



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

 Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Trabajo Final de Grado
Modalidad: Monografía

Las Toxicomanías y su abordaje hoy. Consideraciones desde una perspectiva psicoanalítica.

Montevideo, 30 de Julio de 2016

Estudiante: Diego Zapata - CI 40227840

Tutora: Geraldina Pezzani

Revisora: Laura de los Santos

RESUMEN

La problemática de las toxicomanías ocupa un lugar importante en la sociedad, siendo objeto de abordaje de diversas disciplinas, hecho que genera un gran aparato teórico en torno a una misma esencia y la existencia de diversos rumbos, tanto para los sujetos en busca de una alternativa de tratamiento como para los profesionales que quieran abordar esta temática.

Este trabajo describe y reflexiona sobre algunas de las prácticas y teorías que en la actualidad ponen foco en esta problemática, contraponiendo perspectivas y metodologías.

Presenta como ejes temáticos la concepción de la toxicomanía como trastorno por parte de la psiquiatría, el abordaje que implementan las comunidades terapéuticas y las reflexiones que el psicoanálisis de orientación lacaniana ha elaborado y elabora actualmente al respecto.

Se intenta profundizar en el enfoque de la teoría psicoanalítica con la intención de colaborar en la elaboración de una posible mejor alternativa para el tratamiento de las adicciones.

PALABRAS CLAVES: Toxicomanías, Comunidades Terapéuticas, Psicoanálisis.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
1 - UN ACERCAMIENTO A LAS TOXICOMANÍAS.....	5
1.1 - ¿Por qué este tema?.....	5
1.2 - ¿Qué son las Toxicomanías?.....	6
2 - LAS TOXICOMANÍAS COMO TRASTORNO EN LA PSIQUIATRÍA Y EL DIAGNÓSTICO EN PSICOANÁLISIS.....	7
2.1 - De Psiquiatría y Psicoanálisis	7
2.2 - El trastorno y su diagnóstico.....	8
2.3 - El diagnóstico en Psicoanálisis.....	9
3 - UN CAMINO HACIA UNA POSIBLE SALIDA.....	11
3.1 - El comienzo del “fin”: La desintoxicación.....	11
3.2 - La Rehabilitación en Comunidad Terapéutica	11
3.2.1 - Historia.....	11
3.2.2 - El método.....	12
3.2.3 - Sobre los sujetos internados: Lo singular y lo estructural.....	14
3.2.4 - La efectividad de los tratamientos de adicciones y los pasajeros en tránsito... ..	17
¿Cómo se podría explicar este fenómeno desde una perspectiva psicoanalítica?..	18
La demanda.....	20
4 - APROXIMACIÓN A UN POSIBLE ABORDAJE EN LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA.....	22
4.1 – De la generalización a la singularidad: Las toxicomanías como una no-entidad.....	22
4.2 – La función toxicómana.....	23
4.3 – El goce y su relación con el objeto droga.....	25
5 - CONSIDERACIONES FINALES.....	26

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene la intención de reflexionar acerca de los abordajes que poseen una mayor visibilidad hoy en día para el tratamiento de las toxicomanías, contraponiendo distintas perspectivas al respecto.

Dicho interés surge a partir de la observación de estas prácticas, el padecimiento de los sujetos que se ven involucrados en situaciones de este tipo y lo que implica esta problemática para la sociedad.

El trabajo tiene como objetivo contraponer posturas, partiendo de la psiquiatría y las comunidades terapéuticas, hacia una lectura psicoanalítica de este fenómeno.

En este sentido, se presentan las perspectivas teóricas de los manuales de psiquiatría, que consideran a las toxicomanías como un trastorno; la perspectiva de las comunidades terapéuticas, que se nutren de la psiquiatría y de los modelos de re-establecer las conductas; y por el último lo que desarrolla sobre este tema el psicoanálisis, principalmente de orientación lacaniana.

El capítulo uno explicita la fundamentación de este trabajo y describe las generalidades del concepto de Toxicomanía, presentando diferentes acepciones del término, su evolución y la vidriosidad de sus abordajes.

El capítulo dos comienza con la relación histórica de la psiquiatría y el psicoanálisis, pasando a contraponer sus actuales maneras de diagnóstico, sin perder de vista el eje central del trabajo.

El capítulo tres desarrolla las consideraciones de un posible tratamiento, teniendo en cuenta el proceso de desintoxicación, el abordaje de las comunidades terapéuticas, su historia, su metodología, los sujetos que hacen uso de ellas, y desde una perspectiva psicoanalítica se intenta problematizar lo que ocurre en este tipo de dispositivos.

