

RODRIGO MORENO

Entre el Consumo de Drogas y la Drogadicción



Rodrigo Moreno

**Entre el Consumo de
Drogas y la Drogadicción**

 *Editorial Brujas*

Título: Entre el Consumo de Drogas y la Drogadicción

Autores: Rodrigo Moreno. Cap. I, II, III, IV, V, VIII, IX, X, XI, XII, XIII y XIV.

Colaboración:

Luz María Belén Comas, Capítulo VI.

Gonzalo Diego Fernández, Capítulo VII.

Dibujo de tapa: Martín Miguel Muntaner

Moreno, Rodrigo

Entre el consumo de drogas y la drogadicción / Rodrigo Moreno ; Luz María Belén Comas ; Gonzalo Diego Fernández. - 1a ed. - Córdoba : Brujas, 2015.
E-Book.

ISBN 978-987-591-599-2

1. Psicología. 2. Drogas. 3. Adicciones. I. Comas, Luz María Belén II. Fernández, Gonzalo Diego III. Título
CDD 150

© 2015 Editorial Brujas

1° Edición.

Impreso en Argentina

ISBN 978-987-591-599-2

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723.

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de tapa, puede ser reproducida, almacenada o transmitida por ningún medio, ya sea electrónico, químico, mecánico, óptico, de grabación o por fotocopia sin autorización previa.



ENCUENTRO
Grupo Editor



Editorial Brujas

Miembros de la CÁMARA
ARGENTINA DEL LIBRO



www.editorialbrujas.com.ar publicaciones@editorialbrujas.com.ar

Tel/fax: (0351) 4606044 / 4691616- Pasaje España 1485 Córdoba-Argentina.

“¿Qué entretenido que es vivir...!”

Tenías razón...

e irrepetible quiero agregar,
por eso hagamos que cada respiro
valga la pena y deje huellas.

A mis tres reinas: S. M. y G.

A Eliana

*“Estoy buscando una palabra
en el umbral de tu misterio...*

*Corazón, corazón oscuro
corazón, corazón con muros
corazón que se esconde
corazón que está dónde, corazón
corazón en fuga, herido de dudas
de amor Estoy buscando melodías
para tener cómo llamarte...”*

Silvio Rodríguez

Contenido

Agradecimientos.....	9
Prólogo.....	11
Introducción	15
PRIMERA PARTE: Simplificando una complejidad extensa	19
Capítulo I. Prevención: Prevenir... ¿prevenir qué?	21
Capítulo II. Particularidades del (Psico)Diagnóstico en Abusadores y Drogadependientes	25
Capítulo III. Aspectos de relevancia presentes en la adherencia al tratamiento en pacientes consumidores y adictos.....	29
Capítulo IV. Sobre técnicas y demandas	33
Capítulo V. Sobre invisibilizados mecanismos anulantes	35
SEGUNDA PARTE: Más contextos de aparición y despliegue ...	37
Capítulo VI. Poblaciones especiales	39
Capítulo VII. Consumo y Deporte.....	45
TERCERA PARTE: El diagnóstico, abordaje y tratamiento de la problemática drogadicativa.	59
Capítulo VIII. Paradigmas sobre el diagnóstico, abordaje y tratamiento de la problemática drogadicativa	61
Capítulo IX. Marco Teórico	65

Capítulo X. Objetivos	91
Capítulo XI. Preguntas sobre drogadependencia a profesionales psicólogos con experiencia clínica en el abordaje terapéutico de la misma.....	95
Capítulo XII. Análisis de cada pregunta.....	101
Capítulo XIII. Discusión.....	119
Capítulo XIV. Conclusiones.....	129
Bibliografía.....	133

Agradecimientos

Un riesgo enorme se corre siempre en el punto de agradecer, ya que son tantas las personas y circunstancias que se combinan para que culmine la elaboración y fructifique en la publicación de un libro; y no se puede nombrar a todos los que son dignos de agradecimiento: amigos, conocidos, colegas, compañeros, circunstancias amistosas o acaloradas, cada quien y cada cual aportaron de manera directa e indirecta en el corto plazo o largos años atrás a que esto ocurriera gracias a o pesar de, en fin nombraré algunas: a Belén Comas, Gonzalo Fernández (quienes colaboran con capítulos de este libro), a Darío Gigena Parker, a Eduardo Kalina, a Eliana, quien me acompaña y apoya en cada paso de los que he dado en esta última década de mi vida, y por último; a cada persona que me ha tocado atender a lo largo de estos más de diez años y que ha sufrido (aceptándolo o no) las diversas y extendidas consecuencias negativas del consumo de drogas.

Prólogo

Correspondiendo al honor que me hace Rodrigo al invitarme a presentar su obra a los demás lectores, voy a contarles mis vivencias y reflexiones como especialista que lee un libro con la intención de comentarlo. Este es un libro que merece ser leído, pensado y estudiado, no solo por los psicólogos interesados en las adicciones a los que Rodrigo apunta en su intencionalidad manifiesta, sino también por los psiquiatras u otros profesionales y paraprofesionales, que se orientan hacia esta especialidad, debido a que una vez que los lectores logramos superar las páginas iniciales en las que Rodrigo Moreno nos hace vivir un cierto grado de indecisión respecto a la orientación que pretende darle a este texto, encontramos un camino claro, libre de incertezas con sus enseñanzas bien ordenadas y respaldadas por datos bibliográficos adecuadamente dosificados, que son de indudable interés para todos los que trabajamos en “**Adiccionesología**”.

Coincido plenamente en la valoración que le da al **proceso diagnóstico**, pues nos permite planificar los **tratamientos personalizados** que requieren las personas que padecen las adicciones. Observen que no digo “pacientes”, pues como bien expone Rodrigo Moreno, por norma general no son ellos los que demandan tratamientos, los traen y parte de nuestro trabajo es ayudarlos a que sean ellos los que en algún momento del proceso terapéutico, asuman la necesidad del mismo como una demanda propia, no delegada. Recién entonces podemos considerarlos **pacientes**.

Luego se centra en el tema de la **patología dual** que siempre existe, y que por mi parte prefiero denominar **patologías múltiples**, criterio que fundamenta la imprescindibilidad de las psicoterapias, o sea de los abordajes múltiples y multidisciplinarios que requiere este tipo de tratamientos.

Otro tema es el de la **abstinencia** por el que abogamos la mayor parte de los especialistas que trabajamos en adicciones (‘‘el 70’’) y que encontrarán muy bien fundamentado; pues tiene una importancia capital, de lo contrario nos remite a los ‘‘tratamientos de reducción de daños’’, que están fuera de nuestro interés y requieren abrir otro tipo de debate.

Las ‘‘**recaídas**’’ y otros temas, ocupan el resto de este texto que reitero, va a ser de sumo interés para todos los que se interesan en estudiar, pensar y ‘‘re-pensar’’, como dice Rodrigo sobre: ‘‘**ADICCIONOLOGÍA**’’.

En síntesis, hemos avanzado notoriamente respecto a los criterios que reinaron anteriormente, donde los tratamientos se centraban en la adicción, sin tomar en cuenta la compleja psicopatología y los trastornos neurobiológicos y somáticos de las personas que padecen adicciones.

Un solo comentario más: ‘‘el último, pero no por eso menos importante’’, como lo dice el popular refrán en inglés: *last but not least*, es para resaltar la importancia del breve capítulo inicial dedicado a la **PREVENCIÓN**, donde Rodrigo pone énfasis en un campo fundamental, cuyo conocimiento es la causa del fracaso de la mayor parte de las campañas que hacen a nuestro criterio los políticos de turno, confunden: ‘‘iniciativa con continuidad’’. Al respecto vale recordar que: ‘‘**LAS ADICCIONES SON ENFERMEDADES PREVENIBLES, CONTROLABLES Y TRATABLES**’’ y se alimentan como bien lo resalta el autor: ‘‘**DE FUERZAS CONTINUAS**’’.

Sin más comentarios los invito a que comprueben si es necesario o no este tipo de libros, para así responder a la pregunta con la que Rodrigo Moreno inicia su “Introducción”. Mi voto positivo es un “voto cantado”.

Dr. Eduardo Kalina*

Buenos Aires, enero de 2015

* Director médico de Brain Center desde 1994. “Corresponding Member” de la American Psychiatric Association 1972-2000. Miembro internacional de la American Psychiatric Association 2000-2009. Miembro titular de la Asociación de Psiquiatras Argentinos. Miembro titular de la Asociación Argentina de Psiquiatría Biológica. Miembro fundador y presidente de la Primera Reunión Panamericana de Psiquiatría de la Adolescencia. Bs. As. Enero 1971. Director médico de la Clínica Psiquiátrica Villa Guadalupe. Bs. As. 1984-2000. Exmiembro titular de la Asociación Psicoanalítica Argentina y de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Master Internacional en Adicciones, Título otorgado por la Universidad de Deusto, España y Universidad del Salvador, Argentina. Desde 1968 dirige el “Equipo de tratamiento de Abordaje Múltiple en Psiquiatría” centrado en el tratamiento de adictos. Con este equipo creó y desarrolló la figura auxiliar del “Acompañante terapéutico”.

Introducción

¿Necesitamos otro libro más que hable sobre el consumo de drogas?

La respuesta a esta pregunta puede ser sí y no, o no y sí... lo central es lo que tengamos para decir sobre estas afirmaciones o negaciones, las razones y los sustratos que componen las ideas que quiero compartir.

Una cosa se presenta como clara: lo que se viene diciendo o es incompleto, o es equivocado o no es escuchado, pues el fuego avanza, y, no se ve que se detenga ni por un momento.

Una de las ideas de la comunicación de los textos siguientes es la de poder pensar los distintos lugares y contextos presentes de aparición de los consumos de drogas (del grado que sean) y poder, dentro de este enorme espectro, detectar los aspectos propios y exclusivos de estos fenómenos y los modos de abordarlos.

No se pretende asumir una postura ni dogmática ni exclusivamente teórico-conceptual, se tiene conocimiento que todo saber tiene que ser abierto –fundamentado y validado, pero abierto– ya que las diversas problemáticas y padecimientos del ser humano no son fijas ni estáticas y se suelen presentar de manera dinámica y amalgamándose al tiempo y contexto en el cual existen. Lo que sí se pretende es dar cuenta de un saber teórico-clínico en una permanente articulación de algunas prácticas y de algunos autores que hablan de la clínica de la drogadependencia, sabemos y destacamos que en esta problemática se pone en juego mucho más que el perjuicio sobre el cuerpo acarreado por el consumo de sustancias. Quien consume drogas solo pone en la esfera de lo manifiesto un hábito perjudicial para la salud, dejando sumergido en lo latente un complejo entramado de conflictos intrapsíquicos

que no han encontrado una manera menos autolesiva de emerger, sumergiéndose al sujeto en una problemática más honda y trágica. Este sujeto consumidor tiene una manera muy particular de funcionar y de relacionarse consigo mismo, con su afectividad y con los demás; se pretende dar a conocer elementos para entender dichas particularidades a los fines de poder tener un abordaje efectivo y afectivo del padecimiento que subyace en el consumidor y también poder pensar y planificar estrategias de corte preventivo en distintas poblaciones que no están afectadas por el consumo (o lo están en grados menores).

Los múltiples escenarios de despliegue y aparición de la problemática enfrentan a los profesionales de la salud a prácticas clínicas complejas, diversificadas y en permanente reactualización poniendo en jaque algunos saberes, predominantemente teóricos asistenciales, sobre la problemática en cuestión.

Uno de los objetivos de este libro es ayudar a pensar, repensar y/o construir un saber que opere como un puente entre la teoría y la práctica (en prevención y tratamiento) vinculada al campo de los consumos problemáticos de sustancias, tomando el saber teórico como un punto de inicio y no como un fin en sí mismo, pudiendo a su vez enmarcar la temática en contextos mayores para visualizar y pensar los marcos sociales, políticos e históricos que hacen a los aspectos macro de la red multifactorial que existe detrás de estos consumos problemáticos.

Se pretende poder ver y revisar algunos de los distintos lugares de aparición y despliegue, como se dijo anteriormente, en los cuales se hacen presentes dichos consumos para poder, dentro de este espectro, detectar los aspectos propios y exclusivos de estos fenómenos y los modos de abordarlos. La psicología clínica ha ayudado a pensar diversos dispositivos para la conceptualización, diagnóstico y tratamiento de las drogadependencias y los

consumos de sustancias (sean o no problemáticos); se considera de suma utilidad y conveniencia revisar también las posibilidades enormes que se abren desde el trabajo en redes.

También queremos mencionar que irrumpe y se sostiene como una realidad clara e indiscutible que las adicciones, independientemente del marco teórico-conceptual desde el cual las definamos, están presentes en muchos lugares y a su vez tampoco distinguen etapa de aparición (aunque predominen en alguna en particular), siendo los llamados adictos asistidos de manera frecuente (y muchas veces permanente) en gran parte por profesionales del campo de la salud mental. Estimamos que pasó de ser importante a ser urgente el planificar estratégicamente e implementar acciones (de manera continuada) tendientes a la prevención primaria en relación a las adicciones, puntualmente a las drogadicciones y a todo cuadro o situación que pudiera derivar en una problemática relacionada con el consumo de sustancias.

Otro de los objetivos de este libro es poner en conocimiento algunos de los paradigmas sobre el diagnóstico, abordaje y tratamiento de la patología drogadictiva que han estado presentes en algunos psicólogos de la ciudad de Córdoba¹ a la hora de trabajar con pacientes que presentaban algún cuadro clínico relacionado con el consumo problemático de sustancias. El conocimiento de dichos paradigmas ha parecido fundamental, ya que se considera que el posicionamiento teórico y paradigmático que se asuma ante un fenómeno va a determinar de manera directa la lectura diagnóstica y las acciones a instrumentar para operar sobre el mismo a fin de producir un cambio.

En relación a los “tratamientos” y a “la prevención” es

¹ Moreno, Rodrigo. (2011). *Paradigmas sobre el Diagnóstico, Abordaje y Tratamiento de la Patología Drogadictiva*. Tesis de Maestría no publicada. Carrera de Maestría en Drogadependencia, Facultad de Ciencias Médicas. UNC. Córdoba, Argentina.

necesario decir lo siguiente: Tanto en lo oscuro, como en lo inmediato, no se pueden ver diversos detalles ni estructuras subyacentes, no solo porque para decir algo sensato de algo o de alguien hay que escucharlo mucho tiempo (o por lo menos más de una vez), sino también porque hay cosas que son de incierto pronóstico cuando están en su principio; solo después de iniciadas devienen, aparecen, muestran sus formas y sus frutos. A pesar de la formación, las prácticas y las pasiones, los psicólogos seguimos siendo “magos sin magia” (según Palazzoli) y, podría agregar que somos profetas que no ven el futuro, por lo menos no como en las películas de ciencia ficción.

Todos formamos parte de algunos de los factores que alimentan a este problema y también de los elementos que construyen las soluciones al mismo, sepámoslo, para de esta manera poder pasar de lo peligroso a lo útil y beneficioso.

Rodrigo Moreno

Córdoba, enero de 2015

PRIMERA PARTE:

Simplificando una complejidad extensa

Capítulo I

Prevención: Prevenir... ¿prevenir qué?

“Es un error resignarse a no hacer nada porque no se haya diseñado una política adecuada hasta hoy. Tampoco consideramos que existan atajos que puedan dar un vuelco a la problemática ni que haya que comprar recetas extranjeras de dudosos resultados, como la llamada “Guerra a las Drogas”.

Eugenio Burzaco y Sergio Berensztein.

El poder narco.

“Fácil es juzgar la noche al otro día”

Parado - Intérprete J. C. Baglietto

Me atrevo a decir algo sobre por qué las estrategias y programas preventivos del consumo y del consumo problemático de drogas **parecen** no dar resultados²: Es simple, y deriva del hecho –por parte de muchos grupos y personas– de confundir iniciativa con continuidad. La oferta de drogas y la demanda de las mismas coexisten y existen desde hace mucho tiempo porque los factores que hacen a sus cimientos se alimentan de fuerzas continuas, no discontinuas, no intermitentes, no interrumpidas, como suelen ser las acciones que se pretenden instrumentar como contrafuerza de las mismas.

² No nos detendremos demasiado en la especificidad que debe preexistir en estos programas en cuanto a qué es lo que se quiere prevenir: cualquier uso de sustancias, el abuso, el uso problemático, las recaídas en quienes han sido dados de alta en un tratamiento, etc. Otro punto clave se desprende del siguiente interrogante: ¿cómo y cuándo nos vamos a enterar que alguno de estos programas alcanzó los resultados positivos esperados?

Por mi experiencia en planificación e implementación de acciones tendientes a la prevención de consumos problemáticos es que puedo decir esto. Tanto en ámbitos públicos como en privados (educativos, empresariales, académicos y hasta de salud) no se suele dar continuidad a la mayoría de las acciones estratégicamente planeadas para prevenir, se puede hacer un análisis retrospectivo de muchas cosas, pero no se puede dimensionar que para la prospectiva hace falta, no solo dar continuidad a lo iniciado, sino también el calibrar las herramientas y los dispositivos en uso de acuerdo a lo que nos vamos encontrando en la marcha. Si suele ser frustrante el trabajo en tratamientos, imaginen cómo lo es el trabajo en prevención.

Eso por un lado, por el otro podemos ver que la idea de prevención, de prevenir, está cargada de fantasías omnipotentes, de errores conceptuales (prácticos y teóricos), y de intereses inmediatos. Prevenir no es intervenir en todos los factores que causan y sostienen una drogadependencia y erradicarlos para siempre, ese es el error y también la idea mágica de la cual se suele partir (de diversos grupos y sectores) para idear acciones (no programas, acciones) y por supuesto que es desde esa idea también de la que se parte para cuestionar los “resultados” de dichas acciones (o programas en el mejor de los casos). En relación a esto se puede escuchar: *“Acá el año pasado vinieron a dar una charla de drogas y sin embargo los chicos se siguen drogando”*, como si de una acción aislada, descoordinada, descontextualizada y sin seguimiento, se pudiera esperar demasiado.

El todo o nada nos deja generalmente sin nada y con mayor malestar que el inicial, puede ser un objetivo (a corto plazo) también sensato el poder reducir un riesgo, un consumo, una exposición, esto es el algo, entre la nada y el todo, que nos tiene que impulsar y sostener en acciones concretas, directas e

indirectas, orientadas a una prevención en todos sus niveles y en el corto, mediano y largo plazo, mediante políticas continuadas y contextualizadas que lleven algo más que la camiseta del partido político de turno, para que alguien pueda vivir tiene que respirar todo el tiempo, no por épocas.

Interrogantes que “encienden”

¿Qué es lo que se quiere prevenir? ¿Una adicción o el uso de drogas?³ ¿Todavía los confundimos y los tomamos como sinónimos? El pensar que son lo mismo es tan peligroso como el pensar que no tienen nada que ver, por eso es fundamental una aproximación al conocimiento y entendimiento de todo el universo existente entre el consumo de drogas y la drogadicción⁴. El consumo está dentro de la drogadicción, pero no necesariamente todo consumo lleva a una drogadependencia. Para que se produzca un incendio no solo hace falta encender un fósforo, van a necesitarse una variedad de factores y circunstancias para que el fuego emanado del fósforo se propague, de no ser así, se apaga al rato de ser encendido.

Todos contribuimos de manera directa y activa con algún o algunos de los factores⁵ que permiten que ese fuego (destrutivo) se expanda. Mi propuesta (abierta a todo tipo de críticas a partir de ahora) es poder captar y entender, aunque sea una parte, que tenemos un papel protagónico en esto que nos pasa, vislumbrar esto es imprescindible para, poder contribuir a que sea “otro” el

³ Sobre esto adelantamos algo en la nota al pie anterior.

⁴ En la drogadicción está presente el uso –abusivo y compulsivo– de drogas, pero no siempre que alguien consuma drogas va a desarrollar una drogadependencia, esta se dará como tal por la combinación del uso de drogas con otros factores (individuales, sociales, etc.) preexistentes, los mismos podrían denominarse preadictivos. Todo lo estrictamente conceptual se desarrolla en la última parte de este libro.

⁵ Como ya fue anticipado en la introducción.

fuego que propaguemos, que sea aquel que ilumina, que calienta, que inspira, no el que destruye.

Capítulo II

Particularidades del (Psico)Diagnóstico en Abusadores y Drogadependientes⁶

“Cualquiera que sea la vivencia del analista, sus reacciones siempre están en relación con el analizado. Aun las ideas contratransferenciales más neuróticas surgen solamente frente a determinadas situaciones de ellos, y pueden, por lo tanto, señalarle algo sobre ellos.”

Heinrich Racker.

Estudios sobre Técnica Psicoanalítica

Introducción

Suele ocurrir, con mucha frecuencia, que en la práctica profesional del psicólogo los diagnósticos sirven al principio, para “abrir la oreja”⁷ y al final, trágicamente, en más de una ocasión terminan por “cerrarla”⁸. Podría decirse, al igual que con la transferencia, que pueden ser un instrumento o un obstáculo, pueden servir para ver qué le está pasando al paciente, como así también para dejar de escuchar lo que le está pasando, pensando que ya se sabe qué le ocurre y ocurrirá.

⁶ Esta parte del libro inicialmente fue publicada en la Revista *Nuestra Ciencia*, Revista Científica del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. Páginas 52 y 53. Enero de 2013.

⁷ Expresión metafórica que da cuenta de un primer momento en el cual es fundamental poder captar, de manera desprejuiciada y aséptica, qué es lo que se presenta para poder “distinguir” (tal es la etimología de diagnóstico, *diagnus*) qué es lo que ocurre y qué es lo que no.

⁸ Metafóricamente la imposibilidad de seguir escuchando, de poder percibir (o inferir) qué es lo que le va ocurriendo a quien fue diagnosticado en una instancia previa.

Aunque podría presentarse como una dificultad teórico-conceptual considero de mayor alcance (en el plano de lo **terapéutico**) la idea, de: Aproximación Diagnóstica, es menos rotularia y a su vez dinamiza y profundiza la psicología/psicopatología de quien es evaluado, no dejándola como algo estático y permanente, sino no podríamos pensar, de manera mas cómoda, la posibilidad de un cambio –mejoramiento o empeoramiento pero cambio al fin–. Por diversos fenómenos, los diagnósticos, en ámbitos profesionalizados y no, terminan por ser estigmas, revisten un carácter permanente y de resonancias negativas y no un carácter transitorio y abierto al cambio (por supuesto, con serias limitaciones en más de un caso).

Particularidades del Diagnóstico y Abordaje Terapéutico

Cuando trabajamos con pacientes abusadores de drogas o drogadependientes nos encontramos con algunas particularidades en su (psico)diagnóstico y es crucial conocer y dimensionar las circunstancias (concretas y materiales) de cómo, esta persona que está siendo evaluada, llegó a estar frente nuestro... o nosotros frente a ella, ya que en primera instancia, probablemente, sea por pedido o imposición de un tercero (juez, novia, madre, etc.).

Genera molestia e inconveniencia el hecho de que en este, tal vez, futuro paciente generalmente no hay demanda de tratamiento, no hay conciencia de enfermedad y que tampoco existe en él la remota idea de que lo que ocurre allí, es algo mucho más complejo y profundo que el solo hecho de consumir sustancias (aunque de por sí, esto último, es algo que reviste una gravedad significativa).

Con frecuencia ocurre que el contar con toda una compleja y profunda versación teórica nos impide, o dificulta, pensar una

intervención clínica, que por superficial y concreta, nos sirva para acercar al paciente a una estrategia terapéutica; el estar demasiado familiarizados con lo que generalmente hay en el fondo nos impide navegar con lo que asoma por la superficie, la punta del iceberg también tiene su complejidad. La mayoría de las veces nos encontraremos con un individuo que no siente tener un problema, ni quiere dejar (en sus no dichos) de consumir, porque le gusta, y mucho (aunque esto no guste o clínicamente sea un escollo para un tratamiento **—convencional—**). Pero allí está, generalmente por otros, y ahí nos encontramos algunos profesionales; viendo un problema donde el otro encuentra (o encontró) una solución y demandando una petición donde el otro no la tiene... no como gustaría escucharla.

