toxicómanos, en su mayoría asociado a personalidades limítrofes, con mecanismos de defensas bajos, o rasgos psicopáticos de la personalidad.

P 5: “son bien psicopáticos también sobre todo por las conductas antisociales que la gran mayoría de ellos presentan, conductas bien límites también, pero eso te podría señalar”.

P 7: “si acudimos a las teorías Kemberianas podemos decir que se visualizan defensas bajas en estos tipos de pacientes, muchas veces con un sentido de la realidad alterado”.

P 6: “ una personalidad una persona que está menos formada es mucho más vulnerable de ir quedando como encasillado o dependiente de la sustancia, es más difícil salir además, como no hay una idea clara, un sentido claro”.

Se hace distinción además de los sujetos consumidores de drogas duras como la pasta base o la cocaína y aquellos que beben alcohol. Señalan que en términos estructurales aquellos sujetos consumidores de alcohol tienen una estructura de personalidad más sólida.

P 7: “en los alcohólicos hay estructura de personalidad más sólida a diferencia de los que consumen drogas, en especial los consumidores de drogas duras, muchas veces el consumo de sustancia está asociado a rasgos más psicopático de las personas”

Sin embargo, se hace hincapié que muchas de las manifestaciones conductuales de sujetos consumidores de sustancias se debe a los efectos farmacodinámicos de las sustancias que pueden llegar a confundir el diagnóstico ya que ciertas conductas estarían dadas por el consumo de los tóxicos.

P 7: “Pero también podemos visualizar que el consumo de ciertas sustancias desencadenan cierta sintomatología que nos lleva muchas de las veces a confundirnos, hay ciertas sustancias que provocan estados medios esquizomorfos, o en el caso de los alcohólicos que difícilmente se da puro, muchas de las veces acompañado de eventos delirantes o episodios alucinatorios, que claro te das cuenta que cuando ya no están tomando, son completamente normales”

Aspectos implicados en el consumo de sustancias.

Se ha discutido mucho sobre los aspectos implicados en el consumo de sustancias, por consiguiente será de importancia conocer a través del relato de los entrevistados y de acuerdo a la experiencia que han tenido en la clínica de las toxicomanías, las principales implicancias que llevan al sujeto a consumir determinados tóxicos.

Se visualizan tres dimensiones asociadas al consumo de sustancias las cuáles se han clasificado en: aspectos psicológicos, aspectos psicosociales y aspectos culturales que están implicados en el consumo.

E 6: “que se haga o no se haga dependencia, yo creo que bueno pasa como todas las cosas la parte genética, la parte ambiental, la persona, y tu momento” (...).

“los factores están ahí súper estudiados y vistos, o sea, factores ambientales, de la familia, del ambiente social y económico”

- **Aspectos psicológicos asociados al consumo de sustancias.**

Según relato de los profesionales, estos han identificado, por medio de la experiencia obtenida en la clínica de las toxicomanías, dificultades principalmente vinculares asociadas al consumo de sustancias. Vínculos dañados ya desde la primera infancia, incluso su historia gestacional, caracterizada por un contexto negativo vivenciado por su madre, asociado a abandono del padre, dificultades emocionales que hacen de estas madres un lugar de poca contención para el bebé que se está estructurando, poca contención que muchas de las veces se traduce en ambivalencias y que posteriormente se visualizan en la clínica de las toxicomanías como la co-dependencia.

Otros señalan las carencias que experimenta el sujeto durante su historia pero siempre señalando las dificultades en el vínculo que ha vivenciado el sujeto sobre todo a muy temprana edad.

E 1: “la historia gestacional de la persona que en un futuro posiblemente sea adicta, y menciona un contexto gestacional súper negativo donde lo que está pasando contextualmente con la madre que está gestando, hay un rechazo por ejemplo del bebé, la madre está pasando por procesos importantes, hay abandono por parte del padre, hay una instancia que no facilita como una matriz de contención como inconciente en ese bebé y de alguna manera se va depositando en todo el periodo de vinculación que hay entre la madre y el hijo, puede que exista señales de ambivalencia por ejemplo, de amor y odio, señales de la madre que de alguna manera le cuesta reconocer las señales no verbales de su hijo, como el no poder reconocer, no poder comunicarse, no poder encontrarse, pero de manera muy fuerte”

E 2: “son personas con historias de vínculos bien dañadas (...), son personas que tienen pautas vinculares arcaicas bien dañadas digamos, bien dañadas, lo que ha su vez eso va generando una constitución de una estructura del si mismo y una estructura de personalidad con ciertas fragilidades”

E 3: “para mí las drogas no son el problema, las personas tienen problemas con las drogas que es diferente, entonces, en ese sentido las personas tienen variadas carencias y situaciones que los llevan a consumir drogas”.

E 4: “Sus dificultades se dan a temprana edad, en temas familiares muchos factores de riesgo, también características de estructuras en el eje dos por ejemplo que potencia las conductas y los patrones de consumo, pero principalmente personas muy dañadas desde muy abajo, familia y eso te da el patrón, esas son las características”.

E 1: “si han tenido madre que no tenían muy buena estructura puede que evidentemente no han podido dar buenas acogidas a las primeras señales emocionales del bebé digamos y que han quedado sin continencia y han quedado sin registro, posó no mas la emoción, pero cuando el niño tuvo rabia o miedo o frio o calor o le dolió la guata, nadie identificó eso, quedó sin registro, quedó sin continencia, por lo tanto quedo sin cobijo sin reflexión, entonces ahí el niño aprende, obviamente se va repitiendo esa historia, va quedando sin registro cada emoción, y por eso digamos, nos encontramos que no puede, claro por que históricamente no ha podido hacerlo, y porque no es fácil esa experiencia”.

E 2: “encuentra uno en las madres de estos adictos, por ejemplo encuentras siempre la ambivalencia y es una ambivalencia que está tapada de alguna manera por la sobreprotección, estas madres muy culposas, que se angustia, y que se desbordan, y que dan todo por este hijo y se da el proceso de co-dependencia que pueda existir,”

También se señalan pautas de interacción en las familias que se traducen en conflictos parentales en la cual la infancia del sujeto consumidor de sustancias ha estado triangulada en estos conflictos.

E 1: “lo que básicamente pasa en las familias, las pautas de interacción que hay en las familias, si hay padres alcohólicos, si hay secretos familiares, si hay triangulación también, y sobre todo en esta persona que es adulto y tiene un problema de adicción, su historia de infancia ha estado siempre triangulada en conflictos parentales, o bien en conflictos de otros miembros de la familia pero principalmente de los padres” (...). “para no triangularse, cae en las adicciones, que lleva ha esta cosa mas desafiante, escapa a las situaciones pero siempre vuelve, esto como de no me voy no me importa pero sin embargo sigue estando ahí, se sitúa en una ambivalencia constante”.

- **Aspectos psicosociales asociados al consumo de sustancias.**

Entre los aspectos psicosociales asociados al consumo los entrevistados manifiestan en sus relatos situaciones asociadas a vulneración social, vulneración de derechos.

E 2: “hay gente que ha sido muy vulnerada en sus derechos, con situaciones de abuso, abusivas no quiero decir sólo abuso sexual sino que abusivas en general, muchos han vivido situaciones de malos tratos, abandono por parte de las familias, y en general son personas que tienen pautas vinculares arcaicas bien dañadas digamos, bien dañadas”

- **Aspectos culturales asociados al consumo de sustancias.**

Según la percepción de los profesionales entrevistados, el consumo de ciertas sustancias dependerá mucho del lugar en el cuál este consumo tenga lugar. Para muchos el factor cultural es determinante en cuanto al tipo de sustancia que se consume y en consecuencia al desorden al cuál se le asocia. Además se señala cómo ciertas sustancias resultan ser el medio para soportar la vida de los tiempos actuales, con ello se sitúa a las sustancia en un lugar de funcionalidad.

E 6: “depende un poco del lugar donde tú estés y que el ambiente va a estar determinado mucho por el tipo de droga que exista en el lugar, va a determinar la problemática social de esa localidad ya que el tema del consumo de drogas es expansivo no solo afecta a uno, si no que a la mamá del drogadicto, al hijo del drogadicto, a los vecinos del drogadicto”.

E 4: “tiene que ver con el país que se está desarrollando, estamos como en el primer proceso del capitalismo que lleva hoy en día a mucho trabajo, poca contención a nivel familiar, pocas redes de apoyo, y eso lleva a mucho individualismo, y eso se ve, que empieza a ver, que la falta de esa llevan a un consumo, propician un consumo, tiene que ver un poco con los ritmos que se viven a nivel social, esto da cuenta de los que estamos viviendo”

El individualismo que caracteriza nuestra sociedad actual, el debilitamiento de las redes sociales, la reducción del apoyo familiar, de los vecinos de los amigos etc, son algunos de los aspectos implicados en las toxicomanías, consideraciones que llevan a los sujetos a vivenciar vacíos durante su desarrollo, vacíos que según la percepción de los profesionales entrevistados, son llenados con el consumo de sustancias, consumo que además en determinados entornos son validados.

E 6: “Yo creo que hay una generación, una generación en que puede ser la de nuestros padres hacia abajo que está que ha disminuido un poco el, es una generación que se ha empezado como a crear muy individualista, no se po entonces todo lo que son las redes de apoyo, la familia, los amigos, los vecinos, como que todo eso se ha ido perdiendo, y entonces empiezan ha aparecer vacíos que son llenados con esos placeres que son las drogas (...), ahora, también está el ambiente no más po, no se po, desde chico, desde los trece años ya cachai que salí a la plaza hay gente consumiendo y es bakan estar consumiendoy consumen no más po, y aunque tengan la familia más formada, más sólida del mundo se va a dispara igual ya que está en un ambiente que valida en el fondo una drogadicción”.

Enfoques terapéuticos.

Al preguntar por las intervenciones terapéuticas realizadas en el ámbito de la drogodependencia, se desprende del discurso de los profesionales de modo casi inmediato, el lugar que ocupan los enfoques terapéuticos en las intervenciones. En su gran mayoría, los profesionales trabajan desde una mirada de intervención biopsicosocial que se aplica de modo multidisciplinario por parte de los equipos en los cuales se encuentran insertos; con ello dan lugar a la importancia de que exista un equipo de trabajo que incluya distintos profesionales. Los entrevistados señalan que una mirada de intervención biopsicosocial, les permite visualizar al sujeto más allá de su problemática de consumo incorporando la historia del sujeto, sus conflictos vinculares, sus temas transgeneracionales, etc. Además los entrevistados señalan que es el tipo de enfoque que se encuentra validado para abordar la problemática del consumo de sustancias.

E 1: “se trabaja con un modelo biopsicosocial, eso da la base de porqué miramos al sujeto no como un sujeto dependiente, sino, como un sujeto que tiene un problema de adicción pero que también tiene una historia, trae consigo temas transgeneracionales, trae consigo también temas constitucionales genéticos, y temas conflictuales presentes que se van complementando posteriormente con sus vínculos”.

E 5: “a la larga para el manejo de la droga como lo único común que hay, lo que está comprobado, tiene que ver con un enfoque multidisciplinario tienes que trabajar con un equipo formado en base a un constructo teórico, en función de una cosa más conductista, en función de una cosa más analítica etc, entonces mi sensación con el trabajo de drogas, es que ha la larga hay que adscribir a un marco teórico, aplicar ciertas normas técnicas y hacerse el tonto con otras cosas, creo que para el trabajo con drogas, es muy, acepta pocos matices, es muy como muy blanco y negro, bueno malo, recayó o no recayó (...). Creo que las cosas que sí están un poco claras, mas establecida, son las que tienen que ver con el enfoque multidisciplinario”

Intervenciones Terapéuticas en la problemática de consumo de sustancias.

Si bien, y de acuerdo a lo manifestado por los entrevistados, los profesionales se adscriben a un enfoque biopsicosocial validando las intervenciones desde lo multidisciplinario, al momento de una intervención individual, una psicoterapia, o una intervención clínica propiamente tal, se logra visualizar en el discurso de los entrevistados la necesidad de establecer distinciones en el trabajo terapéutico que se traducen en: por un lado trabajar de modo conductual el consumo de sustancias; y por otro trabajar la historia del sujeto utilizando para este diversos enfoques según el profesional y la formación del mismo como: un enfoque sistémico, un enfoque cognitivo conductual, un enfoque estratégico o bien posrracionalista etc.

E 2: “es bien importante y sobre todo al comienzo que el consultante tenga herramientas concretas para como disminuir la probabilidad en lo cotidiano de recaer, de consumir, y en ese sentido pienso que es bien conductual una parte de la planificación y del tratamiento individual de las personas, en función de disminuir las probabilidades de consumo, de disminuir en su menor probabilidad los factores de riesgo para ellos y de aumentar y favorecer en la medida de lo más posible los factores protectores a nivel individual, a nivel familiar, a nivel comunitario para

poder acompañar a quien consulta en este camino de no consumir (...), pero paralelo de esto y bien profundo es trabajar entonces la historia de la persona”.

E 3: “yo trato de dividir la terapia en dos aspectos centrales, uno lo que tiene que ver un poco con la dependencia en sí, es algo como una división fantasiosa por que es una división que hago yo, que tiene que ver con el manejo conductual de ciertas situaciones, técnicas conductuales, disminución de riesgo, etc., y ver el objetivo en cuanto a la droga se trata, y el otro es el ámbito más psicoterapeutico en donde se trabajan focos de terapia que son explorados también en las sesiones y que algunos están directamente relacionados con el consumo y otros no (...), cuando la persona no quiere hacer psicoterapia o las temáticas que tiene no ameritan psicoterapia, se hace un trabajo más bien en torno a lo cognitivo conductual, que tiene que ver con el manejo de adicciones, psicoeducación, cosas como esas, que también las puede hacer el técnico, la asistente social”

Este es principalmente el modo de intervenir de los psicólogos que muchas de las veces hacen la separación entre el consumo de sustancia, aplicando para ello técnicas al nivel de lo conductual, y las problemáticas que se van encontrando en la historia del sujeto. Pero por otro lado, los psiquiatras revelan lo complejo que resulta tratar la problemática de las adicciones cuando se está en presencia de una patología dual o una co-morbilidad. Se les dificulta hacer la separación o el salto al momento de intervenir, separación entre la existencia del consumo de sustancia, y la problemática subjetiva del paciente.

E 5: “Y el otro tema que es un poco enredado por el asunto de adicciones es que siempre por un tema de encuadre, es re complicado en pacientes con patología dual, trastornos de personalidad grave y adicciones o pacientes con cuadros agudos y adicciones, estoy pensando en algunos pacientes ambulatorios y pacientes que llegan a sectores de corta estadía del Instituto que no son desintoxicación, es que para mí es un poco complicado pararse en dos lugares al mismo tiempo porque me parece, como que la postura subjetiva que asume uno, y el vínculo transferencial que se establece, haber, es necesariamente distinto cuando uno se enfoca a la parte de adicción v/s cuando uno se enfoca a otra cosa. En el manejo de las adicciones creo que se manejan otros códigos que son un poco más objetivos, más tangibles, mas blanco y negro, más a nivel de metas, más a nivel conductivo, y cuesta mucho hacer el salto, o cumplir los dos roles a mí me complica mucho, creo que es un poco enredado, la impresión mía es que para poder manejar bien la adicción, hay que pararse en un lugar que no necesariamente es un lugar para entender los otros problemas de los pacientes (...). Entonces al minuto que uno se enfoca en la parte de las drogas, que cuanto a consumido, de las recaídas y de esas cosas, es muy

complicado hacer el salto, osea al mismo tiempo de enfocar la parte de las drogas, irse a la parte más subjetiva que tiene que ver con el descontrol, me parece que se enreda todo el sistema y al final no queda en nada, además hay pacientes muy manipuladoras que cuando le hablas del suicidio dicen estar ahí por la droga y cuando les hablas de las drogas dicen estar ahí por el suicidio, y la Depresión, entonces es una cosa que es muy enredada”.

Objetivos de las intervenciones.

Al momento de preguntar lo que se busca en las intervenciones, el discurso de los psicólogos apunta principalmente a visualizar un sujeto en la intervención, sujeto que está aquejado de malestares, pero que además busca y construye sus propios objetivos. Los profesionales en general relatan que los objetivos terapéuticos dependerán de lo que el paciente quiere y no de lo que uno como terapeuta impone.

E 3: “nosotros organizamos el modelo de lo que el paciente escoja como objetivo terapéutico que puede ser reducción de daño, hay pacientes que llegan y fuman cigarrillos, beben alcohol y no se po, y consumen pasta base y quieren dejar todo, otros que sólo quieren dejar la pasta base, y fuman marihuana y pasta base, osea, el objetivo lo define el paciente, no es algo que nosotros definamos, uno lo puede orientar en que hay drogas sin duda que es más difícil mantener un consumo sin un daño como la pasta base que son drogas más duras, pero más allá de uno orientarlos y mostrarles lo difícil que es ser consumidor sin tener un daño o crear una dependencia severa, es el paciente el que decide. Podríamos decir que se co-construye el objetivo”.

E 4: “la inversión en el foco terapéutico tiene que ver con eso qué es lo que quiere la persona y ahí hay un proceso de cómo de la persona de darse cuenta, de sus cosas, de adonde va, de salirse un poquito del deber ser, del estigma o del rol que supuestamente tienen a poder decir las cosas, y eso es un camino fuerte para la persona en como se reestructuran de pautas que venían de mucho antes, de años”.

E 1: “Primeramente lo que se busca en una intervención es mejorar la calidad de vida, un poco para allá apunta la intervención, por eso también la lógica de reducción de daño. Cuando se busca mejorar la calidad de vida, hay tres objetivos que se busca en la clínica, eliminar o reducir el consumo de sustancia, reducir el daño, el dolor, el dolor psicológico en el consumidor, en sus familiares y por último en mejorar la calidad de vida. Este mejorar la calidad de vida también está asociada a proponer un proyecto de vida en la persona” .

Se torna relevante para los profesionales en salud mental que se desempeñan en el ámbito de las drogodependencia, la motivación al tratamiento con que llega el paciente, o la conciencia de enfermedad que posee. También se hace necesario trabajar la motivación y el vínculo en una primera instancia para así apuntar posteriormente a los objetivos del tratamiento.

E 2: “Lo primero a lo que miro es a la conciencia que tiene la persona respecto a la dificultad que tiene, en caso de que no tenga mucha conciencia, el primer trabajo es mostrar eso, mostrar el problema, y en caso que ya tenga la conciencia, comenzar el trabajo en función de ir viendo cuales son las asociaciones que tiene”.

E 4: “es re importante la motivación que tiene la persona para hacer su tratamiento, y ese factor posibilitan que el trabajo sea más optimo como mantener la abstinencia o reducción de daño (...), la motivación es súper importante, hay estudios que hablan de eso (...), lo otro es la alianza que tú tienes con la persona, las primeras dos sesiones tienes que formar una alianza con el paciente, y después el foco terapéutico, si no hay alianza no vas a poder entender lo que el quiere o lo que ella está buscando (...). Mi idea es trabajar las primeras sesiones en la motivación y alianza”.

Mientras que para los psicólogos, los objetivos de la terapia apuntan a lo que la persona quiera lograr, para la psiquiatría el objetivo de intervención en primera instancia apunta a la desintoxicación del cuerpo y al manejo de los síntomas de abstinencia; los mismos señalan que el manejo de la abstinencia con ayuda de tratamiento farmacológico ayuda en las primeras etapas de tratamiento.

E 5: “Está bien enfocado, un poco lo que yo vi, yo no diseñé este sistema, está muy enfocado en la desintoxicación y como en motivar para el tratamiento que viene ya que el Instituto se desliga un poco de eso (...), no necesariamente todos los pacientes con adicción necesitan un tratamiento farmacológico si creo que tiene de beneficio por lo menos en el primer tiempo para el manejo de la abstinencia”.

E 7: “y el objetivo es desintoxicar a los pacientes y el manejo de los síntomas de abstinencia que por lo demás son muy severos en los tipos de pacientes que llegan al Instituto(...). Las intervenciones tienen que ver directamente con hacer retiro de la sustancia por eso las etapas iniciales son de vital importancia para el paciente, el trabajar de manera distinta no sé si tiene mucho sentido, por lo menos para nosotros

los médicos que nuestra función en este ámbito es hacer el retiro de la sustancia y hacer que la persona se sienta lo menos afectada posible cuando se presentan los síntomas de abstinencia”.

Así la medicina no sólo se reduce a la desintoxicación o el manejo de síntomas de abstinencia, sino también a otros aspectos de la terapia como trabajar la motivación para continuar con una terapia, o bien contactar las redes de apoyo más cercanas para lograr una mejor intervención con la finalidad que esta sea parte del proceso que inicia el paciente.

E 7: “dadas las características que se asocian a la problemática del consumo, se hace el trabajo de contactar a la red de apoyo más cercana del paciente y se trabaja de igual manera con esta red para diversas finalidades como el manejo de los medicamentos o del tratamiento que el paciente se lleva y la derivación a un centro de atención primaria o cosam o en algunos casos de comunidades terapéuticas de acuerdo con la evaluación que egresa, es muy importante trabajar con la red de apoyo del paciente de lo contrario es muy poco lo que se logra (...).En el Ambulatorio también es de importancia contactar a las familias y trabajar con ellas para el manejo de los medicamentos, de los dineros para así evitar recaídas. La familia juega un rol de primera importancia, el componente interaccional en estos pacientes es bien potente cuando se trabaja con las familias”.

Lugar de la medicina en las intervenciones.

De acuerdo al relato de los entrevistados, pareciera que la medicina ocupara sólo dos lugares en las intervenciones terapéuticas, los cuales tienen relación con la desintoxicación y el manejo de síntomas de abstinencia como se señaló anteriormente o bien cuando se está en presencia de un trastorno de personalidad o una comorbilidad.

E 3: “de acuerdo a la sintomatología si necesita medicación o no, no tenemos horas para todos los pacientes para que los vea el psiquiatra, así que escogemos a los que tienen mucha sintomatología o a veces tienen una dependencia alcoholica muy grande y necesitan medicación específica para eso, y pacientes que además

tienen alguna otra sintomatología asociada como trastornos ansiosos o características de personalidad que necesitan tratamiento, también se puede recurrir a psiquiatra, en mi opinión, es que el médico o psiquiatra es un apoyo al tratamiento psicoterapéutico, abusar de eso me parece que no es necesario, me parece que algunos no necesitan pasar por el médico, ahora, hay pacientes que no tienen síntomas de abstinencia severa y ahí hay que ir viendo”

E 4: “La abstinencia de alcohol es como, el deseo de beber se aumenta el triple, conciliación sueño aumenta bastante, la ansiedad, la tolerancia es bastante fuerte, la sudoración, a pesar que se empieza ha hacer un proceso de desintoxicación individual, cuando ya es más fuerte, se empiezan a pelar las manos el hígado ya responde distinto, entonces en esa primera parte es fundamental trabajar con psiquiatra”

Se visualiza al médico sólo como un apoyo a la terapia del paciente, visualización que se torna crítica por parte de los mismos al minuto de pensar un enfoque multidisciplinario.

E 5: “incapacidad para uno en manejar los cuadros de adicciones en función de la pega del psiquiatra, ya que siempre está establecido como una cosa muy cerrada, el paciente y uno digamos, como funciona en una consulta particular, en muchos policlínicos, como funciona en el Cosam también, que si bien está el equipo ahí, uno funciona de ocho a seis con media hora cada paciente y punto, eso dificulta bastante, para la mayoría de los pacientes que son adictos terminas teniendo que ir a buscar al terapeuta preguntarle que te parece el caso que has visto, a mi me parece que etc etc.”.

Logros en el tratamiento.

Los entrevistados señalan que los logros en el tratamiento de las drogodependencias se pueden dar de modo parcial, que los logros no sólo están dados por el hecho de hacer abandono del consumo de alguna sustancia, sino que también se reflejan en otras dimensiones del sujeto. Una de las entrevistadas señala que cuando comienza a haber integración afectiva, ya se tiene un gran terreno ganado en la terapia.

E 1: “puedes tener logros parciales con las personas, puede que nunca dejen de consumir, pero puede que tú dentro del proceso terapéutico se hayan logrado ciertas cosas con él como por ejemplo insertarlo laboralmente, bueno tú no lo insertas, el solito se inserta, pueden que sigan consumiendo pero ahora están trabajando y antes no estaban trabajando, o vuelven a la casa, recuperan así su entorno, vuelven a su lugar de pertenencia, siguen consumiendo pero recuperan algo que antes no tenían, y ese es un logro parcial, conciente o no conciente de la persona pero son logros parciales, y eso se van sumando (...), es increíble cuando empiezan a lograr mayor integración afectiva ellos se van logrando sanarse mucho, porque van logrando considerar al otro, van logrando tener empatía, van logrando tener mayor madurez emocional (...). Cuando terapéuticamente tu logras ayudar al paciente ha la integración, tu ahí tienes ya como un gran terreno ganado, porque de ahí parte el sentido de confianza con el mundo también, con el otro eso es puro proceso psicológico, ahí entonces tu vas viendo los daños que tienen, como las incontinencias por lo tanto la afectividad como la confusión con las cosas”.

Otros señalan que los logros que se puedan dar en un tratamiento, dependerán de los recursos personales del sujeto, de la motivación con que llega el paciente a la consulta o bien de dimensiones ajenas al mismo como el apoyo familiar o las oportunidades socio-ocupacionales.