Para finalizar, el capítulo cuatro presenta la propuesta que el psicoanálisis de orientación lacaniana hace en relación con el abordaje de las toxicomanías.

1 - UN ACERCAMIENTO A LAS TOXICOMANÍAS

1.1 - *¿Por qué este tema?*

En la actualidad, la problemática de las toxicomanías ocupa un lugar importante en la sociedad siendo objeto de abordaje de diversas disciplinas tales como la Sociología, la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis.

Este hecho en particular genera una diversidad de conceptualizaciones en torno a una misma esencia. Esta heterogeneidad determina que existan diversos caminos, tanto para los sujetos en busca de una alternativa de tratamiento como para los profesionales que quieran abordar este tema.

En segundo lugar, esto también implica, por contraposición, que no exista objetivamente una alternativa clara o con mejores atributos que el resto.

Le Pulichet (1996) expresa al respecto que esto genera ciertas faltas de rigor epistemológico y un deslizamiento de conceptos, hechos que suelen caracterizar a las investigaciones sobre "la toxicomanía". Como si el objeto no pudiera ser verdaderamente pensado en el interior de un campo conceptual homogéneo.

Estas características planteadas hacen que este tema sea todavía algo pasible de seguir siendo cuestionado. Precisamente, esto último es lo que da impulso al presente trabajo con el fin de acercarse a la construcción de una postura al respecto.

En el marco de esta monografía no sería viable hacer un repaso profundo por todo lo desarrollado a lo largo de la historia en torno a las toxicomanías. Será necesario, entonces, enfocarse solo en algunos posicionamientos, sobre todo en aquellos que poseen una mayor visibilidad en la actualidad.

El objetivo será por lo tanto contraponer desde una lectura psicoanalítica lo planteado sobre esta problemática por la Psiquiatría, así como también la propuesta de tratamiento en Comunidades Terapéuticas.

1.2 - ¿Qué son las Toxicomanías?

Actualmente, hablar de toxicomanías puede estar ligado al concepto de drogodependencia, consumo abusivo de sustancias o adicción a las drogas. Y es menester aclarar que existe una evolución de estos conceptos, que en un principio fueron diferenciándose uno del otro para posteriormente sustituirse (Sánchez Turet, 1991).

En relación con este concepto Le Pulichet (1996) se cuestiona lo siguiente:

No obstante, la noción misma de “toxicomanía” se coloca en una verdadera encrucijada temática: ¿pertenece al campo de la sociología, o dependerá de un abordaje médico, jurídico, psicológico o etnológico? Esta indeterminación, señalada desde hace ya mucho tiempo, se duplica en una indecibilidad que simultáneamente subsiste en el interior de cada una de esas disciplinas. (p.18)

De parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los manuales de clasificación de enfermedades, se podría decir que es un término en desuso. Sin embargo, sigue estando presente en la literatura psicoanalítica de los últimos años.

La Real Academia Española define toxicomanía como el “hábito patológico de intoxicarse con sustancias que procuran sensaciones agradables o que suprimen el dolor.” Esta definición, si bien no corresponde a marcos de referencia teóricos técnicos, funciona como una excelente síntesis.

El término toxicomanía se compone por los léxicos “tóxico” y “manía”. “Tóxico” viene del griego “tóxikon”, que según los diccionarios consultados significa “veneno”. El término “Manía” también procede del griego y uno de sus significados, entre otros, es “locura”. Este análisis de los términos permite acercarse a lo más intrínseco del concepto.

La Psiquiatría actual habla de “Trastornos relacionados con sustancias” y los divide en dos grupos: “*por consumo de sustancias*” (dependencia y abuso) e “*inducidos por sustancias*” (intoxicación, abstinencia, delirium, etc.). Esta denominación y lo que la misma implica constituye uno de los ejes del presente trabajo.

2 - LAS TOXICOMANÍAS COMO TRASTORNO EN LA PSIQUIATRÍA Y EL DIAGNÓSTICO EN PSICOANÁLISIS

2.1 - De Psiquiatría y Psicoanálisis

Los avances de la industria psicofarmacológica han hecho que se desarrollen manuales cada vez más sofisticados que agrupan cientos de trastornos comportamentales, facilitando un rápido diagnóstico y posterior tratamiento con fármacos.