Adentrándonos en aspectos más técnicos se destaca la idea del doble diagnóstico en estas problemáticas; uno en relación del sujeto con la sustancia (uso, abuso y adicción o dependencia, a grosso modo) y otro en torno a la personalidad (prepatológica) de base (sea esta psicótica o no). Nos planteamos un doble diagnóstico solo a los fines esquemáticos, teóricos y, principalmente, conceptuales. Por supuesto que no podemos plantear dos abordajes terapéuticos en paralelo, uno por cada diagnóstico, la estrategia terapéutica será una que englobe todo lo anteriormente evaluado. Si bien toda la valoración parece fragmentar y pluralizar lo emergente, la singularidad sigue siendo única y, principalmente, como podría sobreentenderse: singular.

Volviendo al primer diagnóstico; este es el más fácil, pudiendo realizar una historia detallada del consumo⁹ se puede

⁹ Frecuencia de consumo, circunstancias del mismo (actuales y de inicio), droga de preferencia, etc. Un punto clave es indagar los motivos por los cuales quiere (o querría) dejar de consumir; esto suele ser significativamente más útil y clínicamente conveniente que pretender indagar, en un principio, sobre las motivaciones del consumo (“¿Por qué te drogas?”).

tener de manera clara y directa esta valoración, es fundamental saber que el nivel de dependencia (psíquica, física o psicofísica) va a guardar una relación directa con el malestar emergente ante la ausencia de la sustancia (síndrome de abstinencia). En este punto es donde se empieza a complejizar la cuestión; en este síndrome van a surgir los elementos ligados a lo físico (consecuencia de la neuroadaptación por el consumo sostenido) pero también se va a abrir paso la trama subjetiva subyacente que hay detrás, la misma que en algún momento hizo surgir el hábito del consumo, cuando este último podía aún, ser interpretado como un mero síntoma.

Esta trama subyacente va a seguir el guion y el formato de la personalidad de quien, abstinente del consumo, desplegará ideas, sensaciones y vacíos en estado más puro, ya que no está la droga para taponar sus conflictos y sus dolores. Por todo esto último, es fundamental el logro de la abstinencia¹⁰. Es esencial trascender las lecturas solamente sociales o químicas de las drogadependencias... la droga puede estar afuera pero la búsqueda y deseo de la misma le pertenecen a quien la consume.

¹⁰ Posteriormente se verá sobre la posibilidad de sostenimiento de la misma, y los modos más efectivos para cada paciente.

Capítulo III

Aspectos de relevancia presentes en la adherencia al tratamiento en pacientes consumidores y adictos

“Sea espejo” (decía Freud) significaba pues: hablele al analizado solo de él. Pero no significaba: deja de ser de carne y hueso y conviértete en vidrio, cubierto con nitrato de plata”.

Heinrich Racker.

Estudios sobre Técnica Psicoanalítica

“En la psicopatía, el impacto contratransferencial no es de humor sino de exclusión, y este proviene del hecho de que el paciente repite en la transferencia su comportamiento asocial y el terapeuta solo es una figura que debe ser dominada, parasitada y utilizada contra terceros”.

David Liberman.

La Comunicación en terapéutica psicoanalítica

Si además de la falta de demanda (específica), el abstenerse de consumir hace emerger –aparte de varios síntomas físicos, los aspectos cruciales de toda una trama subjetiva subyacente—¹¹ es difícil sostener un tratamiento de rehabilitación o habilitación en más de un caso.

En este momento antes de responder sobre algunos aspectos, me interesa, fundamentalmente preguntar, cuestionar e interrogar algunos elementos que forman parte de la estructura paradigmática de quienes trabajamos en esta temática.

¹¹ Que aparece crudamente o retorna de otras maneras cuando se evade o reprime.

Con respecto a lo que se despliega en el campo del diagnóstico y tratamiento de estos pacientes; ¿esto es algo que pertenece solamente al paciente?, ¿debemos tener un papel completamente aséptico (y escéptico) en este momento? Si el paciente no encuentra —o reencuentra— sus motivaciones para desintoxicarse, ¿debemos ayudarlo a (re)encontrarlas?... he escuchado hasta el hartazgo de parte de profesionales: “si se quiere drogar que se drogue”, pero... ¿podemos pensar que quiere drogarse y no drogarse a la vez?

No solo el acto de consumir funciona como síntoma, el deseo (intenso) de consumir también funciona como tal, en este sentido, al igual que la angustia, nos sirve como brújula, nos muestra el norte para donde direccionar y orientar una terapia. Ese deseo, ese impulso que logra ser enunciado nos dice que en ese momento algo subjetivamente conflictivo (y conflictuante) aparece pero “no se ve”, emerge pero se transforma en nada más (y nada menos) que en un deseo muy fuerte, y a veces irrefrenable, de consumir.

¿Entender este entramado subjetivo nos sirve para utilizar un dispositivo que genere conciencia de enfermedad y demanda de tratamiento? La respuesta es NO, por lo menos no siempre. De ser así un tratamiento “exitoso” tendría que ver más con lo que sabe el terapeuta que con lo que le pasa al paciente. En relación a esto es sumamente viable aclarar que como los terapeutas tienden a centrar los estancamientos y evoluciones desfavorables en los pacientes, es, por lo menos justo, darles el mismo protagonismo cuando evolucionan favorablemente, si no los psicólogos tendríamos más poder del que supuestamente ya tenemos.

¿Lo mismo que “engancha”, que genera adherencia a un tratamiento está relacionado con lo que lo puede “desenganchar”,

desadherirse? Lo que ofrece un tratamiento con lo que ofrece el consumo (inicial) de sustancias se presenta como un par de elementos opuestos y elementos antagónicos: el consumo de sustancias genera placer inicialmente y dolor y frustración en un segundo momento y un tratamiento ofrece lo mismo, pero en un orden invertido.

¿Qué función cumplió la sustancia en los inicios de la carrera toxica? Y, ¿qué función cumple ahora que se presentaría como un problema? ¿Cuál es la función que dejó de cumplir?

Entender las condiciones **concretas** del encuentro (iniciales y posteriores) con el paciente¹² es fundamental para poder dimensionar la configuración de lo que inicialmente puede permitir sostener –o hacer surgir– una demanda. “Entender” el consumo como algo opuesto a como lo ha vivido el paciente puede ser sumamente iatrogénico, perjudicial (o ingenuo en el mejor de los casos); dicho de otro modo **es peligroso desconocer la dimensión subjetiva y personal del consumo de sustancias**.

No hay que dejar que en consultorio entre, solamente, un discurso médico-jurídico-moralizante, sino en dicho lugar “estaría” el cura, el juez, el abogado, la tía y el hijo del verdulero, todos ocupando el lugar del psicólogo; si en algún recóndito lugar de nuestra postura nos vemos tentados a señalar algo de ese orden tengamos presente que quien nos habla seguramente ya lo escuchó (y muchas veces). El caer en ese lugar, a través de lo discursivo, es un modo muy efectivo para que quien tenemos adelante no vuelva más, considero necesario agregar que el no cuestionar algo no significa estar fomentándolo, esta suele ser una muy mala interpretación del refrán popular “el que calla otorga”... remarco en la clínica psicológica **el que calla escucha**.

¹² En realidad de quien se espera que devenga en tal.

Como consideraciones finales agrego que el “no saber qué quiere” del paciente puede transformarse en un querer hacer un tratamiento, en una demanda de tratamiento. En otros casos el entrevistado tiene muy claro que **no** quiere hacer un tratamiento y que demanda **no** hacerlo, en estos casos lo mejor es no confundir indicación de realizar tratamiento con la posibilidad real y directa¹³ de que el mismo pueda realizarse y sostenerse en la práctica... en estos casos la creatividad, capacidad de espera y hasta el azar nos pueden llevar a otros objetivos, o al objetivo inicial pero en otro momento.

Debemos escuchar cuál es el lugar y el sostén del deseo de no consumir, es peligrosísimo dar por obvios y sobreentendidos estos elementos, no son los mismos motivos los que llevan a no acercarse a la droga que los que llevan a alejarse¹⁴.

¹³ Y agrego que en ese momento.

¹⁴ Por lo menos no son idénticos y en la historia personal se combinan de maneras muy complejas y diversas.

Capítulo IV

Sobre técnicas y demandas

“Cuéntale a tu corazón que existe siempre una razón escondida en cada gesto del derecho y del revés uno siempre es lo que es y anda siempre con lo puesto nunca es triste la verdad lo que no tiene es remedio”

Sinceramente tuyo - Joan Manuel Serrat

“Para ser libre no se necesita nada simplemente tener ganas de no ser carne de cañón”

Soldado y Granadero - Ariel Leira

El fondo de la piletta sirve para tocarlo e impulsarse para salir a la superficie. ¿Hasta dónde la replicación o la creación y desarrollo de una técnica terminan obturando la aparición de los aspectos subyacentes al problema que vemos y tratamos?

Hemos dicho que no podemos desconocer que una particularidad significativa de trabajar con adictos es la de encontrarnos con pacientes que no pueden ser entendidos y atendidos como tales en el sentido convencional (por lo menos al comienzo). Suele ser un tercero el que “pide” (de varios modos) que consulten con profesionales por lo que les ocurre. Entonces, consideramos—remarcándolo—, que esta es la manera en que se suele comenzar un tratamiento¹⁵ (sería posible llamarlo pretratamiento) de personas definidas y diagnosticadas como adictas.

Entonces ¿cuáles son las coordenadas iniciales? ¿Por qué pretendemos partir de un lugar en el que no estamos?

¹⁵ Capítulo aparte ameritaría el concepto de Tratamiento, pero es necesario avanzar.

Simplifico, se suele pensar:

.- Un tratamiento **no puede empezar** sin una demanda (de modificar aquello que es señalado como un problema).

En el caso de un adicto cabe decir:

.- Un tratamiento **no puede avanzar** sin una demanda (de modificar o revisar aquello que es señalado como un problema).

La diferencia es clara, lo que es *conditio sine qua non* en un tratamiento psicológico convencional, que es que la demanda de terapia con el fin de ver y abordar los aspectos (subjetivos) presentes en una problemática –que lo es porque genera malestar– no parece configurada como tal en este tipo de pacientes, aparece otra demanda o un como si (simulación, sobresimulación, disimulación, etc.) que es llamado, casi siempre y sin mayores recaudos: “Mentira”¹⁶. Este despliegue inicial permitirá conocer, tal vez, lo que el paciente cree que tiene que decir y hacer, todo esto con la intención de seguir como está, sin embargo, esto nos dice mucho más del paciente de lo que nos dirá si nos dice la “verdad”, lo paradójal es que este conjunto de “mentiras” nos dice bastante sobre quién las dice y despliega, solo hay que saber escuchar... estar dispuesto a escuchar.

¿Por qué estamos trabajando con este tipo de pacientes?
¿Qué esperamos que ocurra en un tratamiento? ¿Realmente sabemos si vamos a saber cuando un paciente “va bien”?... una última pregunta, clave, fundamental: ¿Creemos que un adicto puede cambiar y un tratamiento lo puede ayudar para ello? Si la respuesta es NO, sería menos frustrante el explorar otras patologías o el desarrollarse profesionalmente en otras áreas y campos.

¹⁶ En relación a esta “mentira” cabe considerar que hay que indagar y conocer sobre sus aspectos estructurales más que de los de contenido, esta construcción siempre dice algo de quien la dice, parte de la ciencia y arte de la psicología radica en el discernimiento de una “verdad” que navega en la realidad objetiva y subjetiva en un mismo barco, son realidades interdependientes (complementarias no opuestas), no van nunca (ni nunca lo hicieron) por senderos distintos.

Capítulo V

Sobre invisibilizados mecanismos anulantes

De la formación a la deformación y la destrucción: sobre Madres, Terapeutas y Academias Anulantes

*“Aquel que brotó y el tiempo pasó...
mitad de mi vida con él se quedó...
hoy bajo su sombra, que tanto creció
tenemos recuerdos... mi árbol y yo”*

Mi Árbol y yo - Alberto Cortez

*“Si pudiera cortar las cadenas que nos unen
que nos mezclan en silencio
que se burlan de nosotros
que nos matan poco a poco”*

Las Cadenas que nos unen

Rodrigo Loj - Músico Independiente

Suele ocurrir que los ambientes académicos, indispensables en la iniciación en la ciencia y en la profesión, encierran la triste paradoja trágica del árbol joven y frágil al que se le pone un “tutor”¹⁷ pero que una vez “adulto” no se le retira el mismo¹⁸

¹⁷ En qué consiste lo metafórico en esta paradoja: cuando un árbol comienza su crecimiento, es frágil y, hasta que se desarrolle, se le suele poner una vara “pegada” a él y “atada” para que no se caiga ni se tuerza hasta que esté derecho y fuerte. Pero puede ocurrir que una vez alcanzado ese estado no “se retira el tutor” entonces: aquello que en un comienzo fue necesario y hasta indispensable para el crecimiento, ahora pasa a ser un impedimento del mismo, el árbol quiere seguir creciendo, ya aprendió cómo hacerlo, pero el tutor se transformó en un obstáculo, ahora que su función terminó empieza a ser algo que no sostiene, que retiene, que encierra... mejor dicho: que pretende encerrar, solo en el mejor de los casos no encierra ni retiene, pero, su presencia allí ya no tiene ningún sentido útil.

¹⁸ Situación que puede usarse como metáfora, superficial pero necesaria por lo gráfico que

Los procedimientos administrativos y una tendenciosa y arbitraria interpretación sobre lo válido y lo validado recrean y repiten, también, esta paradoja, llevando a la “diversidad” a ser la enemiga de la “universidad”¹⁹. Sesgado queda todo de una mirada “objetiva y evidente” que, en realidad, es esclava de cuestiones personalistas y no políticas.

La complejidad de las problemáticas drogadictivas se simplifica de manera caprichosa e interesada transformando en variables únicas y exclusivas a las que en realidad son predominantes –pero no únicas–, el positivismo y el uso abusivo del unикаusalismo siguen siendo la lente ciega con la que se pretende conocer la realidad.

En relación a lo antedicho queremos agregar otro conjunto de ideas que podrían conservar una matriz similar en su estructura, o por lo menos, con más seguridad, en sus efectos. Tiene que ver con los problemas que traen las ideas invisibilizadas sobre qué representa un “alta” en los tratamientos de adicciones, ocurre que se confunde la identificación de conflictos personales y la construcción y desarrollo de herramientas²⁰ con garantías y certezas de no recaer; olvidando y (en casos peores) desconociendo que las adicciones son, entre otras cosas, enfermedades crónicas con tendencia a la recaída.

Con preocupación, y cierto malestar, llegamos, entre otras conclusiones, a notar que es tanta la brecha que hay entre las teorizaciones y las prácticas que terminamos por tener teorías y prácticas no ajustadas a la realidad (realidad actual y a la realidad psíquica de cada paciente).

permite una analogía, del vínculo que entablan muchas madres con sus hijos/adictos.

¹⁹ En relación a ello acordamos con Thomas Kuhn cuando dice: “*La ciencia normal suprime frecuentemente innovaciones fundamentales, debido a que resultan necesariamente subversivas para sus compromisos básicos*”. Libro *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica. Página 26.

²⁰ Que se presentan como claros objetivos terapéuticos los tratamientos de estas problemáticas, sea la modalidad de tratamiento que sea.

SEGUNDA PARTE:

Más contextos de aparición y despliegue

Capítulo VI

Poblaciones especiales

ADICCIÓN: Embarazo-Puerperio en una institución pública-hospitalaria

L. M. BELÉN COMAS²¹

Es observable cómo el consumo de drogas afecta diversas poblaciones, uno de estos colectivos es el de la mujer embarazada.

Es sabido que la utilización de drogas lícitas e ilícitas por parte de la embarazada o puérpera trae aparejado una situación de alto riesgo para la madre, el feto y el recién nacido.

Dentro de este colectivo existen en la bibliografía una amplia gama de trabajos que se ocupan de dos temáticas: por un lado cómo el consumo de drogas de estas mujeres sería susceptible de afectar el normal desarrollo del feto; y por otro variados estudios de un enfoque psicosocial que se ocuparían de pensar cómo esta mujer embarazada o puérpera –drogadependiente– estaría afectada en su función a fin de responder a las necesidades físicas y emocionales que demanda el vínculo con un hijo, entendiendo que los efectos de las diversas sustancias, y los ciclos de intoxicación y abstinencia, podrían afectar a la interacción materno-infantil, al producir en la mujer-madre alteraciones perceptivas, afectivas y conductuales, pudiendo con esto reducir tanto su sensibilidad para percibir e

²¹ Licenciada en Psicología y Magister en Drogadependencia (UNC). Integrante del Servicio de Salud Mental del Hospital Misericordia Nuevo Siglo. Mail: comasmariabelen@yahoo.com.ar

interpretar las demandas del niño, como su habilidad para emitir claves apropiadas.

La idea de este artículo no reside en los efectos que las sustancias producen en el sujeto sino en puntualizar algunos ejes a tener en cuenta al momento de ocuparse de este sujeto que ingresa a una institución pública. Específicamente de las embarazadas-puérpas en un periodo en el que se encuentran internadas, ya sea para dar a luz o por alguna complicación en la evolución de su embarazo, y presentan consumo problemático de sustancias.

Cabe destacar que estas mujeres no ingresan a la institución demandando tratamiento para abordar su problemática drogadicción, sino que el ingreso a la misma es generado por estar ellas embarazadas o a punto de convertirse en puérperas y es durante el transcurso de la internación cuando son descubiertas sus adicciones. ¿De qué modo? Manifestándolo, evidenciándose a través de conductas encubiertas y en el peor de los casos el recién nacido nos muestra y nos convoca presentando el síndrome de abstinencia, complejizando de esta manera, o no, la posibilidad de algún tratamiento con ellas.

El tiempo de acción para intentar abrir algún espacio donde se juegue la posibilidad de la palabra²², es muy escaso, debido a que dicha internación no se extiende, en la mayoría de los casos, por más de tres días. Es lícito aclarar que cuando el recién nacido presenta dificultades como bajo peso al nacer, prematuridad, infecciones, síndrome de abstinencia neonatal (SAN), problemas neuroconductuales y de disgregación no asociados a SAN o malformaciones congénitas, el tiempo de posibilidad de trabajo terapéutico con esta mujer se extiende haciéndose posible un encuentro. Encuentro tal vez único, ya que estas mujeres que asisten a una institución pública hospitalaria son mujeres que

²² Palabra lo usaremos como alusión a demanda –demanda de un espacio terapéutico–.

según plantea la Dra. Graciela Álvarez presentan: descuido (mala nutrición), deterioro en su salud reproductora, que por lo general no planifican sus embarazos, agrega además que no asisten a los servicios públicos por temor a ser condenadas socialmente, que es habitual que descubran sus embarazos tardíamente y esto se debería a que a menudo padecen amenorreas debido al uso de opiáceos siendo considerados embarazos de riesgos debido a complicaciones como retardo en el crecimiento intrauterino, abortos, muerte fetal, prematuridad, hipertensión, abrupción de placenta y una gran variedad de infecciones.

Es así que la maternidad les brindaría una oportunidad, no solo del encuentro con su cuerpo, en relación a poder darle un lugar, sino que el caso de la adicción en la maternidad, según lo evidencian algunos autores, contribuiría a una estabilización del malestar motivador de la adicción. Planteo o hipótesis de gran importancia para quienes trabajan abriendo un espacio con estas mujeres. Gutiérrez Segú refiere: *“la clínica es clara al respecto, para las mujeres la maternidad suele ser un argumento de peso ante el consumo de sustancias, operando el embarazo y el parto como un estabilizador estructural produciendo una disminución e incluso una cancelación del malestar motivador de la adicción, lo cual implica una desaparición del fenómeno adictivo. Sin por esto desempeñarse estas madres de una manera más nociva que cualquiera otra madre neurótica en la crianza del vástago”*. A lo que cabría preguntarse: ¿por qué la maternidad estabilizaría el consumo de sustancias? Se encuentra una respuesta interesante en un escrito del Lic. De Leonardis (2000) cuando dice: *“el acontecimiento de la maternidad abre una posibilidad privilegiada, de cambio de perspectiva en la vida de las personas. Particularmente en lo que se refiere a la aparición de nuevas responsabilidades y a la conexión con los cuidados del otro que resignifican los propios”*.

Cuestiones de Género y tratamiento adecuado

Es de fundamental importancia diferenciar los tratamientos de hombres y mujeres, ya que la adopción de la adicción, como el proceso de rehabilitación, recorrerían caminos distintos en el hombre como en la mujer a lo expuesto, Gutiérrez Segú, plantea que: *“según se refleja en las estadísticas realizadas sobre la composición de quienes manifiestan alguna forma de adicción, la cantidad de mujeres consumidoras no es demasiado menor en referencia a los hombres, sin embargo a lo concerniente a la demanda de tratamiento, las mujeres se encuentran en minoría. Se suelen dar ciertas razones para esta diferencia abarcando cuestiones de tipo social e inclusive haciendo referencia a ciertos prejuicios por los cuales, las mujeres y sus familias serían más renuentes de exponer públicamente el padecimiento adictivo, lo cual es coherente con el concepto social que considera la adicción como problema moral.*

Desde nuestra perspectiva el motivo de esta diferencia en lo referido a la demanda de tratamiento se encuentra ligada la circunstancia de la existencia de diferencias entre el factor o factores desencadenantes de la problemática adictiva en la mujer y el factor o factores determinantes de la misma en los hombres, siendo un elemento de importancia el hecho de que el derrotero o curso de la adicción se encuentra influido en el caso de las mujeres por ciertas situaciones vitales, tales como el enamoramiento y la posibilidad de la concepción, los cuales son un medio de estabilización ausente en el curso de las manifestaciones adictivas en los varones”.

Otro argumento al respecto a tener en cuenta a la hora del encuentro con una mujer que presenta consumo problemático de sustancias es el de la Dra. Álvarez quien remarca la importancia de diferenciar las intervenciones cuando dice: *“las prácticas de intervención en la comunidad tienden a homogenizar los tratamientos*

para hombres y mujeres, sin tomar en cuenta que los patrones de consumo, como sus causas y consecuencias, les afectan de manera diferente.

Es evidente que ser mujer y presentar un consumo de drogas, constituye un desafío.

Muchas veces, para una mujer con problemas de consumo, algunas situaciones como las tensiones en el interior del hogar, la violencia intrafamiliar, el abandono por parte de las figuras significativas, la no valoración de su aporte social y la tendencia a ubicarse en un lugar secundario [...] Estos temas adquieren importancia en el proceso de su dependencia y generalmente no son considerados en su totalidad durante el tratamiento”.

A modo de cierre: es evidente plantear que el ingreso de estas mujeres embarazadas que presentan consumo problemático de sustancias y asisten al ámbito público para ser asistidas va en ascenso, siendo un tema de gran preocupación para quienes nos desempeñamos en esta ardua tarea, con lo cual sería de gran importancia apostar a la formación de los profesionales de la salud en relación a la temática, apostar a la interdisciplina y al compromiso con estas familias que implican un gran reto que abarca la salud de la mujer y de sus futuras generaciones. Somos conscientes de la enorme complejidad de esta empresa y sabemos del gran trabajo que ella conlleva, sin embargo fuerzas importantes nos llevan a verlo, a destacarlo y a denunciarlo como una gran dificultad de muchos profesionales de la salud.

Bibliografía

Álvarez, G., Meyrialle, P., Copes, M. (2008). *Mujer, Drogas y Embarazo. Revista del Hospital J.M. Ramos Mejía*. Edición Electrónica-Volumen XIII-N 22008. www.ramosmejia.org.ar/r/201002/342.pdf.

- Bobes, J., Casas, M., Gutiérrez, M. (2011). *Manual de Trastornos adictivos*. Capítulo 9 Parte 5, *Embarazo y Adicción: Efectos en la diada madre-niño*. M.L. Velez, L.M. Jansson. Enfoque Editorial. España
- Casella, Miguel (2011). *¿La droga es un toxico? Prevención de Adicciones*. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.
- Gutiérrez Segú, Oscar (2010). *Las adicciones. Una propuesta de abordaje clínico*. Editorial Letra Viva. Buenos Aires. Argentina.
- De Leonardis, M. (2001). *El Abordaje de los consumos de drogas por equipos asistenciales de salud. El caso de la maternidad y la adolescencia*. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Volumen 20, Numero 3.