E 2: “es difícil pero se puede depende de otras cosas de los recursos personales, del apoyo familiar que tenga, entre otras cosas de las posibilidades y oportunidades que tengan en su contexto sociolaboral y educacional (...), me parece que también es una variable importante el nivel de dependencia que tenga la persona, el compromiso biopsicosocial que tenga”.

E 7: “Los logros en realidad se ven generalmente en pacientes que llegan pidiendo ayuda y llegan bien en el suelo es rápido el repunte. Lo más difícil es mantenerse en el tiempo, eso es lo que yo no veo, pero hay ejemplos acá gigantes de muchos pacientes que han llegado en el suelo que han llegado a repuntar, y han logrado mantenerse, hay pacientes que han llegado ha salir adelante muy impresionantemente”.

Otro de los aspectos que se pueden inferir del relato de los entrevistados y que tienen relación con los logros del tratamiento es en cuanto al nivel de dependencia que presenta la persona al momento de consultar, y de su compromiso biopsicosocial. Se puede comprender entonces, el nivel de importancia que los profesionales atribuyen a factores externos al sujeto.

Las guías clínicas de Conace estipulan que los pacientes deben abstenerse de la droga problema, por tanto sus logros estarán dados por el nivel de consumo de la sustancia, si disminuye, si se mantiene o si se suprimió su consumo, además de otras consideraciones como la reinserción socio-ocupacional. Sin embargo, los profesionales hacen hincapié en no solo quedarse con lo descriptivo teniendo en cuenta que es el paciente quien escoge su objetivo terapéutico.

E 3: “Mira, las guías clínicas dicen que el paciente tiene que abstenerse de la droga problema”.

E 1: “En Conace por ejemplo hay ciertos logros específicos, mejoró o no mejoró, disminuyó suprimió o mantuvo el consumo, se insertó o no se insertó laboralmente, está estudiando o no lo está, ciertos objetivos generales que te dan como la pauta de la persona de si lo está o no está haciéndolo bien, pero ojo, que pueden haber personas que cumplen con todo y que lo pueden estar pasando pésimo o que no están sanas, por eso hay que ir mas allá, no hay que quedarse con lo descriptivo”.

Un aspecto importante señalado por uno de los entrevistados, tiene relación con la posición del terapeuta. En su relato señala la importancia de no caer en el prejuicio al momento de intervenir puntualizando en la visión parcial que se tiene como terapeuta.

E 5: “no hacerse el tonto con respecto al pronóstico ya que hay pacientes que tienen peor pronóstico que otros, pero tampoco caer en el prejuicio, me han sorprendido suficientes pacientes como para, cuando me enfrento a un paciente darle como el beneficio, y a veces pasa, se mejoran a pesar de uno, como que de repente son cosas que uno no sabe, de repente son cosas con la mamá, lo reencuadró, uno no sabe, a la larga no terminar emprejuiciandose, que a la larga muchos pacientes adictos por muy, no hay que darle la misma oportunidad por que uno cacha mas o menos quien va andar mejor o no pero siempre te sorprende porque la visión que tiene uno es super parcial”.

Conceptualización de las drogas.

El objetivo general de esta investigación, apunta conocer el estatuto que ocupa el fármakon en el discurso de los profesionales que intervienen en toxicomanía, para ello se hace necesario, saber el lugar que ocupa la droga en la problemática de las adicciones, según la percepción de los profesionales en salud mental.

El relato de los profesionales entrevistados, apunta principalmente que la droga no es el problema, si no que las personas tienen problemas con las drogas; otros señalarán que la droga es sólo la parte visible de la problemática de las adicciones.

E 1: “la droga es la punta del aisber de todo lo que ocurre con el sujeto”

E 2: “la droga misma no es lo que me parece mas peligroso pese algunas que son horrorosa por el daño que pueden ocasionar pero mas bien en los contextos sociales y culturales en las que están inciertas hacen que adquieran un peligro que creo que lo que puede llegar hacer es destruir a las personas”

E 3: “para mí las drogas no son el problema, las personas tienen problemas con las drogas que es diferente”

Del discurso emanado de los profesionales entrevistados, se puede interpretar que la droga se ha instalado en el sujeto para cumplir una funcionalidad, específicamente para generar placer o bien como sustituto de ciertos vacíos de la persona.

E 1: “efectivamente la persona siente placer al consumir droga o al consumir alcohol, sienten placer, algo sacia”.

E 2: “la droga es lo que hace sustituir a una carencia de la historia de la persona, tapa alguna dificultad, una carencia, algún vacío, es como un paliativo, como que está sustituyendo algo, sustituyendo entre comillas, no es que lo sustituya, está como llenando un espacio mas que nutrir a la persona lo va deteriorando por dentro, entonces (...), lo que pienso de la droga y de las adicciones que es como un chupete, la droga sería como una especie de chupete cierto que , este mmmm que le calma a las personas ciertas ansiedades, ciertas necesidades bien primitivas bien arcaicas que de alguna manera las simbolizo con el chupete por que como que ciertas funciones mas que nada de las personas, quedan arrestadas, quedan como

detenidas en etapas muy tempranas y posteriormente son sustituidas por el, por lo que sea digamos: el trago, la pasta, la coca, la marihuana”.

Otro aspecto que se puede interpretar del material obtenido a través de las entrevistas, dice relación con el hecho que las drogas ocuparían un lugar en el sujeto y que sus usos estarían dados por la necesidad del mismo, es así como funciona de mediador, de potenciador, como estabilizador de ciertas patologías, para evitar sufrimiento, etc.

E 1: “tienen dificultades para relacionarse, tienen dificultades interpersonales en el fondo ya que ellos ocupan sus pantallas para tratar de funcionar entre otros, y ahí la sustancia opera como mediador”.

E 2: “lo que hace la droga es, según mi punto de vista, es como ir desarrollando, potenciando un poco las parte que tiene como más dificultad digamos”.

E 1: “cuando hay por ejemplo daños más estructurales o cuadros de personalidad muy severos que contemplen estructuras narcisistas muy graves, ay se vuelve más difícil ese objetivo y ahí la droga va ayudar lo que me va a calmar lo que me va ha ayudar ha evitar sufrimiento etc.”.

E 5: “lo que uno recibe son pacientes con una patología dual grave, o sea pacientes bipolar y alcohólico, claro se pone a tomar y se compensa la bipolaridad o se descompensa la bipolaridad y se pone a tomar”.

E 7: “ciertas drogas son utilizadas para compensar ciertas patologías”.

Al entrevistar a los profesionales en ejercicio, aparece en sus discursos connotaciones de carácter cultural en relación a problemática de las adicciones.

E 1: “hay un tema de realidad social en la adicción (...), hay que tomar en consideración los niveles culturales, por ejemplo en Rusia se consume mucho vodka porque se supone que hace mucho frío y hay como una tendencia como ha beber harto, por un tema cultural, entonces está como normalizado, y hay cosas que están normalizadas en general en el mundo digamos, pero obviamente se entiende que cuando hay una adicción no se está dentro de lo normal, o sea, desde que se considera a la droga como un problema nacional, se está considerando que está fuera de lo normal, en algún momento el uso que se le estaba dando ha esa sustancia,

cayó fuera de lo normal, aquí en Chile cuando, cuando se empezó a hablar de alcoholismo, porque probablemente el alcoholismo ha estado siempre, pero en algún momento se empezó a problematizar que quizás esto no era tan bueno, por ejemplo si pensamos en las culturas más campesinas, en el campo se toma mucho y quizás ahora nosotros, ese campesino que toma el fin de semana, y que el papá tomaba el fin de semana y el abuelo que tomaba el fin de semana, que era un tema transgeneracional y cultural también, ahora ya no son normales.”

E 2: “la droga no ocupa un solo lugar en la historia ya que actualmente de igual manera hay movimientos como el rastafari que la utiliza para alabar a no se quien, por tanto pienso que también es parte de la cultura”

E 3: “que la gente consuma menos drogas y que no haya pasta base en las poblaciones depende también de lo social, de la educación, depende de varias cosas, eso no quita que la gente consuma droga, sí podría disminuir las dependencias y otras cosas”.

E 5: “el juicio que uno puede establecer acerca de las drogas es muy culturalmente dependiente, como de una cultura más constructora, desde ese punto de vista, estamos todos de acuerdo en ciertas cosas y todos encontramos que esto es bueno, esto es malo que por qué lo sea no, porque hay algunas que son legales y otras no, por qué la benzodiacepina sí y la marihuana no, el alcohol sí y la pasta no, o sea el tabaco sí y otros no, creo que a la larga, no sé, creo que es complicado, el concepto de normalidad o no, el concepto de bueno-malo de salud-enfermedad, en función de que es lo deseable y que es lo que no”

E 6: “es súper interesante que depende de donde uno esté, te vas encontrando con distintos tipos de drogas y eso también determinan diversas problemáticas sociales que se puedan estar dando en el lugar”

E 8: “mi opinión de las drogas es que es un tema social mucho más complejo y que está vinculada con la marginalidad, con la vulnerabilidad social, con estructuras, tiene que ver con cosas súper profundas que el poniéndolos sólo en la droga no se logra mucho, yo creo que es un problema de toda nuestra sociedad”

Las drogas o sustancias que producen cambios en el organismo, comienzan a ser un problema cuando caen fuera de la norma, al momento de caer fuera de la norma se comienza a problematizar sobre ella. Son un problema cuando ocurren excesos, cuando hay consecuencias producto del consumo, cuando hay personas que lo pasan mal. De acuerdo al relato de los profesionales se visualiza que a las drogas además de los problemas, se le vincula el surgimiento de nuevos conceptos, como

la violencia intrafamiliar, abusos y otros, pasando además ya no sólo a ser un problema social, si no que un problema médico que hace a la toxicomanía ser objeto de clasificación y con ello incorporarse a la nosología psiquiátrica.

E 1: “se empezó a ver que habían exceso, se empezó a ver que habían consecuencias, se empezó a ver que habían personas que la pasaban mal con esto, y ahí se empezó a ver que podía llegar a ser algo nocivo (...), surge la problematización de esto porque empiezan a pasar otras cosas como que empieza a aparecer el incesto, la violencia intrafamiliar, y empiezan a aparecer nuevos conceptos también que se empiezan a asociar al uso de sustancias, y también por que empiezan a haber problemas médicos, una situación de alcohol que empieza a provocar problemas médicos (...) se clasifica que hay un uso, un abuso, una dependencia para el problema de la sustancia, cuando se generan ciertas condiciones, físicas, psicológicas y sociales”.

E 6: “Entonces ya el objetivo comienza a ser distinto, completamente. Yo creo que esto cambió cuando empezó la manipulación de las drogas, al principio las drogas que existían eran el opio, la marihuana, y ya, pero cuando empezó a aparecer la cocaína, empezaron a manipular el opio, empezó a aparecer la heroína, de la cocaína a la pasta base y todas esas cuestiones extrañas, y ya se empieza a poner más tóxico”.

Dependerá de los usos que se le de a la droga su connotación negativa o no, por eso la ambigüedad de las mismas. El discurso de los profesionales da cuenta que a lo largo de la historia, las drogas o sustancias han sido catalogadas como buenas o malas, para algunos su estatuto dependerá de los usos que se le dé, para otros del malestar que estos puedan generar, también de sus excesos y las consecuencias que pueda tener su consumo tanto a nivel del individuo como a nivel familiar o social. Así su estatuto estará dado por el significado que la sociedad le asigne.

E 5: “Desde que el hombre es hombre como que agarraba una manzana y lo dejaba viendo monos verdes y otra que lo alimentaba como que va a existir siempre”.

E 1: “yo creo que lo que está en la vida no es malo, sino, que para qué lo usas, como funciona en tu vida y ahí es donde está el punto de quiebre porque la marihuana ha existido siempre, la coca ha existido siempre, el alcohol ha existido siempre, bueno ha existido desde que se hacen los procesos, bueno la marihuana como planta debe haber existido años digamos, el tema que se empezó a usar para volarse, la coca también el tema es que se procesa y se inhala, los incas la mastican, los aymarás las mastican porque están a una altura porque hay una presión

determinada ambiental, es un uso distinto, es un modo de sobrevivencia, de ajuste de la persona al medio, de ahí no me parece malo, pero si yo tomo la hoja de coca, la junto, la proceso y la transformo en hidrato de cocaína es otra cosa, funciona eso, entonces yo pienso que la palabra droga puede ser súper inofensiva, pero depende de sus usos (...), la palabra droga en sí es negativa, o sea, la definición de droga, que es una sustancia que altera al organismo ya es negativa, es algo ajeno a tí que provoca una alteración en tí, pero también están los medicamentos, los medicamentos también son drogas pero tienen una prescripción médica que sirve para mejorar o para aliviar, pero resulta que la droga también alivia seda, sube el ánimo pero la connotación distinta, y obviamente las secuelas son distinta, no es lo mismo que te prescriban una aspirina para que te quite el dolor de cabeza a que te prescriban un mote de cocaína. Sabemos que si tú inhalas cocaína inmediatamente te está matando neuronas, pero nadie te dice que esa aspirina te pueda estar matando algo, no lo dice, se supone que no, pero a lo mejor sí, la diferencia es que se ha comprobado que la cocaína y otras drogas provocan muerte neurona (...), la función obviamente y el exceso es lo que te va a llevar a verlo como negativo o no, y el que tenga consecuencias como familiares, físicas, emocionales, uno no puede llegar a decir la droga es mala, tú tienes que ir viendo la función que cumple en la persona esa droga y ahí tu vas viendo en el fondo por qué la busca, y tu trabajo con la persona es qué otras puedes buscar para saciar para aliviar etc.. Siento que las drogas no son ni buenas ni malas, sino el problema está en cómo se usan (...), pasa mucho por el significado que tú le des a las cosas y el uso que tu le des a las cosas.”

E 5: “si es bastante ambiguo pero creo que no es ambiguo en el minuto en que hay malestar, en que se asocia a gastos, mortalidad, de que se asocia a malestar físico”.

Los entrevistados refieren respecto al lugar de la sociedad en la problemática de las adicciones, debido a que la misma sería un facilitador, que a través de campañas publicitarias por ejemplo, incitan al consumo de ciertas sustancias como pasa con el alcohol. La droga podría estar inserta o ser objeto de discursos de poder.

E 1: “También como responde socialmente si es con la misma campaña publicitaria como el tema de alcohol por ejemplo que claramente incitan ha, lo promueven esto es bueno por que te sirve para y aparece el imaginario ahí, para ser feliz, para pasarlo bien, para tener mujeres, para tu ser mejor, son como los discursos inconcientes que te van quedando, para ser hasta más bonita si fumas, también es eso, entonces uno se pregunta – bueno lo que esta publicitado está aceptado, y lo que no es prohibido ”

E 3: “Yo creo que el hecho de que sean ilegales tienen una preponderancia y que por ende una emergencia en ese sentido. Lo otro me parece que la legalidad de las otras drogas les da mucho resguardo, y hay muchas empresas que están como detrás de esto y en Chile las empresas o las actividades vinícolas es bastante grande, es un producto de exportación etc., también aparecen las piscueros y todas esas”.

Según lo señalado por los profesionales, la droga no ha ocupado el mismo lugar a lo largo de la historia, ha existido siempre señalan algunos, pero en la antigüedad sus usos estaban relacionados con la espiritualidad y la salud, incluso cuando se crearon drogas para uso farmacológico se hizo con la finalidad de mejorar ciertas patologías. A las drogas se les connota una visión negativa cuando éstas se comienzan a sintetizar y ya no ocupan un lugar en lo que es la salud y la espiritualidad, si no que se relaciona al placer, a la satisfacción inmediata, y a la entretención y el divertimento.

E 1: “Históricamente la droga siempre ha existido, desde que existe el ser humano pre-históricamente incluso, la droga existe, o sea, me refiero a que existen las sustancias que producen cosas en el organismo”.

E 6: “Yo creo que las drogas antes estaban más ligadas a lo más espiritual, a algo más chamánico, y a medida que se fueron manipulando ciertas drogas químicamente y se fueron produciendo más estimulación, se fueron haciendo más potentes, que te servían para trabajar, fueron cambiando el uso y el objetivo del uso de la droga, entonces ya no es para poder comunicarse con buda o poder estar en contacto con la naturaleza, si no que es para poder carretear bien, poder tomar mucho más, o llevar muchos días carreteando sin dormir, o trabajando”.

E 2: “Son muchos lugares que ha ocupado a lo largo de la historia, desde las plantas sagradas que ocupaban los originarios en América, en África Asia, pero al menos en América las plantas de poder que llamaban los chamánes eran y son miradas como medicina en esta cosmovisión indígena son de alguna manera como vehículos de tránsito o de apertura de conciencia o de sanación o vehículo de contacto con otras dimensiones, entonces ahí por ejemplo ocupan un lugar preponderante en lo que es la salud y espiritualidad (...), por otro lado hay todo un desarrollo y un trabajo en función de ir creando diferentes tipos de drogas que de alguna manera están orientadas a tratar farmacológicamente las distintas patologías psiquiátricas que se han ido definiendo a lo largo de la historia como todos los trastornos psicóticos, del ánimo son tratados con fármacos que de alguna manera

contienen cierto, un principio activo y que son utilizadas en función de la salud (...). No se desde cuando empezaron a sintetizarse drogas que no estaban orientadas ni a la salud ni a la espiritualidad ni en función de la salud mental y empezaron a estar apuntadas al placer, a la satisfacción inmediata y del entretenimiento y el divertimento”.

5.2. Análisis e interpretación de los resultados en relación a los objetivos:

A continuación, se presenta el análisis de los datos obtenidos, a través de las entrevistas en profundidad realizadas a los profesionales, en relación a los objetivos planteados en esta investigación.

En lo que se refiere a la dimensión identificada con la mirada de sujeto que los profesionales poseen respecto a aquellos pacientes que consumen sustancias y que llegan a los centros especializados de tratamiento en la problemática de alcohol y drogas, el discurso de los profesionales entrevistados nos da cuenta de diversas consideraciones que se tiene del sujeto de intervención. Desde la mirada profesional dichas consideraciones dan cuenta de:

- Que se hace distinción entre aquellos sujetos que consumen sustancias y aquellos que terminan en una dependencia de las mismas. Se hace distinción de aquellos que exploran en el consumo ya sea por diversión, por pertenecer a un grupo y otros que terminan en una dependencia cuyo consumo se vuelve habitual y que resulta perjudicial para el sujeto y su entorno, dicho factor haría la diferencia entre unos sujetos y otros, diferencia que también se traduce en las intervenciones que el paciente reciba luego de haber sido discutido el caso con el equipo de intervención, con esto no se toma en cuenta la situación de sujeto ya que prima la utilización de la sustancia.

- Otra de las distinciones que se logra inferir de los discursos de los profesionales en relación al sujeto de intervención, se hace al momento de distinguir entre aquellos pacientes que llegan a la clínica con la finalidad de someterse a un tratamiento y otros que llegan buscando el medicamento mágico que los hará dejar de consumir, estos últimos pacientes han sido denominados por un equipo de trabajo como “*el pastillómano*”.
- Los profesionales manifiestan que debe haber rigurosidad cuando se enfrentan a pacientes con perfiles impulsivos, rasgo que los mismos profesionales señalan como característico en sujetos consumidores de sustancias, ya que muchas veces son consumidores de múltiples sustancias y los medicamentos que les son prescritos pueden terminar siendo fuentes de abuso.
- Se destaca otro tipo de distinción en los sujetos consumidores de sustancias, que cuando se está enfrente de una patología dual, cuando hay presencia de una co-morbilidad psiquiátrica del eje dos por ejemplo o un trastorno de personalidad, en ese caso la conceptualización que los profesionales tienen de dicho sujeto es distinta y se visualiza en el relato una dificultad por parte de los profesionales al momento de intervenir estos tipos de casos. Incluso se le asocia a este tipo de pacientes, el consumo de múltiples sustancias, que incluso incorporan en su adicción medicamentos de prescripción médica, o que consumen cocaína y luego usan otras drogas para bajarse etc, además los profesionales visualizan pacientes que no necesariamente necesitan del pastilleo para tratar su adicción.

- Los profesionales señalan que el sujeto ocupa un lugar primordial al momento de intervenir en la problemática de adicción, para muchos de ellos está primero el sujeto y después la sustancia; el hecho de situar a la droga como sustituto hace que los profesionales enfoquen su atención en la historia del sujeto, en sus primeros días de vida, en su infancia, en las pautas vinculares vivenciadas durante su desarrollo, en el contexto familiar en el cuál creció, incluso la importancia del contexto experimentado por sus madres en el periodo de gestación, atribuyendo importancia a lo que le sucede al sujeto en relación a su estructuración. Manifiestan que las drogas serían secundarias a su problema de adicción, sin embargo, se logra interpretar que las drogas nunca dejan de tener su lugar en las intervenciones visualizando principalmente al inicio del tratamiento que será de acuerdo a la cantidad y el daño causado en el sujeto y su familia por el tóxico, el tipo de intervención que recibirá de acuerdo a lo acordado por el equipo de trabajo. El sujeto no existe al momento de optar por un tratamiento, por lo menos en el sector público. Estas aproximaciones que los profesionales hacen con respecto al sujeto de intervención, no hacen más que estar mediada por las drogas, será la cantidad o el tipo de droga que se consuma la que definirá al tipo de persona que se tiene enfrente. El primer acercamiento que los equipos o los profesionales tienen con los pacientes no hacen más que evidenciar la supremacía de las sustancias arriesgando con ello la presencia de subjetividad en las intervenciones.
- Del discurso emanado por los profesionales, se pueden desprender ciertos rasgos característicos de los sujetos consumidores de sustancias, entre ellos, rasgos de impulsividad, dificultad para establecer relaciones interpersonales, dificultad empática, intolerancia a la frustración, distorsión de las percepciones, sentido de realidad alterado, dificultad para identificar y diferenciar aspectos emocionales, dificultad para dar cuenta del registro de una emoción o para contenerla.

- Se interpreta una dificultad por parte de los profesionales, tanto psicólogos como psiquiatras, al momento de enfrentar una adicción, sus dificultades radican principalmente en hacer la separación entre el manejo conductual que se lleva a cabo en las adicciones, y el manejo de las problemáticas que el sujeto trae a la clínica. Dicha metodología de trabajo, no hace más que hacer del sujeto, un objeto de división al momento de su tratamiento. Es así como algunos profesionales, manifiestan lo difícil que resulta hacer “*el salto*” desde el manejo conductual de las adicciones, a un manejo más subjetivo, uno de los entrevistados señala la “*división imaginaria*”, que realiza al momento de intervenir, por un lado el manejo conductual de la adicción como fortalecimientos de recursos, prevención de recaídas etc., y por otro el ámbito psicoterapéutico en donde se trabajan “*focos de terapia*” que son explorados en las sesiones relacionados o no con el consumo de sustancia. División fantasiosa que hace que las intervenciones fluctuen de sujeto a objeto, de objeto a sujeto, corriendo el riesgo de evacuar al sujeto en su totalidad al momento optar por un tratamiento. El estatuto de las drogas oscila constantemente al momento de las intervenciones, generando con ello una tensión permanente en los profesionales y poniendo en riesgo el lugar de sujeto en la intervención.
- En cuanto a establecer distinciones estructurales, los profesionales manifiestan que los sujetos con dependencia de sustancias se caracterizan más por estructuras de personalidades limítrofes, con mecanismos de defensas bajos acompañado muchas veces de un sentido de la realidad alterado. Algunos profesionales señalan rasgos psicopáticos asociados al consumo de sustancias, sobre todo cuando estos se acompañan de conductas antisociales. En términos estructurales, señalan que aquellos sujetos consumidores de alcohol solamente se caracterizan por tener estructuras de personalidad más sólidas que aquellos que mantienen un consumo de drogas más duras, como la pasta base y la cocaína.

En lo que se refiere a la dimensión identificada como los aspectos implicados en la problemática de las adicciones, según el relato de los profesionales entrevistados, dan cuenta de un conocimiento acumulado que se tiene en relación al consumo de sustancias, pero además los profesionales manifiestan en las entrevistas aspectos identificados en la clínica, causas implicadas en la problemática de las adicciones visualizadas en el acercamiento que los profesionales han tenido con la clínica de las toxicomanías.

- En relación a los aspectos psicológicos asociados a la problemática de adicciones, los profesionales dan cuenta de dificultades vinculares que los sujetos vivencian durante sus primeros días de vida, su primera infancia, durante su desarrollo, y como ya se mencionaba más arriba, dificultades que la madre de estas personas vivencian durante el periodo de gestación de sus hijos. Contextos gestacionales negativos que los profesionales han alcanzado a dar cuenta al momento de entrevistar a las madres de sujetos consumidores, madres que señalan rechazos hacia sus bebés, abandonos de los padres, vivencias que no facilitan una matriz de contención inconsciente para el bebé. Estas vivencias desencadenan que aquel sujeto que se está estructurando no logre dar registros a las emociones, a eso los entrevistados dan fundamento cuando se refieren al sujeto consumidor de sustancia como un sujeto que se caracteriza por su impulsividad, sus dificultades empáticas, y sus dificultades para relacionarse con los otros.
- Otros señalan a madres con estructuras de personalidades débiles, incapaces de brindar contención, de dar cobijo a las demandas del bebé, dan cuenta de madres que se vinculan con sus hijos de modo ambivalente, sobreprotección por un lado, que se angustian y que dan todo por este hijo, y por otro lado, madres que no identifican las demandas de aquellos. Dicha ambivalencia

daría fundamento a lo que se conoce como la “*co-dependencia*” presente en la mayoría de los casos como lo relatan los profesionales.