En estos tiempos, se demanda rapidez y efectividad en resolver los problemas de las personas. No hay tiempo para detenerse. Si algo falla, se tiene que poder arreglar rápido para poder continuar con las actividades cotidianas.

No se puede desconocer la coyuntura de la actualidad ni dejar de reconocer la importancia que en muchos casos ejerce la medicación. Precisamente, por esto es completamente comprensible que sea éste el modelo predominante y no el psicoanálisis que apunta a una clínica de lo singular utilizando el lenguaje como medio y no los comportamientos. De todas formas, no es en vano reconocer que sin los fármacos sería muy difícil abordar ciertas patologías desde disciplinas como el psicoanálisis o la psicología.

A lo largo de la historia, la Psiquiatría y el Psicoanálisis han tenido una estrecha conexión. En primer lugar, debido a que ambas intentan tratar los padecimientos psíquicos de los humanos. Si bien hoy en día no es algo estrictamente habitual, en el pasado los Psicoanalistas tenían una formación previa como Psiquiatras. De hecho, se consideró una condición obligatoria en algunas asociaciones.

Sin embargo, hoy en día existe una gran brecha entre ambas disciplinas, sobre todo, a la hora de diagnosticar y abordar un tratamiento.

Con respecto a la temática de las toxicomanías, ambas disciplinas, la psiquiatría y el psicoanálisis, han desarrollado un amplio material teórico y técnico. La problemática en sí es la misma, mas las lecturas que se hacen de un lado y del otro son disímiles desde su esencia. Y es justamente esta particularidad lo que se desarrollará en el presente capítulo.

2.2 - El trastorno y su diagnóstico

El “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” (DSM IV), incluye en su contenido una sección destinada a esta temática y lo denomina “Trastornos relacionados con sustancias.” Para hacer efectivo un diagnóstico deben estar presentes tres o más ítems de una lista de siete comportamientos, en este caso asociados al consumo. Los mismos se dividen en dos grupos:

1- Trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso)

2- Trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium, demencia persistente, trastorno amnésico, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, ansiedad, disfunción sexual y trastorno del sueño).

Los trastornos relacionados con sustancias incluyen aquellos trastornos vinculados a la ingestión de una droga de abuso (incluyendo el alcohol), los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos. Es decir, en este manual el término sustancia puede referirse a una droga de abuso, a un medicamento o a un tóxico. Las sustancias tratadas en esta sección se agrupan en 11 clases: alcohol; alucinógenos; anfetamina o simpaticomiméticos de acción similar; cafeína; Cannabis; cocaína; fenciclidina (PCP) o arilciclohexilaminas de acción similar; inhalante; nicotina; opioides y sedantes como hipnóticos y ansiolíticos. (DSM IV, 1995, p.181)

La sección empieza con el texto descriptivo y los criterios diagnósticos para la dependencia, el abuso, la intoxicación y la abstinencia, que se aplicarán a todas las clases de sustancias. Continúa luego con los comentarios generales referidos a los síntomas asociados; síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo; curso; deterioro y complicaciones; patrón familiar; diagnóstico diferencial y procedimiento de tipificación aplicable a todas las clases de sustancias. El resto de la sección está organizada por clases de sustancias y describe los aspectos específicos de dependencia, abuso, intoxicación y abstinencia para cada una de las 11 clases (DSM IV, 1995).

Actualmente, este sistema de clasificación psiquiátrica es el modelo dominante de diagnóstico, pero el presente trabajo no profundizará en la pregunta sobre si es pertinente catalogar a esta problemática del consumo como un trastorno. El foco pasará fundamentalmente por indagar en torno a si esta definición del manual se considera también una entidad clínica para un abordaje psicoanalítico.

2.3 - El diagnóstico en Psicoanálisis

El psicoanálisis hace una lectura diferente para elaborar un diagnóstico. Se intenta hacer hincapié en lo singular del sujeto mediante lo que pueda poner en palabras. Es por esto que son intrínsecamente necesarias las entrevistas preliminares.

Estas entrevistas constituyen lo que de alguna manera antecede a un análisis y se suceden durante los primeros encuentros. Estos últimos suelen realizarse cara a cara y son indeterminados en cuanto a cantidad ya que el final de esto sería cuando el sujeto entra en análisis (Bafico, Cabral y González, 2008).