Capítulo VII

Consumo y Deporte

GONZALO FERNÁNDEZ²³

*“... Yo no he inventado la cultura del dopaje,
pero tampoco intenté pararla...
me dopaba por el afán de ganar a cualquier
precio...
... no tenía acceso a nada más que los demás
no tuvieran...
... necesitaríamos mucho tiempo, lo veía muy
fácil, había cosas que eran fármacos
para aumentar la transferencia de oxígeno por
decirlo de alguna manera,
en realidad son increíblemente eficientes para
aumentar el rendimiento deportivo
sea ciclismo, correr o lo que sea, no necesitabas
nada más...”*

Lance Armstrong

Como punto de partida de este capítulo podríamos reflexionar si tal vez no sería mejor denominar este apartado para pensar la problemática como *consumos dentro del deporte*; o, *consumos a pesar del deporte*.

²³ Licenciado en Psicología (UNC). Psicólogo del deporte. Asesor psicológico en la detección de talentos deportivos como así también en la evaluación y entrenamiento de atletas de Alto Rendimiento. Responsable de la planificación y ejecución de entrenamientos psicológicos en atletas de Rendimiento y Alto Rendimiento, representantes mundiales y olímpicos. Supervisor y consultor externo. Disertante provincial y nacional en el área de la Psicología del Deporte. Mail: gonza_fernandezallan@hotmail.com

Cierto es que toda práctica de actividad física²⁴ y/o deportes²⁵ es muy importante para la salud integral de todo ser humano, sin embargo hay ciertas circunstancias que alteran dicho beneficio de lo que podría ser la instauración de un hábito saludable, transformándolo en un campo donde no escapa de la problemática o flagelo de los consumos, o peor aún, puede favorecerlos.

Las actividades físicas, además de lo que señaláramos, cuando tiene cierta planificación, repetición en el tiempo y con una duración determinada, por lo general pauta previamente, se transforma dicha actividad física, en ejercicio físico²⁶.

Toda actividad física (como movimiento) es saludable. Ahora bien, la realización de ejercicio físico genera manifiestos índices de beneficios en relación a la salud integral de la persona. Tanto en la prevención de enfermedades, como así también en la promoción y desarrollo de la salud, incluso en la rehabilitación de la misma. Beneficios que alcanzan a lo orgánico; fisiológico; osteo-muscular; y sin duda alguna, a nivel psicológico.

Psicológico, porque el asociarlo con el ocio, el placer y el divertimento, sirve a fines de descarga y distracción. Repercutiendo positivamente en la autoestima; reduciendo manifestaciones de ansiedad, estrés, y tristeza; fortaleciendo la fuerza de voluntad, la cual puede minimizar o reducir factores o síntomas depresivos. Todos ellos, dentro de un largo etcétera.

Podemos decir que tenemos un poco más en claro que, la actividad física no es sinónimo de ejercicio físico, ni que éste es sinónimo de deporte²⁷. Mucho menos el deporte como sinónimo de juego o esparcimiento.

²⁴ Nos referimos como actividad física a cualquier tipo de movimiento corporal dentro de una amplia gama de actividades, que aumente el gasto de energía por encima de los niveles básicos o mínimos, incluidos los de la vida diaria.

²⁵ El deporte es una actividad física reglamentada, lo que significa que no es ya un juego, y generalmente competitiva.

²⁶ Es usual que se tomen los términos actividad física y ejercicio físico por sinónimos, sin embargo como hemos señalado, no lo son.

²⁷ Técnicamente a nivel institucional, para que una actividad sea oficialmente reconocida como deporte, debe contar indefectiblemente con avales de estructuras administrativas y de control reconocidas (las Instituciones u Organizaciones Deportivas), quienes son las encargadas de reglamentar dicho deporte.

El realizar estas acciones de manera periódica y persistente (sean actividades físicas, ejercicio físico, y/o deportes), se **instauran como un hábito saludable**, el cual es un factor importante para lograr conseguir un **estilo de vida saludable**. Siguiendo a Elliot (1993), tomado por Balaguer, Isabel y Pastor Ruiz, Yolanda (2003): "... las variables que conforman los estilos de vida saludables hacen referencia tanto a las conductas que suponen un riesgo para la salud, como a las conductas que realzan la salud".

Decíamos anteriormente que podíamos encontrarnos con ciertas circunstancias que llegarían a alterar la instauración de la práctica de actividades físicas y/o deportivas, como hábito saludable con sus consecuentes beneficios. Estas circunstancias, y a fines prácticos, podríamos referirlas a dos grandes vertientes. Por un lado, los hechos y situaciones que están por fuera de las actividades físicas y deportivas; y por el otro, lo que las mismas pueden generar en cuanto a factores estresores. Por ello afirmábamos que aún siendo beneficioso para la salud, no estaba exento de las influencias de la cotidianidad, ni obviamente, de la problemática del o los consumos.

Como bien se viene desarrollando a lo largo del libro, la problemática del fenómeno del consumo está determinado por una multiplicidad de causas (difícilmente sea una), donde las mismas interactúan con y en un conjunto de condiciones favorables a tal fin. En las cuales no es raro el observar en individuos que practican actividades físicas y deportivas, tendencias o ser proclives en ocasiones (según las condiciones), de accionar conductas que suponen un riesgo para su salud, o desembocar en ausencias de conductas que realcen su salud (tal como citáramos previamente). Lo que puede converger en un uso; abuso; dependencia e incluso intoxicación de diversas sustancias²⁸.

²⁸ En ámbitos deportivos y como veremos, el uso y la dependencia de sustancias tienen una

Sustancias que para su utilización, necesitan una serie de características psicológicas que colaboren y faciliten el mismo. Tal como se viene describiendo, entre las características psicológicas podemos encontrar:

- Baja tolerancia a la frustración;
- Fragilidad afectiva;
- Impulsividad;
- Rasgos que denoten síntomas depresivos o de baja autoestima;
- Vivencia social de marginación.

Dentro del mundo de los deportes, las características psicológicas que con mayor frecuencia nos podemos encontrar, según observación y experiencia, son:

- Baja tolerancia a la frustración, repercutiendo negativamente en su desempeño deportivo;
- Fragilidad afectiva, donde por cuestiones de vivencia individuales y circunstancias facilitadoras de algunas disciplinas deportivas, pueden generar dicha característica;
- Impulsividad, donde no es raro observar en algunos deportistas una incapacidad de autocontrol y serenidad;
- Vivencia social de marginación, estas características pueden ser resultante con mayor dependencia (si se permite la expresión) que las demás, de las interacciones de condiciones, tanto del lugar de procedencia del deportista, como de las características de la disciplina deportiva que practique.

Todas características estas que sin duda alguna, además de no presentarse de manera pura y tajante, sino más bien con ciertas mixturas e interactuando unas con otras, generan los factores necesarios que pueden incidir directamente sea en conductas que

serie de características y particularidades específicas.

pongan en peligro la salud, o, conductas que adolezcan de un cuidado de la misma.

Ahora bien, con lo que hemos dicho hasta aquí, ¿estamos describiendo a las actividades físicas y deportivas como una variable que puede generar factores de riesgo hacia el consumo? Decidida y tajantemente, no en lo absoluto. Primero porque como hemos tratado de señalar, las actividades físicas y los deportes, son en esencia una actividad social más, y en lo absoluto están exentas de las interacciones de diversas condiciones, tal como venimos advirtiendo. Segundo, porque el deporte (tal como lo hemos definido), en sí mismo no depara bajo ningún aspecto, en ningún elemento o factor de conductas de riesgo hacia la salud. Es más, tal como venimos remarcando, es todo lo contrario.

Dicho esto: ¿por qué entonces no es raro observar en las disciplinas deportivas, atletas bajo las incidencias e inclemencias del consumo de sustancias? Definitivamente por las presiones, internas pero fundamentalmente externas —e inherentes a la disciplina deportiva de la cual se trate—, junto a la interacción de demás condiciones. En este punto, y más allá del espíritu y por qué no del “instinto” de superarse a uno mismo y más que nada superar al otro, el desembarco de las particularidades céntricas y satelitales del mundo de la profesionalización, puede haber colaborado definitivamente en esa dirección.

Claro está que hemos transcurrido un camino que partimos desde los múltiples beneficios de las actividades físicas y los ejercicios físicos, para devenir a la figura del o de los deportes. Como advertíamos en algún que otro pie de página, los deportes, si bien su base está sustentada en la figura y concepto del juego —lo lúdico—, en sus estructuras y disímiles formas, se ha alejado de manera abrupta del mismo, donde la implementación de reglas y normas (tal como marcábamos), fue cercenando los alcances de

aquello. Dichas reglas, apuntaladas y dictadas por los organismos deportivos, son los que sustentan al deporte.

Entonces, teniendo estructuras y funciones marcadas y delimitadas, con reglas establecidas, ¿por qué observamos diversos excesos en los atletas? A riesgo de ser repetitivo, como hemos advertido, los motivos pueden ser muchos y de los más heterogéneos, siendo estos externos o propios del mundo del deporte. Pero circunscribiéndonos en el deporte, se han creado ciertas estructuras administrativas y fundamentalmente de control, para garantizar (o intentar reducir) factores de riesgo. Más allá de las instituciones deportivas específicas y órganos madre de cada disciplina deportiva, hacemos referencia al COI²⁹, y fundamentalmente a la WADA³⁰.

Decimos fundamentalmente la WADA, porque de sus acciones depende hoy, el soporte del espíritu deportivo (u olímpico)³¹ de todas las disciplinas deportivas, sea en la conmemoración de los JJ. OO. o en las competencias inherentes locales o internacionales de cada disciplina deportiva por separado. Ahora bien, este ente rector, es de control, haciendo foco en las conductas antideportivas de los dopajes³² y sus respectivas

²⁹ Comité Olímpico Internacional (I.O.C. en inglés), es el organismo encargado de promover el olimpismo en el mundo. Si bien se circunscribe a lo concerniente a los JJ. OO. (Juegos Olímpicos), sus dictámenes y filosofía en cuanto a la instauración de valores y educación a través del deporte, tiene injerencia sobre los deportes que nuclea y participan de los JJ. OO.

³⁰ WADA por sus siglas en inglés (AMA en español). La Agencia Mundial Antidopaje. Es un organismo independiente, apoyado por el COI y fundado (en 1999) luego de la primera conferencia mundial contra el dopaje, realizado por el COI. Está dedicado a promover, coordinar y monitorizar la lucha contra el dopaje en el deporte.

³¹ Espíritu que se sintetiza en el famoso “juramento olímpico” (creado por el barón Pierre de Coubertin, padre de los JJ. OO. modernos), durante la ceremonia inaugural de los JJ. OO., que hace foco en la deportividad, el respeto, solemnidad y caballerosidad, instaurado en el ánimo de competir por competir. Actualmente dicho juramento ha sido modificado, donde el mismo hace foco en la deportividad sin recurrir al dopaje.

³² El término dopaje hace referencia a la utilización de diversos elementos y sustancias, en procura de obtener algún rédito de ventaja –desleal– sobre el resto de los competidores.

sanciones, y no en el cuidado de la salud propiamente dicha de cada deportista (que depende de su cuerpo técnico y cuerpo médico).

La Agencia Mundial Antidopaje ejerce su trabajo, a través de organismos propios de cada país, que “responden” a la misma, con lineamientos generales y específicos. Los mismos están sintetizados en la famosa lista de prohibiciones que los eneros de cada año (y con una revisión a mediados de año, aproximadamente), detallando cuáles son las sustancias que no pueden ser utilizadas, para garantizar el olimpismo. Esta lista se resume básicamente en dos grandes grupos de prohibiciones: las sustancias; y los métodos. Tanto durante la competencia, como en todo momento (en y fuera de competencia).

Las sustancias y métodos prohibidos son muchos, y en realidad escapan de los alcances y objetivos, introductorios y reflexivos, de este capítulo. Sí podemos señalar algunas sustancias que están prohibidas, y que son conocidas públicamente, más allá de ser uno deportista o no. Hacemos referencia a sustancias estimulantes (entre otros: cocaína; anfetamina; efedrina); narcóticos (heroína; morfina; etc.); cannabinoides (hachís; marihuana); y el alcohol, llamada por muchos “sustancia-droga-social”, no está prohibida a nivel general, salvo en determinados tipos de deportes, y en determinados índices de gramo por litro de sangre.

Ahora bien, si los alcances de la función de control de la Agencia Mundial Antidopaje son amplios, y las sanciones a los deportistas que incurren en dopaje (como han trascendido varios casos de atletas famosos mundialmente), llegan a ser duros y ejemplares. ¿Cuáles son los motivos por el cual cometen estos excesos, atentando contra un estilo de vida saludable y contra su propia actividad deportiva?

Decíamos que un factor desencadenante era presumiblemente los condicionantes de la profesionalización (tanto centrales, inherentes a las presiones del deporte mismo; como los satelitales, generados por la exposición y la cobertura mediática). Presiones de las coyunturas económicas y sociales contemporáneas, que tan bien lo resume Fenili, Alfredo (2004) sobre el fenómeno deportivo: “ganar, ganar y después... ganar”. Ese, a decir de Fenili —y coincidiendo absolutamente—, es el único resultado socialmente valorado.

En esta cultura actual, observamos y constatamos permanentemente que el ganar es lo único válido e importante. Mientras que ser segundo, significa ser el “primer perdedor”. Ese afán de conseguir lo único valorado socialmente, y que significa por asociación simple que si no se es el ganador (el primero), no se ha tenido éxito, y por lo tanto se ha fracasado, es lo que genera muchas de las presiones en el deporte. Presiones que otro tanto son impuestas por el propio deportista, ya que él mismo es un consumidor (como todos lo somos), y en esa consumición lo lleva a autoimponerse metas absurdas y que casi nada tienen que ver con su profesión, tales como: cuántos amigos tiene en las redes sociales; o cuántos seguidores tiene en otra; cuántas notas periodísticas le hacen; sí en éstas, hablan bien o mal sobre su persona³³; si tiene seguidores “circunstanciales” —léase, las llamadas “botineras”—³⁴; y

³³ En este punto, considero vital remarcar el papel fundamental que tienen los medios de comunicación en el deporte. Los periodistas deportivos tal vez no son conscientes —o no les importe serlo— que tienen la asombrosa capacidad de elevar o hundir con comentarios, abundantemente pocos o nada objetivos, que repercute directamente en el deportista. Magnificando por un lado, o, “haciendo leña del árbol caído”, por el otro; genera e impone opinión. Opiniones que consumen los otros actores principales de la película deportiva: los hinchas. Tan volubles y “apasionados”, que, y en consecuentes y generalmente demagógicas acciones de los comunicadores, generan situaciones extras de estrés y malestar en los deportistas, donde se retroalimenta ad-infinitum.

³⁴ Aquí, siendo bien justo, no es inherente a una sola disciplina deportiva, como todos hemos pensado al unísono, sino que en mayor o menor medida, sucede en todas las disciplinas deportivas, donde haya un flash o cámara de televisión. También siendo justo, no

de ahí, en cuántos medios de comunicación del mundo del espectáculo —o farándula— aparecen (mucho más, si esa compañía circunstancial, pertenece a dicho mundo). Generando un hermoso caldo de cultivo para sucumbir a las metas originarias deportivas, y dedicarse a estas otras accesorias (o como señalaba líneas arriba, satelitales al deporte), donde la vida social y comúnmente asociada y emparentada con la vida social nocturna, genera un cambio rotundo y decisivo en el estilo de vida de un atleta, repercutiendo decididamente en su rendimiento, y también en su dedicación.

Si nos referimos a los aspectos satelitales de la profesionalización del deporte, no debemos olvidar la inagotable fuente de presión que pueden ser los empresarios que antes eran los representantes de los atletas. Ni mucho menos debemos dejar de lado, en aquellos deportistas que trascendieron un tanto, los sponsors (o anunciantes) que contratan individualmente su imagen y “servicios”. Todas situaciones que atentan directamente en la preparación específica de un deportista. Siendo todos ellos, colaboradores y grandes facilitadores, del incurrir en algún tipo de consumo problemático³⁵. En este último párrafo, no debemos olvidar a otros actores que son principales en este trama: los cuerpos técnicos y/o institución deportiva —si la hubiere— en donde está trabajando el deportista, principales y directos interesados en conseguir y mantener ese tan ansiado “número uno”.

En expresiones de Cordera, Santiago (2009) —y que adscribimos que pueden ser factores facilitadores y determinantes en las interacciones—, “...el éxito; la idolatría... las exigencias, son algunas de las razones por las que los deportistas encuentran un inapropiado refugio en las drogas”.

es privativo de un sexo, sino que sucede también este fenómeno, con deportistas femeninas.

³⁵ Por qué: sencillamente porque en algunos de los casos (representantes, auspiciantes que contratan la imagen, etc.), exigen que se siga siendo “el número uno”; y por el otro, las mieles de la seductora vida social, para seguir estando en la llamada “cresta de la ola”.

Señalábamos que adscribíamos en cuanto a que podían ser factores facilitadores, y a algunos de estos nos referíamos a condiciones satelitales del deporte, con una amplia influencia en conducta de riesgo hacia los excesos, usualmente acompañados por el consumo –siempre problemático en deportistas– de sustancias. ¿Por qué siempre problemático?; porque ya sea por el sistema de control de WADA, o por participar de convenciones sociales (sean familiares, o, como la mayoría de las veces, públicas y vinculadas al mundo de la farándula, tal como señalábamos), donde siempre habrá flashes de cámaras y filmadoras, y/o algún fanático que idolatra al deportista en cuestión, estos actos, a menudo llegados a los excesos, será o repercutirá de manera problemática en la vida –y vida deportiva– del atleta. Sin olvidarnos de volver a advertir que tanto una como la otra, inciden negativamente a un corto o mediano plazo, en el rendimiento deportivo.

Lo enunciado líneas arriba, lamento, es un tanto incompleto e injusto tal vez, por la complejidad del tema. Sin embargo, el objetivo era el considerarlos de manera introductoria y reflexiva.

Con este objetivo, no debo olvidar mencionar cómo estas situaciones (masivas y magnificadas no solo por el mundo periodístico, sino por las nuevas tecnologías de comunicación), han comenzado a incidir y modificar negativamente, según mi experiencia, en el deporte juvenil. Deporte juvenil que como filosofía y metodología de trabajo, es la de formar (sí, la palabra es formar) deportistas³⁶. Estas divisionales del deporte, siempre tuvieron sus particularidades específicas, donde no es nada sencillo, tanto para los cuerpos técnicos, como para los adolescentes deportistas. Sin embargo, en los últimos años han comenzado a accionar como factores de estrés, innecesarios en categorías

³⁶ Deportistas, me refiero a la **persona** del deportista. Quién no es meramente un jugador de...

formativas, factores pertenecientes al mundo profesional. Me refiero a que se ha observado que técnicos han sido despedidos en formaciones juveniles, por falta de resultados; donde éstos, por el lógico temor a perder su trabajo, pueden consciente o inconscientemente transmitir esa ansiedad y fuente de estrés por conseguir un resultado (sin considerar el aspecto formativo). Otro factor, perteneciente a las particularidades específicas del mundo juvenil, es lo referido a los chicos que viven en pensiones (al no ser de la localidad de donde está la institución deportiva), alejados de sus familias y amigos. Esta, es una situación específica, como bien señalé. Sin embargo, según experiencia y lo que leemos, ante una alarmante falta de seguimiento de las instituciones deportivas para con ellos, estos *adolescentes en formación*, no tienen un respaldo en cuanto al acompañamiento y cumplimiento de lo educativo; alimentación; entrenamiento; y cuidado personal³⁷. En este punto, no puedo dejar de señalar y advertir no solo la falta de control, sino la anuencia o facilitación que hacen de estas situaciones, algunos dirigentes y representantes (casos hay, y de sobra lamentablemente), donde estos chicos en formación, son considerados y tratados en ocasiones, como “un par de piernas”³⁸. Lamentablemente, por suerte no son todos, encuentran eco, respaldo o por qué no impulso, para estas metodologías y filosofías de trabajo, en los padres de esos juveniles –y cada vez a más corta edad– deportistas. Padres que en lugar de acompañar y respaldar, se acciona en ese hijo juvenil deportista, situaciones de su vida privada. Sean éstas por frustraciones por no haber llegado

³⁷ Con cuidado personal, van desde la higiene, hasta las conductas. Pasando en el medio, el gran abanico que pueden suceder por la falta de cuidado, en cuanto a las reuniones, y sus acciones a lo que hacen o consumen. No es muy raro el ver que puedan estar junto a, o consumiendo ya, las llamadas “drogas sociales” –nicotina, alcohol, marihuana–, etc.

³⁸ Una concepción puramente económica, de que si ese chico en cuestión puede sobresalir –en este punto se ponen en acción todo lo anterior que hemos señalado, significará entrada de dinero.

o podido ser un deportista; por tener una escala desvirtuada de excelencia; o, por un mero interés mercenario³⁹.

Factores y situaciones todas, que sin ningún lugar a dudas, y sin olvidarnos de las características psicológicas del deportista, pueden facilitar o introducirlos en el consumo problemático de sustancias.

Por tales motivos que hemos descrito, de manera incompleta tememos, ante la posibilidad que habíamos señalado sobre el pensar que el deporte era malo para la salud, reflexionamos y remarcamos enfáticamente que **en sí mismo todo deporte no puede estar más alejado de ser perjudicial para la salud**. Igual de enfáticos decimos que nos referimos al deporte en sí mismo, y no a todos los factores, elementos y variables satelitales que llegan con la masividad y profesionalización de éste. De esta manera, **la reflexión principal** y que nos debemos grabar a fuego es nada más y nada menos que accionar y mantener lo que el Comité Olímpico Internacional promulga y promueve: **educar; lograr la paz y la instauración de valores a través del deporte**.

Para concluir, y luego del trayecto que realizamos y de la reflexión final, les reitero lo que comenzaba nuestro capítulo: para pensar y repensar esta problemática, el título: “Consumo y Deporte” ¿es adecuado? O sería más pertinente titularlo como *Consumos dentro del deporte*. O tal vez: *Consumos a pesar del deporte*.

³⁹ Lo que por ahí he llamado el efecto messi (aplicándose al deportista más relevante de la disciplina deportiva que corresponda). Pensar que su hijo será un astro en su deporte, y poder “vivir” de las mieles del éxito –por ser el padre de– y de los réditos económicos que éste le traerían.

Bibliografía

- Agencia Mundial Antidopaje. /Lista prohibida (2014). www.wada-ama.org.
- Balaguer, Isabel & Pastor Ruiz, Yolanda. "Actividad física y estilos de vida". Universidad de Valencia. En Psicología del Deporte, volumen I, fundamentos II. Capítulo 27. Hernández Mendo, Antonio (coordinador). (2003).
- Comité Olímpico Internacional. /Olimpismo. www.olympic.org.
- Cordera, Santiago. "Por qué algunos deportistas se refugian en el mundo de las drogas". Diario *El Confidencial*/sección deportes. (2009). http://www.elconfidencial.com/archivo/2009/02/04/deportes_52_algunos_deportistas_refugian_mundo_drogas.html.
- Fenili, Alfredo. "Con sumo cuidado: la problemática del doping". En *Alto Rendimiento, Psicología y Deporte*. Roffé, Marcelo & García Ucha, Francisco (compiladores). (2004).

TERCERA PARTE:

El diagnóstico, abordaje y tratamiento de la
problemática drogadictiva.

Capítulo VIII

Paradigmas sobre el diagnóstico, abordaje y tratamiento de la problemática drogadicativa

Esta parte del libro está conformada por los aspectos centrales de lo que fue una tesis de maestría⁴⁰ realizada hace un tiempo atrás. Considero que en combinación con el resto de los artículos ya desarrollados⁴¹ su importancia inicial se incrementa y sus fundamentos, resultados y conclusiones pueden ser de una significativa utilidad para quienes trabajen (o deseen hacerlo) con pacientes que presenten problemáticas relacionadas con el consumo de drogas. Sin más aclaraciones avancemos.

Introducción

“La vida, como nos es impuesta, resulta gravosa: nos trae hartos dolores, desengaños, tareas insolubles. Para soportarla, no podemos prescindir de calmantes. Los hay, quizá, de tres clases: poderosas distracciones, que nos hagan valuar en poco nuestra miseria; satisfacciones sustitutivas, que la reduzcan, y sustancias embriagadoras que nos vuelvan insensibles a ellas. Algo de este tipo es indispensable.”

“El Malestar en la Cultura”
Sigmund Freud (1856-1939)

⁴⁰ Moreno, Rodrigo. (2011). *Paradigmas sobre el Diagnóstico, Abordaje y Tratamiento de la Patología Drogadicativa*. Tesis de Maestría no publicada hasta ahora. Carrera de Maestría en Drogadependencia, Facultad de Ciencias Médicas. UNC. Córdoba, Argentina.