- Las pautas interaccionales de las familias también es un aspecto relevante encontrado en el relato de los profesionales entrevistados, secretos familiares, padres alcohólicos, triangulación, historia de infancia triangulada en conflictos parentales, que ya de más adolescente para no triangularse recurre al consumo, triangulación que los hace ir y venir y que lo sitúa en una ambivalencia constante.
- Los entrevistados señalan de primera entrada que en la problemática de las adicciones influyen una serie de factores los psicológicos que ya se señalaron los psicosociales y los culturales. En relación a los aspectos psicosociales implicados en la adicciones, los relatos dan cuenta de vulneración vivenciados por los sujetos, vulneración de derechos, situaciones abusivas ya sea sexuales u otros tipos de abusos asociados a la desprotección por ejemplo, vivencias de malos tratos, abandonos, abandonos temporales por parte de las familias, en esta misma lógica del ir y venir, del estar y no estar.
- En cuanto a los aspectos culturales, los análisis dan cuenta de las implicancias geográficas que están relacionadas con el consumo, los entrevistados señalan que dependerá del lugar en el cuál están insertos, será el tipo de sustancia que consumen y la problemática social a la cual se le asocia. Una de las entrevistadas señala trabajar además en Mulchén en donde la problemática de adicción en ese lugar se asocia al alcohol cuyo consumo dificulta las relaciones interpersonales de la comunidad, a diferencia de Lampa donde el consumo es mayormente de pasta base y que se asocia a la violencia y abusos. En su relato da cuenta que la adicción de ciertas sustancias, pasa por el acceso que se tenga a ellas.

- Los entrevistados asocian también el consumo de sustancia a los cambios sociales que se experimentan en la actualidad, sobre todo en relación a una cultura más individualista que ha debilitado el apoyo familiar, de los amigos o vecinos, se han ido perdiendo las redes sociales, las cuales hacen aparecer vacíos que son llenados con esos placeres que son las drogas. El desarrollo del capitalismo ha llevado a exigir mucho trabajo, mucha exigencia, mucho tiempo, y ha llevado a los sujetos a funcionar de acuerdo a las exigencias del medio que para ello, muchas de las veces, los ha conducido a recurrir a sustancias que regulan su organismo.
- Además hay una cultura que valida el consumo, partiendo desde el grupo de la plaza hasta las industrias del alcohol y el tabaco, que a través de sus spots publicitarios promueven el consumo a través de un imaginario, por que te hace ser feliz, por que te hace más linda etc, etc.

En relación a los aspectos implicados en el consumo de sustancias, se logra inferir del relato de los profesionales la importancia de la relación vincular que experimentan estos sujetos ya desde su etapa gestacional, sin embargo, a poco andar, aparece el objeto relacionado a la problemática del consumo y el estatuto que se le atribuye parece ser de importancia, tránsito del vínculo al objeto o del objeto al vínculo, movimiento constante como si se tratara de un juego donde las reglas no quedan claras y donde la oscilación es constante.

Una tercera dimensión, está relacionada con indagar en las intervenciones terapéuticas que se llevan a cabo en el ámbito de las drogodependencias, según el relato de los profesionales que intervienen en dicha problemática.

Para obtener un mejor análisis de esta dimensión, fue necesario conocer el modelo de intervención clínica desde el cual intervienen los profesionales. Los resultados de las entrevistas dan cuenta de una heterogeneidad de modelos al cuál se

adscriben los psicólogos al momento de intervenir en los espacios psicoterapéuticos, sin embargo, la gran mayoría de los entrevistados comparten la importancia de la intervención en equipo y trabajar desde un enfoque multidisciplinario con una mirada de intervención biopsicosocial.

- El discurso de los profesionales da cuenta que el trabajar desde una mirada biopsicosocial, no se mira al sujeto consumidor de sustancia como un sujeto dependiente, si no que como un sujeto que tiene problemas de adicción, sujeto que trae una historia con problemáticas transgeneracionales, genéticos y vinculares.
- Los entrevistados hacen referencia a los múltiples enfoques de intervención que existen para tratar el problema de adicciones, pero aquel que está como validado y comprobado, tiene que ver con un enfoque multidisciplinario, enfoque multidisciplinario que se traduce en trabajar en equipo con la finalidad de abordar las distintas áreas del sujeto, lo biológico, lo psicológico y lo social.
- En lo que respecta a las intervenciones de psicoterapia, se logra inferir del relato de los profesionales, una cierta dificultad al momento de la intervención, algunos señalan abiertamente que se hace una separación al momento de intervenir, se hace una “*división fantásica*”, en donde por un lado se trabaja de modo conductual el consumo de sustancia, y por otro se trabajan focos de terapia que son explorados a medida que avanzan las sesiones en el cuál se utilizan enfoques sistémicos, posrracionalistas, cognitivos conductuales, estratégicos, etc. Se logra además dar cuenta que los enfoques serán escogidos de acuerdo al sujeto que se tiene en frente, por ejemplo, no se puede tratar un paciente desde la mirada sistémica en caso que no tenga familia o redes de apoyo cercanas, en ese minuto se recurre a otros modelos de intervención.

- El modo conductual al cual los profesionales se refieren, tiene relación a trabajar los factores de riesgos que puedan estar presente para el sujeto, prevención de recaídas, manejo conductual de ciertas situaciones, y ver el objetivo en cuanto a la droga se trata, es esta división o separación que dificulta y arriesga la subjetividad al momento de intervenir, los profesionales, tanto psiquiatras como psicólogos, dan cuenta de la angustia que representa esta situación, incluso manifiestan la dificultad que significa de hacer el salto o bien el hacerse el tonto con otras cosas que ocurren a nivel más subjetivo, *“la persona no existe cuando se está en frente de una adicción”*. Cuando se está en presencia de una persona que consume sustancia suscita una emergencia, emergencia que tiene relación con extirpar el tóxico del cuerpo.
- Una variable que condiciona el trabajo psicoterapéutico, tiene relación cuando se está en presencia de una co-morbilidad psiquiátrica o un trastorno de personalidad, los psicólogos principalmente manifiestan en sus relatos que el trabajo con este tipo de pacientes se dificulta bastante ya que muchas veces el consumo de algunas sustancias vienen a compensar ciertas patologías. Con esto quieren señalar que la droga cumple una función en el sujeto, una función un tanto ortopédica en donde el juicio que se les hace a la sustancia comienza a fluctuar, cuando la droga se instala en el sujeto para compensar una patología, el lugar que ocupa en el registro simbólico de los profesionales ya no queda del todo establecido y forma parte de una tensión permanente, sin embargo, en el contenido manifiesto de sus discursos señalan lo importante que significa hacer el cambio de un consumo de sustancias ilícitas por otras sustancias más controladas y menos dañinas.

Un aspecto importante de considerar para indagar en las intervenciones terapéuticas que se llevan a cabo en la problemática de consumo de sustancias, es lo referente a los objetivos de las intervenciones.

- El relato de los profesionales incluyen que a nivel de guías clínicas y políticas públicas lo que se busca es que las personas se abstengan de la droga problema. Sin embargo la experiencia que los profesionales entrevistados han tenido en la clínica de las toxicomanías, los ha llevado a reorganizar el modelo dentro de los equipos, reorganizando los objetivos de acuerdo a lo que el paciente escoja como aquello que quiera lograr en una terapia, que puede por ejemplo ser no abstenerse de la droga problema pero sí escoger como objetivo una reducción de daño. Si embargo al consultar por los logros en el tratamiento, estos están directamente relacionados con la abstinencia o lo prolongado en tiempo que una persona pueda estar sin consumo.
- Mejorar la calidad de vida de las personas es otro objetivo que se quiere lograr con las intervenciones, por eso la lógica de reducción de daño que últimamente se ha incluido en las políticas que emplean algunos equipos terapéuticos. Este mejorar la calidad de vida tiene relación con proponer un proyecto de vida a la persona que no necesariamente tiene relación con los objetivos que buscan las guías clínicas o los protocolos de Conace que tienen que ver con el se reinsertó o no se reinsertó en el trabajo, volvió a estudiar o no volvió a estudiar, está consumiendo o no, volvió a vivir con su familia o no, si no que tiene que ver con lo que la persona busca y construye como proyecto. En la terapia se “co-construye”, los objetivos terapéuticos con el paciente.
- Para los profesionales, se hace necesario en las primeras sesiones trabajar la motivación al tratamiento y el vínculo. Para los psiquiatras es de vital

importancia hacer alianzas con los pacientes y tomar contacto con las redes de apoyo más cercanas para el manejo de medicamentos.

Se hace relevante en esta dimensión de análisis, hacer la distinción entre los objetivos que persigue una psicoterapia, y los objetivos terapéuticos a los cuáles apunta la psiquiatría.

- Para los psiquiatras, el objetivo de sus intervenciones, apunta a hacer retiro de la sustancia, y al manejo de los síntomas de abstinencia. Las entrevistas dan cuenta de una queja por parte de estos profesionales al momento de insertarse en una comunidad terapéutica, en un consultorio, o en un centro de atención secundaria de salud ya que su participación en los equipos se hace muy restringida y se visualizan a sí mismos apartados de las intervenciones en equipo, lo que dificulta su trabajo y que muchas de las veces tienen que ir en búsqueda de los terapeutas para conversar del caso y compartir opiniones.
- Otro aspecto que se logra descifrar en el discurso de los profesionales y que tiene relación con lo anterior, es que el lugar que ocupa el psiquiatra en los equipos de intervención, es sólo un apoyo, visión que no se condice cuando de habla de un modelo “*biopsicosocial*”, y de una mirada “*multidisciplinaria*”.

El análisis de esta dimensión, deja entrever la angustia que presentan los profesionales al enfrentarse a un problema de toxicomanía, la urgencia por hacer retiro de la sustancia en la persona genera una tensión tal que a muchos los lleva a escindir las intervenciones, entre un manejo conductual del consumo a una intervención más subjetiva. Como ya se anticipaba, esto no hace más que arriesgar la presencia de sujeto en las intervenciones. Lo sugestivo del farmakon hace que el salto de una intervención a otra se torne angustiante para los terapeutas, incluso sitúan los logros del lado de la abstinencia de la sustancia, y no del trabajo subjetivo que se pueda lograr.

Una última dimensión, está relacionada con un aspecto que atraviesa la investigación y las dimensiones anteriores, ésta tiene relación con la conceptualización que se tiene de las drogas según el discurso de los profesionales entrevistados.

Para el análisis fue importante conocer el lugar que ocupa la droga en la problemática de las adicciones para los profesionales que intervienen en este ámbito. Además conocer por parte de los mismos, el lugar que han tenido las mismas a lo largo de la historia.

- Los resultados dan cuenta que las drogas antiguamente estaban ligadas a lo espiritual, eran de usos chamanísticos y que se utilizaban para tomar contacto con otras dimensiones como dioses, budas, etc., que eran vehículos de paso hacia otros mundos. Luego pasaron a ser objetos de la salud, drogas utilizadas por médicos y boticarios para curar enfermedades. Los profesionales señalan que en algún momento ciertas sustancias se comenzaron a sintetizar y con ello el abuso de las mismas, aquellas ya no eran consumidas de manera pura sino que sintetizadas. Esto da cuenta que se conceptualiza a la sustancia según su aparición en la historia, y que su toxicidad estaría dada por el uso y la mezcla de estas con otras sustancias. Los profesionales visualizan a las drogas como algo que tuvo su esencia pero que aquella se perdió por el mal uso y abuso de las mismas, con esto dejan de lado las reflexiones que los mismos señalaban con anterioridad cuando situaban a las drogas como el suplemento o el compensador de ciertos dolores y sufrimientos. Las drogas siempre han tenido su utilidad, sin embargo esto parece quedar velado a la hora de referirse ha ellas cuando se está en presencia de un toxicómano, las drogas en manos de drogadictos es mala, pero no cuando están del lado de la medicina. Si bien muchos enfatizan en la adicción a ciertos psicofármacos, estos parecen ser menos angustiantes que las drogas denominadas duras, incluso dan cuenta de

un trabajo de reducción de dosis con los psicofármacos, no así con las drogas duras cuyo retiro se traduce en una emergencia por concluir.

6. Conclusiones

Con la finalidad de responder a la pregunta de investigación, de responder a la pregunta por el farmakon, fue necesario transitar por el discurso emanado de los profesionales de salud mental que desempeñan su profesión en el ámbito de las toxicomanías, es en el discurso, a través de la palabra, que se logra inferir el estatuto del farmakon, estatuto que no ocupa un único lugar, sino que se desplaza de un punto a otro, de un sitio al opuesto del mismo, y que da señales de una permanente oscilación.

A simple vista se puede inferir del relato, que ha existido por parte de los profesionales y las instituciones especializadas, una intención de problematizar con respecto a las intervenciones, sobre todo al lugar que ocupa la droga en las mismas, muchos señalan que las drogas no son el problema, y que el problema se encontraría centrado en la persona, sin embargo, la droga, sus efectos en el organismo, y en la sociedad, hacen de las intervenciones ser el lugar de una permanente tensión, una tensión depositada más en el terapeuta que en la persona que consume algún tipo de sustancia. Hacer retiro de la sustancia, suscita una emergencia al momento de intervenir, relegando al sujeto al plano de la no existencia, evacuándolo así para dar paso al objeto, en este caso al objeto droga.

Las intervenciones en toxicomanías no podrían sostener sólo al sujeto, de acuerdo a lo leído en el discurso, sino que tendrían que incorporar otros aspectos, sujeto presente ausente, sujeto u objeto, oscilación constante que puede responder a la tensión que viene a significar la presencia de la droga, presencia de un objeto real del cual no se puede pretender ignorar, por eso la división que dan cuenta muchos profesionales “división imaginaria”, como más de alguno lo señala al momento de intervenir, el cuerpo y la sustancia por un lado y por otro la historia de vida de la persona. Hay objeto, y este objeto puede estar asociado a cómo aparece él mismo culturalmente, con toda su oscilación, es malo porque produce desordenes,

malestares, pero a la vez es compensador de ciertas patologías, opera en las personas más débiles, viene a cumplir ciertas funciones en el sujeto que le permite estructurarse de un mejor modo, etc.

Será la dimensión sugestiva del *farmakon*, su poder de encantamiento, esa virtud de fascinación como lo señalaba Derrida (1975), ese poder de hechizamiento que puede ser por turno benéfico o maléfico, es lo que llevará a los profesionales a situarse en un lugar de tensión constante, la aproximación al toxicómano como lo señalaba Vera Ocampo (1988), quedará marcada por los efectos de fascinación desviando la práctica clínica hacia las técnicas conductistas donde todo se está permitido. Tensión y oscilación que hace evacuar al sujeto y no permite de modo alguno un lugar para la transferencia.

Los análisis dan cuenta que al toxicómano se le ubica del lado de lo psicopático a los cuales se les asocia conductas antisociales, esta visión no hace más que reducir a la toxicomanía a un plano ya conocido, además de ser un lugar que causa rechazo y un prejuicio de pocas posibilidades de cura, se le asimila a una forma de perversión, lo que llevará a evacuar en la teoría y en la clínica todas las cuestiones específicas de la toxicomanía.

La toxicomanía causa rechazo, pareciera que estamos en presencia de un temor por parte de los profesionales de intervenir, la demanda del toxicómano se torna incómoda y esta incomodidad se reduce a que los profesionales se defiendan en un marco teórico clínico rígido y sellado por la apariencia como lo señalaba Vera Ocampo (1988). Pareciera que la toxicomanía generase temor en los profesionales que se ven enfrentados a ella, este *farmakon* que fascina no hace más que tensionar y tornar compleja la problemática lo que lleva a los profesionales a desviar la intervención a un terreno más rígido con respecto al modelo clínico, será más cómodo intervenir de manera coercitiva de modo que al desplazar la amenaza del tóxico no se arriesga el status del profesional que interviene.

La Droga opera como veneno, pero a la vez remedio y su estatuto estará dado por su determinación social. Lo que en algún minuto funcionó como cura se transforma en veneno, se transforma en veneno cuando pasa a ser el elemento de conflicto en las familias, cuando crea problemas económicos, y cuando causa desordenes, mientras la persona no dé señales reales de su adicción, no será un problema, el límite estará dado por los desordenes a los cuales se les asocia, cuando está asociado a malestar, a mortalidad y a sufrimiento, la droga es mala, de lo contrario no lo sería. Incluso en el mismo discurso de los sujetos consumidores de sustancias, se puede rastrear el punto límite, casos en que el consumo viene de años, pero sólo se hace presente su toxicidad cuando está asociado a malestares, pero en lo real malestares más ajenos que propios ya que seguramente sus malestares y vacíos propios, han sido parte de su historia y su constitución.

Las drogas en la actualidad se conciben tal cuál como el platonismo consideraba al farmakon, algo externo que vienen a interrumpir la organización, por eso la emergencia que causa hacer retiro de la droga del cuerpo de las personas pero cuya intervención arriesga la presencia de subjetividad, arriesgando con ello una posibilidad de cura.

La droga además es ubicada en un lugar de centralidad según lo inferido en el discurso, emerge como un elemento explicativo en sí mismo de múltiples dinámicas sociales, como la violencia, la delincuencia, la desintegración familiar, etc., convirtiendo a las drogas en causa o efectos de las mismas, y pensándolas además como un elemento articulador de las explicaciones respecto a las dinámicas sociales que se presentan en determinadas localidades, es así como al momento de referirse a las drogas, manifiestan que su significado es culturalmente dependiente y que a cada localidad se le asocia un tipo de substancia, y con ello una determinada problemática social.

La oscilación que se hace presente en las intervenciones, la tensión de la cuál se hace parte, responde a la emergencia del orden social, por tanto las intervenciones no dejan de centrarse en las sustancias sin visualizar que la subjetividad está en juego, es entonces como los logros en los tratamientos se definen según la respuesta que dé la persona a la demanda social, su reinserción socio-ocupacional como lo nombran, respuestas que incluso son susceptible de medir y cuantificar, relegando así el dolor psíquico y la dependencia psicológica a un lugar que sólo podrá ser posible su aparición bajo ciertas condiciones como la abstinencia, minuto en que ya no presenciamos la subjetividad sino que solo vivencias amparadas en el objeto.

Es entonces como la droga vendría a ser el *farmakon* del cuál nos habla Derrida, aquello que no tiene esencia, que no tiene ninguna identidad ideal que es aneidético, es el medio en que se oponen los opuestos, el movimiento y el juego que los relaciona mutuamente y que los hace pasar de un lugar a otro. Es así como el *farmakon* ocupa su lugar en las intervenciones en toxicomanía.

A modo de discusión

Los análisis nos reflejan el lugar, o más bien el no lugar, del sujeto en la clínica de las toxicomanías, el sujeto “no existe” señalaron algunos al momento de intervenir. Al suponer como condición necesaria del tratamiento que la droga sea retirada, no hace más que confirmar la creencia del toxicómano en que su toxicomanía es el efecto de los efectos farmacodinámicos de las drogas y no, como lo señala Vera Ocampo (1988), el resultado del lugar que él le otorga en la dialéctica de su propio deseo.

Lo esencial en la toxicomanía, no son las propiedades farmacodinámicas de las sustancias, sino, como se revisó en el marco teórico de este trabajo, el autoerotismo subyacente en tanto que ideal narcisista de independencia, y cuya

función no es otra que la de repudiar la ausencia estructural de un objeto real y adecuado al deseo. Para que todo esto sea necesario, Vera Ocampo (1988) señala que será necesario que el renunciamiento pulsional que supone el abandono de la droga tenga lugar en el interior de la relación con el analista, y sólo en el momento en que esta relación, en tanto experiencia viva de placer, haya cobrado para el toxicómano tanta importancia como la que tiene su relación mortífera con la droga.

La experiencia de Vera Ocampo con pacientes toxicómanos, nos invita a reflexionar sobre los actuales preceptos de las drogas insertas en la clínica de las toxicomanías que se llevan a cabo en los centros especializados de tratamiento, evacuar al sujeto en la relación terapéutica resulta ser sólo un acto iatrogénico ya que una experiencia inaugural de una relación posible y verdadera con el otro no será posible si el terapeuta, en su emergencia de extirpar el tóxico, no se dirige a un sujeto, si no que a un objeto que porta en sí mismo las problemáticas de aquel que nunca fue llamado a la clínica. Se hace necesario que el encuentro del terapeuta con su paciente no se dé en los marcos de represión o de complicidad para así permitir al toxicómano vivenciar una experiencia de relación con el otro a partir de la cual la experiencia autoerótica con la droga perderá su carácter exclusivo. Vera Ocampo (1988) señala que así será como el analista dejará de ser para el toxicómano una entidad simbólica para convertirse en otro real, en alguien que realmente podrá ayudarlo a alcanzar un nivel superior de comunicación, dejando atrás el estadio en el que saciarse al precio del sometimiento a la pulsión constituía el único modelo de relación y satisfacción posible.

El sujeto ha sido expulsado y no hay lugar a su configuración, es en este momento en que estamos en presencia de una clínica de la ausencia. Hoy en día presenciamos una clínica de ausencia de subjetividad, hay una pretensión social y de las ciencias de la salud, de abolir las diferencias y singularidades, estos llevan a promover e incrementar las pretensiones clínicas que aparecen sin la subjetividad. Será preciso indagar, como dice Moraga (2005), en las condiciones en las cuales una

determinada subjetividad situada en una cultura, en un momento histórico, en unas condiciones personales determinadas, se ve inclinada a lo que hemos llamado adicciones (sin-palabras); una de ellas la toxicomanía, otra la anorexia, la bulimia, la obesidad etc.

El modo en cómo se ha configurado nuestra sociedad actual, lo que demanda y su emergencia, no hacen más que exigirnos a nosotros los profesionales, plantearnos y replantearnos nuevas discusiones ante las nuevas patologías de la época, ya que en el caso de las adicciones, el atribuir los efectos farmacodinámicos de la sustancias no hacen mas que comprender la subjetividad como un mero organismo.

A la base de esta investigación se hace necesario concluir que el farmakon se instala en las intervenciones en un lugar de ambigüedad constante, oscila, se mueve pero no se cuestiona ni se hace la pregunta por aquel, su imperio en las toxicomanías no hacen más que rigidizar las intervenciones para así evitar las frustraciones que muchas de las veces genera en los profesionales involucrados en la tarea de la cura, cura que por lo demás no se instala en el sujeto sino que en el farmakon ya que la cura se traduce en abstinencia del tóxico, es así como estamos en presencia de una cura pasajera que procura una emergencia.

Estará en manos del terapeuta el modo de intervenir en las toxicomanías, esto en términos clínicos genera una reflexión a modo de conclusión que es el cómo influyen las grandes instituciones creadas para el tratamiento de las adicciones y otros, en el ejercicio clínico de los profesionales enfrentados a las nuevas patologías de la modernidad o a las subjetividades límites como algunos señalan, o bien si la formación de los profesionales incorporan estos nuevos malestares de nuestra sociedad actual.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aksenчук, Rosa. (s.f.) *Del goce globalizado a la ética de la diferencia: Toxicomanía y psicoanálisis*, extraído el 11 de Junio de 2008, desde: <http://www.rosak.com.ar/marcas-epoca/toxicomanias-globalizacion.htm>
- Berman, Marshall. (2004). *Todo lo sólido se desvanece en el aire. México: Siglo XXI.*
- Bilbao, Alejandro. (2003). Revista de la Escuela de Psicología, facultad de filosofía y Educación, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Santiago. Vol. II.
- Conace, (s.f.), Extraído el 24 de Junio de 2008, desde www.conacedrogas.cl/inicio/conace_historia.php
- Delgado, Juan Manuel y Gutiérrez, Juan. (1995) *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis S.A
- Derrida, Jacques (1975). La farmacia de Platón. En *La Diseminación*. Caracas: Fundamentos
- Derrida, Jacques. (1997). *Cómo no Hablar*. Barcelona: Ed. Proyecto A Ediciones.
- Escohotado, Antonio. (1994). *Las Drogas, de los orígenes a la prohibición*. Madrid: Alianza.

- Escohotado, Antonio. (2005). *Historia general de las drogas*. Madrid: Esparsa.
- Foucault, Michel. (1970/2005) *El Orden del Discurso*. Título original: L'ordre du discours. Trad. de Alberto González Troyano. Buenos Aires: Tusquets Editores.
- Freud, Sigmund (1884). *Sobre la cocaína*. «Über Coca». Trad. Luis López-Ballesteros y de Torres. Extraído el 20 de Octubre de 2008, desde: <http://elortiba.galeon.com/freud35.html>
- Freud, Sigmund. (1897). Cartas a Fliess. En *Obras Completas, Tomo 9*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, Sigmund. (1929). El Malestar en la Cultura. En *Obras Completas, Tomo 8*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Giberti, Eva. (2008, 07 de Julio). *Pharmakon: las drogas ¿se despenalizan?*, Extraído el 24 de noviembre de 2008 desde <http://blogs.periodistadigital.com/eldivan.php/2008/07/07/p176056>.
- Gil Fernández, Luis. (Platón, trad. 1995). *Platón: Fedón Fedro*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Guiraud, Pierre. (1991). La significación: forma y sustancia del signo. En: *La semiología*. México: Siglo XXI.
- Hernández, Roberto; Fernández, Carlos; Baptista, Pilar (1998). *Metodología de la Investigación*, Editorial McGrawhill.