Más allá de la entrada o no en un análisis, es preciso destacar que de estas entrevistas debe surgir un diagnóstico estructural. Esto significa que el analista debe definir en cuál de las tres estructuras psíquicas (neurosis, psicosis y perversión) se encuentra el discurso del consultante. “Estas entidades clínicas surgidas no serán otra cosa que la interrogación del sujeto sobre el deseo del Otro” (Bafico et al., 2008, p.44).

Para el Psicoanálisis de orientación Lacaniana, la estructura del sujeto se define en su pasaje por el “Complejo de Edipo”, del cual Lacan hizo una lectura diferente a la realizada por Freud.

Si bien ambos centraron este concepto en el complejo de castración, existe una diferencia esencial en la noción de falo ya que Lacan la desliga del órgano masculino, aspecto por el cual también “ya no es necesario pensar que la relación entre complejo de castración y complejo de Edipo dependerá del sexo” (Bafico et al., 2008, p. 36).

Así como lleva el concepto de falo a un plano simbólico, también lo hace con los otros elementos del complejo como el Padre y la Madre, dándole importancia a la función que estos ejercen. Se habla de Función Materna y Función Paterna.

Entre otras cosas, hablar de una función consiste en que puede haber ciertas variables más allá de lo biológico. Dos hijos de una misma madre pueden estructurarse de diferente forma.

Esto implica también que no sea necesaria la presencia real de los mismos (madre y padre). Dicho de otra manera, otros elementos, personas y/o acciones pueden ejercer la función y, justamente, lo importante es que algo la ejerza, ya que un padre real o biológico por más presente que esté puede que no lo logre (Bafico, Giorgi, Gonzalez y Ojeda, 2005).

Esta breve reseña sobre la importancia que tiene para el psicoanálisis las entrevistas preliminares, el diagnóstico estructural y lo singular de cada caso, deja en claro que el hecho de que un sujeto cumpla con tres o más ítems de la lista de criterios del DSM IV no implica, por ejemplo, una estructura psíquica en sí, como tampoco poder adelantarse a un posible tratamiento sin antes escuchar.

Por lo tanto, desde el Psicoanálisis, consumir abusivamente sustancias psicoactivas puede ser llevado a cabo tanto por un neurótico como por alguien que presente una esquizofrenia, y en ambos casos el abordaje sería totalmente diferente.

En conclusión, para esta disciplina lo importante siempre va a ser primero escuchar la demanda o el sufrimiento del paciente, ya que también podría ocurrir que a pesar de que éste se presente como un toxicómano, no sea esta necesariamente la razón o el problema que está causando el sufrimiento real a la persona. De hecho, probablemente esto solo sea la punta del iceberg y dependerá del accionar del analista dirigir el tratamiento en pos de que el sujeto pueda desentramar su problemática.

Hoy los sujetos y las familias que se ven desbordadas por la problemática de las toxicomanías suelen demandar una solución rápida. Algo que de alguna manera anule esa realidad por la que están atravesando, y esto no es precisamente lo que brinda el psicoanálisis. La alternativa más directa en estos casos va a ser siempre la consulta con un Psiquiatra y posteriormente, si es necesario, una internación en un centro de rehabilitación.

3 - UN CAMINO HACIA UNA POSIBLE SALIDA

3.1 - El comienzo del “fin”: La desintoxicación

Por el momento, la alternativa más rápida y habitual para encontrar una posible salida de un consumo problemático es, en primer lugar, la consulta con un Psiquiatra. En un principio, esta consulta puede derivar en un tratamiento con psicofármacos que atacarán los síntomas provocados por el consumo. Si la situación no es sostenible ambulatoriamente, se indicará una internación psiquiátrica destinada a que se produzca lo que se conoce como desintoxicación.

Sobre esta etapa, el “Instituto Nacional de Salud” (NIH) de los Estados Unidos (2010) expresa que:

La desintoxicación médica es sólo la primera etapa del tratamiento para la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el abuso de drogas a largo plazo. Aunque a través de la desintoxicación médica se pueden manejar de forma segura los síntomas físicos agudos de la abstinencia y, en ciertos casos, allanar el camino para un tratamiento de la drogadicción eficaz a largo plazo, la desintoxicación por sí sola rara vez es suficiente para ayudar a los adictos a lograr una abstinencia duradera. Por esta razón, se debe exhortar a los pacientes para que continúen el tratamiento para la drogadicción después de la desintoxicación. Si la motivación y las estrategias de incentivos iniciadas cuando el paciente ingresó en el tratamiento se mejoran, es posible también mejorar el cumplimiento con el tratamiento.