⁴¹ Es por esto que decido publicarla, y hacerlo recién ahora. No hubiese sido de otra manera, no hubiese sido en otro momento.

Delimitación del problema y fundamentación

Toda introducción que se jacte de serlo debe comenzar justificando la temática a la que introduce y dando los motivos que la hacen valedera, por esta razón es que comenzaremos diciendo que lo vertido en este trabajo parte de la realidad, terrible o no, de que las drogas han ocupado e invadido todos los estratos sociales no diferenciando edad, sexo, ocupaciones y muchas veces ni ideologías. Pero cabe un llamado de atención a lo anteriormente redactado: ¿las drogas han invadido? O muchas de las fisuras de la condición humana han sido rellenadas con el consumo de las mismas?, en fin, sea cual sea la forma de distribuir y reubicar las causas y efectos de esta problemática, la realidad es que hoy en día uno de los males que más acoge a la humanidad es la Drogadependencia, y una de las motivaciones que dispara la realización de esta investigación es ver cómo vamos a empezar a conceptualizar este fenómeno, puesto que no hay una manera efectiva de abordarlo sino es teniendo en claro, de antemano, ante qué hecho estamos.

Desde distintos sectores, profesionalizados o no, se ensayan cotidianamente diversas maneras de abordaje, pero si bien son altamente valiosos los objetivos a los que se apunta, se considera que no se tiene tan en claro desde dónde se parte, ya que, y apelando a algo gráfico, uno no puede ir a ningún lugar si no sabe en principio donde se encuentra en ese momento, es solo después de conocer donde se está y en qué condiciones se está, cuando uno puede establecer un destino y un método y plazo para alcanzarlo. Es cierto que a veces se puede llegar a un objetivo sumando diversos actos y actores sin tener bien en claro de qué manera se logró la meta ni qué es lo que ocurrió precisamente, el inconveniente de esto es que al no poder determinar qué pasó, dichas acciones no se pueden sistematizar, comunicar, enseñar ni repetir.

Ahora bien, qué es lo que se pretende concretamente con esta investigación, **¿a qué se apunta con esta idea de saber de**

dónde se parte? A lo siguiente, a definir y redefinir qué vamos a entender por drogadependencia y cómo la vamos a entender como una problemática humana y de salud. También resulta de marcada importancia decir y remarcar que la situación de dependencia a una sustancia psicotóxica es solo uno de los últimos eslabones de una cadena que comienza con la experiencia, casual o no, de probar alguna sustancia psicoactiva alguna vez, y, que de repetirse esa experiencia y, entrando en combinación con otros factores, es que se puede derivar en una problemática drogadicción, en ese camino, de principio a fin, es que nos podemos encontrar con múltiples problemas derivados del consumo de sustancias.

Sabido es que si nos vamos a posicionar desde casi cualquier paradigma de salud (física, emocional, social o bio-psico-social) vamos a tener que rondar permanentemente sobre la idea de enfermedad, ya que no es fácil pensar la idea de salud sin su par antitético la enfermedad.

Ahora bien desde las diversas disciplinas de salud se apunta, a grosso modo, a evitar los estados de enfermedad, sea mediante la asistencia o la prevención; las problemáticas derivadas del consumo de sustancias son atravesadas por múltiples focos de lectura, en el recorrido que desarrollaremos a continuación el foco será el de una problemática de salud, pero entendiendo, como se dijo anteriormente, que solo puede ser considerada drogadependencia la problemática derivada del consumo de sustancias que se sostuvo en el tiempo y se cronificó, encontrándose el sujeto enfermo en una cotidiana compulsión irrefrenable de consumir las sustancias que lo “esclavizan”, en el camino nos encontramos con el uso y abuso de sustancias, entendiendo que para llegar a ser drogadependiente necesariamente hizo falta ser usador y abusador, pero remarcamos que no siempre el uso, y hasta el abuso de sustancias van a devenir en una adicción a las drogas, aunque constituyan un importantísimo factor de riesgo, en el medio caben todas las hipótesis e interpretaciones de por qué una

persona (aun no adicta) consume sustancias.

Pensamos que poder arrojar algo más de luz sobre cómo diagnosticar las diversas problemáticas derivadas del consumo de sustancias permitirá una más consistente conceptualización de las mismas, como así también la elaboración e implementación de estrategias terapéuticas y preventivas más apropiadas.

Desde diversas disciplinas de la salud, y particularmente desde las de la salud mental, durante mucho tiempo, se ha sostenido una discusión y debate; ¿la Drogadependencia es un Síntoma o una Enfermedad? Esta pregunta la mayoría de las veces nos sitúa en una discusión teórica que suele dejar de lado la lectura clínica y fenoménica de lo que le ocurre a quien consume, de manera sostenida, sustancias psicoactivas. Por este motivo consideramos válido preguntarnos de manera más general sobre la drogadependencia, dejando para otro momento la pregunta anteriormente enunciada⁴².

Ahora bien, y para precisar lo que funda y justifica el objetivo general de este trabajo de investigación: se considera que **el posicionamiento teórico y paradigmático que se asuma ante un fenómeno va a determinar de manera directa la lectura diagnóstica y las acciones a instrumentar para operar sobre el mismo para producir un cambio.** Dichas acciones tendrán formas y sentidos distintos, de acuerdo a las distintas maneras de comprender esta problemática, corriendo el riesgo de amplificar o simplificar acciones ante un diagnóstico que no condice con el fenómeno que enfrentemos.

⁴² Si es que después de lo que se desarrollara se sigue considerando a dicha pregunta como necesaria.

Capítulo IX

Marco Teórico

Conceptos Claves: Droga, Drogadependencia, Enfermedad, Síntoma, Consumo problemático de sustancias, Abstinencia. Fenómeno. Tratamiento, Cura, Rehabilitación. Paradigma.

Sobre el concepto de Drogadependencia

Resulta dificultoso o si no tendencioso llegar a una clara y abarcativa definición de drogadependencia, razón por la cual nos encontramos ante la tentación de solamente desmenuzar la palabra y decir que es la situación “patológica” o “problemática” en la cual una persona depende, para preservar su homeostasis⁴³, de una droga (sustancia psicoactiva). Queda claro que en este intento de definición dejamos de lado diversas connotaciones, representaciones y explicaciones (teóricas y clínicas) sobre todo lo que encierra y rodea este concepto; por esta razón es que haremos un recorrido bibliográfico por algunos desarrollos sobre la drogadependencia.

Para utilizar una palabra abarcativa que nos remita a este fenómeno, y poder referirnos al mismo de una manera general, es que parece conveniente comenzar a hablar, en principio, de una problemática que deriva del consumo de sustancias.⁴⁴

⁴³ Aunque no sea una homeostasis natural sino con una artificial, con un “valor agregado”, que es la producida y sostenida por la introducción y circulación de ciertas sustancias en la neurofisiología cotidiana de un individuo.

⁴⁴ Es importante destacar que no todo consumo de sustancias deviene en problemático y es en este punto donde cabe destacar enfáticamente que no solo se puede definir la drogadependencia solamente por el acto de consumir una sustancia. Tomaremos

Es posible que a la hora de teorizar sobre este terrible flagelo (como ha sido llamado tantas veces) surjan diversas conceptualizaciones teóricas y diagnósticas y como consecuencia muchas maneras de pensar los múltiples abordajes terapéuticos. Sin embargo, los diagnósticos más consensuados son los de los manuales internacionales DSM-IV⁴⁵ (actualmente DSM-V) y CIE-10⁴⁶⁽⁴⁷⁾ y el abordaje más exitoso (o menos frustrado) ha sido el institucional y/o grupal, quedando los abordajes ambulatorios individuales, casi de manera exclusiva, para las situaciones de consumo menos problemáticos y para los pacientes que han finalizado algún tratamiento institucional (o están próximos a finalizar).

Podremos hablar de drogadependencia cuando en la relación de un individuo con la sustancia se cumplen la mayoría de los síntomas desarrollados en dichos manuales; tolerancia, abstinencia, compulsión y deseo intenso a consumir una sustancia y la persistencia en el consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales (bio-psico-sociales). De alguna

y citaremos el termino adicción en los autores que usen al mismo para referirse a la drogadependencia, dicha aclaración parte de la idea de que el fenómeno de la adicción abarca la drogadependencia pero también otras dependencias patológicas.

⁴⁵ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) de la Asociación Psiquiátrica de los [Estados Unidos \(American Psychiatric Association\)](#) contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos [trastornos mentales](#).

⁴⁶ La lista de códigos CIE-10 es la décima versión de la [Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud](#) (en inglés ICD, siglas de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) y determina los códigos utilizados para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad. En el Capítulo V del mismo se desarrollan los Trastornos Mentales y del Comportamiento.

⁴⁷ Cabe recordar que son manuales que describen y ordenan un conjunto de síntomas sobre los que de reunirse cierta cantidad de los mismos se puede hablar de un trastorno o de otro. No son manuales que puedan dar cuenta de una etiología y por supuesto mucho menos del caso por caso tan propio de la clínica.

manera cuando la droga ocupa la mayoría de los espacios y aspectos de la vida cotidiana de un sujeto se puede vislumbrar claramente una adicción, en tanto y en cuanto dichos espacios y aspectos no sean desbordados, estas problemáticas permanecen ocultas y camufladas.

Sobre el concepto de Droga:

El diccionario de la Lengua Española da la siguiente definición de droga: 1. *“Nombre genérico de ciertas sustancias minerales, vegetales o animales, que se emplean en la medicina, en la industria o en las bellas artes. 2. Sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno”*.

Cabe decir que en algunos manuales de adicciones a esta definición se le suele agregar; que aparte de generar ciertos efectos y alteraciones, algunas drogas tienen la particularidad de generar dependencia, no obstante como se desarrollará más adelante, la dependencia no la podemos definir solo desde el objeto del cual se depende, sino también desde el sujeto dependiente.

Elementos clínicos que definen y delimitan la problemática de la drogadependencia según el DSM-IV:

Aunque **no digan nada de lo singular de cada caso, de la etiopatogenia ni de la terapéutica a seguir**, nos encontramos con los principales **signos y síntomas** que definen, muestran y delimitan clínicamente esta problemática. Los dos manuales de criterios diagnósticos más utilizados mundialmente son el CIE10 y el DSM-IV, la descripción realizada por ambos presenta similitudes.

No podemos considerar la problemática de la drogadependencia ni como terreno exclusivamente social, ni biológico ni psicológico, aunque también cabe agregar variables relacionadas, pero distintas como lo moral, lo cultural, lo jurídico y lo histórico, por esta razón Eduardo Kalina, en otro de sus libros prefiere cualificar a las drogas como “*psico-neuro-bio-socio-toxicas*”⁴⁸ dando cuenta de todas las variables que atraviesan el consumo de sustancias.

Sobre el concepto de Dependencia, **Cesare Guerreschi** da una de las más minuciosas, y a la vez abarcativas, definiciones de dependencia que se pueden encontrar en la bibliografía sobre el tema:

La dependencia es un fenómeno extremadamente complejo que reúne numerosos aspectos de la esfera individual; tanto es así, que resulta difícil dar una definición precisa y compartida por toda la comunidad científica. La Dependencia compromete al individuo en varios niveles.

[...] Resulta claro cómo una definición de dependencia que no tenga en cuenta tal complejidad resultaría reduccionista, por lo tanto no es útil reconducir el fenómeno de la toxicodependencia solo a las características de la sustancia que se consume y a su capacidad de sujetar al organismo desde el punto de vista químico y fisiológico, pasando por alto los pliegues psicológicos del sujeto. Y es aún menos posible estudiar la personalidad de un individuo con el objeto de buscar la tendencia a desarrollar una dependencia [...]

Parece interesante focalizar la atención en la relación que se instaure entre el sujeto y el objeto de la dependencia, un proceso único, particular y lleno de significados (Rigliano, 1998). No es el tipo de droga o de actividad lo que causa la dependencia, sino que esta se construye en la interacción entre el sujeto, el objeto y el contexto en el cual ambos se insertan.

⁴⁸ Eduardo Kalina (2000), *Adicciones, Aportes para la Clínica y Terapéutica*. Editorial Paidós.

Según Bateson: *El resultado de un acontecimiento retroalimenta las causas, reestructurando la vivencia y la autopercepción. Por ende, no son las causas las que provocan la conducta, sino el éxito de la conducta misma el que, creando un significado particular para el sujeto, facilitará la repetición.*

[...] Shaffer (1964) sostiene, en efecto, que el punto de apoyo de la dependencia es la experiencia subjetiva, el modo en que el objeto cambia la condición del individuo [...]

Nuevamente se destaca y es destacable el hecho que lo complejo y complicado de la problemática en cuestión no gira ni en torno a la sustancia/actividad ni al sujeto que la consume/realiza sino a la interacción de ambos en un marco (y debo agregar en un momento también) particular.

En relación al consumo de sustancias, DIANA SAHOVALER DE LITVINOFF, en *El sujeto escondido en la Realidad Virtual* dice: *“En el camino progresivo de las adicciones se hace evidente que lo que comenzó reivindicado como un acto de libertad y desafío, se transforma en un sometimiento. El consumo de drogas que busca anular una situación traumática en un “viaje” que aleje de una realidad insatisfactoria, suele convertirse a su vez en generador de traumas; el objeto que proporcionaba alivio inmediato y mágico a la angustia termina siendo un tirano del cual no se puede prescindir, un objeto que no admite sustitución.*

La sustancia que incorpora a su organismo parece actuar como una suerte de efecto artificial manejado a voluntad, produce efectos, auspicia un accionar específico. Existen drogas que serenan, que despiertan, que generan comunión con amigos, que aíslan. Cada cual jugará con la ilusión de elegir el estado de ánimo adecuado para sobrellevar la angustia, cumplir una exigencia o llenar el vacío de la soledad; cada grupo de acuerdo a su edad, contexto social, presión laboral, contará con un “amuleto” propiciatorio”.

Con muchos años de trabajo en la clínica de las drogadicciones el Lic. MARIO PUENTES nos ayuda, en *Tu droga, mi droga, nuestra droga*, a pensar cómo concebir a la drogadicción:

“¿Cómo concebir la drogadicción como fenómeno?

La drogadependencia se presenta desde un sinfín de aristas observables. [...] Se podría citar así un sinfín de imágenes que si bien tienen algún grado de verdad, deben ser analizadas y ordenadas, para no llegar rápidamente a conclusiones, en base a conexiones lineales que asimilen un rasgo (delito, vagancia, malas compañías, etc.) como causante de todo el fenómeno.

Puentes termina por proponer algunos ejes, que a su criterio ordenan la manera de plantear la problemática global de la drogadicción:

- 1. La drogadicción es un fenómeno policausal.** *Esto quiere decir que ninguna variable, ningún condicionante, por significativo que parezca, explica por sí mismo la totalidad de un caso. [...]*
- 2. Dicha policausalidad es consecuencia de la interacción permanente y dinámica de un conjunto de condiciones.** *Destaco la palabra condición, distinguiéndola de determinación o determinantes, pues no creo que haya una causa que determine la drogadicción, sino que existen una serie de condiciones que [...] coartan el grado de libertad psicológica de un ser humano de modo tal que, en el caso que aparezca una sustancia adictógena, emergerá algún grado de patología”.*

El autor continúa desarrollando otros dos aspectos del fenómeno: la libertad psicológica⁴⁹ (y su pérdida) y las

⁴⁹ El autor distingue dos tipos de libertad: a) la libertad de elegir, que normalmente se

implicancias biológicas, sin embargo no transcribiremos esa parte por no considerarla tan relevante para conceptualizar la problemática como lo son los dos puntos desarrollados. Después de dicho desarrollo resume: *“la drogadicción es un fenómeno policausal en el cual interactúa un sujeto en su aquí y ahora, quien posee cierto grado de libertad fruto de las condiciones que en él interjuegan (que agruparemos como las variables espiritual, cultural, social, familiar, psicológica y biológica), y que consume una o varias sustancias psicoactivas, produciéndole una progresiva pérdida de su grado de libertad y responsabilidad, perjudicándolo emocionalmente y dañando distintos ámbitos de su personalidad.*

[...] ¿Por qué fenómeno?⁵⁰ [...] Múltiples factores se combinan, llevando a un efecto que es el resultado: la drogadicción. Hay una larga serie de variables que deben combinarse para lograr ese efecto. Entendida así, podemos pensar la drogadicción como un fenómeno, lo que aparece en una encrucijada temporal-espacial, cruzando las condiciones biológicas, psicológicas, familiares, sociales, culturales y espirituales de un “sistema”. Dando como resultado una persona sujeta, manejada por una sustancia psicotóxica, la cual le resta algún grado mayor o menor de libertad. Dicho fenómeno está siempre e inevitablemente cargado de infinitas significaciones”.

En su libro *Detrás de la Droga*, **Mario Puentes** realiza las siguientes consideraciones con respecto al problema social del drogadependiente en tratamiento:

(pág. 108, 109) *“El adicto que quiere recuperarse, socialmente hablando, tiene que realizar la triple y difícil tarea de:*

- 1. Abandonar el espacio social de consumidores que siempre lo albergó;*

conoce como libre albedrío. Y b) La libertad psicológica. Con este término se refiere a la decisión que le permite al hombre ser y crecer como persona.

⁵⁰ Va a ser definida por la Real Academia Española como toda manifestación que se hace presente a la conciencia de un sujeto y aparece como objeto de su percepción.

2. *enfrentarse a la angustia que le genera la soledad;*
3. *construir una identidad en un espacio social que él vivió criticando.*

Tomando en cuenta esta variable es cómo se explica la gran importancia que tienen “los grupos” en cualquier tratamiento de drogadependencia. A mi juicio son indispensables pues aportan un espacio alternativo transitorio de socialización.

Caracterizando el perfil del drogadependientes, reiteradas veces se lo rotula, en el diagnóstico, dentro de las psicopatías; en relación a esto, el Lic. Puentes, en *Detrás de la Droga*, realiza la siguiente aclaración:

(pág. 204, 205) *“el adicto no siente, es por eso que se lo confunde con el psicópata. Si bien fenomenológicamente se parecen, son cuadros psicopatológicos totalmente distintos y es un craso error confundirlos. Imaginariamente podríamos pensar que el psicópata siente y disfruta haciendo el mal. Pone energía en su sadismo. El adicto no siente, su energía está puesta en conseguir droga para poder seguir siendo insensible. Puede ser que debajo de la droga haya una psicopatía, pero no es la regla.*

Tampoco quiere decir que apenas deje de consumir se arrepienta de sus maldades, pero cuando delinque para consumir o está drogado, no siente”.

Se tiene conocimiento de las enormes dificultades que presentan estos pacientes, a pesar del tratamiento, para realizar un cambio, sobre esto Puentes dice: (pág. 208) *“cuando un paciente está encerrado en el circuito tóxico no sirve de nada ponerle palabras a lo que le pasa. Este es el error que comúnmente cometemos los psicólogos en terapia individual. Una acción vale más que mil palabras. Un límite bien trabajado vale más que mil sesiones. [...] Este es el fundamento de lo grupal y de la técnica de la confrontación. No importa en este momento lo que decís, sino lo que hacés, lo que cambiás.*

Estos pacientes tienen la palabra hueca de significado, pues tienen la “simbolización intoxicada”. No tienen capacidad de hablar desde su deseo profundo, desde su “tendencia actualizante” como dirían los humanistas. Acostumbrados desde niños a actuar el deseo del otro, como cosas, pues nunca se les reconoció un deseo propio, dicen lo que el otro quiere escuchar, sin plantearse desde su deseo si realmente acuerdan y por lo tanto sin comprometerse en hacer lo que dicen.

Es por esto que se dice que la demanda de tratamiento de un adicto es la demanda de otro. Si el admisor escucha con atención porque alguien quiere dejar de drogarse se sorprenderá de que en la mayoría de los casos, el adicto no viene porque a él le hace mal la droga o “no le cabe más”, sino porque su acto de drogarse hacer sufrir a otro (la pareja, los padres, etc.) a quien tiene miedo de perder y objetivar su soledad”.

En su libro *Estrategia Terapéutica en Drogadicción* el Lic. Mario Puentes sugiere retomar dos conceptos fundamentales:

(pág.12 y 13)

- 1. Concebir la drogadicción como un epifenómeno que atraviesa distintas variables, y que siempre es considerado desde un lugar y posición particular.*
- 2. Concebir al drogadicto, desde un **dobles diagnóstico**. El señalado como adicto es siempre emergente de un complejo fenómeno.*

A la tarea de armar este rompecabezas en alguien particular lo llamaremos “diagnóstico”.

*La particularidad de esta enfermedad psicológica, a diferencias de otras, es que tenemos que pensar en un **dobles diagnóstico**.*

***El primer diagnóstico** nos permitirá conocer cuál es la relación tangible, palpable, manifiesta de esa persona con la sustancia droga.*

[...] A partir de esto podremos saber si hace uso, abuso, o está

*en estado de dependencia*⁵¹. De este primer diagnóstico dependerán los pasos a seguir. [...]

El segundo diagnóstico es la “personalidad de base”, es decir, la que se esconde debajo de la droga, la cual emergerá claramente cuando el sujeto comience a lograr abstinencia. Este será un trabajo para realizar con un profesional especializado. El segundo paso es la psicoterapia.

El autor va a plantear que una vez vista y entendida la complejidad del fenómeno habrá que discriminar dos objetivos terapéuticos:

- La abstinencia, entendida como “dejar de drogarse”.
- La cura, que trasciende la abstinencia. Y va más allá de ella. Se apunta a encontrar los porqués, las significaciones que hicieron que esa persona tenga tal compulsión.

Sobre las características de los pacientes drogadependientes, Mario Puentes desestima la discusión sobre si la drogadicción es síntoma o una estructura y la reubica en otra perspectiva, que se considera, clínicamente más práctica. En relación a ello dice lo siguiente:

(pág. 16) *“Si vamos a la clínica y tomamos casos de drogadependientes en el momento del tratamiento nos encontraremos con un conjunto de similitudes o rasgos de personalidad que nos persuadirán de que, entre ellos, hay o hubo un común denominador,*

⁵¹ Acá es necesario hablar de uso, abuso y dependencia. Sobre las características distintivas de cada una de estas fases José María Rshaid (2005), Comunidad Terapéutica, Un desafío teórico-técnico, dice lo siguiente: Uso: De fin de semana. No hay alteración de la vida afectiva, escolar, laboral, de pareja. Habitualmente la droga es regalada o compartida. No hay episodios de intoxicación. Se busca el giro de estado de ánimo: primer compromiso que lleva a la cronicidad de la droga, la búsqueda del cambio de ánimo. Abuso: Uso regular durante la semana. Episodios de intoxicación. Compromiso escolar, afectivo. Inicio de deterioro en la vida de pareja y familiar. Aparece en el paciente la llamada vida dual: segundo momento en la cronicidad hacia la dependencia; el paciente mantiene una doble vida: por un lado su mundo adictivo y por otro un compromiso forzoso con la sociedad. Dependencia: No hay familia, pareja, escolaridad o trabajo. Búsqueda compulsiva de la droga. Imposibilidad absoluta de abstinencia, compromiso orgánico con la droga. Vida dependiente: utilización de robos de objetos, conductas tramposas, mentiras, etc.

tanto en sus personalidades como en sus estructuras familiares. [...] lo que nos aparece clínicamente son pacientes con las siguientes características psicológicas:

- 1.- Baja tolerancia a la frustración.*
- 2.- Fragilidad afectiva.*
- 3.- Incapacidad para demorar la satisfacción.*
- 4.- Impulsividad.*
- 5.- Rasgos omnipotentes y sádicos.*
- 6.- Rasgos depresivos y de baja autoestima.*
- 7.- Manifestaciones autoagresivas y heteroagresivas.*
- 8.- Utilización perversa del propio cuerpo.*
- 9.- Teatralidad, manipulación, estigma y rechazo.*
- 10.- Pérdida de facultades yoicas y de relación.*
- 11.- Vivencia social de marginación.*
- 12.- Deterioro de vínculos afectivos, sociales y terapéuticos.*
- 13.- Deterioro físico y psicológico.*

Ver en pacientes verdaderamente adictos a las drogas estas características genera una tendencia a confirmar lo que nos parece es más que la suma de síntomas que configura un síndrome psicopatológico, en otras palabras, nos acercamos a pensarlo como estructura.