- Kristeva, Julia. (1995), *Las nuevas enfermedades del alma*. Madrid: Cátedra S.A.
- Le Poulichet, Sylvie. (1990). *Toxicomanías y Psicoanálisis: La narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Moraga, Patricio. (2005). *Cultura y psicoanálisis: para una crítica de la comprensión biomédica de las toxicomanías*. Documento Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Pereña, Francisco. (1995). Formación discursiva, semántica y psicoanálisis. En J. Delgado y J. Gutiérrez.) *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (pp. 465 - 491). Madrid: Síntesis S.A
- Pérez, Cristina. Revista Española de Salud Pública, Volúmen 75 Nro. 5, Madrid, 2002, extraído el 25 de Noviembre de 2008, desde: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135-57272002000500001&script=sci_arttext&tlng=en
- Rodríguez Piedrabuena, José. (1996). *¿Por qué nos drogamos? Del poder y otras adicciones Estudio Psicoanalítico*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Rojas, Jorge. (2001). Los niños y su historia: un acercamiento conceptual y teórico desde la historiografía. *Pensamiento Crítico 1*, Revista Electrónica de Historia
- Romaní, Oriol. (2004). ¿Cómo se ha informado sobre las drogas en la sociedad española?: intervención social, percepciones y valores, en L. Pantoja

(ed). Los medios de comunicación y el consumo de drogas (pp 39-78). Bilbao: Instituto Deusto de Drogodependencias, Universidad de Deusto.

- Sánchez, Ricardo. (2005). *Análisis de las construcciones discursivas respecto de las drogas, los consumidores y el consumo, comprometidas en la ley 19.366 de 1995 a través del análisis de las transcripciones de la discusión parlamentaria*. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, Santiago.
- Selltitz, Claire. Y otros. (1965). *Métodos de Investigación en las relaciones sociales*. Madrid: Rialp S.A.
- Tarrab, Maurico. (1995). Presentación de Pharmakon. En Sujeto *Goce y Modernidad III; De la Monotonía a la Diversidad*. Trabajo presentado en la Primera jornada sobre toxicomanía y alcoholismo del Instituto del Campo Freudiano París - Julio de 1994. Buenos Aires: Atuel – TyA.
- Taylor, Steven y Bogdan, Robert. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*; Ed. Paidós. Buenos Aires 1992.
- Vera Ocampo, Eduardo. (1988). *Droga, Psicoanálisis y Toxicomanías. Las huellas de un encuentro*. Buenos aires: Paidós

ANEXOS

Toxicomanía y Psicoanálisis

*“Estatuto Discursivo del Farmakon, su ambigüedad
y reversibilidad presente en las Intervenciones en
Toxicomanía”*

I. Pauta de entrevista en profundidad. Tesis de investigación.

1. Cómo se inicia y cómo evalúan el trabajo en el ámbito de las toxicomanías o drogodependencias.
2. Qué se sabe y que se piensa de las prácticas de CONACE.
3. Cuáles son las Intervenciones terapéuticas que se realizan en Toxicomanías o Drogodependencia. Qué hacen en relación a la práctica misma de intervención.
4. Qué pasa con la abstinencia de sustancia en los pacientes consumidores, y cómo se aborda en las intervenciones.
5. Cómo se visualizan y caracterizan los logros de Tratamiento.
6. Cómo se conceptualiza el sujeto de intervención, hay distinciones entre un sujeto consumidor de sustancia y otros que llegan a la clínica.
7. Según su percepción como profesional, cómo se piensan las drogas.
8. Se piensa que las drogas han tenido durante la historia el mismo lugar.

II. Transcripción de las entrevistas en profundidad.

<p style="text-align: center;">ENTREVISTADA N° 1 PSICÓLOGA PROGRAMAS ALCOHOL Y DROGAS Y PROGRAMA DEPRESIÓN COSAM BATUCO</p>
--

1. Cómo inicias el trabajo en el ámbito de las drogodependencias, cómo has evaluado la experiencia que has tenido hasta ahora.

Partí trabajando en un consultorio en la comuna de San Miguel a partir de una propuesta de trabajo, se necesitaba conformar un equipo para llevar el programa de alcohol y drogas en atención primaria, básicamente un ambulatorio básico del programa que era en el fondo para atender a todo tipo de población a nivel de atención primaria, así partí digamos, sin mucha experiencia en el tema porque no había trabajado con el tema antes, y en el fondo acepté el desafío de empezar a trabajar en un área desconocida digamos. El trabajo en drogodependencia es súper interesante porque te toca siempre abordar muchas cosas, no sólo el tema de la droga en sí, sino que también la parte contextual, la parte médica, la parte familiar, la parte

afectiva que no puedes dejar de mirar para realmente poder rehabilitar a un paciente. Cuando tu te quedas con la política de intervención en relación a la reducción de la sustancia, es muy probable que el foco terapéutico sea muy estrecho en ese sentido, tiene que haber una actitud en un foco terapéutico, por tanto una actitud de foco de intervención para apalear las distintas áreas del sujeto y bueno se trabaja con un modelo biopsicosocial, eso da la base de porqué miramos al sujeto no como un sujeto dependiente, sino, como un sujeto que tiene un problema de adicción pero que también tiene una historia, trae consigo temas transgeneracionales, trae consigo también temas constitucionales genéticos, y temas conflictuales presentes que se van complementando posteriormente con sus vínculos, y mi manera de cómo de acercarme al problema, no mi manera sino la manera que tiene el equipo donde estoy trabajando o con los equipos que he trabajado, es siempre mirando las distintas dimensiones de las personas, nunca quedándose como pegado con el tema de si tomó o no tomó, si jaló o no jaló, si no que ir más allá siempre, siempre primero la persona y después la sustancia y cuando tu miras a la persona, miras sus procesos vinculares significativos, miras su contexto, miras la relación que tiene consigo mismo y desde ahí parte la terapia, y eso ha sido como un proceso de aprendizaje en el hacer la terapia, en el hacer equipo también, no es algo que tu sepas que tienes que hacer así, es algo que se va haciendo en el camino, vas viendo que si tu discurso se centra en la sustancia no consigues mucho, ya que consigues reducir las posibilidades de temáticas de conversación con la persona, y también reduces las posibilidades de solución que puedan existir dentro del ser humano, siempre digo que la droga es la punta del aisber de todo lo que ocurre con el sujeto. Entonces ha sido un proceso súper lindo, trabajar en la temática de ir incorporando más cosas que están a la base de lo que te llega en una primera consulta que es – sabe yo consumo droga –, tu vas descubriendo otras aristas que están a la base del problema de la adicción.

2. Qué piensas de las prácticas de CONACE.

Muchas cosas que hay con respecto al modelo, tiene que ver con lo que establece conoce o el ministerio a través de las guías clínicas, conoce habla del modelo de reducción de daño, ahora en este modelo de reducción de daño, igual, yo creo que conoce ha tenido una evolución en lo que espera como tratamiento. Al principio habían ciertas exigencias en el modelo de intervención, que de alguna manera se tuvieron que ir flexibilizando. Como para resumirlo, por ejemplo se establecían cantidad de intervención a la semana por persona, cuando tu tienes a una persona que por ejemplo es proveedor de hogar, ya se te hace un problema el que asista todas las semanas a terapia, por que le dificulta el horario en que se dan las terapias dentro de la institución difícilmente esa persona podrá asistir, situaciones como esas fueron como contrarrestando un poco la realidad con lo que se había pensado como modelo de intervención, eso como ejemplo. La misma parte que da cuenta del recurso humano que puedan tener los centros de tratamiento. No todos los centros de tratamiento cuentan con el equipo técnico ya sea capacitado o suficiente para generar esta prestación de servicio, y ahí los programas empiezan a surgir en modalidades distintas. Yo por ejemplo trabajo en un centro de tratamiento que cuenta con un equipo completo, son tres psicólogos, hay una terapeuta, una asistente social, hay un técnico en rehabilitación y además estamos insertos en una red asistencial médica en general entonces el plus que puede aportar es bastante bueno, hay médicos etc., por ejemplo un psiquiatra en una comunidad terapéutica no da ha basto, no es suficiente, por que lo estamos sacando de como de la red, entonces eso ya implica que el tratamiento no sea bueno ya que el psiquiatra tiene que estar ahí, pero hay comunidades terapéuticas que no los tienen. Es entonces como las nuevas técnicas conoce ha tratado de ser lo más eficiente posible con los estudios también que hace y también con la vivencia que hay al respecto de tratamientos no efectivos. Pero conoce no impone tratamientos por ejemplo, no impone ya acá se tiene que hacer intervención cognitivo conductual al paciente, no impone eso, en eso uno tiene esa libertad. Y también es una problemática que tiene tantas variables, que es muy difícil de abarcar y de estudiar y de sacar conclusiones más específicas, como no es lo mismo tener una comunidad terapéutica con mujeres que un consultorio ambulatorio

con población femenina, van variando un poco las cosas, eso también va a depender mucho del perfil del beneficiario, si hay co-morbilidad psiquiátrica o médica, todas esas cosas van haciendo que el paciente tenga sus propias características. Por eso hoy en día conoce te habla de planes individualizados de tratamiento y no sólo conoce sino otras áreas de tratamiento como depresión etc., entonces también las intervenciones han tenido que ir cambiando e introduciendo nuevos enfoques para poder darle sentido a un programa que es nacional en el fondo, que al final lo hacen las personas, lo hacen aquellos que ejecutan los programas. La misma experiencia te va indicando de que hacer, claro hay ciertas cosas que son protocolares que te señalan qué hacer en casos de urgencia, de riesgo vital, para eso hay protocolos que ayudan y ordenan un poco el programa, cuando hay riesgo de intoxicación, cuando un tratamiento ambulatorio no ha sido efectivo y se necesita internar a la persona para desintoxicar, esto ayuda y ordena un poco el flujo de respuesta que tú debes dar al beneficiario, y eso ha sido también una construcción histórica, desde que conoce existe y el minsal ha ido poniendo interés en la temáticas, por que también hay un tema de realidad social en la adicción.

3. Cuáles son las Intervenciones terapéuticas que se realizan en Toxicomanías o Drogodependencia. Qué hacen en relación a la práctica misma de intervención.

Primeramente lo que se busca en una intervención es mejorar la calidad de vida, un poco para allá apunta la intervención, por eso también la lógica de reducción de daño. Cuando se busca mejorar la calidad de vida, hay tres objetivos que se busca en la clínica, eliminar o reducir el consumo de sustancia, reducir el daño, el dolor, el dolor psicológico en el consumidor, en sus familiares y por último en mejorar la calidad de vida. Este mejorar la calidad de vida también está asociada a proponer un proyecto de vida en la persona que consume que no necesariamente está bloqueado, puede haber una persona que consuma puede que tenga propósitos y proyectos vitales, pero puede que otro estén absolutamente distanciado de la capacidad de tener un proyecto

o puede estar comprometido con un proyecto vital. La idea es poder dar recursos a la vida de la persona, para allá apuntan los logros generales y claro, efectivamente, si tú vas reduciendo el consumo de sustancias ya tienes una puerta de entrada para ir reduciendo un dolor físico y psicológico y para ir mirando como los objetivos que pueda tener la persona en relación a su vida. Hay personas que te dicen, - yo quiero dejar de consumir, yo quiero volver a trabajar o quiero recuperar a mi familia o quiero volver ha ser gente -, como que el recuperarse pasa por el volver ha sentirse bien y también por sentir que de alguna manera no necesitas de la droga para estar en la vida y en relación a eso, tú puedes tener logros parciales con las personas, puede que nunca dejen de consumir, pero puede que tú dentro del proceso terapéutico se hayan logrado ciertas cosas con él como por ejemplo insertarlo laboralmente, bueno tú no lo insertas, el solito se inserta, pueden que sigan consumiendo pero ahora están trabajando y antes no estaban trabajando, o vuelven a la casa, recuperan así su entorno, vuelven a su lugar de pertenencia, siguen consumiendo pero recuperan algo que antes no tenían, y ese es un logro parcial, conciente o no conciente de la persona pero son logros parciales, y eso se van sumando, quizás la persona que se reintegra al trabajo, que recupera a su familia, que empieza a preocuparse por su presentación personal, por su alimentación, que eligen en vez de consumir drogas poner la plata en otra cosa, y se sienten bien con eso, porque la sensación de placer se empieza a poner en otras cosas y se empieza a ampliar y así la búsqueda de placer no se reduce solamente a la droga, sino que efectivamente la persona siente placer al consumir droga o al consumir alcohol, sienten placer, algo sacia. La lógica de tratamiento es poder fortalecer la capacidad en la vida de satisfacerse de otras cosas y la persona también logra animarse con otras cosas, por eso también es importante cuando ellos comienzan a recuperar la capacidad de vincularse y como de abrir la afectividad, generar un punto de encuentro con los otros, por que eso efectivamente va alimentando una parte de ellos que se va como estropeando con el consumo de drogas, entonces eso ayuda en que si eres capaz de satisfacerte con otras cosas, ya la droga empieza a perder peso, pero cuando no pasa eso, cuando hay por ejemplo daños más estructurales o cuadros de personalidad muy severos que contemplen estructuras

narcisistas muy graves, ay se vuelve más difícil ese objetivo y ahí la droga va ayudar lo que me va a calmar lo que me va ha ayudar ha evitar sufrimiento etc., por eso hay que tener claro con quien estás en frente porque tú tienes que saber hasta donde puede llegar la persona o lo que pueda dar y no pedirle lo que no pueda dar, o no llevarla donde no pueda ir, por eso siempre hay que estar atento a que ritmo y a que extremo puede llegar esta persona, hasta donde tú la puedes mover también dentro de su propio proceso y eso te va dando los logros. En conoce por ejemplo hay ciertos logros específicos, mejoró o no mejoró, disminuyo suprimió o mantuvo el consumo, se insertó o no se insertó laboralmente, está estudiando o no lo está, ciertos objetivos generales que te dan como la pauta de la persona de si lo está o no está haciéndolo bien, pero ojo, que pueden haber personas que cumplen con todo y que lo pueden estar pasando pésimo o que no están sanas, por eso hay que ir mas allá, no hay que quedarse con lo descriptivo, claro está trabajando súper bien, claro significa un montón de cosas, pero si la persona no valora el trabajo, no tiene una conexión significativa con el trabajo, poco le va a servir, entonces son elementos guías, pero también hay que ver las significancias que hay detrás de esos, para alguien puede ser súper importante por ejemplo hay algunos pacientes, volver a la iglesia, y el volver a la iglesia, ha sido importante para el cambio, porque significa que se reencuentra con algo mucho más simbólico, con lo espiritual, y algo mas abstracto también, y el haber vuelto a la iglesia además vuelve a trabajar, vuelve a la casa, ya no consume. El volver a la iglesia para muchos indica el que ya estoy bien, y te lo van diciendo, otros te dirán que encontraron una pareja, el encontrar una pareja tiene que ver un poco con los ejes conflictivos que hay en las adicciones, reproducen como la díada vincular que es como la base de la droga, entonces de ahí es más difícil por que cuando no existe la habilidad social por ejemplo, y la capacidad empática les cuesta encontrar pareja, y es la dificultad recurrente en ellos y va ha ser siempre el factor de riesgo mayor al minuto de enfrentar recaídas. El conoce te ayuda como ha tener un esqueleto que ahí tu tienes que ir flexibilizando, y poniéndole todo también de acuerdo a lo que la persona te trae y te pide y necesita.

4. Cuéntame un poco de eso de la problemática del paciente adicto en relación a la primera dñada.

Mira en realidad hay bibliografía que te habla un poco de como la historia gestacional de la persona que en un futuro posiblemente sea adicta, y menciona un contexto gestacional súper negativo donde lo que está pasando contextualmente con la madre que está gestando, hay un rechazo por ejemplo del bebé, la madre está pasando por procesos importantes, hay abandono por parte del padre, hay una instancia que no facilita como una matriz de contención como inconciente en ese bebé y de alguna manera se va depositando en todo el periodo de vinculación que hay entre la madre y el hijo, puede que exista señales de ambivalencia por ejemplo, de amor y odio, señales de la madre que de alguna manera le cuesta reconocer las señales no verbales de su hijo, como el no poder reconocer, no poder comunicarse, no poder encontrarse, pero de manera muy fuerte. Después ya la primera infancia, se van viendo características como familiares, entonces que encuentra uno en las madres de estos adictos, por ejemplo encuentras siempre la ambivalencia y es una ambivalencia que está tapada de alguna manera por la sobreprotección, estas madres muy culposas, que se angustia, y que se desbordan, y que dan todo por este hijo y se da el proceso de co-dependencia que pueda existir, características en el fondo como esas, la verdad es que son cosas que yo he ido viendo, bueno y además he visto en lecturas, pero de alguna manera, cuando alcanzas a hablar con una madre y le preguntas por el periodo gestacional y los primeros años de vida, la verdad que no te cuenta cosas muy buenas que pasaron ahí, y después está toda la parte más social, está toda la matriz social que pueda existir ya cuando el niño se inserta en la familia y en el contexto escolar por ejemplo, lo que básicamente pasa en las familias, las pautas de interacción que hay en las familias, si hay padres alcohólicos, si hay secretos familiares, si hay triangulación también, y sobre todo en esta persona que es adulto y tiene un problema de adicción, su historia de infancia ha estado siempre triangulada en conflictos parentales, o bien en conflictos de otros miembros de la familia pero principalmente de los padres, y que a veces para no triangularse, cae en las adicciones, que lleva ha esta cosa mas

desafiante, escapa a las situaciones pero siempre vuelve, esto como de no me voy no me importa pero sin embargo sigue estando ahí, se sitúa en una ambivalencia constante.

5. Hay distinciones entre un sujeto dependiente y otro.

Predomina mucho como el tema de la afectividad que es mas bien primario al consumo, básicamente como para describir una característica más la exitismo que tienen ellos, y ahí está el sujeto vincular, la relación diádica, con este poder reconocer lo que está pasando, poder registrarlo o de aquello que busca satisfacerlo, pero en el fondo lo común tiene que ver con esta dificultad para identificar, para contar, para diferenciar aspectos emocionales y posteriormente claro, los sentimientos que congregan muchas emociones, suelen ser sentimientos que tienen alojada muchas contradicciones, entonces lo que tu vez a la base de lo afectivo de en el fondo mucha disociación, mucha dificultad para darse cuenta del registro de una emoción como que no pasara por el cuerpo, pasa obviamente, pero no es conciente, no logran como tomar conciencia, de -ha, sentí rabia por esto, sentí la rabia-, es como un mecanismo que en ellos pasa demasiado rápido que no alcanzan a procesarlo, no alcanzan a darse cuenta, y cuando ya pasó ya están haciendo un acting, y no saben por que, por ejemplo cuando hay una recaída, tu puedes hacer un ejercicio como un línea del tiempo donde vayas a la situación previa a las recaídas y tu lo vas haciendo retroceder, hasta que llegas al punto de una situación nodal que provocó una sensación de frustración, de rabia, de pena generalmente es una sensación no muy agradable, pero también puede ser algo bueno por ejemplo que alguien te haya felicitado por algo que hiciste y eso causa una euforia a tal nivel que provoca como un desorden interno que no puedes contener, como una dificultad para contener las emociones, puede que sea no poder registrarlas , no poder identificarlas, no contenerla, pero también puede ser en la línea de lo rico o de lo eufórico, cuando le pasó algo muy bueno, mucha recaída también se producen por eso, -no encontré una

mina, estoy feliz,,,,,- que tiene que ver a veces no por lo eufórico sino también por la inseguridades que pueden ir apareciendo muy inconcientemente al momento de encontrarse con una relación de pareja por ejemplo, y se relaciona con esto que yo te explicaba de lo vincular, por que si han tenido madre que no tenían muy buena estructura puede que evidentemente no han podido dar buenas acogidas a las primeras señales emocionales del bebé digamos y que han quedado sin continencia y han quedado sin registro, posó no mas la emoción, pero cuando el niño tuvo rabia o miedo o frio o calor o le dolió la guata, nadie identificó eso, quedó sin registro, quedó sin continencia, por lo tanto quedo sin cobijo sin reflexión, entonces ahí el niño aprende, obviamente se va repitiendo esa historia, va quedando sin registro cada emoción, y por eso digamos, nos encontramos que no puede, claro por que históricamente no ha podido hacerlo, y porque no es fácil esa experiencia. Por eso es increíble cuando empiezan a lograr mayor integración afectiva ellos se van logrando sanarse mucho, porque van logrando considerar al otro, van logrando tener empatía , van logrando tener mayor madurez emocional, que es lo que está dañado en ellos, la impulsividad, la madurez emocional, la capacidad empática, las habilidades sociales, sus conductas son como torpes, no toleran el estrés por ejemplo, no toleran la frustración, se desesperan con cualquier cosa, los desafíos a veces lo sienten como muy grandes, en fin. Eso es como lo central, hay algunos que están mucho más dañados que otros, y cuando terapéuticamente tu logras ayudar al paciente ha la integración, tu ahí tienes ya como un gran terreno ganado, porque de ahí parte el sentido de confianza con el mundo también, con el otro eso es puro proceso psicológico, ahí entonces tu vas viendo los daños que tienen, como las incontinencias por lo tanto la afectividad como la confusión con las cosas. Otros rasgos que puedo señalar es como la victimización, que pasa por los mecanismos de defensa también, el ver la responsabilidad en el otro o todo lo contrario, exacerbar la culpa del soy responsable de esto por tanto me tengo que castigar por eso tomo, por eso me drogo, fue por culpa de, por que no me han escuchado, o porque no me dijo lo que quería escuchar, es como verle la paja en el ojo ajeno siempre, o tener un mecanismo de auto-culpa muy agudo, bueno está el tema también de la impulsividad que hay en ellos, la parte social, la parte social

afectiva, tienen dificultades para relacionarse, tienen dificultades interpersonales en el fondo ya que ellos ocupan sus pantallas para tratar de funcionar entre otros, y ahí la sustancia opera como mediador, cuando tu le retiras la sustancia le retiras el mediador, lo más probable es que lo primero que aparece por ejemplo es el retiro a la casa y se aísla, - no, no quiero ver a este- pero en el fondo también está la dificultad para establecer relaciones interpersonales con seguridad, armónicas, sanas y debidas, por que tienen problemas para decir lo que piensan, para decir lo que sienten , a veces llegan y la largan, o a veces se las guardan y se frustran, y porque también a veces tienen esta cosa de aparentar lo que no son, ese es otro eje importante el tema de la vanidad del sujeto y en el alcohol se da mucho, en el caso de las personas muy alcohólicas hay temas interpersonales más fuertes. En las otras drogas está también pero de repente no es tanto, como eso, puede que hayan cosas que se me estén quedando, pero es como eso, yo siento que una cosa fundamental es el funcionamiento afectivo de ellos, en general, por que involucra el tomar conciencia de su emoción, aceptación de su emoción, la expresión de su emoción y la distorsión que la emoción te puede generar dentro de ti, porque la emoción genera rápidamente pensamientos que pueden ir alterando tu percepción, entonces ese es otro elemento, la distorsión de las percepciones, o sea, el sentido de realidad ahí está bien alterado justamente por las vivencias emocionales que ellos experimentan, a veces reconocidas y a veces no, entonces ellos hacen sus propios discursos, pero no hacen chequeos, no hacen lectura con el otro para ver de si eso es o no lo que realmente está pasando, se quedan con su imagen, con su idea o con su registro y ahí arman su explicación y eso a veces también los aleja mucho de los otros, pero cuando vas abordando un tema como que de alguna manera vas enlazando las otras cualidades. En caso de trastornos de personalidad muy grave, ese foco terapéutico muchas veces puede ser ingenuo, el daño estructural puede ser importante, puede también que a través de sistema límbico puede haber hasta señales de que no hay la suficiente actividad neuronal, eso es lo que yo me imagino.

6. Los trastornos graves de personalidad se acompañan de la medicina o intervención psiquiátrica.

Claro si hay un trastorno grave de la personalidad, si hay auto-agresión o riesgo vital de otros, ahí tienes que entrar a medicamentar, y hacer algo sobre la actividad impulsiva claro que ahí muchas veces planchan al paciente y al enfrentarse a un paciente planchado no es mucho lo que la terapia puede hacer ahí, pero si no los planchas no funcionan digamos, cuando hay un trastorno de personalidad, ahí es más difícil cambiarlo.