Las razones para la entrada a un centro no siempre son del todo iniciativa de los sujetos toxicómanos. La presión de la familia, el ambiente laboral o el sistema de justicia penal pueden incrementar significativamente el número de pacientes que ingresan a los programas de tratamiento, el índice de permanencia en ellos y el éxito final de las intervenciones en la drogadicción (NIH, 2010).

3.2 - La Rehabilitación en Comunidad Terapéutica

3.2.1 - Historia

La modalidad de Comunidad Terapéutica surge tras la Segunda Guerra Mundial para atender los casos de Neurosis de Guerra, hoy en día denominados Trastorno por estrés posttraumático.

A lo largo de los años 50 del siglo XX esta modalidad tuvo un notable desarrollo como sustituto de los hospitales psiquiátricos, pero es durante la siguiente década donde se produce un “encuentro inesperado” entre las mismas y el modelo de auto-ayuda en el ámbito de los tratamientos de las drogas ilegales. En la década de los años 70 y gran parte de los 80, el concepto de Comunidad Terapéutica se asoció en exclusiva al tratamiento del consumo de heroína. Finalmente, ya en los años 90, la progresiva profesionalización de las Comunidades Terapéuticas para adictos a drogas ilegales se combinó con la restauración de la metodología en el ámbito de salud mental y con su proyección hacia otras áreas (Fundación Atenea, 2010).

A finales del siglo XX, Llorente del Pozo y Fernández Gómez (1999) expresaban:

Actualmente existe una variedad considerable de modelos de intervención que se autodenominan en ocasiones “comunidades terapéuticas”; algunas de las cuales se basan en ideologías pseudo - científicas o religiosas. El marco teórico global de comunidad terapéutica tiene un referente en un modelo Americano, (más estructurado y normativo, con bases teóricas próximas a la modificación de conducta y al movimiento de autoayuda) y un referente Europeo (basado en la psiquiatría comunitaria y el aprendizaje social. (p. 330)

Más recientemente, Comas (Fundación Atenea, 2010) afirma: “En este momento la Comunidad Terapéutica es una metodología, probada y eficiente, que ha sido adoptada por una cierta base de dispositivos en diferentes partes del mundo y con diferentes perfiles de personas...” (p.17).

El autor plantea que en la actualidad, las Comunidades Terapéuticas en nada se parecen a aquellas “granjas y centros” anti-profesionales y más o menos sectarios de hace dos décadas, y son más bien unos dispositivos asistenciales muy competentes, que se gestionan con una base de conocimientos especializada y que consiguen un buen nivel de eficiencia (Fundación Atenea, 2010).

3.2.2 - El método

Una Comunidad Terapéutica es un centro residencial en el que los usuarios permanecen la mayor parte del día y generalmente también pernoctan. Los mismos conviven de forma continua con miembros de un equipo técnico que si bien no reside permanentemente en el centro tiene presencia las 24 horas. La presencia continua del equipo tiene por finalidad acompañar el desarrollo de las actividades que se realizan. La permanencia de los usuarios en el centro puede tener una duración determinada aunque generalmente va en relación a los logros de ciertos objetivos (Fundación Atenea, 2010).

Con respecto a las Comunidades Terapéuticas en nuestro país La Fundación Manantiales (s.f) expresa:

En general, son ambientes residenciales libres de droga que usan un modelo jerárquico con etapas de tratamiento que reflejan niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social. Se utiliza la influencia entre compañeros, mediada a través de una variedad de procesos de grupo, para ayudar a cada persona a aprender y asimilar las normas sociales y desarrollar habilidades sociales más eficaces.

Surge una disyuntiva a la hora de hablar de la voluntad de la persona al momento de ingresar a un centro de este tipo. En varios casos las sanciones provenientes de la justicia, la presión desde la familia o desde el trabajo son el incentivo principal para que un sujeto inicie un tratamiento de este tipo. Con respecto a estos casos, para el NIH (2010) esto no afectaría la efectividad del tratamiento. En cambio, para Comas (2010) esto puede presentar algunas dificultades:

En tales casos la Comunidad debe adaptarse a estas situaciones, lo que no siempre es fácil, aunque se han adoptado algunas estrategias útiles. Algunos autores también han sostenido que para estos casos no debería aplicarse la metodología de la Comunidad Terapéutica, pero esto constituiría un acto de discriminación frente al derecho de igualdad de trato. (p.19)