El autor aclara en este punto cabe aclarar que con el concepto de estructura se refiere a aquella modalidad que se va constituyendo evolutivamente y que en un momento se instaura como entidad generadora de consecuencias que, en el ámbito médico se llamará síntoma”.

En relación a estas ideas es que Puentes crea el concepto de “Etioma”: *“crearemos un neologismo, es decir, una nueva palabra: Etioma. Surge de la articulación entre Etiología (Etio = causa*

generadora) y Síntoma (señal o expresión de algo que está sucediendo o va a suceder).

[...] Etioma es: “la manifestación, la formación emergente más o menos estructurada en un sujeto (entidad), producto de un fenómeno pluricausal que, a su vez, es “causa” transformadora en la personalidad (entidad) que lo generó”.

[...] la drogadicción no es un mero síntoma de una enfermedad psicológica, sino que cada acto de consumo compulsivo patologiza a esa personalidad, la etiomiza, dándole un perfil particular.

Por decirlo de otro modo, el consumo compulsivo no solo es la manifestación de la enfermedad, sino que, al mismo tiempo, es enfermante, provocando un círculo difícil de romper. La drogadicción es una enfermedad que se monta sobre otra enfermedad, esta a su vez se monta sobre otra enfermedad...

Esto es importante que lo comprendamos, pues si relativizamos el acto de consumo—por ser un mero síntoma—apelando a la importancia de trabajar lo profundo, no cortaremos el circuito patologizante del etioma. Hay que trabajar con un dispositivo especial que abarque todo el fenómeno. [...]

Tomar el consumo como un mero síntoma es uno de los errores conceptuales que nos llevaron a equivocaciones en la práctica. El error más común fue querer atender drogadependientes en forma individual, sin el acuerdo explícito con el paciente de la búsqueda de abstinencia como condición del tratamiento. Pensándolo como un etioma, esto no se puede sostener desde lo individual, por eso el tratamiento de las adicciones debe ser una estrategia polimodal y transdisciplinaria.

Desde este punto de vista, el etioma es síntoma y estructura a la vez, es producto y producción es, dialécticamente hablando, causa y consecuencia al mismo tiempo”.

En relación a los tratamientos, el autor realiza un señala-

miento clave: *“A cada diagnóstico le corresponde un tratamiento. Es clave tener un claro diagnóstico para sugerir un tratamiento. No importa cuánto esfuerzo y tiempo implique lograrlo. Hay que arribar a clarificar todas las variables y recursos posibles, para un diagnóstico profundo. [...]”*

Oscar Gutiérrez Segú en su libro: *Las adicciones, o como ir por la lana y salir trasquilado* realiza diversos aportes de inestimable valor y gran consistencia teórica que constituyen un instrumento importante para el diagnóstico y la terapéutica de las drogadependencias:

“En nuestro criterio la problemática que se liga al consumo de las drogas se ubica en que su utilización habitual se encuentra vinculada a determinados desórdenes o padecimientos estructurales que trascienden la ruidosa constelación ligada al consumo, ya que estos sujetos se encuentran afectados de lo que denominamos “minusvalía psíquica” que altera profundamente su vida cotidiana y su entorno.

Nos encontramos en estos últimos años con una difusión del consumo de drogas que afecta a vastas capas de la sociedad “democráticamente”, en tanto que la “Red” de consumidores se extiende más allá de clase o posición social. Lo que ha provocado que la atención de quienes nos ocupamos de las cuestiones de la salud mental, se haya paulatinamente volcado a tratar de aprehender esta problemática e ir formulando diferentes concepciones que determinan que haya distintos modos de abordar este problema.

Gutiérrez Segú considera que: ***“la adicción constituye una entidad clínica diferenciada.***

[...] Reconocer a la adicción como producto del encuentro de una estructura con importantes falencias en su constitución con las contingencias vitales, ante las cuales los tóxicos aportan la ilusión de que es posible sortearlas sin ponerse en juego como sujeto, implica la producción de un Sistema de Tratamiento basado en el diagnóstico

estructural del padecimiento del sujeto, delineando Fases, Objetivos e Instrumentos encaminados a la recuperación de los recursos de cada sujeto para transformar la miseria del padecimiento en un infortunio sobre el que es posible pensar alguna operatoria de transformación.

Pensamos que no hay tratamiento “estándar”, de la misma manera que no hay enfermo “estándar”, cada abordaje debe ser pensado, planeado y ejecutado desde la particularidad de la subjetividad del enfermo.

Combinando adecuadamente el tipo de ambiente, las intervenciones y los instrumentos para lograr el retorno a una situación de inserción en la cultura desde una perspectiva de bienestar.

El abordaje es una propuesta que tiene como objetivo general producir una reflexión acerca de las causas subjetivas que inciden en el desarrollo de la fenomenología adictiva como un sistema destinado a cancelar el dolor de existir.

*(pág. 40) Es importante considerar qué ofrecen las drogas que las tornan tan atractivas y que hace que sean casi un método de elección ante el padecimiento. **Es evidente que a ellas se asocia un efecto placentero y que en muchos casos favorecen el despliegue de lo que habitualmente se encuentra inhibido. Brindando al mismo tiempo la posibilidad de alcanzar de un modo u otro cierto nivel de anestesia de eso intolerable que se encuentra en la “realidad psíquica” de los consumidores, en virtud de las modificaciones que producen como efecto de la acción del químico sobre el SNC.***⁵²

Es de destacar que uno de los objetivos del trabajo psicoterapéutico con drogadependientes es el de incrementar o crear recursos internos no tóxicos que permitan tolerar lo “intolerable en la realidad psíquica”.

⁵² La negrita es mía.

(pág. 41) Gutiérrez Segú continua diciendo: *“Lo que da lugar a una primera reflexión: quien está en lugar de formular una demanda de tratamiento es aquel para quien el consumo de drogas es un instrumento insuficiente para anestesiar de un modo efectivo el padecimiento, al tiempo que en sí mismo se ha considerado una fuente de displacer y problemas que hacen desaparecer los iniciales efectos placenteros y se suma como malestar de difícil resolución.*

[...] Como ya anticipamos, en nuestra concepción la problemática de las adicciones puede ser formulada desde dos ópticas claramente diferenciadas:

Por una parte considerar la adicción como una enfermedad per se, tomando determinadas características desde el sesgo de la fenomenología para tratar de conformar un cuadro clínico diferenciado, lo que determina también una cierta modalidad de abordaje que sostiene una concepción acerca del lugar del sujeto que se encuentra en consonancia con lo que es la posición fundamental del adicto. [...]

Nuestra concepción difiere de la anterior y consideramos la adicción como un efecto particular de la estructura, que por supuesto se articula en determinadas condiciones de la misma.

No todo sujeto que porta una estructura clínica es adicto, sino que este efecto solo se produce en algunos. Lo que lleva a pensar en determinada característica que atañe al estilo de tramitación de la problemática ligada a lo no inscripto.

Las adicciones se encuentran entramadas con un espectro de cuadros psicopatológicos que van desde las neurosis hasta las psicosis, no apareciendo como autónomas o desgajadas de los avatares subjetivos sino por el contrario, fuertemente anudadas a estos. Siendo tan solo las modificaciones de la posición del sujeto lo que posibilita su caída de la estructura en tanto pérdida de la funcionalidad.

Cuando se habla del abordaje terapéutico de las drogadependencias inmediatamente se piensa en un concepto, a veces como único objetivo y otras veces como un objetivo entre otros, pero siempre está presente, estamos hablando de la abstinencia. En relación a la abstinencia, Gutiérrez Segú plantea que:

(pág. 57) El inicio de un tratamiento de adicciones implica necesariamente el establecimiento de una situación de abstinencia, que por una parte hace que el sujeto comience a poder utilizar su cabeza en el pensar acerca de esa “realidad” de la que ha estado huyendo a través del consumo de la o las sustancias (no olvidemos que manifestamente el consumo es utilizado como el modo de eludir el encuentro con el malestar que emana de la “realidad psíquica” del sujeto en cuestión).

Por este motivo es imprescindible que la abstinencia o al menos el intento de establecerla sea producto de una decisión del “paciente” ya que deberá enfrentar las consecuencias de su acto.

En relación a las diferentes estructuras el autor dice: “*Sabemos que la adicción puede presentarse acompañando diferentes estructuras clínicas, es un espectro que abarca de la psicosis a la neurosis, con una particular incidencia en aquellas que presentan un marcado déficit en lo que llamamos campo desiderativo.*”

De la fenomenología a la estructura

(Pág. 82) En ciertas ocasiones quien se encuentra afectado por un trastorno mental, también consume drogas. Por lo que desde el punto de vista del “fenómeno” se pueden enhebrar dos diagnósticos. Por una parte el llamado diagnóstico psiquiátrico y por otra el toxicológico.

[...] Cuando intentamos la aproximación a las adicciones desde el campo de la palabra, en la medida en que será el instrumento privilegiado de abordaje de la patología, nos encontramos con que no es posible determinar una entidad psicopatológica estructural que pueda calificarse de adicción.

Siendo por el contrario que los fenómenos adictivos se engarzan con determinadas características de las diferentes estructuras siendo subsidiarios de determinadas características de las mismas. Con lo que el término de “Doble Diagnóstico” toma un contenido y una extensión diferente.

[...] (pág. 84) En los sujetos afectados por una adicción, cualquiera sea la estructura clínica de base, encontramos un síntoma nuclear que es definido por los pacientes como “un vacío” que genera una situación de malestar y angustia que solo puede ser calmado mediante el recurso a la droga que opera como cancelación de ese malestar.

[...] (pág. 85) Vacío que no tiene palabras, solo puede ser descripto con referencias físicas sin que quien lo padece pueda articularlo a ninguna serie significativa. [...] La presencia de este “Vacío” y el desarrollo de la adicción como recurso para su cancelación es, para nosotros, lo que constituye la base del doble diagnóstico. Clínicamente es evidente que en el abordaje de estos pacientes es necesario tener muy en cuenta la problemática adictiva, que aumenta el grado de dificultad del trabajo terapéutico.

En primer lugar que la adicción, sustentada en los efectos farmacológicos de los exotóxicos, se constituye como un sistema de cancelación del malestar. Esto es claro y clínicamente comprobable que funciona, siendo una de las razones que impiden que el toxicómano demande tratamiento en la medida de que el padecimiento se encuentra suspendido por la alquimia.

Tan solo cuando este sistema deja de cumplir con su función y se transforma en un factor importante de malestar es cuando surge la posibilidad de tratamiento.

Por último, **Oscar Gutiérrez Segú** realiza los siguientes planteos en relación a los diferentes momentos del tratamiento del paciente con esta problemática:

(pág. 117) Este primer momento del abordaje se formaliza a partir del “precio” que el paciente acepta pagar para iniciar el tratamiento, que no es otro que la suspensión del consumo. Precio que si bien es elevado, el paciente acepta pagar en la medida que llega al tratamiento por el dolor y no por el goce del síntoma.

*El “**instante de ver**” culmina en el momento en el que se produce el reconocimiento de que la adicción se sostiene en las dificultades subjetivas que se engloban dentro de lo que hemos denominado “dolor de existir”.*

Momento crucial que marca la entrada en tratamiento y a partir del cual se comienza con un trabajo terapéutico con el objetivo de producir algunas herramientas con las que se va redescubriendo la historia subjetiva y la trama obturada por el consumo.

*Posteriormente se pasara al: “**tiempo de comprender**” se extiende desde la entrada en tratamiento hasta el momento de concluir. Tiempo este en el que se van poniendo en juego los diferentes dispositivos para abordar la problemática adictiva.*

El autor explica posteriormente las características de los dos dispositivos centrales para el abordaje terapéutico, estos son la internación en una Comunidad Terapéutica y el Ambulatorio organizado como Hospital de Día.

Para concluir dice “*en ambos dispositivos, durante lo que denominamos “el tiempo de comprender” se trabajará en pos de ciertos objetivos:*

- a. *Interrupción del consumo.*
- b. *Desarticulación de lo que denominamos “la Ideología del Toxicómano”*
- c. *Toma de Conciencia de Enfermedad, como el padecimiento que sostiene la adicción como sistema de cancelación*
- d. *Lograr la recuperación de la capacidad metafórica y asociativa.*

En relación a las Adicciones, **Eduardo Kalina** realiza los siguientes aportes para la Clínica y la Terapéutica de las mismas, y se pregunta:

“¿Es Nuestro paciente un paciente?”

Este juego de palabras adquiere un sentido especial en la clínica con adictos. Por la fragilidad del Yo del adicto, este es incapaz de tolerar las frustraciones, la ansiedad, la agresividad, y le resulta muy difícil poder esperar. Esta vulnerabilidad que se refleja en muchas actitudes que lo caracterizan, lo convierten en un im-paciente, con características similares a las que observamos en los adolescentes.

Por estas características, difícilmente nos encontremos con un paciente en el sentido habitual de una persona que recurra a un profesional de la salud para pedir ayuda [...]

[...] El paciente quiere curarse sin cambiar de vida y sin tener que hacerse cargo de las consecuencias, [...] De este modo el paciente adicto viene a la consulta a curarse sin curarse. Es un paciente capaz de pagar para que entremos en su modalidad “corrupta” de enfrentar la vida, en el sentido de que está dispuesto a pagar para ser inadecuadamente tratado. Es asombroso ver cómo buscan sabotear, instrumentando las más sofisticadas estrategias, nuestro trabajo y nuestras ilusiones de poder curarlos.

La agresión hacia los objetos buenos, en este caso los ideales del terapeuta y del equipo, van desde lo más sutil hasta lo más siniestro, probablemente motivados por la insoportable envidia que produce a

los adictos descubrir que lo bueno existe y que ellos no lo tienen —y además creen que jamás lo van a poder tener—.

Posteriormente el Dr. Kalina plantea cuál sería la paradoja central del tratamiento con adictos:

En el tratamiento de las adicciones no hay intervenciones cruentas y el paciente en su proceso de recuperación debe aprender a “desdrogarse”, o recuperar su capacidad de “vivir sin drogas” si previamente había tenido logros en los cuales poder apoyarse para su recuperación.

Ningún objetivo es más temido que este y el momento más riesgoso del proceso terapéutico es cuando se sienten bien y pueden salir solos y/o regresar a sus hogares —en el caso de los pacientes internados—, pues deben enfrentar las realidades de las que huyeron en el mundo ilusorio de las drogas. [...]

De todas maneras, en la actualidad la causa más común de las recaídas en la droga es la incapacidad de estos sujetos de tolerar el límite que significa decir “no” al consumo de alcohol. Este suele ser el desencadenante más frecuente de las caídas en el consumo de drogas. El límite estricto en relación al consumo de bebidas alcohólicas no se basa en que los consideremos pacientes alcohólicos, sino en que el alcohol reactiva la necesidad de la droga, en especial el consumo de cocaína.

Internación de pacientes adictos

En relación a la internación el Dr. Kalina dice:

La prolongada experiencia que surge del trabajo con pacientes adictos nos lleva a considerar que un periodo de internación, por norma general, es un factor terapéutico positivo de inestimable valor para el proceso terapéutico de un adicto. [...] Los adictos que

pasaron por internaciones son los que mejor evolucionan hacia el objetivo terapéutico de “desdrogarse”. Aquellos que pasaron por una internación incorporan mejor el concepto de límite, ya sea porque lo recuperan o, si no lo tenían, porque aprenden a valorarlo, tanto en lo que respecta a las áreas corporales como a las que corresponden al medio ambiente en el que se desarrolla su vida cotidiana.

De todas maneras, aunque resulte casi obvio, indicamos internación solo a aquellos adictos que no puedan tolerar la abstinencia a las drogas, [...] La única forma de tratar a un adicto es en abstinencia. [...]

Si bien Eduardo Kalina realiza diversos aportes para conceptualizar la problemática drogadicción y da cuenta de distintos aspectos de la terapéutica algunos años atrás, en su libro *Adolescencia y Drogadicción* se ocupó de pensar y describir cuál consideraba que podrían ser los factores que influyen en el desarrollo de una drogadicción. Aunque desarrolla varios, consideramos de relevancia para este trabajo uno en particular y es el de la Constelación y Personalidad Preadictiva. Sobre la misma dice lo siguiente:

“Decíamos que no hay trastorno de personalidad o condición psicopatológica específica en la base de las adicciones. Pero lo que quiero plantear aquí es la existencia de algunas características que pueden configurar lo que llamo una constelación preadictiva.

“Nadie es original en su patología”. En el adicto hay que buscar los modelos familiares que complementan los factores predisponentes al desarrollo de esta enfermedad.

Estas familias son [...] “psicotóxicas”.

A través de mensajes verbales y no verbales la familia se encarga de mostrar al niño una serie de conductas adictivas que tienen que ver con el uso abusivo de medicamentos, en especial psicofármacos, tabaco, café, alcohol, trabajo, comida, etc. Con estas conductas está

dando un mensaje de cómo enfrentar las vicisitudes de la vida, en este caso “psicotóxicamente” [...].

Ahora bien, mucha gente, adultos y adolescentes, usan o experimentan alguna vez con drogas; sin embargo no se convierten en adictos. Los que se transforman en drogadictos serían los que tienen una “constelación preadictiva” [...] en estos grupos familiares o equivalentes no se aprende el control de impulsos porque no existe nadie que lo enseñe. No hay modelos coherentes de reflexión, de espera. El adicto está siempre pidiendo, es decir, buscando la gratificación inmediata, pues no aprendió a mediatizar el impulso con el pensamiento.

[...] Una campaña de prevención primaria contra las drogas debería partir primeramente por la prevención del alcoholismo, el tabaquismo y las adicciones recetadas”.

Hasta este punto los autores citados han dado cuenta de los aspectos centrales del diagnóstico, abordaje y tratamiento de los pacientes con problemáticas ligadas al consumo de sustancias, solo un punto importante presente en estos tratamientos no ha sido mencionado aún: la recaída.

José María Rshaid considera a la recaída un punto esencial en el tratamiento del drogadependiente⁵³.

El autor define lo que entiende por recaída: ***“se considera así a la acción de un sujeto en recuperación por la cual interrumpe ese proceso consumiendo alguna sustancia que en apreciación del profesional tratante es o funciona del mismo modo que la o las sustancias que lo trajeron a consulta”.***

Ahora bien, es sabido que la recaída no es índice de fracaso en el tratamiento; sin embargo, para algunos familiares o personas involucradas de eso se trata. Creo que esta sensación se debe a que en la

⁵³ En el libro Comunidad Terapéutica para la rehabilitación de drogadependientes, Un desafío Teórico-técnico. Páginas 85, 86, 87 y 88.

mayoría de los casos para la familia del adicto el problema sobreviene “mágicamente”, de repente y del mismo modo que con la abstinencia, cuando el sujeto se interna, aparece la “solución” rápidamente, lo cual refuerza la idea de que de esto se entra y se sale mágicamente. Lo que queda afuera es que de ningún modo la adicción aparece como un acto repentino, sino que ese sujeto adicto fue introduciéndose muy de a poco (a veces para el propio sujeto) y dando señales claras que en la mayoría de los casos no fueron interpretadas. Por esto la recaída desidealiza esta situación y lleva a quien no está preparado (la familia por ejemplo) a un precipicio afectivo.

[...] la recaída va dando señales, tanto al rehabilitador como a la persona involucrada de que estamos en la proximidad de su presencia.

Signos Primarios: 1.- Cierta sensación de que está todo resuelto, que no hay mayores inconvenientes en la vida, “está todo bien”. El sujeto parece no necesitar ayuda profesional y concurre o participa de un tratamiento casi regularmente. 2.- Anestesia afectiva: se produce una sensación de no tener dolor ni felicidad. El sujeto no produce ningún tipo de asociación con respecto a su tratamiento y a su vida. 3.- Marcada desproporción ante acontecimientos importantes en la vida y la movilización afectiva correspondiente.

Signos Secundarios: 1.- Vuelta a la fabulación. 2.- Vuelta a las mentiras reiteradas. 3.- Faltas o “ausencias-presencias” de las sesiones de psicoterapia. 4.- Vuelta a ciertos rasgos de megalomanía. 5.- Vuelta a las alteraciones bruscas del estado de ánimo.

Sobre el concepto de Enfermedad

La Real Academia Española define **Enfermedad** de la siguiente manera: (Del Latín: “*infirmitas*”) Alteración mas o menos grave de la salud. 2. fig. Pasión dañosa o alteración en lo moral

y espiritual. 3. fig. Anormalidad dañosa en el funcionamiento de una institución, colectividad, etc.

Define **Enfermar** como: Contraer o causar enfermedad. Debilitar, quitar firmeza, menoscabar, invalidar. Y define al **Enfermo** como aquel que padece enfermedad.

Jean Corominas en relación a raíz etimológica de **enfermo** dice que dicha palabra deriva del latín “*infirmus*” que significaba: *Débil, Endebile, Impotente* en oposición a “*firmus*” que significa: Firme.

A la definición conceptual y etimológica le sumaremos algunas definiciones de corte más técnico-científico:

Aprovechando definiciones formales y académicas encontradas dentro del universo virtual, Wikipedia integra diversos aportes y define a la Enfermedad de la siguiente manera:

*“La **enfermedad** es un proceso y el estatus consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado ontológico de salud. El estado o proceso de enfermedad puede ser provocado por diversos factores, tanto intrínsecos como extrínsecos al organismo enfermo: estos factores se denominan noxas (del griego nósos: «enfermedad», «afección de la salud»).*

La salud y la enfermedad son parte integral de la vida, del proceso biológico y de las interacciones medioambientales y sociales. Generalmente, se entiende a la enfermedad como una entidad opuesta a la salud, cuyo efecto negativo es consecuencia de una alteración o desarmonización de un sistema a cualquier nivel (molecular, corporal, mental, emocional, espiritual, etc.) del estado fisiológico o morfológico considerados como normales, equilibrados o armónicos (cf. homeostasis).

Sobre el concepto de Síntoma

Sobre la definición de este concepto partiremos de lo que dice el diccionario de la Real Academia sobre síntoma; 1. *“fenómeno revelador de una enfermedad.* 2. ***Señal, indicio de que una cosa está sucediendo o va a suceder”***.

Deriva del latín *simptoma* y este a su vez del griego.

Roland Chemama, en su *Diccionario del Psicoanálisis*, sobre el Síntoma va a decir: *Fenómeno subjetivo que, para el psicoanálisis, constituye no el signo de una enfermedad sino la **expresión de un conflicto inconsciente**.*

Para S. Freud (1982), el síntoma toma un sentido radicalmente nuevo a partir del momento en el que se puede plantear que el síntoma de conversión histérico, que la mayoría consideraba una simulación, es de hecho una pantomima del deseo inconsciente, una expresión de lo reprimido.

Se considera que sobre la historia (bibliográfica y teórica) del síntoma y su definición es mucho lo que se puede decir, sin embargo lo citado se considera esclarecedor a los fines de tomar este concepto para entender los elementos claves de la drogadependencia; a razón que hubo, y hay, una vieja discusión en relación a la drogadicción, en dicha discusión se considera a la drogadicción como un síntoma por un lado y como una enfermedad por el otro.

Por último haría falta desarrollar el concepto de **Paradigma**, ya que el mismo es central a la hora de establecer algunas conclusiones sobre la drogadependencia.

*“**Paradigma** es un modelo o patrón en cualquier disciplina científica, religiosa u otro contexto epistemológico. El concepto fue originalmente específico de la gramática; en 1900 el diccionario Merriam-Webster definía su uso solamente en tal contexto, o en*

retórica para referirse a una parábola o a una fábula. En lingüística, Ferdinand de Saussure ha usado **paradigma** para referirse a una clase de elementos con similitudes. El término tiene también una concepción en el campo de la psicología refiriéndose a acepciones de ideas, pensamientos, creencias incorporadas generalmente durante nuestra primera etapa de vida que se aceptan como verdaderas o falsas sin ponerlas a prueba de un nuevo análisis.

[...] El filósofo y científico Thomas Kuhn dio a **paradigma** su significado contemporáneo cuando lo adoptó para referirse al conjunto de prácticas que definen una disciplina científica durante un período específico de tiempo. El mismo Kuhn prefería los términos **ejemplar** o **ciencia normal**, que tienen un significado filosófico más exacto.