7. Que lugar ocupan las drogas, según tu percepción que piensas de las drogas.

Históricamente la droga siempre ha existido, desde que existe el ser humano pre-históricamente incluso, la droga existe, o sea, me refiero a que existen las sustancias que producen cosas en el organismo, con el tiempo el ser humano se preocupa de mirar su realidad y de darle los usos que quiera darle, obviamente en algún momento, ciertas sustancias pasan a convertirse o conceptualizarse como drogas, droga que se considera como un psicotrópicos que alteran el sistema nervioso y alterando los funcionamientos normales de ella, lo que te hace comportarte y sentir de otra manera, entonces obviamente la droga o este tipo de sustancias han estado siempre ahí acompañando un poco la existencia del ser humano, el tema es desde yo creo que más de cincuenta años, haber, por ejemplo, hay que tomar en consideración los niveles culturales, por ejemplo en Rusia se consume mucho vodka porque se supone que hace mucho frío y hay como una tendencia como ha beber hartos, por un tema cultural, entonces está como normalizado, y hay cosas que están normalizadas en general en el mundo digamos, pero obviamente se entiende que cuando hay una adicción no se está dentro de lo normal, o sea, desde que se considera a la droga como un problema

nacional, se está considerando que está fuera de lo normal, en algún momento el uso que se le estaba dando a esa sustancia, cayó fuera de lo normal, aquí en Chile cuando, cuando se empezó a hablar de alcoholismo, porque probablemente el alcoholismo ha estado siempre, pero en algún momento se empezó a problematizar que quizás esto no era tan bueno, por ejemplo si pensamos en las culturas más campesinas, en el campo se toma mucho y quizás ahora nosotros, ese campesino que toma el fin de semana, y que el papá tomaba el fin de semana y el abuelo que tomaba el fin de semana, que era un tema transgeneracional y cultural también, ahora ya no son normales. Desde algún lugar surge la problematización de esto porque empiezan a pasar otras cosas como que empieza a aparecer el incesto, la violencia intrafamiliar, y empiezan a aparecer nuevos conceptos también que se empiezan a asociar al uso de sustancias, y también por que empiezan a haber problemas médicos, una situación de alcohol que empieza a provocar problemas médicos, rápidamente pasa a ser – ya, este tiene problemas de –, una situación de consumo, una situación de abuso o una dependencia, y ahí se clasifica que hay un uso, un abuso, una dependencia para el problema de la sustancia, cuando se generan ciertas condiciones, físicas, psicológicas y sociales, esas son las tres variables, claramente en algún momento se empezó a problematizar esto, se empezó a ver que habían exceso, se empezó a ver que habían consecuencias, se empezó a ver que habían personas que la pasaban mal con esto, y ahí se empezó a ver que podía llegar a ser algo nocivo, y yo creo que lo que está en la vida no es malo, sino, que para qué lo usas, como funciona en tu vida y ahí es donde está el punto de quiebre porque la marihuana ha existido siempre, la coca ha existido siempre, el alcohol ha existido siempre, bueno ha existido desde que se hacen los procesos, bueno la marihuana como planta debe haber existido años digamos, el tema que se empezó a usar para volarse, la coca también el tema es que se procesa y se inhala, los incas la mastican, los aymaras las mastican porque están a una altura porque hay una presión determinada ambiental, es un uso distinto, es un modo de sobrevivencia, de ajuste de la persona al medio, de ahí no me parece malo, pero si yo tomo la hoja de coca, la junto, la proceso y la transformo en hidrato de cocaína es otra cosa, funciona eso, entonces yo pienso que la palabra droga puede ser súper

inofensiva, pero depende de sus usos y la palabra droga en sí es negativa, o sea, la definición de droga, que es una sustancia que altera al organismo ya es negativa, es algo ajeno a tí que provoca una alteración en tí, pero también están los medicamentos, los medicamentos también son drogas pero tienen una prescripción médica que sirve para mejorar o para aliviar, pero resulta que la droga también alivia seda, sube el ánimo pero la connotación distinta, y obviamente las secuelas son distinta, no es lo mismo que te prescriban una aspirina para que te quite el dolor de cabeza a que te prescriban un mote de cocaína. Sabemos que si tú inhalas cocaína inmediatamente te está matando neuronas, pero nadie te dice que esa aspirina te pueda estar matando algo, no lo dice, se supone que no, pero a lo mejor sí, la diferencia es que se ha comprobado que la cocaína y otras drogas provocan muerte neuronal y eso. Al principio la planta en sí no es ilícita, digamos la planta en sí, pero también está el peyote, el hachís, también hay otros, como los cactus no se po, como el floripondio, de todo tu puedes hacer droga, puedes hacer un alucinógeno, están ahí, el tema es qué función tú le das a eso y la función obviamente y el exceso es lo que te va a llevar a verlo como negativo o no, y el que tenga consecuencias como familiares, físicas, emocionales, uno no puede llegar a decir la droga es mala, tú tienes que ir viendo la función que cumple en la persona esa droga y ahí tu vas viendo en el fondo por qué la busca, y tu trabajo con la persona es qué otras puedes buscar para saciar para aliviar etc.. Siento que las drogas no son ni buenas ni malas, sino el problema está en cómo se usan, y que también tenemos un sistema social y mundial que facilita considerablemente el uso de la droga, o sea spot publicitario etc., o sea hay actores coludidos en todo esto, claro de que hace daño hace daño, pero el tema es como se está usando, como entra esta droga y también por que por ejemplo la pasta base en un mes puede tener adicto a una persona, claro por que no estas fumando solamente la sustancia sino un conjunto de químicos que claramente son tremendamente tóxicos a nivel neurológico, así es mala po, claramente que es mala. Si tu inhalas un solvente, claro dice los peligros no usar en tal y tal cosa por que es mala y bla bla bla, manténgase alejado de los niños, esa es la advertencia. Si lo usas dentro de lo legal no hay problema, si el problema está en cómo se usa, pasa mucho por el significado

que tú le des a las cosas y el uso que tu le des a las cosas. También como responde socialmente si es con la misma campaña publicitaria como el tema de alcohol por ejemplo que claramente incitan ha, lo promueven esto es bueno por que te sirve para y aparece el imaginario ahí, para ser feliz, para pasarlo bien, para tener mujeres, para tu ser mejor, son como los discursos inconcientes que te van quedando, para ser hasta más bonita si fumas, también es eso, entonces uno se pregunta – bueno lo que esta publicitado está aceptado, y lo que no es prohibido –. Eso es como la mirada que yo tengo del fenómeno, yo incluso hago que la persona, bueno cuando ya está un poco más avanzada en su tratamiento, problematizen el tema y que jueguen un poco, cuando empieza la adicción y ahí empiezas, tu le puedes dar una tremenda respuesta, mira te hacer mal por esto y por esto otro, la persona puede no asimilarla no te va a creer, no lo va ha comprender, mas si les gusta, ese no es el momento sino mas bien cuando se hayan distanciado un poco de la sustancia.

ENTREVISTADO N° 2

PSICÓLOGO PROGRAMA ALCOHOL Y DROGAS COSAM LAMPA

1. Cómo inicias el trabajo en el ámbito de las drogodependencias, cómo has evaluado la experiencia que has tenido hasta ahora.

Este mmm en cuarto de universidad yo tuve un ramo con Pablo Genao, que es un tipo muy conocido un psicólogo que trabaja en comunidades Terapéuticas, en el Hogar de Cristo y no sé que, este... entonces tuve un ramo que se llamaba riesgo y desviación social que entre otros temas agarraba el tema de la drogodependencia como una de las temáticas digamos, entonces ahí había posibilidad de trabajar como asesor telefónico o algo así, en un programa particular del Hogar de Cristo que en este momento no me acuerdo como se llama, en donde la gente que está como muy... ya sea consumidor o

familiar de él, llamaba y recibía orientación o un apoyo, derivación algo así, y eso fue parte del curso, fue el primer paso práctico digamos y posteriormente este.... Hubieron posibilidad de insertarse en otros programas del Hogar de Cristo para hacer trabajos.... Voluntariado mas bien.. y yo incursioné un poquito en el programa asuntos de la calle, estuve como un semestre trabajando en eso, este... pero lo deje por que era muy fuerte para mi,, y salió la posibilidad de irse a la Tirana, I Región, ha hacer trabajo voluntario en la comunidad terapéutica La Tirana el Profesor hizo una invitación abierta a quien quería ir y yo fui, yo fui, me fui un par de semanas y estuve como monitor, algo así o Psicólogo en Pre-práctica digamos en la Comunidad La Tirana del Hogar de Cristo para adultos este.... fue una bonita experiencia y al año siguiente fui a una en la Universidad en vacaciones de verano también a la comunidad terapéutica La Negra que queda en Alto Hospicio que también es del Hogar de Cristo pero en población Infanto Juvenil, ahí como la decisión fue no volver a la Tirana, sino que ir a la Negra para tener la experiencia de infanto juvenil por un lado y adultos por otro la do eso fueron como durante la Universidad mis primeros trabajos relacionados con el tema de la adicción y luego yo hice la Práctica como Delegado de Libertad Vigilada en la Fundación DEM en donde trabajábamos con jóvenes infractores de ley menores de 18 años o bien con jóvenes que estaban en la red Sename por protección, y en ese trabajo también el tema de las Drogas estaba bien presente, no era que todos consumieran pero había una gran parte que consumía y si bien nuestro trabajo no era específico de rehabilitación de Drogas en ese sentido, si trabajamos el tema de la Droga cuando lo podíamos abordar nosotros y en general cuando había un consumo más problemático y necesitaban atención más especializada trabajábamos en red y derivábamos a programas específicos de rehabilitación,, esto era en la Fundación DEM que tiene cobertura en la zona norte, colaboradora de Sename que tiene distintos programas ahora tiene más programas, en ese tiempo era un programa de libertad asistida, posterior a eso trabaje en Cosam de Colina en un Programa específico Ambulatorio Básico y luego este... en Cosam de Lampa en otro programa ambulatorio básico que es como específico de rehabilitación de Drogas y Alcohol. Ahora... en algunos otros trabajos que yo he tenido, también

he abordado el tema de la droga cuando se presenta, pero así programas específicos que aborden la temática, o, programas con jóvenes en riesgo o vulnerados en sus derechos en donde también sea la droga un tema, han sido los que te mencione, no se po, trabajé un año en el senda Servicio de Salud Dental de la Universidad de Chile y yo trabajé en Antumapu mientras una colega mía estaba con un embarazo muy de riesgo y yo la reemplacé un año ya ahí me tocó tratar a varias personas con adicciones bravas, de coca, copete pero más en contexto de psicoterapia clínica, este mmmm... eso sería mi experiencia en Droga,,,, bueno y ahora programa ambulatorio básico y conoce que son el mismo esquema acá en el cosam, con diferencias administrativas pero eso han sido mis trabajos con Drogas.

2. Cómo ha sido tu experiencia trabajando ya tanto tiempo trabajando en drogas.

Para mí la experiencia ha sido bastante enriquecedora, por que si bien las veces que he trabajado en programas específicos de tratamiento ya titulado digamos, han sido programas ambulatorios digamos básicos en donde supuestamente el nivel de complejidad es de leve a moderado este... en ambos cosam ha tocado que... la población que se atiende ha sido también de mayor complejidad, entonces también ha sido un desafío pero ha sido muy enriquecedor, en función de ir aprendiendo digamos un poco de la temática misma por un lado y de cómo estrategias clínicas de intervención en los procesos de rehabilitación por otro lado,,,, entonces básicamente han sido una experiencia enriquecedora y en mi caso se ha complementado en haber estado en permanente formación clínica entonces de alguna manera he podido ir integrando el conocimiento que he ido adquiriendo en el postitulo ha la intervención en los programas de rehabilitación, de todas maneras, personalmente, este no es como el tema del cual yo me quiera desarrollar aún más, de hecho no he optado por hacer ningún tipo de diplomado ni curso más específico de tratamiento de Drogas eeemm... no lo he hecho y no me interesa hacerlo tampoco este.... En este

momento en cosam se me ha dado la oportunidad de abrirme a otros programas, entonces he estado colaborando en más en Depresión, en trastornos emocionales, de la ansiedad y del comportamiento y entonces estoy tomando más de esa temática y lo que quiero es cortar con la temática de drogas y alcohol, como problemática específica, eso de uno tras otro y tras otro, principalmente porque es de mí interés abordar otras áreas. Ahora en general hay muchas problemáticas que son como transversales, nosotros acá las tenemos como separadas en programas que son las distintas prioridades que hay en salud mental hoy en día pero finalmente muchas de estas problemáticas se cruzan digamos, yo ahora atiendo mucha gente derivada de un tribunal, que viene por VIF y en concomitancia con consumo de alcohol y drogas, entonces hay un corte arbitrario que dice que esa persona tiene que ser tratada en programa de drogas, digamos si, otra persona podría derivarla a un programa de VIF o sea, hay muchas personas que están en programas de violencia y también tienen a la par esta otra problemática, este mmm... o sí, trabajando en infante juvenil, con jóvenes con problemas conductuales, eventualmente uno puede encontrar consumo de drogas, uno puede encontrar maltrato infantil, uno puede encontrar trastornos depresivos, en ese sentido las temáticas se van cruzando, en otros programas igual, igual es un tema que hay que tenerlo presente, que hay que intervenirlo en caso que esté presente, pero como programa específico es que lo quiero ir cerrando de a poco ya que quiero ir incursionando en otros temas.

3. Qué piensas de las drogas.

En parte, algo que yo he escuchado y leído por ahí, no es que yo lo haya descubierto, tiene que ver que en las adicciones, la droga es lo que hace sustituir a una carencia de la historia de la persona, tapa alguna dificultad, una carencia, algún vacío, es como un paliativo, como que está sustituyendo algo, sustituyendo entre comillas, no es que lo sustituya, está como llenando un espacio mas que nutrir a la persona lo va

deteriorando por dentro, entonces en términos clínicos es interesante mirarlo así para uno al abordar la historia de la persona desde como fue el embarazo, el parto, los primeros años de vida, la infancia, la relación con la mamá con el papá, en qué contexto familiar creció, que tipo de vínculos establece con sus figuras primarias, la adolescencia que tuvo, después como se fue replicando la forma vincular con sus objetos, con sus figuras primarias, con el resto de las personas, de alguna manera al explorar es, lo interesante de tener esta mirada y al explorar eso uno puede ir viendo, puede ir planificando un trabajo en relación a las hipótesis que se generan en torno a esas carencias, y ha esos vacías o a esos vínculos un poco patológicos, entonces en ese sentido lo que pienso de la droga y de las adicciones que es como un chupete, la droga sería como una especie de chupete cierto que , este mmmm que le calma a las personas ciertas ansiedades, ciertas necesidades bien primitivas bien arcaicas que de alguna manera las simbolizo con el chupete por que como que ciertas funciones mas que nada de las personas, quedan arrestadas, quedan como detenidas en etapas muy tempranas y posteriormente son sustituidas por el, por lo que sea digamos: el trago, la pasta, la coca, la marihuana y bueno y esa es una mirada que hay que cruzarlas con las características de personalidad, de la persona, que tan facilitado tiene el vincularse, que tan dificultado lo tiene, si es una persona que es como hacia fuera o más hacia adentro y también que de alguna manera lo que hace la droga es, según mi punto de vista, es como ir desarrollando, potenciando un poco las parte que tiene como más dificultad digamos.

4. Cuáles son las intervenciones terapéuticas que se realizan, cuéntame de la práctica misma de intervención en drogodependencia.

En general, este.... Lo primero a lo que miro es a la conciencia que tiene la persona respecto a la dificultad que tiene, en caso de que no tenga mucha conciencia, el primer trabajo es mostrar eso, mostrar el problema, y en caso que ya tenga la

conciencia, comenzar el trabajo en función de ir viendo cuales son las asociaciones que tiene. Mira primero que nada es bien conductual, al comienzo es bien conductual, y siempre tiene una línea bien conductual permanentemente diria yo que tiene una línea bien conductual, sin embargo, el tratamiento no se reduce a eso, pero es bien importante y sobre todo al comienzo que el consultante tenga herramientas concretas para como disminuir la probabilidad en lo cotidiano de recaer, de consumir, y en ese sentido pienso que es bien conductual una parte de la planificación y del tratamiento individual de las personas, en función de disminuir las probabilidades de consumo, de disminuir en su menor probabilidad los factores de riesgo para ellos y de aumentar y favorecer en la medida de lo más posible los factores protectores a nivel individual, a nivel familiar, a nivel comunitario para poder acompañar a quien consulta en este camino de no consumir. Paralelo a esto, ahora en ese sentido caben el tema de las asociaciones que te estoy contando que generalmente llegan por una cosa y luego tú vas viendo que hay asociaciones que tienen que ir mirando para poder irse ayudando para no consumir, esto es lo que respecta al tema droga, consumo, droga, recaída, factor de riesgo, factores protectores, es como bien de la temática, pero paralelo de esto y bien profundo es trabajar entonces la historia de la persona que en general son personas con historias de vínculos bien dañadas, y en parte eso es lo que hay que ir desarrollando, entonces hay que ir profundizando en la historia de la persona, de cuales son los dolores que tiene, cuales son las situaciones traumáticas, qué distorsiones tiene en la elaboración de su historia, eee, como es la calidad de los vínculos que tuvo antes, como es la calidad de los vínculos que ha ido repitiendo, lo satisfacen no lo satisfacen, como establece las relaciones, y en base a los elementos que él vaya entregando uno va ayudando ha rehistoriar, ha reelaborar y ha acoger partes de la historia que son dolorosas, y finalmente todo esto es un proceso que como dice, acercando la vida que le toco vivir, y de alguna manera con esas heridas un poquito más como acariciadas, más aceptadas, la persona de alguna manera tiene la posibilidad de ir cambiando ciertas cosas, puede volver a sustituir como los elementos que lo nutren y lo enriquecen digamos, como para no volver a seguir con el consumo.

5. Según tú percepción, que opinas de las prácticas de CONACE.

Yo creo que el hecho de que tengamos un programa a nivel nacional que aborde esta problemática desde la prevención hasta el tratamiento, es un plus, osea positivo sin lugar a duda, ahora en el cómo se bajan las políticas publicas a la realidad, a los centros, puede tener como puntos más a favor y puntos no tan a favor, pero que exista conoce me parece un plus, ahora la cuestión administrativa, como funciona administrativamente de alguna manera deja bastante que desear por ejemplo el tema de las platas el tiempo de pago, cuando paga o cuando no, en general lo equipos están implicados en que si pagan a tiempo o no, se ve perjudicado el colega que está trabajando, son realidades que se viven, en algunos centros se paga con un tiempo de desfase, administrativamente yo creo que tienen falencias que ellos tienen que ir resolviendo y técnicamente yo pienso que conace hace un esfuerzo muy grande, osea todos los años han estado haciendo recopilación de investigación o investigaciones, están permanentemente desarrollando investigaciones, y en general me parece bien, en general estar más o menos de acuerdo con.... Pero me parece bien, hay una oferta amplia en función del ambulatorio básico, intensivo, patología dual, residencial, ahora sin lugar a dudas, faltan instancias que a lo mejor de desintoxicación para jóvenes ok, o lugares que den respuesta a una complejidad mayor pal joven con trastornos psiquiátricos, hay, pero hay menos, entonces a lo mejor hay espacios que hay que seguir mirando y revisando, pero en términos generales me parece que es un plus.

6. Visualizas distinciones entre consumidores de sustancias y otros pacientes que llegan a la clínica.

Si yo creo que uno podría hipotetizar algo, pero me gustaría que afinaras más la pregunta..... Encuentro difícil la pregunta en función de que me parece que el perfil de la persona que consulta, de quien digamos, de quien termina en una dependencia de drogas no es el mismo de quien no termina en una dependencia de drogas, mucha gente que explora consumo, mucha gente que tiene consumo habitual, o en algún momento tener consumo mas menos perjudicial que otro digamos, otros se meten, están un rato consumiendo después salen solos y hay un número de personas que termina dependiente, entonces en ese sentido no hay duda alguna que existen ciertas diferencias de perfil, lo primero que se me ocurría que en general por lo que me ha tocado ver, hay gente que ha sido muy vulnerada en sus derechos, con situaciones de abuso, abusivas no quiero decir sólo abuso sexual sino que abusivas en general, muchos han vivido situaciones de malos tratos y en general son personas que tienen pautas vinculares arcaicas bien dañadas digamos, bien dañadas, lo que ha su vez eso va generando una constitución de una estructura del si mismo y una estructura de personalidad con ciertas fragilidades y ciertas particularidades sin embargo, hay consultantes de otras problemáticas que yo también me podría referir de alguna mujer que durante su estancia vivió violencia o abuso sexual no mas y finalmente está con una depresión por ejemplo y no necesariamente por una situación de dependencia de drogas, en este momento me parece que sí hay un perfil debe haber un comun denominador, este mmmm.... Pero no me queda más claro.

7. Cuéntame de los logros de tratamiento.

En cuanto a los logros, siiii... es difícil pero se puede depende de otras cosas de los recursos personales, del apoyo familiar que tenga, entre otras cosas de las posibilidades y oportunidades que tengan en su contexto sociolaboral y educacional , me parece que tb es una variable importante el nivel de dependencia que tenga la persona, el compromiso biopsicosocial que tenga, pero sí la rehabilitación es posible, hay muchos casos que pueden apoyar esta afirmación que en realidad no es mía, la

rehabilitación existe, los programas están, las comunidades y toda el maquinaje, todo el contexto que está circunscrito en esta problemática, la realidad así lo demuestra y tb hay altos niveles de deserción, altos niveles de recaída pero que en, mirandolo como con distancia, son como situaciones esperables dentro de los procesos terapéuticos y pero sí la rehabilitación existe, el tema es que es una situación que de alguna manera tiene que ir viendo y revisando día a día porque finalmente la droga y el alcohol es lo que los ha ido enfermando, y que aparece en todos lados, una vez dados de alta con muchos logros y condecoraciones con que salgan finalmente el proceso no termina ahí, si no que continúa, sigue en la medida en que quieren dejar de consumir y necesitan estar muy atentos para no recaer.

8. Según tu percepción, qué lugar ha tenido la droga a lo largo de la historia.

Son muchos lugares que ha ocupado a lo largo de la historia, desde las plantas sagradas que ocupaban los originarios en América, seguramente no solo en América sino que en Africa Asia, pero al menos en América las plantas de poder que llamaban los chamánes eran y son miradas como medicina en esta cosmovisión indígena son de alguna manera como vehículos de transito o de apertura de conciencia o de sanación o vehículo de contacto con otras dimensiones, entonces ahí por ejemplo ocupan un lugar preponderante en lo que es la salud y espiritualidad pero me parece fascinante en ese sentido por otro lado hay todo un desarrollo y un trabajo en función de ir creando diferentes tipos de drogas que de alguna manera estan orientadas a tratar farmacologicamente las distintas patologías psiquiatricas que se han ido definiendo a lo largo de la historia como todos los trastornos psicótocops del animo son tratados con fármacos que de alguna manera contienen cierto, un principio activo y que son utilizadas en función de la salud. No se desde cuando empezaron a sintetizarse drogas que no estaban orientadas ni a la salud ni a la espiritualidad ni en función de la salud mental y empezaron a estar apuntadas al placer, a la satisfacción inmediata y del entremnimiento y el divertimiento en termino sgenerales la droga misma no es lo

que me parece mas peligroso pese algunas que son horrorosa por el daño que pueden ocasionar pero mas bien en los contextos sociales y culturales en las que están inciertas hacen que adquieran un peligro que creo que lo que puede llegar hacer es destruir a las personas ahora en ese sentido quiero decir que la droga no ocupa un solo lugar en la historia ya que actualmente de igual manera hay movimientos como el rastafari que la utiliza para alabar a no se quien, por tanto pienso que tambien es parte de la cultura y no es lo mismo que la pasta base, es un elemento que se está consumiendo para un satisfacción inmediata para satisfacción de placer y para un descontacto una desconexión con la realidad que a las personas les ha tocado vivir.

ENTREVISTADO N° 3

PSICÓLOGO PROGRAMA ALCOHOL Y DROGAS COSAM COLINA

1. Como parte tu experiencia en el ámbito de las drogodependencias, y cómo la evaluas.

Bueno, yo partí en Diciembre del 2002, haber, había hecho un postitulo, entré ha trabajar, bueno no fue en realidad algo que haya escogido, sino que fue un trabajo especial en realidad, y las primeras aproximaciones igual son un poco de aprendizaje por que no hay por lo menos hace siete años atrás, no había tanto bum por las adicciones, habían programas pero no tan masivos como existen ahora, que es una patología jeavy incluso, así que un poco desde el aprendizaje, un poco de lo clínico psicoterapeutico como normal entre comillas y aprendiendo harto y leyendo harto, había hecho igual cursos en la Universidad con el Pablo Genao en adicciones como un optativo pero sin duda eso no te da, es algo teórico, eso no te da lo clínico para poder trabajar con el paciente. Bueno a lo largo de los años un poco trabajando con los pacientes, uno va agarrando como ritmo y en la medida en que estudias revisas

documentos, te vas empapando más del tema, y la verdad que ya llevo 7 años trabajando en Drogas, es harto tiempo, me encuentro bastante capacitado en ese sentido, siempre hay cursos, seminarios en los que uno participa, he ido como agarrando más experiencia sistemática, yo creo que igual los recursos son necesarios en ese sentido, por lo menos esa es mi percepción, faltan profesionales, lamentablemente los recursos que ingresan por drogas por lo menos lo que es Cosam, lo que yo conozco no se gastan en los equipos de drogas, lamentablemente el resto de las prestaciones valoradas ya sean como violencia intrafamiliar y depresión, no están bien pagadas, por eso se hace necesario de que las platas de los proyectos y de los distintos programas como que se refundan y se distribuyan como equitativamente, pero bien, acá por lo menos hemos estado mejor ya que hemos logrado aumentar la cantidad de horas profesionales que ha significado una mejora en el programa.