[...] Probablemente el uso más común de **paradigma**, implique el concepto de “cosmovisión”. **Por ejemplo, en ciencias sociales, el término se usa para describir el conjunto de experiencias, creencias y valores que afectan la forma en que un individuo percibe la realidad y la forma en que responde a esa percepción. Debe tenerse en cuenta que el mundo también es comprendido por el paradigma, por ello es necesario que el significado de paradigma es la forma por la cual es entendido el mundo, el hombre y por supuesto las realidades cercanas al conocimiento**”.⁵⁴

Es sobre este último párrafo que ponemos el mayor énfasis, ya que como se planteó en la introducción el conjunto de ideas, creencias y valores con respecto a algún aspecto de la realidad va a determinar y definir las formas en que nos posicione ante dicho aspecto, y en última instancia la forma en que intervengamos sobre él.

⁵⁴ Extraído de Wikipedia. La enciclopedia virtual. [Http://es.wikipedia.org/wiki/paradigma](http://es.wikipedia.org/wiki/paradigma) (2011, 04 de junio).

Capítulo X

Objetivos

Partiendo de la consideración de que el consumo de sustancias puede ser visto profesionalmente de diversas maneras (o por lo menos de más de una manera); por ej.: como síntoma, como enfermedad, como rasgo, como estructura, etc., es que se pretende conocer las diversas concepciones que poseen sobre dicho consumo algunos de los profesionales que han trabajado con pacientes abusadores y adictos.

Se planteó como **objetivo general** el: conocer qué *paradigmas* sobre el diagnóstico, abordaje y tratamiento tienen los psicólogos que trabajan o han trabajado con la problemática drogadicativa.

Los **objetivos específicos** fueron:

- Realizar una aproximación a los diversos marcos teórico-clínicos de abordaje de las drogadependencias.
- Detectar similitudes y diferencias en las diversas maneras de abordar la problemática drogadicativa.
- Pensar Estrategias Preventivas a la luz de las conclusiones obtenidas en los objetivos anteriores.

Material y Métodos

La metodología es entendida y definida como un “camino para”, es el ordenamiento de ciertos pasos antes de emprender el recorrido necesario para alcanzar ciertos objetivos: los objetivos de la investigación. De no planificar, prevenir y reestablecer ciertas pautas podemos sumergirnos en una búsqueda a ciegas y

aunque poéticamente se acuerde en que a veces “se hace camino el andar”, en la manera investigativa y científica de concebir algunos aspectos de la realidad es conveniente sistematizar el andar, para poder, en última instancia, transitar el camino de la ciencia.

Nos podemos volver a encontrar aún, en un terreno fértil para viejas discusiones sobre la validez de un método por sobre otros, y toparnos de frente a la pregunta de cuál sería el método científico indiscutible, aceptado y validado para conocer el aspecto de la realidad sobre el que pretendemos conocer algo. Por lo antedicho es que se considera conveniente citar a Roberto Follari cuando plantea que *no existe “el” método científico, fetiche preferido de la mitología científica. El método depende del específico objeto, y por ello es variable en cada caso. Imposible practicar con el experimentalismo en Antropología, o para realizar el análisis clínico en Psicología o Medicina. Las ciencias no comparten un método – como machaconadamente insiste el positivismo– sino la rigurosidad metódica (respecto de la coherencia interna, la postulación de teorías públicamente expuestas, la contrastación empírica, etc.).*

El diseño de la Investigación

Se realizó un recorrido bibliográfico de los diferentes autores (predominantemente psicólogos y psiquiatras) que han trabajado en el diagnóstico y tratamiento de la drogadicción y se articuló (previo diseño de campo) con los resultados obtenidos de una muestra significativa de entrevistas a psicólogos de la provincia de Córdoba que trabajaron con la problemática drogadicativa.

En los estudios exploratorios, el énfasis mayor recae en el descubrimiento de ideas y aspectos profundos. Consecuentemente, el esquema de investigación debe ser lo suficientemente flexible

como para permitir la consideración de numerosos aspectos de un fenómeno.

Se utilizó la Metodología Cualitativa, ya que una de las características más importantes, entre otras: *“es que la fuente principal y directa de los datos son las situaciones naturales. Ningún fenómeno puede ser entendido fuera de sus referencias espacio-temporales y de su contexto. Otra característica de esta metodología es el muestreo intencional: la selección de la muestra no pretende representar a una población con el objeto de generalizar los resultados, sino que se propone ampliar un abanico y rango de los datos tanto como sea posible a fin de obtener la máxima información de las múltiples realidades que pueden ser descubiertas”* (Argilaga, 1995).

Este esquema de estudio permitió contemplar las facetas de la temática estudiada, alcanzar a indagar sobre cómo conceptualizan a la drogadependencia diversos profesionales psicólogos de la provincia que trabajan con pacientes con problemáticas derivadas del consumo de sustancias.

El trabajo de campo consistió en la toma de una entrevista semiestructurada a 10 psicólogos que han trabajado con pacientes abusadores o drogadependientes.

Se escogió la entrevista semiestructurada para realizar el trabajo de campo, dado que sus características se ajustaban mejor a los intereses de la investigación. Este tipo de entrevistas no siguen una secuencia de preguntas fijas, aunque sí se adecuan a un esquema o pauta general. También porque son un instrumento que permite acceder a contenidos internos de los entrevistados, capaz de obtener datos verbales, siendo más efectivas para obtener información sobre percepciones, representaciones, sentimientos, creencias y motivaciones de los sujetos entrevistados. Este tipo de instrumento, además, marca una diferencia sustancial con los métodos de observación, que se limitan a la descripción y comprensión de la conducta *tal como ocurre*. (Cook y Wrightsman, 1985).

Las entrevistas semiestructuradas permiten ser utilizadas en casi todos los sectores sociales, no siendo limitada su aplicación a ciertos grupos como en el caso del cuestionario. Además, las entrevistas permiten asegurarse de que las preguntas hayan sido bien interpretadas antes de que las respuestas de las mismas hayan sido recogidas. La flexibilidad, hace que la entrevista sea una técnica superior en la exploración de áreas difíciles de expresar a través de un cuestionario. “*La entrevista es la técnica más adecuada para revelar información para comprobar sentimientos, que puedan estar escondidos en una opinión expresada*” (Cook y Wrightsman, 1985, p. 407).

Las entrevistas realizadas para este trabajo fueron tomadas individualmente a cada sujeto que integró la muestra.

Análisis de la Entrevista Semiestructurada utilizada

Las preguntas se confeccionaron con la intención de poder arrojar luz sobre los aspectos relacionadas a los objetivos generales y específicos de la investigación: por un lado se indagó sobre cómo piensan y conceptualizan a la drogadependencia los profesionales psicólogos que trabajan o han trabajado con drogadictos, por otro lado, de manera directa y muy relacionada, cómo piensan al tratamiento y por último qué piensan sobre la rehabilitación o cura.

Se confeccionó una entrevista semiestructurada compuesta por 16 preguntas, las mismas pretendieron indagar aspectos de tres ejes fundamentales; Conceptualización de la drogadependencia, ideas sobre modalidad de abordaje de la misma y, por último, objetivos terapéuticos preestablecidos.

Capítulo XI

Preguntas sobre drogadependencia a profesionales psicólogos con experiencia clínica en el abordaje terapéutico de la misma

Para poder sistematizar de manera ordenada los temas sobre los que se articula esta investigación se agruparon las preguntas alrededor de tres tópicos: Diagnóstico, Abordaje y Tratamiento.

Conceptualizando la problemática

En base a su experiencia clínica en la problemática en cuestión:

1.- ¿Qué considera que es la Drogadependencia y cómo definiría a la misma?

2.- ¿Cómo podría introducir y relacionar los conceptos de Estructura, Rasgo, Síntoma y Enfermedad en la definición de la Drogadependencia?

3.- Habiendo despejado que uno se encuentra ante una problemática drogactiva: ¿Considera necesario un diagnóstico más detallado para poder realizar un tratamiento sobre la misma? ¿Por qué?

4.- ¿Cuál es su postura profesional ante la idea de un doble diagnóstico? (uno en torno a la relación con la sustancia y otro ligado a la estructura prepatológica)

5.- ¿Considera que existen diferencias significativas entre este cuadro y el de otras adicciones (al juego, al trabajo, a la comida, etc.)?

En relación al Abordaje

6.- ¿Harían falta diferentes modelos de tratamiento en función de un diagnóstico más exhaustivo?

7.- ¿Cuál considera que son los principales factores predisponentes a un cuadro drogadictivo?

8.- ¿Cuál considera que es la principal dificultad en el abordaje terapéutico de pacientes con esta problemática?

9.- ¿Cuál es su postura sobre la importancia de un trabajo interdisciplinario?

10.- En el diseño de una Estrategia Terapéutica: ¿Cuál o cuáles serían los objetivos terapéuticos a alcanzar? ¿En todos los casos serían los mismos?

11.- ¿Cuál es la importancia del grupo familiar dentro del tratamiento?

12.- ¿Cuál es su postura en relación al **Trabajo Grupal** como aspecto central del tratamiento de drogadependientes?

En Relación al Tratamiento y Objetivos Terapéuticos

13.- ¿Considera que es posible “superar” (por no hablar de cura o rehabilitación) esta problemática? ¿Por qué?

14.- ¿Cómo definiría a la Abstinencia? ¿Qué importancia ocupa en la rehabilitación (o cura)?

15.- ¿Cómo definiría a la Recaída?, ¿Qué papel juega la misma dentro de un tratamiento?

16.- ¿Cuáles considera que son los factores que pueden favorecer y propiciar una recaída?

Sobre la Muestra

Dos variables sobre las que se preguntó en las entrevistas fueron: años de recibido y años trabajados con la problemática, destacamos que se recopiló estos datos para poder dar una idea contextual de la muestra, pero los datos obtenidos a partir de esta información no fueron utilizados de manera directa para inferir y/o conocer los paradigmas sobre el diagnóstico, abordaje y tratamiento de la problemática drogadicativa. En un estudio posterior podrían incorporarse si se pretendieran otros objetivos a alcanzar, por ejemplo: Relación entre el tiempo de trabajo con drogadependientes y el paradigma de trabajo terapéutico del profesional o Expectativas de pronóstico favorable entre profesionales con muchos años de recibidos y profesionales con pocos años.

Sin embargo diremos que los profesionales de la muestra tenían entre 3 y 16 años de recibidos y llevaban desde 2 años hasta 14 años de trabajo con la problemática abordada.

Un dato sobre el cual no se realizaron mayores aclaraciones fue sobre el tipo de tratamiento que realizaban y la franja etaria que atienden⁵⁵. Si bien sabemos que son datos importantes consideramos que incorporar esta variable, aunque permita obtener más información, hubiese interferido en la obtención de información más general sobre estos paradigmas que se pretendía conocer. En este punto cabe realizar la misma aclaración que hicimos antes; incorporar, de manera directa, estos datos resultaría conveniente en posteriores investigaciones que tomara como antecedente este trabajo. Dichas investigaciones podrían partir de preguntas tales como: ¿Cuál es la relación entre la importancia

⁵⁵ En este punto habría que haber recabado información específica sobre el marco institucional que los determinaba, ya que también es una variable interviniente.

dada a la abstinencia en el tratamiento de adolescentes y la dada en el tratamiento de adultos? ¿Qué interpretación se le da a la recaída en un tratamiento ambulatorio en comparación con una ocurrida en un tratamiento realizado en una comunidad terapéutica cerrada?

Otros datos a destacar surgen de la modalidad de realización de las entrevistas; las mismas fueron realizadas en los ámbitos de trabajo de cada uno de los psicólogos entrevistados y fueron grabadas en formato digital, no se tomó ninguna nota escrita durante el desarrollo de las mismas⁵⁶. De los diez entrevistados solo uno pidió que no se grabara la entrevista, en ese caso sí se tomaron notas escritas durante la entrevista.

Desarrollo y análisis

Como se ha aclarado anteriormente, las preguntas que se realizaron a los profesionales se agruparon alrededor de tres aspectos, los mismos fueron: diagnóstico, abordaje y tratamiento. En todo momento se les aclaró a los entrevistados que la división era por una cuestión esquemática y de organización, y que era probable que al explayarse en alguna de las respuestas tocaran elementos de otras preguntas, y de hecho así ocurrió; gracias a esto se obtuvo un material sobre la problemática muy complejo y de una riqueza clínica muy significativa. La interrelación de los aspectos abordados es muy estrecha, sin embargo, a los fines investigativos, se pretende aislar algunos conceptos.

Las preguntas están ordenadas para ir de los aspectos más generales de la drogadependencia a los más específicos, buscando una definición de la misma en un comienzo para, posteriormente,

⁵⁶ Ya que cuando fueran transcritas al papel se obtendría toda la información dada por el entrevistado.

revisar los aspectos fundamentales del abordaje y el tratamiento.

Los conceptos que se consideraron de relevancia, para investigar e interrogar, decantaron del recorrido bibliográfico realizado sobre la clínica psicológica de la drogadependencia. Se tiene conciencia que en toda selección opera algún criterio, expectativa o ideología de quien selecciona y, de este modo, inevitablemente, se dejan de lado otros aspectos a contemplar, sin embargo se considera que es un riesgo muy difícil de sortear. Este trabajo pretende recopilar diferentes opiniones para conocer una tendencia sobre cuáles son los paradigmas de psicólogos de Córdoba sobre los aspectos nodales de la clínica de la drogadependencia.

Capítulo XII

Análisis de cada pregunta

En relación a la pregunta número **Uno**, y releendo las respuestas, se encontró lo siguiente:

La drogadependencia se define por la dependencia a una sustancia psicotóxica y por las dificultades múltiples que aparecen ante la no ingesta de la misma (abstinencia). La mayoría de los profesionales coincidió que en esta problemática influyen distintos factores ambientales y sociales y en que queda afectada la vida cotidiana de la persona que la padece.

En relación a la pregunta **Dos** cabe decir que cuando se pensó en la misma, se tomaron conceptos resonantes en el mundo de la clínica teórica de las adicciones; dentro de la cual han existido viejas discusiones sobre si la drogadicción es un rasgo o una estructura o sobre si es un síntoma o una enfermedad en sí misma.

Se encontraron repetidas dificultades para responder esta pregunta, en todas las ocasiones se tuvo que ampliar y reformular lo que pretendía conocerse a través de esta pregunta, no obstante solo muy pocos respondieron sobre los cuatro conceptos independientemente, la mayoría de los profesionales tomó solo algunos y relacionados entre sí. Sobre la lectura de las respuestas se encontraron las siguientes ideas: **La mayoría de los profesionales coincide en que la adicción o consumo sería un síntoma, en que la adicción no es propia de ninguna estructura en particular y en que la adicción se expresa con los modos y particularidades de esta base de personalidad. Reiteradas veces se remarcó**

que este síntoma, que sería el consumo, se asienta sobre esta estructura de base.

La pregunta **Tres** se formuló pensando que no existe un solo tratamiento para abordar la problemática en cuestión ya que, a pesar de la estructura de base (abordada en la pregunta cuatro) la relación de cada sujeto con la o las sustancias va a determinar las características de cada drogadependencia, por esta razón se quiso conocer la opinión de los profesionales sobre la necesidad de un diagnóstico más específico: **todos los psicólogos entrevistados opinaron que hace falta un diagnóstico más exhaustivo, además algunos remarcaron la importancia de un trabajo en equipo y también lo necesario y fundamental de un diagnóstico diferencial en los inicios de un abordaje.**

En la pregunta **Cuatro** se abre un panorama más complejo ya que en la misma se toma y retoma el concepto de doble diagnóstico. El mismo es mencionado por algunos autores (Puentes y Gutiérrez Segú por nombrar algunos) para poder pensar esquemáticamente el primer momento de valoración y descripción del sujeto sobre el que se podría llegar a realizar un abordaje terapéutico. Se tiene conciencia que no partimos en dos la problemática ni al sujeto portador de la misma, como así tampoco dividimos la etiología causante ni las intervenciones a realizar, digamos que, de alguna manera, solamente dividimos el marco teórico-clínico que utilizamos para explicar la problemática bio-psico-social que padece quien depende de sustancias psicotóxicas.

Al realizar esta pregunta ocurrió que la mayoría de los profesionales entrevistados preguntó sobre a qué se refería con esto del doble diagnóstico, ante una respuesta concisa sobre a qué se refería dicha pregunta intentaron responderla con entusiasmo y cierta curiosidad.

Hubo respuestas muy variadas: **El 50% de los profesionales**

manifestó estar de acuerdo con la conveniencia y necesidad de un doble diagnóstico, el 30% no acordó con el tener que realizar un diagnóstico en relación a la sustancia y otro sobre la estructura de base y prefirió hablar de un solo diagnóstico. Por otro lado un 20% de los entrevistados prefirió cuestionar la pregunta en sí, reformulándola y dando cuenta de que de alguna manera en los aspectos psicológicos de una problemática ligada al consumo siempre estaría presente lo dual o la comorbilidad.

Postura frente al doble diagnóstico

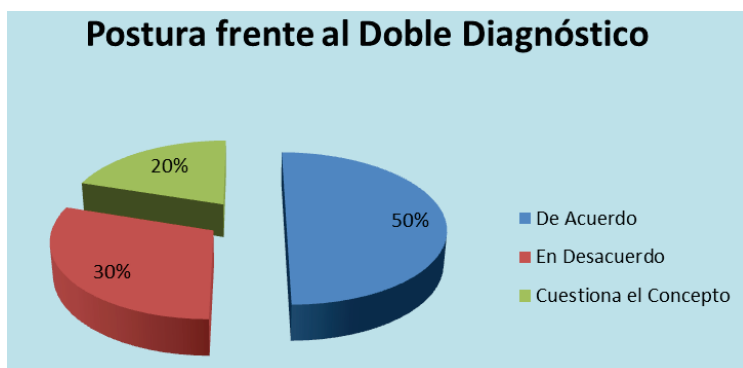


Gráfico 1

En relación a la pregunta **Cinco**; la misma se elaboró a los fines de poner en cuestionamiento la manera de referirse como algo general (adicciones) a la drogadicción (que sería la adicción a la droga solamente). Se sabe que existen diversas adicciones, que un ser humano puede tener una relación de dependencia perjudicial no solo con sustancias psicoactivas, sino también con sustancias que no afecten su SNC, con objetos, con personas, con actividades, etc. Por esta razón es que se pretendió conocer qué

es lo que pensaban estos profesionales, que han trabajado con drogadicciones, sobre si hay diferencias significativas, o no, con otras adicciones:

Solo un 10% de los entrevistados consideró que no hay diferencias con otras adicciones, otro 10% consideró que hay diferencias pero no son significativas, en cuanto al 80% restante consideró que sí hay diferencias significativas entre la drogadependencia y otras adicciones; algunas de las diferencias serían:

- *“Las principales diferencias tienen que ver con el tipo de sustancia, objeto o situación. Una persona adicta a drogas legales no presenta un cuadro igual a otra con adicción a drogas ilegales. La connotación social y la presión familiar va a ser diferente, lo mismo a la hora de aceptar un problema. [...] Las diferencias principales están en relación con el entorno y el modo o forma de abordaje, ya que suelen ser egodistónicas en primera instancia las de consumo ilegal, y las legales sólo ante grandes problemas familiares o laborales.”*
- *“La diferencia esencial en relación a las drogas es que hay una introducción directa en un sistema neurobiológico, tenemos una sustancia que es capaz de introducirse en el organismo.”*
- *“Me parece que sí, pero en referencia a la moral y a la cultura. Está bien visto que uno trabaje hasta morir si es posible, con tal que produzca...”*
- *“Hay otras adicciones que por ahí no afectan tanto la salud física como esta. Creo que eso es como más, no sé si urgente, pero sí importante destacar una agresión física muy plasmada y muy visual que no hay en otras adicciones.”*



Gráfico 2

En la pregunta número **Seis** se busca profundizar sobre lo abordado en las preguntas tres y cuatro partiendo de considerar que la consecuencia directa de diferentes (y exhaustivos) diagnósticos conllevarán a distintos tipos de tratamientos. Fuera del campo de la drogadependencia podría pensarse que una persona es adicta o no lo es, y necesita hacer un tratamiento para su adicción o no. Pero después de un recorrido bibliográfico sobre la clínica de las drogadependencias nos encontramos con que en varias instituciones se han estructurado diferentes modelos de tratamiento y no uno solo.

Solo un 10% contestó que no haría falta y que lo dejaría librado a lo que da cada encuentro con el paciente. El 90% restante acordó en que sí hacen falta diferentes modelos de tratamiento porque: *“el tratamiento tiene que ser en función del diagnóstico que presente cada persona”, “Hay diferencias en cuanto a la vulnerabilidad en la que se la pone, una persona que es adicta al trabajo no es vista de la misma forma que un adicto al paco...”*

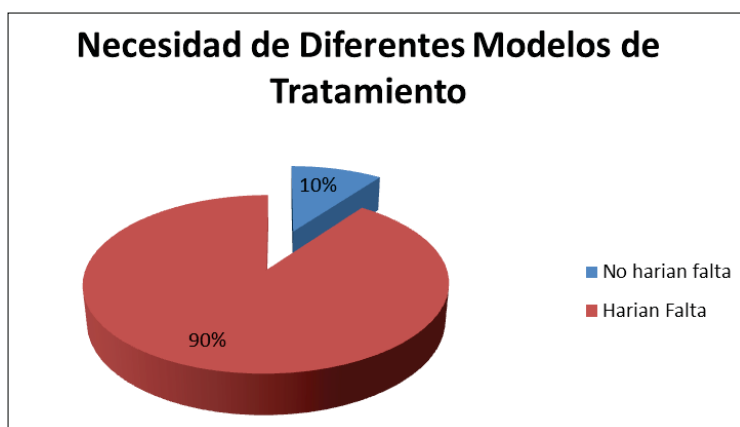


Gráfico 3

La pregunta número **Siete** pretendió ubicarnos en la etiología y origen de la drogadependencia; se coincide completamente en el hecho de que es sobredeterminada, sin embargo es una respuesta que tiene tanta verdad como comodidad, ya que se corre el riesgo de pensar que cualquiera podría ser drogadependiente o cualquiera podría no serlo, por este motivo se pretendió poder arrojar un poco más de luz sobre qué puede llevar a alguien a hacerse drogadependiente, más allá del consumo en sí mismo.

En relación a dichos factores se nombraron los siguientes: *“el entorno”, “vacíos en el sostén subjetivo primario”, “la dificultad en el control de los impulsos”, “familias muy ausentes o muy sobreprotectoras”, “la soledad, el no poder conformar un grupo”, “la indiscriminación de jerarquía de roles de autoridad...”, “una carencia de límites internos”, etc.*

Con la intención de profundizar y conocer los aspectos clínicos inherentes al tratamiento de estos pacientes se elaboró la pregunta número **Ocho**, con la misma se pretendió indagar sobre la (o las) dificultades que suelen surgir en el tratamiento de drogadependientes.

Algo muy repetido en las respuestas es la No Voluntad de realizar un tratamiento, ya que no se llega al mismo por demanda propia, sino por pedido (o imposición) de un tercero; esta dificultad inicial derivaría de la falta de problematización del consumo (o sea el consumo no representa un problema a resolver) y en consecuencia directa la ausencia de conciencia de enfermedad (ya que al no vivenciarlo como un problema, no se concibe como algo disfuncional, o sea una enfermedad).

- “Muchas veces nos toca trabajar con gente que no reconoce su situación, su problema... y vienen, no porque eligen venir a un tratamiento sino porque son mandados o enviados [...]”
- “En estos casos el paciente llega y dice: “a mí no me pasa nada, es mi papá y mi mamá”... inventa. Alguien que llega posicionado de esa manera ya es una dificultad inicial que hay que remontar”.

Otra dificultad que apareció es la dificultad que tienen estos pacientes tanto para escuchar como para sentirse escuchados, esas dificultades obturan y demoran muchas intervenciones, impidiendo un avance terapéutico gran parte de las veces.

Desde todos los ámbitos de salud se habla tanto de lo disciplinario como de lo Interdisciplinario, remarcándose que es fundamental un trabajo integral y en equipo en las diversas problemáticas bio-psico-sociales que puede presentar un ser humano. Por lo antedicho es que en la pregunta **Nueve** se buscó conocer el posicionamiento de cada uno de los entrevistados frente al trabajo interdisciplinario.