2. Cuáles son las intervenciones terapéuticas que se realizan acá en el cosam.

Los pacientes ingresan en una dupla psicosocial de intervención, psicólogo y asistente social, o bien psicólogo y técnico en rehabilitación, se hacen entrevistas de evaluación, pueden ser una dos o tres, eso es variable dependiendo del caso, y todas las semanas nosotros tenemos sesiones de evaluación de ingresos se llaman, los cuales evaluamos los ingresos y damos como un diagnóstico y diseñamos un plan de tratamiento para el paciente. Esto puede variar de entre que venga a una sesión a la semana con algún psicólogo o algún técnico, también si necesita psicoterapia o no, y lo máximo diría yo que viniera dos veces a la semana con una sesión de taller entre semana y con visitas domiciliarias más seguidas. Eso en cuanto a la estructura. En cuanto a la terapia, yo voy hablar particularmente lo que yo hago, yo trato de dividir la terapia en dos aspectos centrales, uno lo que tiene que ver un poco con la dependencia en sí, es algo como una división fantasiosa por que es una división que hago yo, que tiene que ver con el manejo conductual de ciertas situaciones, técnicas conductuales, disminución de riesgo, etc., y ver el objetivo en cuanto a la droga se

trata, y el otro es el ámbito más psicoterapéutico en donde se trabajan focos de terapia que son explorados también en las sesiones y que algunos están directamente relacionados con el consumo y otros no, y, cuando la persona no quiere hacer psicoterapia o las temáticas que tiene no ameritan psicoterapia, se hace un trabajo más bien en torno a lo cognitivo conductual, que tiene que ver con el manejo de adicciones, psicoeducación, cosas como esas, que también las puede hacer el técnico, la asistente social. De los dos psicólogos que trabajamos acá podemos tanto derivar como que nos pueden llegar casos, dependiendo si hay necesidad de psicoterapia. Y el modelo de la psicoterapia depende del psicólogo.

3. Cuál es la distinción que se hace de aquellos pacientes que necesitan psicoterapia y de los que no.

Yo creo que tiene que ver con las temáticas que te trae el paciente, algunos están interesados en solamente dejar el consumo, principalmente a dificultades que tienen en sus vidas y ha eso atribuyen el mejoramiento de esos ámbitos. Efectivamente a veces cuando se elimina el consumo pasa eso. Tiene que ver más con la postura del paciente más que con la necesidad o no, hay pacientes que no están dispuestos a psicoterapia, no quieren no más, solamente vienen por lo de la droga y no les gusta trabajar otros tipos de temáticas, son resistentes, y uno nota eso, entonces se trabaja más conductualmente con ellos y después puede aflorar la necesidad de psicoterapia o no. Y otros pacientes que el consumo es más leve, que están entre comillas más armaditos en distintos ámbitos que ha simple vista no se evalúa una psicoterapia y que son pacientes que mejoran con la detención del consumo.

4. Me interesaría saber de las prácticas de intervención.

Yo principalmente, históricamente, he trabajado desde un modelo más sistémico-constructivista, y actualmente estoy como explorando em, estoy haciendo un magíster en psicoterapia, es como entre posrracionalista y cognitivo constructivista, un magíster que está dando la Chile actualmente, que tiene que ver más con la terapia individual, con el individuo entonces actualmente estoy como en una fusión de estrategias de intervención y técnicas, es necesario las terapias familiar en las adicciones para trabajar la problemática de la co dependencia que se da mucho en estos casos, sobre todo co dependencia con las madres de estos pacientes, y también para trabajar el fortalecimiento de recursos y la prevención de recaídas, en muchos casos es importante pero también nos encontramos de repente con pacientes que no tienen apoyo familiar, que están un poco separados de apoyo o redes de apoyo y podemos quedarnos sin herramientas si solamente nos apoyamos en el modelo sistémico, eso por un lado.

5. Eso lo fuiste descubriendo en tu experiencia.

Sí, además hay pacientes más complejos diría yo en el cuál el modelo sistémico queda un poco corto en cuanto a lo que es las patologías como los trastornos de personalidad del dsm 4, o estructuras de personalidad o formas de enfrentarse al mundo más compleja y más diversa y ahí implica un trabajo individual, sobre lo que yo he podido apreciar a lo largo de los años de tratamiento a las personas que si bien recibe un trabajo sistémico en cuanto a los vínculos y ha lo familiar, lo individual queda corto si nos basamos en ese modelo.

6. Hay distinción entre personas que consumen sustancias y otros que llegan a la clínica, se visualiza algún tipo de distinción.

Yo creo que todas las personas se enfrentan de diferente forma a todo, no sé si pueda clasificar por ejemplo a los dependientes y a los que no, yo creo que sí son personas que son más dependientes, que tienen más dificultad para dejar las drogas y otros que a lo mejor es más fácil. Sí, no sabría decir si eso tiene que ver con una estructura o tiene que ver con un periodo de adicción de muchos años, si tiene que ver con un contexto social familiar, no sé, tienen que haber distintas aproximaciones, pero yo creo que tiene que haber una gama de aproximaciones a las adicciones.

7. Qué se quiere lograr con el tratamiento, cuéntame de los logros que se visualizan en el tratamiento.

Mira, las guías clínicas dicen que el paciente tiene que abstenerse de la droga problema, nosotros organizamos el modelo de lo que el paciente escoja como objetivo terapéutico que puede ser reducción de daño, hay pacientes que llegan y fuman cigarrillos, beben alcohol y no se po, y consumen pasta base y quieren dejar todo, otros que sólo quieren dejar la pasta base, y fuman marihuana y pasta base, osea, el objetivo lo define el paciente, no es algo que nosotros definamos, uno lo puede orientar en que hay drogas sin duda que es más difícil mantener un consumo sin un daño como la pasta base que son drogas más duras, pero más allá de uno orientarlos y mostrarles lo difícil que es ser consumidor sin tener un daño o crear una dependencia severa, es el paciente el que decide. Podríamos decir que se co-construye el objetivo.

8. Qué piensas de las Drogas

Es un tema difícil de abordar, es un tema multicausal, es un tema que mmmm, mira para mí las drogas no son el problema, las personas tienen problemas con las drogas que es diferente, entonces, en ese sentido las personas tienen variadas carencias y situaciones que los llevan a consumir drogas, realmente está en boga hoy en día y hace años atrás que empezó a tomar más vuelo porque es un tema sensible y

prioritario, es una urgencia a nivel epidemiológico en Chile, entonces es un tema que hay que dar una acogida en el sistema de salud, pero también hay otras cosas que hay que ir mejorando, que la gente consuma menos drogas y que no haya pasta base en las poblaciones depende también de lo social, de la educación, depende de varias cosas, eso no quita que la gente consuma droga, sí podría disminuir las dependencias y otras cosas, eso por un lado, y por otro lado el ser humano en sí tiene conductas de dependencia ha variadas cosas, entonces es como una conducta histórica del ser humano, el consumo de alcohol es histórico, siempre ha habido consumo de alcohol, a veces nos fijamos en las drogas más duras o en las drogas más químicas más modernas, pero el alcohol existe hace mucho, hace muchos años, y hace muchos años ha habido problemas por el abuso, por el alcoholismo principalmente, de hecho los tratamientos se iniciaron con el alcoholismo, entonces por ahí también hay como una mirada con un solo ojo, ahora se le ha dado mucho énfasis al cigarrillo por ejemplo, a las campañas de alcohol no se les ha dado énfasis y el consumo de alcohol en la sociedad chilena es bastante alto, es bastante problemática la situación de alcohol en Chile. Es como una mirada con un solo ojo, se ven como las drogas más duras, en este caso la incorporación del cigarrillo es una novedad en cuanto a los tratamientos y a la prevención en cuanto a las drogas, pero falta el alcohol que también hay que mirarlo por ese lado.

9. Porqué se estaría dando esta situación.

Yo creo que el hecho de que sean ilegales tienen una preponderancia y que por ende una emergencia en ese sentido. Lo otro me parece que la legalidad de las otras drogas les da mucho resguardo, y hay muchas empresas que están como detrás de esto y en Chile las empresas o las actividad vinícola es bastante grande, es un producto de exportación etc., también aparecen las pisqueras y todas esas. Años atrás yo escuchaba que Chile era el tercer país per cápita en tomar coca cola, y me parece que eso está directamente asociado a piscola, osea, no me lo explico de otra forma,

entonces me parece que por detrás están las empresas que están un poco resguardadas, lo mismo que pasaba con las tabacaleras en Estados Unidos, cosas como esas. Puede que detrás estén asociados intereses políticos, de poder, si bien no manejo el tema, mira no hablo así de cómo una sequía como lo hubo en Estados Unidos ni Inglaterra en los años 30, fue la prueba que era peor la medicina que la enfermedad, porque produjo mucho tráfico, mafia etc, que fue el inicio un poco de este tipo de sucesiones, entonces tiene que haber un mayor control no más y sanciones más altas por ejemplo a quien le de alcohol a los menores, a quien le venda alcohol a los menores, el hecho de manejar bajo el estado de ebriedad, uno toma y sale manejando ya sea de una reunión, de una fiesta, etc., entonces eso también tiene que ver con las penas y las sanciones y la falta de conciencia también.

10. Las intervenciones incluyen atenciones médicas y tratamientos farmacológicos.

Sí acá hay un psiquiatra que no te lo mencioné, pero ahí también hay falta de recursos y por ahí también hay dos tipos de pacientes, el que viene buscando el medicamento como mágico, el pastillomano le decimos nosotros, y el que tiene mucho temor a además volverse adicto a otro tipo de drogas ya que también considero a las pastillas como drogas, y está el que sería como un tercer tipo, que evalúa y ve, de acuerdo a la sintomatología si necesita medicación o no, no tenemos horas para todos los pacientes para que los vea el psiquiatra, así que escogemos a los que tienen mucha sintomatología o a veces tienen una dependencia alcoholica muy grande y necesitan medicación específica para eso, y pacientes que además tienen alguna otra sintomatología asociada como trastornos ansiosos o características de personalidad que necesitan tratamiento, también se puede recurrir a psiquiatra, en mi opinión, es que el médico o psiquiatra es un apoyo al tratamiento psicoterapéutico, abusar de eso me parece que no es necesario, me parece que algunos no necesitan pasar por el médico, ahora, hay pacientes que no tienen síntomas de abstinencia severa y ahí hay que ir viendo.

11. Sé observa a lo largo de las intervenciones los riesgos que el paciente pueda llegar a depender de otra sustancia en este caso lícita.

Hay pacientes que tienen un historial de adicción a medicamentos, adictos a los fármacos a los psicofármacos, ahí uno tiene más cuidado. Hay pacientes que no toman medicamentos que nunca han tomado y que lo toman como una opción y si uno se lo ofrece y si se ve que está muy complicado, que le es muy difícil lograr abstinencia uno lo puede ver como una alternativa. Pero el temor lo demuestra el paciente el hacerse adicto a los medicamentos, ya que para nosotros es que tomen medicamentos un par de meses y eso, mientras se estabilice un poco la abstinencia, si es que el paciente lo requiere, como te lo dije y lo reitero que hay muchos pacientes que no requieren medicación y que pueden lograr abstinencia sin medicación y de hecho hay comunidades terapéuticas que no tienen médicos y que los pacientes, entre comillas a poto pelao, se maman todos los síntomas de abstinencia, no me parece malo eso.

ENTREVISTADO N° 4

**PSICÓLOGO PROGRAMA ALCOHOL Y DROGAS CONSULTORIO JOSÉ
BAUZÀ FRAU COMUNA DE LAMPA**

1. Como iniciaste el trabajo con problemática de drogas y como ha sido tu experiencia hasta ahora.

Yo comencé con el tema de drogodependencia por mi Tesis, yo mi tesis la hice en alcohol, la hice en alcohólicos anónimos, entonces ahí comencé a trabajar en el tema del alcoholismo, de buscar estrategias terapéuticas como qué elementos habían al

interior del programa de alcohol y drogas, ese fue mi primer acercamiento. Comencé a visitar comunidades, experiencia, mucha entrevista y después comencé a trabajar en el tema de alcohol y drogas a hay hasta ahora.

Hay un factor, mira es re importante la motivación que tiene la persona para hacer su tratamiento, y ese factor posibilitan que el trabajo sea más optimo como mantener la abstinencia o reducción de daño, pero lo que veo sí, los que vienen a consultar, traen una historia detrás de mucho intento o consumo muy fuerte, o sea cuesta diferenciar el consumo de los que fuman no se po una vez al mes, sin romper esquemas, ha personas que ya tienen un patrón y ahí a la persona le cuesta, pero cuando logran saltar la primera vaya de ver que el tratamiento no es para la familia sino que es para la persona y cuando la persona dice sí me vengo a tratar, ahí cambia el eje terapéutico, entonces siento que la inversión en el foco terapéutico tiene que ver con eso qué es lo que quiere la persona y ahí hay un proceso de cómo de la persona de darse cuenta, de sus cosas, de adonde va, de salirse un poquito del deber ser, del estigma o del rol que supuestamente tienen a poder decir las cosas, y eso es un camino fuerte para la persona en como se reestructuran de pautas que venían de mucho antes, de años, pero sabes que es re importante trabajar ese tema, en como las personas se dan sus espacios y de ver el cómo rompen su limitación, cuando ya son concientes de eso bueno una persona no se po, diez años consumiendo con mucha violencia y con muchos tratamientos y en tres meses dejan de consumir, van a su casa, se independizaron, una persona que consume cocaína no se po, logra salir, volver a reestructurarse, el trabajo con psiquiatra con el equipo, y hay cambios. La motivación es súper importante, hay estudios que hablan de eso que en los logros la motivación ocupa el 70%, el conocimiento un 30%, y el resto el entorno. Y lo otro es la alianza que tú tienes con la persona, las primeras dos sesiones tienes que formar una alianza con el paciente, y después el foco terapéutico, si no hay alianza no vas a poder entender lo que el quiere o lo que ella está buscando. Entonces como otro factor terapéutico es generar alianza, generando alianza y un buen vínculo tú ya tienes posibilidad de trabajar otros temas que te lleva a las pautas de interacción de las

personas. Este es un tema que se da con todo tipo de paciente, es que es fundamental eso, debe haber un factor de motivación, si no hay motivación, no hay impacto.

2. Que opinas de Conace.

Acá el Conace hace años atrás tenía 6 casos, después aumentó a 12 y actualmente hay 25, y acá solamente 15 ya que este se divide con Lampa, acá se ha generado hartoo espacio para poder trabajar. Acá en Lampa y Batuco hay hartoo consumo de drogas, y drogas duras, acá en Batuco hay cuadradas que venden seguidito pasta base, entonces la estrategia que tiene terapéutica es buena, podría ser mejor, pero eso de cuanto da, ayuda bastante por que integra además a otros profesionales y te da un piso, y además siempre están haciendo capacitación, y en ese sentido te van nutriendo, esa es la parte terapéutica de conoce y bueno mi experiencia. O sea hemos visto que acá hemos crecido con la atención, además. Es un buen apoyo, antes estábamos con el programa alcohol y drogas, además significan más lucas que incrementa el programa.

3. Y en relación a las intervenciones, que me podrías decir de ellas.

Yo trabajo más desde una orientación sistémica, y mi idea es trabajar las primeras sesiones en la motivación y alianza, ese es como el eje, y posterior a ese paso es trabajar mucho la utilización, es decir, qué es lo que necesita la persona, que quiere, y desde ahí, ir desarrollando objetivos terapéuticos por persona de acuerdo a lo que quiere la persona, trabajo desde una mirada bien estratégica, bueno hice un post grado en terapia estratégica breve, y bueno de ahí me voy lineando. Es súper importante trabajar desde lo que la persona quiere y no desde lo que uno quiere, porque desde otro paradigma u otra teoría te situas de lo que aquello te va diciendo, y cuando te enfocas en la persona, deja de _____ en el espacio es lo que la persona quiere, desde ahí bueno tu ves otras cosas las orientaciones a las soluciones, en dar

pautas, se va viendo todo lo que la persona te va diciendo y desde ahí se va construyendo un foco, cada persona es un enfoque terapéutico distinto.

4. Cómo se visualizan los logros en los tratamientos.

O sea, partimos de que ha habido un crecimiento desde los 6 casos que años anteriores se atendían a los 25 que existen actualmente, hay buena adherencia, está funcionando el taller todos los días miércoles de fortalecimiento de recursos personales que te da otro enfoque, hay recursos que hay que seguir fortaleciendo, entonces eso te da un conocimiento más de la persona, aquellos aspectos positivos de la persona, buena adherencia de las personas, logran cumplir los objetivos, siempre está estipulado que venga una recaída y de ahí fortalecer más a la persona, consume, y sigue haciendo más cosas, se está en este minuto visualizando un proyecto de conoce que es poder insertar gente a puestos de trabajo, se está viendo participar con una terapeuta ocupacional o una asistente, para comenzar como proyecto piloto, pero siempre hay como desafíos, que vamos a hacer, por ejemplo el año pasado con el grupo, ya el grupo ya está, y el otro es ver de qué manera a la persona se le puede depositar en un trabajo y el ver como se desarrolla eso es ya para el segundo semestre. El año pasado por ejemplo tuvimos un espacio de radio la idea es abrir espacio. La clínica en general funciona bien pero también tú puedes con distintas áreas de tratamiento, potenciarlos más, entonces por ahí yo creo que va, y los programas nacionales van para allá para una intervención comunitaria, pero para tener una buena comunitaria, tienes que tener una buena clínica, ya que la clínica aborda aspectos que la comunitaria le cuesta un poquito, ya que puedes lograr captar la individualidad, independiente que estés en un grupo se debe captar ciertas cosas de la persona se debe estar pendiente de eso.

5. Qué pasa con la abstinencia.

La abstinencia de alcohol es como, el deseo de beber se aumenta el triple, conciliación sueño aumenta bastante, la ansiedad, la tolerancia es bastante fuerte, la sudoración, a pesar que se empieza ha hacer un proceso de desintoxicación individual, cuando ya es más fuerte, se empiezan a pelar las manos el hígado ya responde distinto, entonces en esa primera parte es fundamental trabajar con psiquiatra, acá tenemos la buena oportunidad que tenemos dos psiquiatras que son muy aperradas, son súper súper buenas profesionales, en las reuniones clínicas se conversan los casos, entonces eso te facilita mucho, la primera instancia que es la abstinencia y que es la más y después cuando el organismo ya se desintoxicó empieza a tomar su propio ritmo y empieza a reconstruir y a recrear. La abstinencia en droga, haber en el alcohol también pueden haber episodios psicóticos o microspicosis producto de la falta de la sustancia, pero la droga la abstinencia es más fuerte, tu vez a la persona más dañada pero ahí vas viendo los cambios también, cuando la persona deja de consumir tu vez que ya está mucho más repuesto, ya no es una mirada flotante, yo miro mucho los ojos, entonces las personas con consumo no miran un punto fijo, ya cuando la persona logra estar sin consumo, logra mirar un punto fijo. También contamos en esto con la psiquiatría en caso de no estar con la psiquiatra contamos con los médico de APS para controlar los episodios micropsicóticos y todo eso. La abstinencia fuerte entonces se da en los primeros tres meses de tratamiento. La abstinencia se basa en eso entonces, en los síntomas de abstinencia, y lo que tú haces es no se po, verlo dos veces a la semana, va a grupo, se ve con otra profesional, con la técnico en rehabilitación para que se vaya descomprimiendo un poco, hasta cuando tú vas viendo los cambios, no sé po, encontró un trabajo, y eso cambia bastante las cosas. Se trabaja con la familia también, con las personas mas cercanas, ya que ellos te dan un reporte de cómo han estado.

6. Hay distinciones entre pacientes consumidores de sustancias y otros que consultan en la clínica.

Sus dificultades se dan a temprana edad, en temas familiares muchos factores de riesgo, también características de estructuras en el eje dos por ejemplo que potencia las conductas y los patrones de consumo, pero principalmente personas muy dañadas desde muy abajo, familia y eso te da el patrón, esas son las características, es muy distinto aquel que comenzó a consumir pasta a los veinte tanto al que comienza a consumir a los doce. El que empezó con copete a los dieciocho y otro a los treinta, a temprana edad el riesgo es mayor, a más temprana edad los factores son más de riesgo.

7. Que piensas de las drogas.

A nivel latinoamericano somos una población que consume más alcohol, en cuanto a droga la pasta base ya no solo es una droga de la periferia, ahora los sectores más acomodados ya están consumiendo pasta base, entonces no hay como drogas abc uno y otras para sectores más desposeídos, hay un patrón alto de consumo, tiene que ver con el país que se está desarrollando, estamos como en el primer proceso del capitalismo que lleva hoy en día a mucho trabajo, poca contención a nivel familiar, pocas redes de apoyo, y eso lleva a mucho individualismo, y eso se ve, que empieza a ver, que la falta de esa llevan a un consumo, propician un consumo, tiene que ver un poco con los ritmos que se viven a nivel social, esto da cuenta de los que estamos viviendo, tiempo de dictadura ingresó mucho la marihuana con el objeto de tener a la gente volada, la chicota la pasta, desde los 80, da cuenta de cómo poder aislar a la persona, entonces tiene un poco que ver con el desarrollo. La pasta ya está arriba, en un reportaje que leí en el diario se mostraba como cabros de allá arriba estaban consumiendo pasta, entonces ahí también da de cuenta en que sociedad estamos y de lo que la sociedad nos exige también.

ENTREVISTADO N° 5
PSIQUIATRA PROGRAMA ALCOHOL Y DROGAS COSAM LAMPA

1. Cómo fueron tus inicios en el trabajo de drogodependencia y cómo lo evalúas.

Lo primero que yo creo que me tocó, fue haber yo creo que de recién egresado pacientes de atención primaria, más que nada lo que me tocaba ver ahí por una cuestión de un nivel de complejidad, por que se derivaban, porque habían gente que se dedicaban más bien a eso en los temas de alcohol y básicamente la receta de tabú y eso, no mucho más. Ya después mas contacto con el paciente adicto, más propiamente, dedicándome a la beca de psiquiatría, como cosas formales solamente en tercer año tenemos una pasada que es por tres meses en el Instituto Psiquiatrico, en la unidad de desintoxicación de alcohol y drogas, la unidad de desintoxicación como servicios apartes uno exclusivamente de alcohol y otro más exclusivamente de otras drogas psicoactivas. Pero mas bien el contacto comienza más con pacientes adictos comienza, con contactos con co-morbilidad o patología dual, uno se pilla con que el paciente que llega con otras cosas finalmente al minuto de entrevistar por consumo de drogas o consumo de alcohol, de repente aparece el antecedente no siendo aquel el motivo de consulta.

2. Cómo son las intervenciones terapéuticas en problemáticas de consumo de sustancia.

Así como médico no porque ahí me meto en una cosa que no es tan técnica sino que más bien que es como de opinión, por ejemplo me acuerdo que yo tenía un profe en la U que siempre decía que para cuando una misma patología tiene muchas formas de operarse quiere decir que ninguna es muy buena, cuando hay una cosa que es superior al resto hay una forma de hacer las cosas no mas que es la mas correcta y el resto no y la sensación mía con el tema de droga, es que pasa un poco eso, que hay muchos enfoques, muchas formas de abordar el tema pero a la larga todas tiene sus pro y sus contra y no hay ninguna que esté marcadamente como superior a la otra. La sensación que tengo yo a lo mejor un poco por los lugares que he trabado y me ha tocado ver el tratamiento un poco particular de drogas, a mí personalmente como que el manejo de las adicciones a mi no me gusta mucho, lo encuentro bastante un poco fome porque a la larga para el manejo de la droga como lo único común que hay, lo que está comprobado, tiene que ver con un enfoque multidisciplinario tienes que trabajar con un equipo formado en base a un constructo teórico, en función de una cosa más conductista, en función de una cosa más analítica etc, entonces mi sensación con el trabajo de drogas, es que ha la larga hay que adscribir a un marco teórico, aplicar ciertas normas técnicas y hacerse el tonto con otras cosas, creo que para el trabajo con drogas, es muy, acepta pocos matices, es muy como muy blanco y negro, bueno malo, recayó o no recayó. La sensación mía es que si querí dedicarte a las drogas es como hacerse un poco el tonto con otras cosas que sabes, osea uno puede hacer montones de asociaciones en relación a un consumo sintomático o con una relación con la madre etc, pero eso maní, eso no importa al minuto de hacer un manejo, o por lo menos un poco lo que dije yo, verlo desde el punto de vista más biológico importa un huevo, y el punto es que la persona no piensa ya que está metido en un circuito neuronal que de eso no puede salir, tiene un tratamiento farmacologico 15 días, medicamentos pum sale y pa fuera. En ese sentido me parece y como te digo, es un poco abrumante en el sentido de que por cada teoría hay un centro terapéutico hay un equipo que se dedica a manejarlo desde ese punto de vista. Creo que las cosas que sí están un poco claras, mas establecida, son las que tienen que ver con el enfoque multidisciplinario, que tienen que ver con la parte motivacional, con el

trabajo motivacional que se puede hacer con un paciente y motivacional me refiero de todo, como desde las entrevistas motivacionales para al tipo mostrarle el daño que le está haciendo, hasta los temas motivacional de una orden Judicial y una serie de cosas. Con esto, yo miraba bien a huevo este asunto de los pacientes judicializados tipos que llegan por orden, como la mamá puso una demanda porque el tipo llega a la casa curado y deja la cagá entonces la mamá puso una demanda para que el tipo no se acerque y bueno el tipo llega a tratamiento, en eso uno podría decir que el pronóstico que tienen ese paciente es muy malo, no tiene una motivación como del yo, una motivación interna al cambio, pero a mí me llamó mucho la atención como el jefe de drogas daba el ejemplo de que en E.E.U.U. los médicos, a parte del título, deben tener licencia para ejercer en los estados, y cuando a un tipo lo pillan con consumo, le suspenden la licencia, el porcentaje de abstinencia en los médicos es de 98%, entonces claro osea, hasta que punto puede no haber ninguna motivación interna, ninguna motivación del yo, pero si desde fuera la cosa está suficientemente estructurada puede tener resultado, es un dato que me sorprendió un poco y eso ha cambiado un poco el enfoque que tengo yo con respecto a las adicciones y al manejo que se pueda hacer con la familia, el trabajo que se puede hacer con la mamá para que no establezca esta cosa ambivalente, esto de no te dejes consumir pero igual te dejes en la casa como te voy a dejar en la calle, no sé como ese tipo de cosas.

En la unidad de desintoxicación ellos funcionan con un esquema bastante estructurado, bien estructurado. Es una hospitalización de desintoxicación de 15 días. Todos los pacientes pasan por un proceso previo en que se hacen algunas entrevistas para evaluar la motivación, cual es la red, si hay otras patologías etc., planificar una hospitalización. Todos los pacientes se ven de a dos personas, siempre es un psiquiatra con un co terapeuta que puede ser una asistente social, una psicóloga o la enfermera jefe. Esta programado que todos los pacientes al ingreso tienen que venir con los familiares, familiares directos, o los que viven con él, o los que lo van a apoyar en el tratamiento. Se hace también una entrevista a la mitad de la hospitalización, al séptimo día, y una entrevista al alta. Lo otro que está también bien

estructurado es la derivación asistida, ningún paciente se puede ir sin la hora tomada ya sea en un centro de tratamiento ambulatorio o régimen cerrado y eso es algo que se decide entre los terapeutas, la familia, el paciente durante la hospitalización, según como evoluciona el paciente y según con lo que se ha podido evaluar de los intentos anteriores, y en función de eso, y una evaluación lo más global posible con respecto con la funcionalidad de la familia, la red de apoyo, y esas cosas que es lo que sería como lo más beneficiosos para los pacientes al alta, se hace harto hincapié en el inicio, que eso es solo la primera parte, que es sólo y únicamente la desintoxicación y que el tratamiento se juega después al alta, y en el tratamiento que continúe después, y los que trabajan allá tienen como bastante claro eso. Es bastante poco lo que se puede trabajar mucho más con los pacientes porque muchos, prácticamente porque la mitad se hospitalizan son por que necesitan manejo farmacológico de los síntomas de abstinencia, hay pacientes que hacen síntomas de abstinencias graves, con alucinaciones, con riesgo vital, con riesgo de convulsiones. O, los otros que se hospitalizan son pacientes con patología dual, con trastornos de personalidad grave y adicciones o pacientes con psicosis y adicciones. Está bien enfocado, un poco lo que yo ví, yo no diseñé este sistema, está muy enfocado en la desintoxicación y como en motivar para el tratamiento que viene ya que el Instituto se desliga un poco de eso. Esa es la Unidad de Drogas, la Unidad de Alcohol funciona similar, pero la unidad de alcohol también tiene un programa que son 30 días en total, son 15 días de hospitalización pero 30 en total de tratamiento ambulatorio, con reuniones grupales en que hay digamos psicoeducación, temas, los pacientes tienen que contar su historia, tienen que dar un examen al final como para irse de alta entre comillas, también funciona un grupo de pacientes rehabilitados que se van viendo etc. Es así como he visto yo que funciona en el Instituto, en la atención secundaria en el Cosam, el contacto que he tenido yo que en uno de los Cosam que yo trabajo, he tenido que ver la parte farmacológica, pero básicamente sólo la parte farmacológica de los pacientes que están en el ambulatorio básico, que no alcanzan a ser ambulatorios intensivos, sino pacientes que están con un terapeuta psicólogo que se dedica a la parte de adicciones, y en grupo, son pacientes que tienen un nivel de consumo mas

bajo, por lo tanto no necesitan hospitalización, sino que atención ambulatoria, sino que son pacientes más bien motivados, con mejor manejo cognitivo, con mejor red de apoyo, pacientes menos dañados, que tienen trabajo, que tienen una familia que los apoya detrás y ahí el contacto que tengo yo es siempre en la primera entrevista ver aparte de la patologías psiquiátricas asociadas, ver súper detallado todo el consumo, alcohol, sustancias cuando, donde, síntomas de abstinencias, evaluar muy bien toda esa parte y en función de eso ver el manejo con fármacos, si no hay patología asociada eso se reduce a un manejo de ansiedad con neurolépticos y ese tipo de cosas, si hay patologías asociadas, ahí ya es como un poco otra historia. En la mañana de hecho el lunes, ví una paciente que se había visto dos años por trastorno de personalidad, distimia, abandonó y volvió ahora, y ella venía en realidad por sus síntomas depresivos, venía por medicamentos, pero al interrogatorio como más dirigido, aparece un alcoholismo crónico de un año y medio, diario, sin mucha conciencia de enfermedad, pero de igual manera la paciente logra captar la importancia de tratamiento de ambas cosas, absolutamente la situación de que no sacaba nada con darle estabilizadores del ánimo si toma. Ese caso por ejemplo se derivó a la unidad de desintoxicación por el nivel de consumo, por los síntomas de abstinencia, y porque tenía a la base un trastorno de personalidad grave, ese es un paciente por ejemplo que al ambulatorio llega y que ingresa al programa, y es el ejemplo de paciente que llega por otra cosa y colateralmente aparece el antecedente del consumo, es ahí donde uno debe enfocarse un poco. Y el otro tema que es un poco enredado por el asunto de adicciones es que siempre por un tema de encuadre, es re complicado en pacientes con patología dual, trastornos de personalidad grave y adicciones o pacientes con cuadros agudos y adicciones, estoy pensando en algunos pacientes ambulatorios y pacientes que llegan a sectores de corta estadía del Instituto que no son desintoxicación, es que para mí es un poco complicado pararse en dos lugares al mismo tiempo porque me parece, como que la postura subjetiva que asume uno, y el vínculo transferencial que se establece, haber, es necesariamente distinto cuando uno se enfoca a la parte de adicción v/s cuando uno se enfoca a otra cosa. En el manejo de las adicciones creo que se manejan otros códigos que son un poco más objetivos,

más tangibles, mas blanco y negro, más a nivel de metas, más a nivel conductivo, y cuesta mucho hacer el salto, o cumplir los dos roles a mí me complica mucho, creo que es un poco enredado, la impresión mía es que para poder manejar bien la adicción, hay que pararse en un lugar que no necesariamente es un lugar para entender los otros problemas de los pacientes, no sé si me explico. Ejemplo, hace poco había una paciente hospitalizada en el Instituto que se fue de alta hace unos días, una mujer joven, 26 años, un hijo, trastorno de personalidad grave, unos rasgos perverso pero primaba más bien la cosa más infantil, muy descontrolada, muy actuadora, en esa línea, era una paciente que tenía un consumo de cocaína importante en el último año, que había intentado en los dos últimos años hacer un tratamiento, entraba y salía de los centros, entraba se le encuadraba, se enojaba, nunca hizo ningún tratamiento, además la estaba viendo un médico particular que la trataba en esta cosa más impulsiva, la motracina, la quitriapina, un montón de medicamentos bastante buenos y no lograba compensarse por que probablemente nunca se manejó bien el tema de la adicción pero por otro lado en la parte de su descontrol. La paciente llegó al instituto y se hospitalizó por un gesto suicida, estaba descontrolada, crisis angustiosa con episodios micropsicóticos etc, alucinaciones, mátate, etc., la paciente cuando llegó, se mezcla el síndrome de abstinencia con el trastorno de personalidad, era insoportable, gritaba todo el día, quería irse, es una paciente que hubo que contenerla y quedó porque se pudo establecer una alianza con los papás para que la paciente se quedara y se entró a negociar un poco con ella que se iba a hacer un tratamiento de desintoxicación como que se hace en la unidad de drogas por 15 días y todo eso. Entonces al minuto que uno se enfoca en la parte de las drogas, que cuanto a consumido, de las recaídas y de esas cosas, es muy complicado hacer el salto, o sea al mismo tiempo de enfocar la parte de las drogas, irse a la parte más subjetiva que tiene que ver con el descontrol, me parece que se enreda todo el sistema y al final no queda en nada, además hay pacientes muy manipuladoras que cuando le hablas del suicidio dicen estar ahí por la droga y cuando les hablas de las drogas dicen estar ahí por el suicidio, y la Depresión, entonces es una cosa que es muy enredada, y es muy enredada también como a lo otro que iba que porque uno muchas veces a pacientes

que tienen un consumo importante uno no los puede ver, necesariamente para poder manejarlos bien hay que tener un equipo y para tener un equipo hay que dedicarse al tema, hay que estar con gente que apoye, con terapeuta con técnicos, psicólogos, terapeuta ocupacional, una serie de cosas, entonces ahí viene un poco la incapacidad para uno en manejar los cuadros de adicciones en función de la pega del psiquiatra, ya que siempre está establecido como una cosa muy cerrada, el paciente y uno digamos, como funciona en una consulta particular, en muchos policlínicos, como funciona en el Cosam también, que si bien está el equipo ahí, uno funciona de ocho a seis con media hora cada paciente y punto, eso dificulta bastante, para la mayoría de los pacientes que son adictos terminas teniendo que ir a buscar al terapeuta preguntarle que te parece el caso que has visto, a mi me parece que etc etc, creo que es como la única cosa que me queda clara como te expliqué delante, como toda esta cosa, teoría, centro comunitarios are crishna sin medicamentos, o centros que trabajan sin medicamentos, o cuestiones solamente médicas, con pastillas y una cosa super conductual, el paciente no existe sólo hay que reforzar, tratamientos más dirigidos, de acuerdo, pero creo que lo único que está como validado es un enfoque multidisciplinario en cuanto ha el aspecto técnico en cuanto a habilidades técnicas y terapéuticas con respecto a esa parte, y, con respecto al enfoque global del paciente, de la familia del medio, las redes de apoyo, creo que eso es lo único que parece que es como claro.

3. Existen distinciones entre pacientes drogodependientes y otros tipos de pacientes que llegan a la clínica.

Sí, es que el manejo tiene que ser distinto, osea, de partida. Hay un punto en la estrategia de reducción de daño, estoy pensando en una paciente que veo hoy día, en promedio, y esto es como 5 fluoxetina diarias y 10 lorazepan diarios, una paciente que se enojó mucho cuando yo le dije que esto era una adicción que era lo mismo que una adicción a la cocaína, se fue de portazo y de acuerdo, no ha sido posible quitarle

la benzodiacepina pero en este minuto está con 3 diazepam diarios y amprazolam sos y relativamente lo respeta, ya no está consumiendo alcohol, eso también tiene que ver un poco con eso, y en ese sentido el paciente que esté tapao de pastillas tiene que ver con el asunto de la co-morbilidad, es bastante distinto del paciente que uno se encuentra en atención primaria, un paciente que da gusto, un paciente alcoholico que tiene plena conciencia de enfermedad, que no está dañado o que hay una familia detrás, es el clásico paciente que es alcoholico y sólo alcoholico y la señora viene y dice que cuando no toma es un muy buen marido y el tipo lo tiene super claro, después recae está un tiempo tomando, después la culpa, es absolutamente distinto ese v/s al paciente con una caracteropatía, que es impulsivo, que consume multiples sustancias, que consume cocaina y usa los medicamentos pa bajarse del consumo es absolutamente distinto, me parece que no todos los pacientes que, no necesariamente todos los pacientes con adiccion necesitan un tratamiento farmacologico si creo que tiene de beneficio por lo menos en el primer tiempo para el manejo de la abstinencia pero el problema es que obviamente, no conozco las estadísticas duras, pero obviamente uno ve una muestra un poco sesgada un paciente que no pudo resolverlo a otro nivel, que no pudo resolverlo solo o en atención primaria, entonces lo que uno recibe son pacientes con una patología dual grave, o sea pacientes bipolar y alcoholico, claro se pone a tomar y se compensa la bipolaridad o se descompensa la bipolaridad y se pone a tomar, bueno la marihuana con el esquizofrénico, y para el otro lado también, pacientes pastabasero que hacen psicosis exógenas completamente esquizomorfás y hasta que no se logra la abstinencia y hasta 6 meses después uno se da cuenta de que no era una esquizofrenia a pesar que tenía todo el cuadro característico, pero es absolutamente secundario a la pasta bases, entonces hay que hacer una diferencia también que hay grupos y grupos de pacientes, hay grupos de pacientes que efectivamente pueden manejar con poco o nada de medicación, en terapias de grupos, que tienen buena adherencia a los grupos, tienen mejor redes de apoyo y que tienen buenas herramientas, y que son pacientes que no necesariamente necesitan el pastilleo, pero objetivamente hay otro grupo de pacientes que independientemente del consumo necesitan el pastilleo, ahora obviamente un paciente

que tiene un perfil impulsivo y que tiene un consumo de múltiples sustancias hay que tener ojo por que los mismos medicamentos de prescripción pueden terminar siendo fuentes de abuso por lo menos, y también el efecto iatrogénico que uno se encuentra con pacientes que vienen con tiempo con uso de sustancias, que toma sibutramina de hace años o está tomando anfetamina para bajar de peso hace varios años, es otra historia.

Ahora por lo menos en atención secundaria en los cosam el trabajo en equipo se dificulta un poco por el volumen, dificulta mucho salir del esquema que el médico si va de 8 a 6 bueno tiene el primer paciente a las 8 y el ultimo a las 6 y punto, no se le da tanto el valor al trabajo en equipo, entonces a veces es un poco complicado el manejo de estas patologías que requieren trabajo en equipo que requieren otras cosas, la co-terapia se puede sostener más a la distancia, en reuniones más esporádicas.

Bueno también si te diera como una mirada que tengo o lo que he visto con respecto a pacientes con adicciones, tienen que ver con rasgos bien impulsivos, por eso también la dificultad con la que uno se encuentra en estos centros al minuto de prescribir medicamentos, son bien psicopáticos también sobre todo por las conductas antisociales que la gran mayoría de ellos presentan, conductas bien límites también, pero eso te podría señalar.

4. Con respecto a los logros en el tratamiento, qué me podrías señalar.

Me ha tocado ver logros en el tratamiento, igual particularmente un paciente, uno y alcoholico, que la bipolaridad de él, debido al consumo de alcohol nunca se diagnostico antes, se confundía con el consumo de alcohol, pero finalmente el tipo se le diagnosticó una bipolaridad a los 40 y tantos años y una vez lograda estabilizar, que adhiriera a un tratamiento de estabilización con litio y una hospitalización de alcohol para la abstinencia, ha logrado sostenerse abstinente por bastante tiempo. Uno puede

hacer una serie de juicios en función de qué tan grave es la patología o que tan grave es el consumo, pero con la poca ingerencia que yo tengo, me he sorprendido las suficientes veces como para a todos los pacientes darles como, no hacerse el tonto con respecto al pronóstico ya que hay pacientes que tienen peor pronóstico que otros, pero tampoco caer en el prejuicio, me han sorprendido suficientes pacientes como para, cuando me enfrento a un paciente darle como el beneficio, y a veces pasa, se mejoran a pesar de uno, como que de repente son cosas que uno no sabe, de repente son cosas con la mamá, lo reencuadró, uno no sabe, a la larga no terminar emprejuiciándose, que a la larga muchos pacientes adictos por muy, no hay que darle la misma oportunidad por que uno cacha mas o menos quien va andar mejor o no pero siempre te sorprende porque la visión que tiene uno es super parcial.

5. Y en relación a las drogas, qué piensas de ellas.

Es como, haber, me acuerdo haber visto un documental de cómo culturas ruprestre en África, unas culturas muy extrañas, figuras geométricas, una serie de cosas que no son , lo que hablaba este tipo en el documental como no tan razonable de que probablemente esas son pinturas con las imágenes que veían los chamanes en viajes astrales con planteas alucinógenas. Desde que el hombre es hombre como que agarraba una manzana y lo dejaba viendo monos verdes y otra que lo alimentaba como que va a existir siempre. En ese sentido como, haber, el juicio que uno puede establecer acerca de las drogas es muy culturalmente dependiente, como de una cultura mas construccionista, desde ese punto de vista, estamos todos de acuerdo en ciertas cosas y todos encontramos que esto es bueno, esto es malo que por qué lo sea no, porque hay algunas que son legales y otras no, por qué la benzodiazepina sí y la marihuana no, el alcohol sí y la pasta no, osea el tabaco sí y otros no, creo que a la larga, no sé, creo que es complicado, el concepto de normalidad o no, el concepto de bueno-malo de salud-enfermedad, en función de que es lo deseable y que es lo que no, yo creo que estamos en un momento histórico en que, no sé, creo que es como un

poco muy amplio, haber. Creo que no es ambiguo, si es bastante ambiguo pero creo que no es ambiguo en el minuto en que hay malestar, en que se asocia a gastos, mortalidad, de que se asocia a malestar físico, desde ese punto de vista, claro, es un problema digamos, pero es un constructo también, es muy amplio, hay gente que vende droga que es rentable, hay una cosa de cómo necesidades creadas etc. Creo que es muy amplio el asunto, es muy amplio, pero la verdad que cuando se reduce a que un persona la está pasando mal y está teniendo malestar físico y quiere mejorarse, la verdad que ahí ya deja de ser ambiguo, uno puede teorizar mucho, pero al minuto en que alguien subjetivamente está pasándolo mal.

ENTREVISTADO N° 6

**BECADA EN PSIQUIATRA PROGRAMA ALCOHOL Y DROGAS
CONSULTORIO JOSÉ BAUZÁ FRAU, COMUNA DE LAMPA**

1. Como ha sido tu experiencia en drogodependencia, y cómo la evalúas.

Mi experiencia profesional como médico ha sido muy poco por que yo solo salí hace dos años y estoy recién empezando el tercer año, el primer año estuve fuera de Chile en un lugar donde no hay drogas en Haití, un paraíso ahí no pude ver ningún tipo de droga, se veía solo en los extranjeros, entonces el primer año no tuve ningún acercamiento con drogas ya que en Haití no tienen como financiarla, no consumen nada, allá los problemas son diferentes, no hay problemas de drogas, es impresionante, y aunque no lo creas, no hay problemas de depresión, están tan preocupados de vivir el minuto, de qué van a comer en dos horas más, en donde van a dormir, que el problema de poder pensar en un futuro en el sentido del ser no se hace posible, entonces no se deprimen. Para mí Haití fue el medio trampolín a salud mental, en tanta pobreza uno piensa hay mucha tristeza hay mucha depresión, pero na que ver, es una pobreza completamente distinta allá que acá. Bueno yo fui a trabajar

con la gente a través de una ONG, entonces una ong chilena, una Ong Franco-Canadiense y otra Ong Haitiana, entonces como que tuve versiones bien diferentes también del problema. Bueno y después llegue acá a Lampa donde el problema de Drogas es bastante importante y me di cuenta desde el consultorio que hay una dependencia fuerte, desde las benzodiacepina, que ese ya es un problema nacional hasta acá que es la Pasta Base. Ahora yo estoy trabajando en el Sur en Mulchen en donde Pasta Base no se ve, entonces también es súper interesante que depende de donde uno esté, te vas encontrando con distintos tipos de drogas y eso también determinan diversas problemáticas sociales que se puedan estar dando en el lugar ponte tú yo veo mucha gente en el Cosam de Lampa que son ponte tú, mamá de personas que son dependiente de pasta base y que están destruidas por eso, y que han recibido un grado de violencia gigante por parte de sus hijos, que son testigo de violencia hacia sus nietos hacia sus nueras y esa problemática social allá en Mulchén tú no la encontrái, allá encontrái el problema del alcohol ponte tu, o sea el tipo de dificultades de relaciones humanas es diferente. En general ese es como ha sido mi experiencia, que depende un poco del lugar donde tú estés y que el ambiente va ha estar determinado mucho por el tipo de droga que exista en el lugar, va a determinar la problemática social de esa localidad ya que el tema del consumo de drogas es expansivo no solo afecta a uno, si no que a la mamá del drogadicto, al hijo del drogadicto, a los vecinos del drogadicto, acá típico que llega la señora que le quemaron la casa el drogadicto de la esquina, que le robó el drogadicto, entonces es como una ola expansiva y que va a ser distinto dependiendo el lugar y el tipo de droga que se consuma. No sé po, yo me imagino en Europa, yo no he trabajado en Europa, pero allá se consume heroína y que son inyectables, y ahí debe ser otro mundo. Bueno la experiencia es interesante y es un poco, como te decía, de poder decirte es maravilloso muy alentador porque la gente sale adelante, yo todavía no lo veo mucho, si veo cambios que han sido cambios a corto plazo, he visto cambios de gente que ha decidido dejarla pero ha sido un cambio de ellos y nosotros apoyamos no más, eso es como yo me imagino como más a largo plazo uno podrá decir no se po, que es un trabajo satisfactorio. A mi no me ha tocado mucho verlo yo creo que es

más a largo plazo, es un trabajo día a día, con mucho reforzamiento, con mucho apoyo de mucho estar ahí, de mucho seguimiento de las personas, pero eso me encanta, me encanta saber que uno llega a buen puerto que hay gente que efectivamente se va recuperando, y bueno el trabajo que te hablaba la mariana y que hablamos con el Director para poder implementarlo acá es un trabajo de niño con riesgo en dependencia o en dependencia, en el fondo para menores de edad con circo, el trabajo con circo, por que se ha visto que el circo es una forma de canalizar todo ese tiempo extra que a veces hay, todo el aburrimiento, y poder también tener logro de forma rápida, que te vaya subiendo el autoestima, entonces eso también te va reforzando un poco a que tu vayas dejando o también evitando la droga, así que vino acá a conversar una antropóloga y un director de teatro que manejan una compañía de circo y que ha tenido hartas experiencias en distintas comunas, entonces para poder implementarlas acá. Ellos han tenido ene éxito por que se han implementado en distintas comunas especies de centros de circo en donde claro, el tema esencial para todos es el circo y es lo que se ve, en eso hay una trasfondo de bajo que son los valores y el valor número uno es la conciencia, la conciencia en el día que significa estar haciendo el trabajo de circo, lo que significa el NO a la droga, poder llegar hacer una rutina en malabarismo, en equilibrio de mano, en trapecio y todo eso implica que tienes que estar súper conciente y limpio, entonces, el circo se ha visto, además que son tan a breve plazo los resultados, que produce mucha atracción por los niños y muy buenos resultados. Acá el programa infantil en drogas está poco desarrollado, también el programa infanto juvenil, entonces vendría como anillo al dedo implementar estas actividades. Me interesa mucho hacer esto y poder implementarlo acá.

2. Qué opinas de Conace de sus programas e intervenciones.

Mira yo de Conace no conozco mucho pero sí he visto lo que ha llegado acá de conoce, y me he dado cuenta que cuesta mucho mantener a los pacientes, los

pacientes obviamente que llegan obligados, porque se mandaron un condoro o los pillaron robando, o los pillaron drogados en una acto delictual, entonces llegan obligados acá y vienen una vez y después no aparecen nunca más. Entonces ese es el problema, de cómo uno puede mantener a un chico de 15 años entretenido, no es como un adulto que está en otras problemáticas, que sabe que hay un problema y quiere mejorar, acá no hay una conciencia al respecto, no hay una conciencia de enfermedad, no hay una conciencia problemática social, no hay conciencia del futuro tampoco, entonces por eso se ha trabajado también con el arte, con el circo, con el teatro, es muy difícil tener una segunda entrevista de los pacientes que llegan derivados de conoce, he visto harto y creo que hay uno o dos que vuelven los demás no. Por otro lado también está el tema de cómo médico bueno también está el tema de que si es que llegai a pesquisar una depresión es muy difícil recetarle medicamentos, si tu sabes que va a volver a consumir, el medicamento, más el consumo, más el alcohol, es más peligroso, entonces es bien difícil abordarlo, yo soy super reacia a medicarlos a ellos, entonces no hay por donde agarrarlos, a diferencia de los adultos que se hacen un poco dependiente de la benzodiacepina que le dejai, de la fluoxetina que le dejai, entonces te vienen a ver porque también necesitan de un medicamento, pero ahí no es dejar el medicamento me entendí, es muy difícil, de todas maneras se necesita una estructura completamente distinta para trabajar con ellos a diferencia de los adultos que es completamente diferente. En el cosam lo hemos conversado varias veces en el sentido que no hay un buen desarrollo en la parte juvenil ni en la parte de drogodependencia juvenil, pero también es difícil, no es fácil abordarlo porque tampoco hay una receta al respecto, entonces mi apuesta personal es por el circo, pero también es una cosa súper innovadora que no, ahora menos mal que el Director confía mucho en eso y está súper conciente de que hay que hacer algo y yo creo que va ha salir adelante en el tema, pero claro acá eso está en pañales.