El 100% coincidió en que el abordaje interdisciplinario es importante, algunos lo definieron como fundamental, otros como necesario, otros como un imprescindible complemento. Se sostuvo que lo multicausal y multifactorial no puede, por definición, ser abordado desde una sola disciplina.

En la introducción se planteaba que la forma de concebir un fenómeno, un aspecto de la realidad, nos iba a demarcar un posicionamiento frente a ese fenómeno o aspecto, tanto sea para definirlo como así también para proponernos algún fin específico a la hora de realizar una intervención sobre aquel. Ya conocimos en la primera pregunta la conceptualización de la drogadependencia por parte de los entrevistados, ahora, lo que se busca con la pregunta número **Diez** es conocer cuál o cuáles son los objetivos terapéuticos a alcanzar en un tratamiento, como así también si se considera que en todos los casos serían los mismos.

Si bien la abstinencia (o cesación del consumo) estuvo presente en todas las respuestas, cabe decir que la misma fue articulada de diferentes maneras con respecto al papel que jugaría en la rehabilitación. Las posiciones tomadas fueron variadas, desde la abstinencia total y permanente, la abstinencia total pero solo durante el tratamiento, hasta el planteo de un “consumo medido” (durante y fuera del tratamiento) como objetivo en algunos casos. Se aclaró que siempre sería fundamental un trabajo con la problemática subyacente al consumo y que para eso un sujeto tiene que estar desintoxicado. Otro objetivo a alcanzar fue la elaboración de un proyecto de vida ya que estos pacientes generalmente no tienen uno.

Algunas de las respuestas que ilustran las mencionadas ideas fueron:

- *“No, no serían los mismos en todos los casos [...] el laburo en esto implica mucha creatividad en ese sentido, no hay ninguna fórmula y cada caso merece a veces una salida distinta. Si bien hay dispositivos y hay estructuras en cada caso es como que hay que replantearse cosas, y en algunos casos es como que uno no puede plantearse la abstinencia total”.*
- *“Yo adhiero a trabajar para el logro de la abstinencia [...] para luego elaborar todos aquellos mecanismos internos,*

vinculares, históricos que hagan que una persona se pueda ir fortaleciendo. [...] para mantener esa abstinencia hay que trabajar el estilo de vida que el paciente tiene, los contextos, la toma de decisiones, los modelos aprendidos, todo lo que hace a su estilo de vida. Por supuesto la abstinencia no es el fin en sí mismo sino a una persona a los quince días le decimos, listo, ya está, y no es eso. El tiempo en que se debe tratar la abstinencia debe ser breve, un mes, dos meses, para después trabajar con sí mismo para ver las cosas que lo predisponen a consumir droga”.

- *“No es lo mismo en todos los casos porque hay pacientes con los que no voy a buscar la abstinencia y el control cero consumo y en otros, sí voy a buscar la abstinencia. [...] El objetivo será que él pueda encontrar grupos menos tóxicos para relacionarse. No, va a cambiar el diseño de estrategia, va a ir variando según el tipo de consumo, según el tipo de sustancia, según la antigüedad con la sustancia, según los soportes sociales, familiares, ambientales para este consumo, para la abstinencia, el proyecto de vida que tenga. Por lo general, si un objetivo en común con esta gente es plantearse un objetivo de vida, un proyecto de vida, en general está perdido. El que tiene un proyecto de vida y está en marcha con su proyecto es muy difícil que se dedique a consumir, sí, es muy difícil”.*
- *“Lo importante es el desarrollo de herramientas, de elección, de desarrollo de herramientas para la vida. De que tengan la capacidad de poder elegir, conscientemente; aun así elijan fumar un porro, elegirlo de una manera consciente... que creo que entran sin esa capacidad, sin esas herramientas... desarrolladas, porque las herramientas están, sino después no se pueden desarrollar”.*
- *“En todos los casos no serían los mismos. [...] hay que ver siempre cuál es la base de la persona. Vuelvo a esto; una persona que abusa no es lo mismo que una persona dependiendo, en un abuso puede tener otros objetivos terapéuticos a alcanzar que en una de dependencia, en una puede haber un ob-*

jetivo que sea la abstinencia y en el otro no, hay que ver en este punto si la persona recurre, pero no necesariamente tiene que ser una abstinencia total o prolongada [...] cada persona tiene su propia estrategia me parece, cada tratamiento tiene su propia estrategia”.

Si entre lo multifactorial de la problemática está presente la familia, en la pregunta **Once** se pretende indagar sobre cuál es la importancia de dicha familia dentro del tratamiento.

Solo el 10% de los entrevistados relativizó la importancia del grupo familiar dentro del tratamiento, aunque dicha relativización no concluyera en decir que nunca es importante.

El 90% restante lo consideró fundamental, necesario y clave dentro del tratamiento:

- *“Para mí es clave el incluir al grupo familiar, esté como esté el grupo familiar. [...] a veces me he encontrado con pacientes con experiencias terapéuticas en las que no han incluido nada del grupo familiar y no hay resultados”.*
- *“El diagnóstico tiene que ver con cuestiones familiares, de des-apegos, de vacíos, de falta de esa matriz vincular que todo ser humano necesita para subjetivarse digamos, y medianamente algo se tiene que poder hacer con la familia”.*
- *“El paciente puede modificar actitudes, pero si vuelve al grupo familiar que está constituido de una manera particular, que tiene como cierta dinámica, va a ser como muy difícil que se logren algunas cosas, entonces es importante trabajar con el paciente y trabajar con el grupo familiar para que entre todos se puedan modificar ciertas dinámicas de funcionamiento que son problemáticas o disfuncionales”.*

En gran parte de la bibliografía formal como así también de la informal está presente el trabajo grupal como un eje muy importante en el tratamiento con pacientes que abusan o dependen de sustancias, en las instituciones en que trabajan o han trabajado la mayoría de los entrevistados se realizaban abordajes

grupales. En la pregunta **Doce** se busca saber, de manera directa, si se considera central el trabajo grupal y, de manera indirecta, se busca conocer las ideas y argumentos clínicos con respecto a la conveniencia del trabajo grupal (sea central o sea un elemento más del tratamiento).

Las consideraciones realizadas ubicaron al trabajo grupal como muy importante y necesario en el tratamiento con drogadependientes; no fue considerado central debido a que le quitaría protagonismo a otros momentos y dispositivos del tratamiento, principalmente a la terapia individual que es considerada como la que permite trabajar la trama subjetiva subyacente al hábito tóxico.

Las siguientes son fundamentaciones y aclaraciones de los entrevistados sobre la utilidad y conveniencia del trabajo grupal:

- *“Es súper importante, en eso también sirve el psicodiagnóstico de ver si una persona puede seguir un tratamiento individual y no grupal. [...] lo básico que yo concuerdo, es que la persona tiene un espacio para expresarse, en el cual no se siente dañado, se siente que puede expresarse [...] yo soy de la idea de que el grupo no tiene que ser de autoayuda, es más tiene que haber un coordinador o dos coordinadores, los cuales estén formados, o sea ser profesionales, y los cuales puedan ver, identificar y discriminar cuáles son los aspectos de la personalidad de algunos miembros del grupo que puedan ser contraproducentes. [...] Pero para eso tiene que haber un coordinador, que identifique esas cosas y que sepa de psicopatología y ahí contrastar. Por eso yo creo que el grupo de autoayuda tiene un cierto límite, toca el techo demasiado rápido, por decirlo así”.*
- *“Que lo grupal sea lo central o no sea lo central va a depender mucho del paciente, no de la patología. Hay gente que trabaja muy bien en grupo y que el grupo es lo que necesita y hay otros que no pueden estar en grupo porque no funcionan socialmente. [...] sí creo que en las adicciones hay trabajos grupales*

que generan la posibilidad de volver a instalar empatía que por ahí está muy rota, es la posibilidad de ponerse en el lugar del otro”.

- *Es una herramienta muy buena. [...] es una herramienta esencial, le provee al adicto la necesaria confrontación con sí mismo, en el espejo que ve un par. Para poder ir trabajando, reduciendo la negación, lo identificatorio, es decir, pensar, esta sensación de que junto con otro puedo más. Estar con otros en pro de un objetivo común es un recurso, para mí, terapéutico absolutamente positivo. Le veo pocas contraindicaciones. Si bien hay experiencias grupales que fallan como todo, entiendo que para el trabajo de las adicciones es básico”.*
- *“Yo creo que el abordaje grupal sirve en empezar a trabajar el síntoma, vos empezás a trabajar grupalmente los síntomas y sirve mucho lo grupal para trabajar en espejo, para que haya un ida y vuelta, es muy rico el trabajo grupal en ese sentido. Pero después para profundizar a veces es necesario ir a lo individual, yo creo que no es o grupal o individual sino ver en qué momento y para qué”.*

Lo que pretende estudiar la pregunta **Trece** es lo más polémico de la problemática ya que circulan muchas versiones con respecto a las verdaderas posibilidades de rehabilitación de un drogadicto; se dice que la drogadicción no se “cura”, que es un “camino de ida” solamente y demás. Sin embargo el punto a preguntar es si consideran que se puede trascender esta problemática, trascender por decirlo de un modo general. A la hora de realizar esta pregunta se eligió la palabra superar, se encomilló la misma y se aclaró que fue encomillada con el fin de que cada entrevistado diga lo que quiera con respecto a qué sería superarla, la idea fue despertar distintas asociaciones y pensamientos con lo que eso pudiera significar, sea cura, sea rehabilitación o cualquier otra palabra.

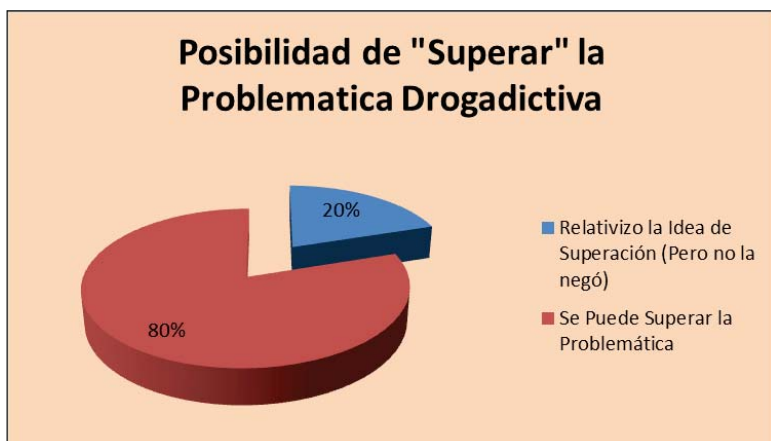


Gráfico 4

En las entrevistas solo un 20% relativizó la idea en cuestión y se planteó que ya sería algo importante que un tratamiento dispere alguna pregunta interna en quien lo realiza, más allá de que avance o no. Sin embargo la respuesta tampoco fue que no se podría superar la problemática drogadictiva.

El 80% restante respondió que sí se puede superar y ubicó esta superación mucho más allá del logro (o no) de la abstinencia sostenida, se planteó de diferentes modos que lo central es trabajar con lo que haya detrás del consumo en sí, de lo fundamental de abordar la trama subjetiva existencial obturada y resuelta, aunque patológicamente, por el consumo compulsivo.

Esta idea estaría plasmada en los siguientes recortes de respuestas:

- *“Yo creo que en la medida que uno atraviesa la problemática, cuando uno se queda con: ‘bueno, ya dejé de tomar, dejé de consumir y hace un año que no consumo’, se queda en eso nada más, uno quizás cree que superó o se rehabilitó y después nos encontramos con los problemas de vuelta. Yo creo que si uno puede ir hasta lo profundo y encontrar desde dónde vienen algunas cosas, desde dónde se generaron y demás, se pue-*

de. Quizás la mayor aspiración es que la persona cambie su posición ante el mundo, se subjetive de otra manera. [...] Yo creo que la problemática siempre deja una huella y que no se supera en la medida en que uno se queda en la problemática, es medio contradictorio lo que digo, ¿no sé si se entiende?”

- *“Yo creo que sí, se puede superar, hay tendencias a las recaídas pero sí se puede”.*
- *“Sí, me parece que sí, digo se puede, me parece que si hay intención e interés de parte de la persona y de la familia se puede. [...] me parece que una persona se puede rehabilitar del consumo y si, también lo que creo es se va a tener que cuidar mucho, va a tener que desarrollar esa herramienta de autocuidado el resto de su vida, porque parece que en eso siempre va a haber un riesgo relacionado al tema del consumo, como la posibilidad de volver a caer en actitudes que de alguna manera le llevaron al consumo”.*
- *“Yo creo que la problemática de las adicciones, en realidad, se supera cuando en realidad la persona puede empezar a tener otros problemas que hagan figura, una vez que la persona está en abstinencia empieza a surgir otra problemática, es mucho más profunda y ahí ya hay una cuestión que la persona ya puede, entre comillas, superar, no sé si hablar de cura o de rehabilitación, me parece que de acuerdo a con qué postura se pare el terapeuta ante esto”.*
- *“A nivel individual yo creo que hay familias, que hay personas que sí lo pueden superar. [...] Si puede pensarse que es como una quebradura que cuando hay lluvia duele. Cuando hay un quilombo pueden pensar en el consumo y sí, el consumo se busca como una solución a un problema entonces termina cayendo en la adicción porque la adicción termina siendo la solución a un problema”.*

Es importante remarcar que la idea de tendencia a la recaída estuvo muy presente, aun en los tratamientos con mejores pronósticos.

La pregunta **Catorce** apuntó a dar con una definición de la abstinencia pero, fundamentalmente, a saber qué piensan los entrevistados sobre la importancia de la misma dentro de un tratamiento.

El 100% definió a la abstinencia como el no consumo, como la capacidad de no consumir, como el periodo de tiempo en el cual la persona insiste en el no consumo.

Solo un 30% consideró que tiene mucha importancia en el tratamiento. El 70% restante la consideró importante, pero no fundamental para mostrar que un tratamiento surtió efecto, la abstinencia sería necesaria en algún momento del tratamiento, pero la abstinencia permanente no es planteada como condición *sine qua non* para considerar a alguien rehabilitado.



Gráfico 5

Algunas respuestas fueron:

- “No me parece que la abstinencia sea el objetivo último, ni universal, en algunos casos la abstinencia no se va a lograr, lo que no quiere decir que no haya logros y que no haya un tratamiento”.
- “La abstinencia es el periodo de tiempo en el cual la persona insiste en el no consumo [...] ¿Qué importancia ocupa? Para

mí es como... si lo trae la persona, primero, a la motivación o al objetivo de dejar de consumir... si lo trae la persona, no es un objetivo que me imponga yo... en la rehabilitación el lugar que ocupe sería el que traiga la persona”.

Con la pregunta **Quince** se busca saber sobre la recaída y, también, cuál era el lugar que la misma ocupaba en el tratamiento.

La recaída fue definida como el recurrir nuevamente a la sustancia problemática después de haber estado un tiempo significativo en abstinencia.

La mayoría la caracterizó como esperable, necesaria y hasta provechosa dentro de un tratamiento, ya que pone de manifiesto una gran cantidad de elementos subjetivos que solo se pueden comenzar a expresar y trabajar a partir de este “traspíe”.

Sobre la recaída se dieron varias respuestas, estas fueron algunas:

- *“La recaída es algo que aparece. Dentro del tratamiento hay que esperarla y uno trabaja en el tratamiento con esquemas de prevención de recaída o sea que son esquemas de autoconocimiento, que una persona puede ir conociendo como él empieza a subir esta escalera hasta que llega a una reincidencia, que aprende a detectar signos, señales, síntomas que lo puedan hacer anticiparse en la mayor medida porque la compulsión y la rapidez, la inmediatez y la impulsividad de la adicción hace que no haya desarrollado estas capacidades, estas funciones anticipatorias. [...] La recaída existe, va a aparecer, me parece que esto es lo más esperable que ocurra. Se debe tener una actitud muy contemplativa cuando una persona recae, comprensiva me refiero, poder comprender que es parte de un proceso, que eso no significa que todo se tiró al tacho de basura y no sirve para nada su esfuerzo, que no está asociado a un concepto de fracaso total. [...] Es una oportunidad enorme de poder revisar aquello que hasta ahora no he podido, a lo mejor, revisar. El momento de recaída es el momento más florido*

en el proceso terapéutico del tratamiento”.

- *“La recaída juega un papel muy importante en el tratamiento. Es una parte esperable y puede pasar en cualquier momento del tratamiento”.*
- *“Mientras se la pueda abordar terapéuticamente a veces hasta sirve [...] siempre que se pueda trabajar terapéuticamente, ayuda para ver dónde estamos parados para que el otro realmente pueda decir: ‘¿y esto qué es?’. Introduce material a lo terapéutico, creo que esa es la importancia o el papel que puede jugar dentro de un tratamiento”.*

Para finalizar, con la pregunta **Dieciséis** se buscó indagar sobre los factores que podrían favorecer una recaída, y de esta manera redondear elementos y conceptos presentes en las preguntas uno, siete y quince, integrando los distintos factores internos y externos que hacen que un individuo introduzca y continúe introduciendo una sustancia tóxica en su organismo.

En las respuestas algunos profesionales plantearon que el entorno y otros factores de riesgo externos podrían estar presentes en la generación de una recaída. Sin embargo se desarrolló con más profundidad la idea de que los factores estarían más ligados a la propia historia de consumo del sujeto, a encontrarse con las mismas dificultades que estuvieron presentes cuando comenzó a consumir; existe la posibilidad de recaída cuando ocurren eventos estresantes de la vida cotidiana (amorosos, económicos, pérdidas, etc.) y la tolerancia a la frustración y espera siguen siendo baja. Es en las situaciones mencionadas que es esperable que la persona apele a su forma anterior de resolver el malestar interno y vuelva a consumir.

Otro factor enunciado fue la falta de contacto consigo mismo, el hecho de no poder ver qué le ocurre internamente lo torna proclive a la actuación directa de viejos impulsos.

Algunas respuestas que dieron cuenta de estas ideas fueron:

- *“Los mismos factores que propician el inicio del consumo, es decir, que la persona se encuentre con las mismas dificultades, con los mismos problemas. Que la persona se encuentre otra vez sola. Si buscó solución consumiendo que lo vuelva a tener”.*
- *“A la recaída se llega por una cadena de decisiones. A la recaída no se llega de repente. [...] Hay una secuencia previa que comienza mucho tiempo atrás. Hay muchas decisiones internas que el sujeto fue tomando como para llegar a comprar droga el sábado y evaluar esa cadena de decisiones es lo más rico y lo más interesante. Y en esa cadena de decisiones operaron seguramente factores internos como pensar que ya lo controlé, lo superé, puedo volver a lo de antes, ya todo fue. [...] Los factores externos también influyen [...] Cuando hay factores estresantes, problemas amorosos, afectivos, cualquier evento de la vida cotidiana o una sumatoria de eventos cotidianos que frustran, son factores que inciden en la recaída”.*
- *“Generalmente hay situaciones que vuelve a esto de lo mismo, la postura mía ante el mundo, si mi postura es que la cosa tiene que ser como yo quiero y nada más, me voy a encontrar con frustraciones, si me frustró me pongo mal, me pongo ansioso, a veces esa ansiedad me lleva a consumir. Mientras yo no pueda modificar esa mirada, o poder manejarme de otra manera, voy a estar muy expuesto todo el tiempo, voy a estar como muy vulnerable a una recaída siempre”.*
- *“El no registrarse creo, el no contactarse con lo que le pasa, que vienen acostumbrados a pasar de largo sin ver que están agitados, sin ver que algo los moviliza, creo que ese es un factor que va directo a la recaída”.*
- *“Que la persona tenga algunas instancias que no pudo procesarlas, que volvieron a funcionar los mecanismos que funcionaban antes con el consumo, o negación, o evasión, o no poder hablar, no poder contar los agites, etc.”*

Capítulo XIII

Discusión

Se buscó conocer las ideas y concepción de psicólogos sobre los aspectos centrales del diagnóstico, abordaje y tratamiento de la problemática drogadicción, se abrió la puerta al conocimiento de un universo poblado de complejas y variadas ideas sobre la problemática en cuestión.

Se realizó un acercamiento gradual, comenzando por los aspectos generales (qué es la drogadependencia en sí misma) y finalizando se indagó sobre aspectos más específicos del tratamiento (por ejemplo papel de la abstinencia y la recaída en el tratamiento).

Sentados frente al material obtenido, tanto el bibliográfico como las respuestas de las entrevistas, cabe destacar los aspectos más relevantes de este estudio.

¿Con qué definición nos encontramos cuando hablamos de drogadependencia?

No se puede pensar la drogadependencia fuera del contexto donde se encuentre, según E. Kalina “la drogadicción debe ser estudiada dentro de un marco psico-social”, no podemos pensar la drogadependencia como terreno exclusivo de ninguna disciplina en particular, por eso prefiere decir que las drogas son psico-neuro-bio-socio-tóxicas.

Sobre esto Mario Puentes la piensa como un fenómeno policausal remarcando que dicha policausalidad es consecuencia de la acción permanente y dinámica de un conjunto de condiciones y que, a quien consume drogas va produciéndosele una progresiva pérdida de su grado de libertad y de su responsabilidad quedando

el sujeto dañado emocionalmente y en diversos aspectos de su personalidad.

Lo mencionado por los autores citados en el marco teórico coincide con las respuestas dadas por los entrevistados⁵⁷.

Resultó complejo y dificultoso diferenciar e integrar los conceptos de estructura, rasgo, síntoma y enfermedad, pero destacamos que los mismos sí han estado presentes en todo momento, tanto en las referencias bibliográficas como en las respuestas de las entrevistas.

Puentes remarca que tomar al consumo como un mero síntoma es uno de los errores conceptuales que llevó a grandes errores en la práctica e intentando definir a la drogadependencia llega a hablar de “Etioma” que por definición sería síntoma y estructura al mismo tiempo, causa y consecuencia a la vez. Gutiérrez Segú cuando habla de estructuras plantea que la adicción es un efecto particular de las mismas y se articula con determinadas condiciones y características de ellas, pudiéndose encontrar problemáticas drogadictivas en cualquier estructura psicológica. Sobre este punto Kalina plantea lo mismo: “Cualquier psicopatología puede acompañar una adicción” y agrega que, desde un enfoque dinámico, los adictos son siempre pacientes duales.

En las ideas vertidas por los autores y los entrevistados en todo momento se afirmó que el consumo funcionaría como un síntoma⁵⁸ pero siempre siguió a esta idea la aclaración de que en la mayoría de los casos, aunque es un síntoma no es solamente eso y que tampoco puede ser tratado y desgajado del contexto en

⁵⁷ “La drogadependencia se define por la dependencia a una sustancia psicotóxica y por las dificultades múltiples que aparecen ante la no ingesta de la misma (abstinencia). La mayoría de los profesionales coincidió que en esta problemática influyen distintos factores ambientales y sociales y que queda afectada la vida cotidiana de la persona que la padece”.

⁵⁸ Según la Real Academia Española: 1.fenómeno revelador de una enfermedad. 2. Señal, indicio de que una cosa está sucediendo o va a suceder”.

el que aparece y se sostiene y que muchas características de dicho síntoma tienen que ver con esta estructura de la cual se desprende.

Con respecto al concepto de enfermedad cabe decir sobre el mismo que se lo usó mucho menos que al concepto de síntoma y de manera más inespecífica; lo mismo con el concepto de rasgo, al cual muchas veces se lo usó como sinónimo de características.

Adentrándonos en la idea de diagnóstico de esta problemática, nos encontramos con ideas y posturas más sólidas y homogéneas; los autores citados afirman que es clave un buen diagnóstico en estos pacientes⁵⁹. A su vez todos los psicólogos entrevistados opinaron que hace falta un diagnóstico detallado y exhaustivo.

En continuación con la importancia del diagnóstico se abrió la idea, desde la lectura de la teoría, del doble diagnóstico remarcándose que quien es nombrado como adicto siempre emerge de un complejo fenómeno multifactorial. Los autores hablan de un primer diagnóstico en torno a la relación del consumidor con la/las sustancia/s problema/s y un segundo diagnóstico que distinga la personalidad o estructura de base.

En este punto cabe hacer una sola pero muy importante aclaración: la división (o duplicación) del diagnóstico es esquemática y solo a los fines descriptivos, no se va a pensar que el sujeto tiene dos “enfermedades” diferentes y muchos menos es que se abordará solamente una de las mismas en terapia y desestimaré la otra; quien consulta es un ser humano, la división en bio-psico-social o el doble diagnóstico son solo esquemas teóricos creados con el fin de explicar la o las problemáticas de un ser humano sufriente.

⁵⁹ Mario Puentes dice: “A cada diagnóstico le corresponde un tratamiento. Es clave tener un claro diagnóstico para sugerir un tratamiento. No importa cuánto esfuerzo y tiempo implique lograrlo. Hay que arribar a clarificar todas las variables y recursos posibles, para un diagnóstico profundo.

El acuerdo percibido en los autores sobre el doble diagnóstico no se encontró en los entrevistados; la mitad de los profesionales manifestó estar de acuerdo con la conveniencia y necesidad de un doble diagnóstico, un 30% no acordó con el tener que realizar un diagnóstico en relación a la sustancia y otro sobre la estructura de base y prefirió hablar de un solo diagnóstico. Por otro lado un 20% de los entrevistados prefirió cuestionar la pregunta en sí, reformulándola y dando cuenta de que alguna manera en los aspectos psicológicos de una problemática ligada al consumo siempre estaría presente lo dual o la comorbilidad.

Una cuestión semántica dio origen a lo interrogado sobre las diferencias con otras adicciones ya que en diversos ámbitos, incluidos ámbitos profesionales, se habla de adicciones cuando en realidad se alude solo a las drogadicciones, y se pasa por alto la existencia de diferencias, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, con otros cuadros de adicciones. En este punto encontramos poco material específico sobre el diagnóstico y tratamiento de adicciones no relacionadas a sustancias psicotóxicas.

En cuanto a los entrevistados, el 80% consideró que hay diferencias significativas con otras adicciones, remarcando en su mayoría que algo muy propio de la droga-adicción es el notable impacto y deterioro físico.

Otro punto complejo abordado fue el de la necesidad de distintos modelos de abordaje de la problemática de acuerdo a la exhaustividad del diagnóstico (o doble diagnóstico) previo. No hubo polémica ni diferentes argumentos, inclusive en las justificaciones a la misma opinión; solo un 10% de los entrevistados opinó que no harían falta diferentes modelos de abordaje. El 90% restante opinó que sí, a su vez, los autores citados plantearon lo mismo y dieron algunas características de los diversos tratamientos existentes.

Con fines explicativos, que permitieran en un futuro, elaborar estrategias en prevención, se buscó conocer sobre los factores que podrían derivar en una drogadependencia; más allá de lo multifactorial entendemos que el hecho de que haya diferentes factores no quiere decir que algunos de los mismos no sean de mayor relevancia que otros, inclusive es posible, y conveniente a modo hipotético, que algunos de los mismos podrían estar siempre presentes⁶⁰.

No hubo opiniones contundentes sobre este punto, inclusive fue poco lo que se llegó a decir de lo pre-adictivo, sin embargo este punto sirvió para obtener más características de lo adictivo, del ya devenido adicto.

Cuando pretendimos caracterizar los tratamientos, y conocer qué era lo que con más frecuencia aparecía como dificultad propia de los mismos, nos volvimos a encontrar con una tendencia homogénea en las ideas existentes, tanto con las de los autores como con las de los entrevistados: algo muy repetido en las respuestas es la No Voluntad de realizar un tratamiento, ya que no se llega al mismo por demanda propia sino por pedido (o imposición) de un tercero; esta dificultad inicial derivaría de la falta de problematización del consumo.

En relación a esta falta de demanda, Mario Puentes señala: *“Se dice que la demanda de tratamiento de un adicto es la demanda de otro. Si el admisor escucha con atención por qué alguien quiere dejar de drogarse se sorprenderá de que en la mayoría de los casos, el adicto no viene porque a él le hace mal la droga o “no le cabe más”, sino porque su acto de drogarse hace sufrir a otro (la pareja, los padres, etc.) a quien tiene miedo de perder y objetivar su soledad”.*

Eduardo Kalina remarca que el adicto no busca ayuda, son

⁶⁰ Eduardo Kalina habla de la Constelación Preadictiva cuando nombra los factores que determinan la drogadicción. Ver en el marco teórico de este trabajo, página 85.

los demás quienes piden un tratamiento por él y para él, a su vez nombra otras dificultades: *“Por la fragilidad del Yo del adicto, este es incapaz de tolerar las frustraciones, la ansiedad, la agresividad, y le resulta muy difícil poder esperar. Esta vulnerabilidad que se refleja en muchas actitudes que lo caracterizan, lo convierten en un impaciente [...] Por estas características, difícilmente nos encontremos con un paciente en el sentido habitual de una persona que recurra a un profesional de la salud para pedir ayuda [...]*

[...] El paciente quiere curarse sin cambiar de vida y sin tener que hacerse cargo de las consecuencias, es decir sin aceptar limitaciones que lo remitan nuevamente a esas insostenibles vivencias de vacío.

En el momento que abordamos la importancia de lo interdisciplinario nos encontramos con posturas claras, consistentes e iguales: todos los entrevistados coincidieron en que en el trabajo con drogadependientes la interdisciplina es importante y hasta fundamental⁶¹.

Surge la curiosidad de saber cómo se pone en práctica esta interdisciplina. Pero esta pregunta escapa a los objetivos propuestos en este trabajo.

Si planteamos que hay distintos diagnósticos y por consecuencia (y acuerdo de la mayoría) distintos tratamientos, se indagó sobre el o los objetivos que pretenden alcanzar dichos tratamientos. Sobre esto Gutiérrez Segú dice que *“el abordaje es una propuesta que tiene como objetivo general producir una reflexión acerca de las causas subjetivas que inciden en el desarrollo de la fenomenología adictiva como un sistema destinado a cancelar el dolor de existir. Posteriormente agrega que “el inicio de un tratamiento de adicciones implica necesariamente el establecimiento de una situación*

⁶¹ Algunos definieron al trabajo interdisciplinario como fundamental, otros como necesario y otros como un imprescindible complemento. Se sostuvo que lo multicausal y multifactorial no puede, por definición, ser abordado desde una sola disciplina.

*de abstinencia*⁶², que por una parte hace que el sujeto comience a poder utilizar su cabeza en el pensar acerca de esa “realidad” de la que ha estado huyendo a través del consumo de la o las sustancias”.

Sobre la abstinencia Eduardo Kalina plantea la misma postura diciendo que la única manera de tratar a un adicto es en abstinencia⁶³.

Con respecto a la abstinencia los entrevistados mantuvieron posturas distintas con respecto al nivel de importancia de la misma, si bien la abstinencia estuvo presente en todas las respuestas, no todos la consideraron fundamental ni un objetivo imprescindible, en este punto hubo algunas diferencias con los autores mencionados. Sin embargo hubo coincidencia en que es fundamental el trabajo con la problemática subyacente al consumo.

Los resultados obtenidos de la pregunta sobre la importancia del grupo familiar fueron prácticamente homogéneos, el 90% consideró al grupo familiar como fundamental, necesario y clave dentro del tratamiento. En esta idea no se encontraron diferencias con los autores citados.

La grupalidad y los abordajes grupales han estado y están presentes con mucha presencia en los tratamientos de drogadependientes, si bien no todos los entrevistados, ni los autores, consideran el abordaje grupal como central, sí consideran al mismo como clave en algunos momentos del tratamiento y fundamental para algunos objetivos en particular. De la misma manera se considera a la psicoterapia individual; pareciera ser que un buen tratamiento devendría, entre otros factores, de la acertada combinación y articulación del abordaje grupal y el individual.

⁶² El subrayado es mío por considerar clave esta idea.

⁶³ Ver en marco teórico el apartado de Internación de pacientes adictos, pagina 84.

En relación a los grupos, Mario Puentes, cuando habla del problema social del drogadependiente dice: *“El adicto que quiere recuperarse, socialmente hablando, tiene que realizar la triple y difícil tarea de:*

1.- abandonar el espacio social de consumidores que siempre lo albergó;

2.- enfrentarse a la angustia que le genera la soledad;

3.- construir una identidad en un espacio social que él vivió criticando.

Tomando en cuenta esta variable es como se explica la gran importancia que tienen “los grupos” en cualquier tratamiento de drogadependencia. A mi juicio son indispensables pues aportan un espacio alternativo transitorio de socialización”⁶⁴.

En este punto de la discusión llegamos a lo más polémico de la problemática drogadiciva que es el interrogante sobre si se puede salir del consumo (problemático) de sustancias⁶⁵.

Sobre esto nos encontramos con que la mayoría de los entrevistados considera que se puede superar (la problemática drogadiciva) y ubicó esta superación mucho más allá del logro (o no) de la abstinencia sostenida, los psicólogos entrevistados plantearon de diferentes modos que lo central es trabajar con lo que haya detrás del consumo en sí, de lo fundamental de abordar la trama subjetiva existencial obturada y resuelta, aunque ilusoria y patológicamente, por el consumo compulsivo.

Sobre este punto, las ideas encontradas en la bibliografía citada, dan cuenta de algo fundamental y es de que quien sale “no sale igual”, ¿a qué nos referimos con esto?: principalmente,

⁶⁴ El subrayado es mío.

⁶⁵ Remarcamos que en distintos momentos de este trabajo se aclaró que no delimitaríamos los distintos verbos y conceptos ligados a esta idea; curar, rehabilitar, superar, etc.

por un lado, a la modificación y revisión permanente, por parte del exconsumidor de varias pautas de vida⁶⁶, y por otro lado al conocimiento (y autoconocimiento) de cuáles han sido los factores subjetivos que estuvieron presentes en su historia con el uso de drogas y que, de no tomar recaudos, podrían disparar nuevos episodios de consumo de sustancias.

Adentrándonos en aspectos más específicos del tratamiento se indagó sobre el papel de la abstinencia en el tratamiento, aunque sobre la misma se dijo bastante cuando en una pregunta anterior se indagó sobre los objetivos del tratamiento, sin embargo se agregaron más opiniones e información sobre la abstinencia: todos los entrevistados llegaron a la siguiente definición, la abstinencia es el no consumo, la capacidad de no consumir, el periodo de tiempo en el cual la persona insiste en el no consumo.

Solo un 30% consideró que tiene mucha importancia en el tratamiento. El resto la consideró importante pero no fundamental para mostrar que un tratamiento surtió efecto, la abstinencia sería necesaria en algún momento del tratamiento, pero la abstinencia permanente no es planteada como condición *sine qua non* para considerar a alguien rehabilitado.

Finalizando cada entrevista se preguntó sobre la recaída, gran parte de los entrevistados la caracterizó como esperable, necesaria y hasta provechosa dentro de un tratamiento, ya que pone de manifiesto una gran cantidad de elementos subjetivos que solo se pueden comenzar a expresar y trabajar a partir de este “traspié”.

Sobre la recaída José María Rshaid, como fue citado en el marco teórico, dice lo siguiente: *“se considera recaída a la acción de un sujeto en recuperación por la cual interrumpe ese proceso consumiendo alguna sustancia que en apreciación del profesional*

⁶⁶ El conocimiento de cuáles son los factores de riesgo y cuales los de protección, para él.

tratante es o funciona del mismo modo que la o las sustancias que lo trajeron a consulta”.

[...] La recaída no es índice de fracaso en el tratamiento; sin embargo, para algunos familiares o personas involucradas de eso se trata. [...] la recaída va dando señales, tanto al rehabilitador como a la persona involucrada de que estamos en la proximidad de su presencia”.

Capítulo XIV

Conclusiones

Aunque haya llegado esta parte del trabajo en la cual hay que concluir, debemos decir que queda la sensación de que es mucho más lo que se podría haber preguntado, se tiene conciencia que una investigación seria implica una rigurosidad metodológica que parte del recorte del aspecto de la realidad sobre el cual se pretende hacer alguna inferencia, por lo tanto es consecuencia inevitable –y hasta necesaria– que ese recorte deje por fuera otros aspectos de relevancia muy relacionados entre sí; nos consuela pensar que llegado el caso los mismos se pueden abordar en investigaciones posteriores.

No podríamos decir que fue una sola la motivación inicial para realizar este trabajo, como así tampoco lo fue para elegir el tema sobre el que se investigó. Desde hace muchos años en Córdoba y en otros lugares del país (y del mundo) se ensayan diversos modos de abordar a los pacientes con problemas ligados al consumo de sustancias, nos encontramos con que distintos sectores de la sociedad están implicados de manera directa e indirecta en esta problemática, o por ser parte del problema o por ser parte de la solución; nos resulta muy difícil pensar que exista una posición, supongamos que de indiferencia, que no esté puesta al servicio de alguno de estos dos extremos.

De estos diversos modos nos detuvimos en los que conllevaban la participación prioritaria de profesionales y nos adentramos en la óptica específica de profesionales psicólogos que ya estuvieran trabajando en la problemática, ya que sus paradigmas sobre los distintos aspectos investigados estarían

fuertemente impregnados de la experiencia clínica en el campo de la drogadependencia, dimos por sentado que la versación teórica del tema, sin experiencia en el campo, sería insuficiente para responder algunos de los interrogantes formulados. Por eso resultó más difícil encontrar un número importante de profesionales para entrevistar, nos queda la tranquilidad de que ninguno de los entrevistados se basó solamente en lo que vio en la Facultad a la hora de responder.

La idea de multifactorialidad o policausalidad impregnó todas las respuestas, no podía ser de otra manera en un tema tan complejo como la drogadependencia, en todo momento se confirmó la ausencia de una fórmula única que permitiera tratar al paciente con este padecimiento ya que la rigurosidad diagnóstica necesaria, para un primer acercamiento, nos llevó a la utilización, casi obligatoria, de diversos modos de abordaje los que a su vez se calibraban caso por caso. Esta importancia en el diagnóstico inclusive lleva a que el mismo abarque tanto los aspectos de la relación con la sustancia como lo de la personalidad preexistente al consumo, llegando a la duplicación del diagnóstico, llamándolo doble diagnóstico.

Logramos conocer muchos aspectos muy presentes en la problemática; como la impulsividad, la baja capacidad para frustrarse y esperar y la falta de demanda propia para iniciar un tratamiento, ya que la misma parte de un tercero en la mayoría de los casos.

La importancia del trabajo interdisciplinario estuvo presente en todas las entrevistas, consideramos que no podía ser de otra manera en algo que en todo momento se dijo que era influido y determinado por más de un factor. Por esto resulta fundamental abordarla desde diversas disciplinas, sin embargo se considera importante remarcar que también es importante que lo

interdisciplinario no diluya lo disciplinario en sí, o sea debemos tener en claro que como muchas disciplinas tienen aspectos en común con otras, también tienen aspectos que son de su exclusividad y no podemos confundirnos con eso y no respetar los límites que nos hacen ser una parte de lo interdisciplinario y no lo interdisciplinario en sí. Pensamos que este podría ser un tema para una investigación posterior; ¿cómo se aplica la interdisciplina en el trabajo con pacientes drogadependientes?

Se destacaron dos elementos presentes en los tratamientos: el trabajo grupal y la abstinencia; cuando se comenzó esta investigación se creía que eran fundamentales ambos, nos encontramos en que tanto el trabajo en grupo y la abstinencia fueron considerados como importantes, pero no como fundamentales en todos los casos ni para todos los pacientes. Sin embargo, quedó en claro que en algún momento de cualquier tratamiento es clave la abstinencia como así también el abordaje grupal.

También nos encontramos con que la recaída no solo no es un problema sino que forma parte del recorrido para trabajar el entramado subjetivo subyacente al consumo de sustancias y que es uno de los momentos, si se puede trabajar, más provechosos del tratamiento.

En toda circunstancia quedó en claro que el adicto es emergente de un sistema familiar en el cual, aunque él sea nombrado como el problemático, nos encontramos con que todo el sistema estaría “enfermo” o participando en esta enfermedad. Por esta razón, y otras, todos los entrevistados consideraron que la participación de la familia en el tratamiento era importante, queda en claro que el nivel de participación y el modo va a estar regulado por el tipo de tratamiento a realizarse y por lo que cada profesional vaya considerando conveniente.

Por último, y no por menos importante sino por ser central, nos encontramos con que ningún profesional planteó que no puede haber ninguna modificación en quien hace un tratamiento; la mayoría dijo que puede superarse la problemática en tanto y en cuanto se pueda desentrañar los aspectos subjetivos detrás del hábito tóxico.

A modo de cierre, y tratando de usar pocas palabras, podemos decir que algo nos quedó muy en claro: el problema del consumo de sustancias va mucho más allá de la relación con la sustancia, implica los aspectos más significativos de la subjetividad de quien día a día “elige” o drogarse o “curarse”.

Bibliografía

- Becoña Iglesias, Eduardo (2002). *Bases Científicas de la Prevención de las Drogadependencias*. Universidad de Santiago de Compostela. Madrid.
- Burzaco, E. y Berensztein S. (2013) *El poder Narco: Drogas, inseguridad y violencia en la Argentina*. Editorial Sudamericana. Buenos Aires, Argentina.
- Chemama, Roland (1998). *Diccionario del Psicoanálisis*. Amorrortu Editores. Buenos Aires. Argentina.
- CIE10 (1992). *Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Organización Mundial de la Salud. Técnicas Graficas FORMA S.A. Madrid. España.
- Diccionario de la lengua española* (2000). Real Academia Española. Vigésima Primera Edición.
- DSM-IV (2001). *Breviario. Criterios Diagnósticos*. Editorial Masson. Barcelona. España.
- Guerreschi, Cesare (2007). *Las Nuevas Adicciones: Internet, Trabajo, Sexo, Teléfono Celular, Compras*. Editorial Lumen. Buenos Aires. Argentina.
- Gutiérrez Segú, Oscar (2007). *Las Adicciones, o como ir por lana y salir trasquilado*. Editorial Letra Viva. Buenos Aires. Argentina.
- Huxley, Aldous (2009). *Un mundo feliz*. Editorial Sudamérica. Buenos Aires. Argentina.
- Liberman, David (1966). *La Comunicación en Terapéutica Psicoanalítica*. EUDEBA. Buenos Aires. Argentina
- López, Héctor (2003). *Las Adicciones. Sus Fundamentos Clínicos*. Editorial Lazos. Buenos Aires. Argentina.
- Martínez. Héctor David (2009). *Metodología de la investigación y Estadística*. Servicios Gráficos Haravek. Córdoba. Argentina.

- Moreno, Rodrigo. (2011). *Paradigmas sobre el Diagnóstico, Abordaje y Tratamiento de la Patología Drogadictiva*. Tesis de Maestría no publicada. Carrera de Maestría en Drogadependencia, Facultad de Ciencias Médicas. UNC. Córdoba, Argentina.
- Naspartek, Fabián y colaboradores (2008). *Introducción a la Clínica con Toxicomanías y Alcoholismo*. Grama Ediciones. Buenos Aires. Argentina.
- Puentes, Mario (2004). *Tu droga, mi droga, nuestra droga*. Lugar Editorial. Buenos Aires. Argentina.
- Puentes, Mario (2005). *Detrás de la Droga*. Lugar Editorial. Buenos Aires. Argentina.
- Puentes, Mario (2009). *Estrategia Terapéutica en Drogadicción*. Lugar Editorial. Buenos Aires. Argentina.
- Racker, Heinrich (1969). *Estudios sobre Técnica Psicoanalítica*. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina.
- Rshaid, José María (2005). *Comunidad Terapéutica Cerrada. Para la asistencia de drogodependientes*. Editorial Dunken. Buenos Aires. Argentina.
- Rshaid, José María (2005). *Comunidad terapéutica. Para la rehabilitación de drogodependientes, Un Desafío Teórico-Técnico*. Editorial Dunken. Buenos Aires. Argentina.
- Rshaid, José María (2007). *Zona de Riesgo. Lo grupal y lo institucional en el ámbito de las Comunidades Terapéuticas*. Grupo Editor Gabas-Casa del Sur. Buenos Aires. Argentina.
- Sahovaler de Litvinoff, Diana (2009). *El Sujeto Escondido en la Realidad Virtual*. Editorial Letra Viva. Buenos Aires. Argentina.
- Kalina, Eduardo (1997). *Temas de Drogadicción*. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires. Argentina.
- Kalina, Eduardo (1997). *Adolescencia y Drogadicción*. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires. Argentina.

Kalina, Eduardo (2000). *Adicciones. Aportes para la clínica y la terapéutica*. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina.

Kuhn, Thomas S. (1962). *La estructura de las revoluciones científicas*. Editado por el Fondo de Cultura Económica de Argentina. Buenos Aires. Argentina.

Wikipedia, La Enciclopedia Libre. www.wikipedia.org

Concepto: Enfermedad. Referencias:

Arnal, Mariano: "Enfermedad" [1], en *El Almanaque del léxico etimología* (Álvarez, J.L.: www.elalmanaque.com).

Chuaqui B, Duarte I, González S, Rosenberg H: *Manual de Patología general, conceptos básicos* [2], Un.Cat.Chile.

Dahlke, Ruediger: *La enfermedad como símbolo. Manual de los síntomas psicosomáticos, su simbolismo, su interpretación y su tratamiento*. Robin Book, Barcelona, 2002. ISBN 84-7927-544-8 (en alemán *Krankheit als Symbol*, 2000).

Diccionario de Medicina Oceano-Mosby, Mosby, España, 1996. ISBN 84-494-0368-5

Farreras Valentí P & Rozman C (*et al.*): *Medicina Interna*, 14a Ed.Harcourt SA, Madrid, 2000. ISBN 84-8174-357-7.

Muths, Christa: *Zur Philosophie der Krankheit*, Revista Treff-Raume espacio time, 1997:3(3); en www.espacio-time.com, Southampton, 2005. (*Filosofía de la enfermedad. Acerca de la Historia y la Filosofía del significado de enfermedad y salud a través de toda la historia*) HTML en castellano [3]; HTML en alemán (original con referencias) [4].

Peña, Adolfo: *Medicina y Filosofía: abordaje filosófico de algunos problemas de la Medicina actual* [5], en An.Fac.Med. 2004:65(1):65-72, UNMSM Fac. Med., Lima, Perú. ISSN 1609-9419.

Peña A & Paco O: *El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta. Primera parte*, en An.Fac.Med 2002:63(3), Un.Nac.May.S.Marcos. ISSN 1025-5583 Parte 1/3 [6]; Enfermedad 8

Peña A & Paco O: *El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta. Segunda parte: Carencias y defectos en los intentos de lograr una definición más general de la enfermedad.*, en An.Fac.Med 2002:63(4), Un.Nac. May.S.Marcos. ISSN 1025-5583 Parte 2/3 [7]

Peña A & Paco O: *El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta. Tercera parte: Un modelo teórico de enfermedad.*, en An.Fac.Med 2003:64(1), Un.Nac.May.S.Marcos. ISSN 1025-5583. Parte 3/3 [8].

Potter PA & Perry AG (*et al.*): *Fundamentos de Enfermería*, 5a ed. Mosby-Elsevier, Madrid, 2002. ISBN 84-8174-560-X (sobre *Fundamentals of Nursing*, Mosby-Elsevier-Harcourt, 2001, ISBN 0-323-01141-1)

Viesca TC, Aranda CA, Ramos de Viesca M: *Antecedentes para la clasificación de las enfermedades en la medicina nahuatl prehispánica* [9] (PDF), Estudios de cultura nahuatl, vol. 30, n.º 30. México.

Concepto de Paradigma:

Referencias:

La definición de paradigma expuesta en este artículo se corresponde con el significado de la palabra casi homónima del idioma inglés. De hecho, la definición de *paradigma* según la RAE No obstante, dado que este término se utiliza en enseñanzas técnicas en castellano de forma generalizada con la definición aquí expresada, no se puede considerar que esta interpretación del vocablo *paradigma* no sea acertada, al menos, a efectos prácticos.

^{a b c} Kuhn, Thomas S.; *The Structure of Scientific Revolutions*, 2nd Ed., Univ. of Chicago Press, Chicago & Londres, 1970.

En inglés; Groupthink, término acuñado por William H. Whyte en 1952 en la revista *Fortune*.

Cosmovisión, en el sentido del concepto alemán *Weltanschauung* (visión del mundo) creado por el filósofo Wilhelm Dilthey (1914).

Cambio de paradigma, *paradigm shift*, en inglés.

Correas, *Introducción a la sociología jurídica*, Fontamara, México 2007.

Wake, "Paradigmas de Diseño: un libro de referencia para la visualización creativa" y Petroski, "Paradigmas de Diseño".

Enciclopedia Británica, ramas de la filosofía.

Ref: filósofos pre-socráticos Parménides y Heráclito.