En los adultos es mucho más fácil ya que son mucho más concientes, ya que si bien llegan amenazados, llegan tocando fondo, vienen amenazados de lo contrario se van

de la casa y efectivamente se van de la casa, o bien vienen amenazados por que lo van a echar de la pega, y efectivamente lo van a echar de la pega, entonces son muchos más concientes, con mucho más miedo, y son mucho más responsables al tratamiento, entonces es más fácil a ellos mostrarle que existe una cierta enfermedad, entre comillas, que existe un desequilibrio en su forma de vivir, y lo otro es más fácil ir reemplazando esa dependencia con medicamentos, con dosis un poco más bajas, con menos daños, menos repercusiones, entonces es como mucho más fácil, está ya más probado todo, los talleres también son un aporte fundamental, bueno yo creo que la parte adulta está bien.

3. Has logrado visualizar logros en el tratamiento.

Los logros en realidad se ven generalmente en pacientes que llegan pidiendo ayuda y llegan bien en el suelo es rápido el repunte. Lo más difícil es mantenerse en el tiempo, eso es lo que yo no veo, pero hay ejemplos acá gigantes de muchos pacientes que han llegado en el suelo que han llegado a repuntar, y han logrado mantenerse, hay pacientes que han llegado ha salir adelante muy impresionantemente. Uno al principio los veía y decía, no por donde, pero la verdad es que gracias a su fuerza de voluntad logran salir adelante. Sí eso hay, pero que se vayan a mantener en el tiempo, eso yo en mi experiencia tan reducida no la veo, pero que repuntan rápidamente si, y ahí hay que estar todo el rato con el apoyo, eso es lo que nos corresponde a nosotros, el apoyo.

4. Y que pasa con la abstinencia de los pacientes.

El síndrome de abstinencia mas jeavy se da con la Pasta Base, es impresionante sudan enteros, se adelgazan, se ponen temblorosos, hasta fiebre les da, les da como una especie de neumonía o tuberculosis, no una cosa muy extraña y bueno yo soy de la

idea personal es de ir reemplazando o de ir disminuyendo ese deseo, de ir saciando esa falta con otra droga, un poquito más limpia, que haga menos daño y menos dependencia, y que sea más controlada, y legal también, esa es la idea, en verdad los síntomas de abstinencia se manejan con bastantes medicamentos, risperidona por ejemplo, en caso de cuál es la droga en cuestión, si es pasta base antipsicóticos, antidepresivos y benzodiacepina, mucha con dosis altas que después se van bajando, pero depende un poco de la droga es el tipo de síndrome de abstinencia, la cocaína también tiene un síndrome de abstinencia fuerte, pero la que lejos tienen un síndrome de abstinencia jeavy es la pasta base, la pasta base tiene respuestas físicas y somáticas muy muy jeavy, la cocaína también, pero la cocaína va por el lado de la irritabilidad, hay gente que se pone muy irritable, y bueno también puede tener consecuencias parecidas a los de la pasta base, pero también lo que me ha tocado experimentar es que en Lampa se da mucho la pasta base, son más adictos a la pasta base, la coca le sigue, el alcohol puede ser una tercera más grave, ahora a la marihuana yo no le he visto un síndrome de abstinencia grave, si mucho en ansiedad, en trastornos ansiosos generalizados, más de conducta, pero no tan físico, no tan somático como la sudoración o sea, hay gente que llega al sapu cuando son consumos de pasta base.

5. Cuál es tu opinión sobre las drogas, que piensas de ellas.

Para mí personalmente como persona, en realidad en integridad, como médico y persona todo sumado, voy por la conciencia mas simple, o sea sin abuso drogas, sin abuso de alcohol, sin drogas y sin alcohol. Esa es mi opinión personal.

Ahora si, respeto y comparto gente que toma drogas por un afán de entretención o de exploración también de consumo, lo que no estoy de acuerdo y es muy fácil traspasar la línea, es cuando empiezan con conductas evitativas, en el fondo porque se creo la

dependencia, y ahí yo creo que cruzar esa línea lamentablemente es súper súper fácil caer en la dependencia, y también creo que todo el mundo tienen el potencial de poder rehabilitarse pero lo principal es tener la conciencia de querer salir del consumo.

Mira tanto en la marihuana que dicen que no crea dependencia, está comprobado que no es así, que crea dependencia igual, todas las sustancias químicas que ingresan a tu cuerpo van a estimular una especie de receptor que va a producir un cambio en tu cuerpo, sea de placer o no, en este caso cuando genera placer el cuerpo te lo va a pedir y eso ya es una dependencia, que se haga o no se haga dependencia, yo creo que bueno pasa como todas las cosas la parte genética, la parte ambiental, la persona, y tu momento, es distinto de un cabro de 15 años con un viejo de 50, la posibilidad que se haga adicto a la cocaína es mayor con estructuras menos formadas, no se po, que está ahí en camino dé.

Si comparamos Haití con Chile la diferencia número uno con Haití es el dinero, si lo comparamos con Lampa, somos millonarios comparados con Haití, acá la gente tiene para comer, tiene para dormir, tienen agua y tienen luz, entonces y ya con eso hay plata a diferencia de que definitivamente allá no hay plata, no hay plata para comprar, osea eso es como lo primero que se puede sacar y después bueno yo creo que hay una generación, una generación en que puede ser la de nuestros padres hacia abajo que está que ha disminuido un poco el, es una generación que se ha empezado como a crear muy individualista, no se po entonces todo lo que son las redes de apoyo, la familia, los amigos, los vecinos, como que todo eso se ha ido perdiendo, y entonces empiezan ha aparecer vacíos que son llenados con esos placeres que son las drogas, ahora, también está el ambiente no más po, no se po, desde chico, desde los trece años ya cachai que salí a la plaza hay gente consumiendo y es bakan estar consumiendoy consumen no más po, y aunque tengan la familia más formada, más sólida del mundo se va a dispara igual ya que está en un ambiente que valida en el fondo una drogadicción.

Yo creo que las drogas antes estaban más ligadas a lo más espiritual, a algo más chamánico, y a medida que se fueron manipulando ciertas drogas químicamente y se fueron produciendo más estimulación, se fueron haciendo más potentes, que te servían para trabajar, fueron cambiando el uso y el objetivo del uso de la droga, entonces ya no es para poder comunicarse con buda o poder estar en contacto con la naturaleza, si no que es para poder carretear bien, poder tomar mucho más, o llevar muchos días carreteando sin dormir, o trabajando. Entonces ya el objetivo comienza a ser distinto, completamente. Yo creo que esto cambió cuando empezó la manipulación de las drogas, al principio las drogas que existían eran el opio, la marihuana, y ya, pero cuando empezó a aparecer la cocaína, empezaron a manipular el opio, empezó a aparecer la heroína, de la cocaína a la pasta base y todas esas cuestiones extrañas, y ya se empieza a poner más tóxico. La marihuana las consumen prensadas, todo más tóxico, tóxico a nivel neuronal, los efectos que produce y el objetivo de porqué se consume.

6. Hay distinciones entre los pacientes consumidores de sustancias y de otros pacientes que consultan en la clínica.

Sí, de todas maneras, o sea los factores están ahí súper estudiados y vistos, o sea, factores ambientales, de la familia, del ambiente social y económico. Pero de la persona, una personalidad una persona que está menos formada es mucho más vulnerable de ir quedando como encasillado o dependiente de la sustancia, es más difícil salir además, como no hay una idea clara, un sentido claro. Los pacientes en general cuando consumen, cuentan que consumieron, yo en ese sentido les creo harto a los pacientes, tu por ejemplo te puedes dar cuenta por el grado de deterioro cognitivo te das cuenta que esa persona no le hace solamente a la marihuana, obviamente hay algo más, o por su historial delictual tu dices pucha debe haber igual pasta base o cocaína. En el fondo un poco por personalidad o por aspecto físico uno puede ver por qué tipo de drogas llegó, pero así como que te digan, no yo no consumo

nada y tu ves que el gallo consume, te doy un ejemplo, aquel que llega me imagino que debe haber, debe pasar, si deben haber muchos que dicen menos de lo que consumen, generalmente no pura marihuana y no po, le hacen también a la coca, y eso te das cuentas por su personalidad, por como son. Generalmente los que son más carreteros, buenos para el copete, como más picado a choro y con poder, que andan bien vestidos y todo tu ves que es cocaína, y los niños que están más deteriorados, son más de pasta base, que es también una cuestión de plata y de lo que pueden consumir, y los pacientes que, si la marihuana, hay como un perfil del marihuanero, son perfiles diferentes que no solo se da en la personalidad, es también por el aspecto físico o las formas de hablar, claro es un prejuicio súper gigante, pero si, hay formas que obviamente influyen, tu forma de decir también habla del poder adquisitivo que tu tienes, por lo tanto puedes diferenciar entre cocaína y pasta base, y la forma de hablar, como que se le entiende menos, las jergas, claro están más metido en la pobla, tienen mas acceso a, entonces son como, pero me cuesta pensar en estructuras de personalidades, me cuesta hacer esa distinción.

ENTREVISTADO N° 7

**PSIQUIATRA UNIDAD DE ALCOHOL Y UNIDAD DE DROGAS
INSTITUTO PSIQUIATRICO**

1. Cuéntame un poco de la experiencia que has tenido en el ámbito de las drogodependencias, y cómo la has evaluado.

Mi experiencia en tratamiento en dependencia ha estado principalmente centrada en el sector público, he estado en programas de ambulatorio básico en cosam y también he estado durante dos meses en la Unidad de desintoxicación y de estabilización del hospital psiquiátrico tanto del sector de drogas como de alcohol. Del punto de vista

estrictamente médico es muy interesante el trabajo que se puede hacer en drogodependencia, el lograr completa abstinencia en contexto cerrado y que desde ahí estrictamente lo que se llama un proceso de desintoxicación. En el Instituto Psiquiátrico se da un trabajo super interesante como te decía desde el punto de vista médico, en relación a la efectividad de los fármacos y el logro de estos en los tratamientos que ahí se llevan a cabo. Además lo interesante pasa por que en el Instituto se manejan casos de alta complejidad, riesgos suicidas, trastornos de personalidades severos, co-morbilidad y el hecho de que el manejo farmacológico dé resultado en cada uno de los pacientes es lo interesante. Bueno sí, la intervención del Hospital es de 15 días y el objetivo es desintoxicar a los pacientes y el manejo de los síntomas de abstinencia que por lo demás son muy severos en los tipos de pacientes que llegan al Instituto, sin embargo dadas las características que se asocian a la problemática del consumo, se hace el trabajo de contactar a la red de apoyo más cercana del paciente y se trabaja de igual manera con esta red para diversas finalidades como el manejo de los medicamentos o del tratamiento que el paciente se lleva y la derivación a un centro de atención primaria o cosam o en algunos casos de comunidades terapéuticas de acuerdo con la evaluación que egresa, es muy importante trabajar con la red de apoyo del paciente de lo contrario es muy poco lo que se logra. En el Ambulatorio también es de importancia contactar a las familias y trabajar con ellas para el manejo de los medicamentos, de los dineros para así evitar recaídas. La familia juega un rol de primera importancia, el componente interaccional en estos pacientes es bien potente cuando se trabaja con las familias.

2. Cómo son las intervenciones terapéuticas en la problemática de consumo de sustancias.

Las intervenciones tienen que ver directamente con hacer retiro de la sustancia por eso las etapas iniciales son de vital importancia para el paciente, el trabajar de manera distinta no sé si tiene mucho sentido, por lo menos para nosotros los médicos que

nuestra función en este ámbito es hacer el retiro de la sustancia y hacer que la persona se sienta lo menos afectada posible cuando se presentan los síntomas de abstinencia. La dependencia tiene dos componentes que la definen, uno es por el lado de los pacientes que tiene que ver con la tolerancia a la sustancia y el otro componente son los síntomas de abstinencia. Los síntomas de abstinencia que se dan son bastante potentes, la rabia, la frustración, comienzan a tener conductas antisociales con el fin de obtener la droga. Por eso es importante hacer el retiro de la droga, en el Instituto eso se da en la medida en que el paciente se quiera mantener los 15 días que dura la internación, o a veces se dan el alta antes de tiempo y es ahí donde el rol de la familia o la red de apoyo es importante. En el ambulatorio es un poco más complejo, osea si la persona no está dispuesta a dejar totalmente el consumo uno ahí no puede hacer nada. Es importante también en las intervenciones de estos pacientes el lograr hacer vínculos con ellos con la finalidad de negociar ciertos aspectos sobre todo cuando se trata de darles un amplio tratamiento farmacológico, ya que no podemos recetar fármacos a los pacientes que no tienen conciencia de enfermedad y que no están dispuestos a ser retiro de la sustancia.

Por eso yo veo que es de importancia la integración de la familia en el tratamiento y siento que en algunos programas ambulatorios no se ha instalado el tema de la intervención familiar y eso se puede deber a diversos factores, se puede deber al modo de trabajar del equipo como también a la falta de recurso en el abordaje, siento que si no se logra involucrar a las redes, los resultados son muy pobres.

3. Desde tú percepción cómo son los logros en los tratamientos.

Sí evidentemente se obtienen logros. Acá por ejemplo hubo un caso que yo atendí y que no se visualizaba tanto éxito como lo obtuvo y hasta ahora, no sé si te acuerdas de ese paciente, el tema que fue fundamental trabajar con su señora ya que ella manejó sus medicamentos, además se le dio licencia médica para desintoxicar al

paciente, es imposible desintoxicar a una persona si no se obtienen las condiciones adecuadas para ello, es importante que la persona tenga plena conciencia de la enfermedad.

Además como te contaba en un comienzo vemos personas con dependencia de sustancias y que llevan asociados alguna co-morbilidad o una patología dual y ahí se torna más compleja aún la intervención ya que debes compensar un trastorno de personalidad u otra patología asociada, y si el paciente no está dispuesto a dejar la droga es poco lo que nosotros como médicos podemos aportar.

4. Se complica tarea de ustedes como médicos, por ejemplo en algún programa o comunidad el equipo hace retiro del tratamiento farmacológico cuando estiman que el consumo de sustancia ya está controlado pero no estiman que hay otra patología asociada.

Esa es una muy interesante pregunta, claro, suele suceder eso, y cuando eso ocurre es muy alta la probabilidad que el paciente vuelva en un corto plazo de tiempo a recaer en el consumo ya que muchas veces ciertas drogas son utilizadas para compensar ciertas patologías, sobre todo cuando son de alta complejidad.. Además la oferta para los pacientes duales sigue siendo restringida.

5. Se relaciona el consumo de ciertas sustancias con ciertas patologías.

Mira, no he profundizado mucho al respecto, alomejor hay estudios que puedan demostrar estas hipótesis, pero de acuerdo a mi experiencia y lo que he podido ver sí, pienso que se da el consumo de ciertas sustancias asociadas a ciertas patologías, por ejemplo en el esquizofrénico la pasta base funciona como aplacador de la actividad alucinatoria.

6. Hay distinciones entre pacientes dependientes y otros tipos de pacientes que se ven en salud mental.

Sí la verdad que se visualiza cierto perfil del paciente dependiente de alguna droga, se caracterizan por ser muy impulsivos, si acudimos a las teorías Kemberianas podemos decir que se visualizan defensas bajas en estos tipos de pacientes, muchas veces con un sentido de la realidad alterado. Pero también podemos visualizar que el consumo de ciertas sustancias desencadenan cierta sintomatología que nos lleva muchas veces a confundirnos, hay ciertas sustancias que provocan estados medios esquizomorfos, o en el caso de los alcohólicos que difícilmente se da puro, muchas de las veces acompañado de eventos delirantes o episodios alucinatorios, que claro te das cuenta que cuando ya no están tomando, son completamente normales, en los alcohólicos hay estructura de personalidad más sólida a diferencia de los que consumen drogas, en especial los consumidores de drogas duras, muchas veces el consumo de sustancia está asociado a rasgos más psicopático de las personas.

7. Y sobre las drogas, que opinas de ellas, de su existencia y el lugar que han tenido a lo largo de la historia

Bueno, las drogas son un tema hoy en día, son las causantes de grandes sufrimientos de nuestra sociedad, o sea, no sólo el que consume lo pasa mal, sino que su entorno se ve directamente afectado con el consumo o dependencia de alguno de sus miembros, es el causante de grandes desordenes con esto mismo que te hablaba de la tolerancia del paciente y los síntomas de abstinencia que se presentan las cuales muchas de las veces llevan a la conductas antisociales. Mira puede haber una visión romántica de la existencia de las drogas, pero el tema es que causan dolor, causan daño, causan desordenes, sí, estamos de acuerdo que la existencia de las drogas en otros tiempos estaba muy asociado a una lectura espiritual, al chamanismo, se utilizaba como medio de comunicación con ciertos dioses y etc, pero el tema es que actualmente causan da

ENTREVISTADO N° 8
PSIQUIATRA COMUNIDAD TERAPÉUTICA MANRESA, FUNDACIÓN
PARÉNTESIS

1. Cuéntame de tu experiencia como psiquiatra en el ámbito de las drogodependencias, y cómo la evalúas.

Mi experiencia ha sido en los sectores como de agudo del hospital, y llegaban para hacer tratamiento al hospital y mi experiencia fue esa, que tiene alcohol y drogas ahí mismo, mi experiencia como subjetiva al respecto es que es un tema de que como que no me gustó para nada la aproximación que vi en el hospital, en muchos pacientes sobre todo los consumidores de pasta base y cocaína pucha, estaban dos semanas hospitalizados y el nivel de reincidencia es súper grande, y después en los sectores tampoco vi gran cosa, la experiencia que tuve que si bien no fue muy cercana, fue el enfoque con el que trabaja paréntesis, hay no sé como se llama, consumo cero me parece, no sé pero era como que no buscaban, buscaban la disminución del daño más que no consumir nada, eso, reducción de daño, ese enfoque, que me pareció como que tenía más resultados. A pesar de ello encuentro que es una problemática súper difícil y que está súper mal abordada, no da resultado, otra de las experiencias que conocí fue un hogar en recoleta que es del conoce y estaban los gallos con consumo de drogas no se po, como seis meses y era una locura, y el auxiliar del lugar me contaba que los tipos tenían como una reincidencia de más de un 90% por eso creo que es muy malo el enfoque, el enfoque como hospitalario, no me parece para nada, pero claro el enfoque más comunitario, más de trabajo con los jóvenes, más propositito me parece más interesante, me parece que es más

2. Qué encuentras que falta en el enfoque hospitalario o en los enfoques en los que tú has tenido acercamiento con el tema.

Falta trabajar más con los cosam, con las atenciones primarias, es un problema tan complejo que no se po, en el hospital veíamos a tanta gente que estaba bien complicados de no consumir ya que sus síntomas de abstinencia y sus barrios llenos de pasta, no lo podían dejar, y aparte toda la violencia mezclada con todo eso, las amenazas, la delincuencia o sea no sé que es lo que falta pero pienso que falta algo, pero algo más social, no tiene que ver tanto con lo clínico si no más bien con las bases de la sociedad así que no podría decir que es lo que falta.

3. Cómo son las intervenciones terapéuticas en esta problemática.

Nuestras intervenciones trataban del manejo de síntomas de abstinencia en el hospital, y se supone que teníamos que hacer algo como la entrevista motivacional, pero era algo así como super conductista, así como tienes que dejar de drogarte por que no sé que, tu familia, miralo, yo creo que no tenía mucho sentido.

4. Y a qué respondía ese enfoque.

Era lo protocolarizado del programa de drogas que viene del equipo del hospital psiquiátrico. No había mucha discusión, yo siento que los psiquiatras evadimos un poco el tema, bueno y es la misma sensación del equipo de drogas, que los psiquiatras evaden el tema por que no, porque es muy desmotivante, lo cual ellos nos estaban diciendo que no era así, que sí podría lograrse la abstinencia total pucha, la reinserción y todo pero la sensación en general de los psiquiatras es que nos da lata ver drogas, a mí me da lata, no me gusta, creo que más allá del síndrome de

abstinencia lo que se necesita es un programa mucho más amplio e interdisciplinario, y eso no lo voy a ver en la consulta sola, hay que verlo en equipo y trabajar en equipos de drogas a mí no me interesa, no es interesante desde el punto de vista médico, entonces, creo que no es muy recomendable para los psiquiatras tomar en la consulta a pacientes drogodependientes para tratarlos, yo creo que hay que derivarlos a centros especializados, acá por ejemplo hay un centro especializado al cuál yo derivo, pero que trabaja con otras personas, yo no participo en el equipo.

En el sector público mi experiencia es que se gasta un montón de plata en intervenir a los cabros, en entrevistas motivacionales, en reincidentes pero desde el hospital yo no vi cosas muy interesantes, pero sí vi cosas interesantes en paréntesis y en la red como más del hogar de cristo, conocí equipos de Manresa y que ahí había gente más motivada y más motivante, eran equipos más choros, que yo creo que es fundamental en este tema sobre todo que está tan unido con la delictualidad que es un tema que a mí también me llama la atención por que me da un poco de miedo estar en este tema de drogas, ya que se han visto cuchillos, agresiones personales, amenazas, estas como en una sensación de angustia constante y encuentro que hay poca protección al personal, si bien a mí no me pasó nada en particular, si supe de ese tipo de cosas.

En el sistema privado me ha tocado conocer algunas cosas que hacen en clínicas especializadas, en la chilcrud, pero que es todo súper caro, entonces la gente que está en las privadas si no son gente de plata igual quedan como desprotegidos.

5. Y en relación a las intervenciones orientadas a lo conductual, que opinas de eso, sientes que se entienden la entrevistas motivacionales como si se tratara de un tema de voluntad del paciente.

No, yo creo que la gente del hospital tiene bien claro que el dejar las drogas no es fácil y no pasa por un tema de voluntad, si en realidad lo médico está bien enfocado,

pero las intervenciones que se hacían no tenían un fundamento muy de fondo digamos.

6. Y cuál es tu opinión con respecto a las drogas, que piensas de ellas.

Yo creo que el tema de las drogas, haber yo personalmente no conozco mucho de conoce, conozco los programas del hospital pero sé de programas mejores, eso de mirar la droga como lo que hay que quitar yo creo que no ha dado resultado, yo creo que hay distintos tipos de drogas en cuanto a problemáticas, por ejemplo la pasta base es totalmente distinta a la problemática de la marihuana, o las anfetaminas también, mi opinión de las drogas es que es un tema social mucho más complejo y que está vinculada con la marginalidad, con la vulnerabilidad social, con estructuras, tiene que ver con cosas super profundas que el poniéndolos sólo en la droga no se logra mucho, yo creo que es un problema de toda nuestra sociedad, por ejemplo yo encuentro que estuvo mal que la marihuana se quedara al mismo nivel que la cocaína o la pasta base como drogas duras, creo que no tienen mucho sentido estas medidas, y que al contrario, alimenta la delincuencia y la violencia, el contrabando, yo creo que como sociedad no nos hacemos mucho cargo del problema, si bien se hace cargo el conoce pero no se po esa propaganda que hicieron de la marihuana esa de que te atonta y no se qué, la encontré divertida pero no sé si será muy efectiva, bueno es como todos los programas de gobierno que gastan mucha plata pero poco resultan. O sea yo pienso que hay que hacer diferencia entre unas y otras drogas, yo pienso que la lógica de reducción de daño es mucho más efectiva que otras apuestas que persiguen la abstinencia total. Yo creo que se pueden visualizar más logros con la reducción de daño que con el régimen hospitalario, yo presencié un trabajo más con la familia, como más sistémico y eso fue súper interesante y a la vista se lograron mucho mejores resultados, involucraba a la familia en el tema, me pareció que si, habían más logros trabajando con la familia.

7. Y qué pasa con el tratamiento farmacológico por ejemplo cuando te enfrentas a un paciente con adicción y además una co-morbilidad psiquiátrica o médica.

Claro ahí tienes que entrar a medicamentar para compensar una co-morbilidad o un trastorno de personalidad, y a la vez una dependencia. También uno se encuentra con otro tipo de dependencia, como las benzodiazepinas y esas cosas, pero a mí parecer es una dependencia mejor que a ciertas drogas más duras como la cocaína o la pasta base. Son mejores ya que causan menos daños, menos daños en el organismo. El trastorno de personalidad vi unos casos de jóvenes, pero que eran jóvenes de situaciones súper complicada, de calle, de prostituciones y claro que mirándolo desde el punto de vista meramente psiquiátrico, había un problema de trastorno de personalidad, una problemática mucho más amplia que la co-morbilidad, o sea, una problemática más que del eje dos, es más como del eje cuatro, de lo contextual.

Mira si bien en el hospital a mí no me gustó la pasada por alcohol y drogas, de igual manera se hacían derivaciones o altas asistidas, se preocupaban de eso digamos, hacen derivación asistida con todos los pacientes, de echo nosotros mismos llamábamos a los cosam, a la atención primaria, a las comunidades por ejemplo, a tali takun por ejemplo, claro y la idea es trabajar en red po, o si no, no se puede trabajar.

Falta problematizar desde las ciencias sociales yo creo, lo médico está súper claro yo creo, la dependencia es un tema biológico, hay daños estructurales, hay daño cerebral, hay situaciones que se agravan con la dependencia, hay síndrome de abstinencia y todo eso, pero es la mirada como más amplia la que hace más falta. Lo médico está como ya establecido, claro, que se están generando nuevos medicamentos que actúan en diferentes niveles que causan menos efectos secundarios y los mecanismos de recompensa y todo, pero yo no creo que eso sea la solución a las drogas, siento que va por otro lado, no va por mejorar los medicamentos.