Desde esta perspectiva se prioriza la presencia y la intervención de un equipo técnico multidisciplinario, lo cual difiere de otros enfoques de tratamiento principalmente en su uso de la comunidad, compuesta por el personal de tratamiento y aquellos en recuperación, como agentes claves del cambio. La interacción entre todos los miembros de la comunidad influye en las actitudes, percepciones y comportamientos asociados con el uso de drogas. A su vez, se intenta revertir todo lo debilitado por el abuso de sustancias incentivando la rehabilitación del funcionamiento social de los sujetos, sus habilidades educativas-vocacionales, lazos familiares, su salud física y emocional. Incluso para algunos residentes esta es la primera vez que son expuestos a una vida ordenada, por lo que su recuperación es más una "habilitación" de conductas, actitudes y valores asociados a convivir en una sociedad (Fundación Manantiales, s.f.).

Entre las tareas del equipo técnico está la de facilitar el intercambio de información y la toma de decisiones terapéuticas sobre los residentes. En otras palabras, gestionar la complejidad de la comunidad terapéutica en pos de que no se convierta en un espacio caótico y poco terapéutico. Para esto es necesario que estén bien definidas las responsabilidades tanto en el equipo como de los residentes utilizando organigramas claros, la firma de "contratos terapéuticos" (o de autorizaciones informadas), la existencia de un

Reglamento de Régimen Interno exhaustivo y bien conocido, así como mecanismos de información que notifiquen sobre horarios, actividades y tareas (Fundación Atenea, 2010).

Por otra parte, con respecto al uso de drogas, el NIH (2010) considera que durante el tratamiento debe ser supervisado constantemente ya que pueden ocurrir recaídas. Además, este control podría ser un gran incentivo para los pacientes y ayudarlos a resistir el impulso de consumir drogas. El monitoreo también sirve como indicador temprano de una recaída en el uso de drogas, lo que puede indicar que es necesario reajustar el plan de tratamiento del paciente para que se adapte mejor a sus necesidades.

Resumiendo, según Comas (Fundación Atenea, 2010) “el objetivo esencial de la metodología es ayudar a los residentes a construir de forma racional un proyecto de vida alternativo fuera de la Comunidad, adoptando de forma progresiva responsabilidades y así prepararse para su incorporación a una vida normalizada” (p. 21).

3.2.3 - Sobre los sujetos internados: Lo singular y lo estructural

Si bien la metodología de la comunidad terapéutica tiene varias aristas, el patrón que parece predominar en primer lugar es el de re-establecer las conductas de los sujetos.

Por otro lado, teniendo en cuenta el predominio del modelo de la psiquiatría, los diagnósticos con los que se trabaja probablemente provengan del pasaje previo de los sujetos por alguna institución psiquiátrica en el proceso de desintoxicación.

Con estas dos características determinadas, es difícil que se tengan en cuenta otros aspectos de su singularidad psíquica más allá de su problemática con las drogas y todo lo que esto implica.

En este marco, es común, debido a los modelos que se siguen, que se tome a la toxicomanía como un trastorno en sí mismo.

En un estudio del año 2009 perteneciente al Observatorio Argentino de Drogas (OAD), en el que se realiza una evaluación de tratamientos en pacientes por abuso de sustancias, surgen varios testimonios por parte de los técnicos que se desempeñan en las comunidades terapéuticas.

Los mismos surgen ante la pregunta de por qué abandonan el tratamiento y describen a grandes rasgos cómo suele ser la presentación clínica de las personas que se internan:

“De los pacientes que ingresan, no muchos terminan el tratamiento. Creo que tiene que ver con personalidades muy marcadas en cuanto a la adicción, o...con tener ciertas cuestiones de límites que impone la institución, como no consumir.” (p.118)

“Por lo general son megalómanos, infantiles, muy dependientes de las figuras parentales, en general nunca tuvieron un grado de responsabilidad en su vida.” (p.118)

“...hay chicos que todavía son muy infantiles y no les gustan los límites, están acostumbrados a hacer lo que quieren, una vida promiscua.” (p.118)

Si tomamos en cuenta estos últimos casos se puede notar que hay una generalización de la conducta de los adictos. Es probable que se repitan ciertos rasgos y que la presentación clínica sea similar en varios casos, lo cual puede tener que ver con que es el consumo abusivo de sustancias lo que los lleva a ese lugar. Eso es justamente lo que todos comparten.

Sin embargo, desde un abordaje psicoanalítico esto no implicaría que se anule la noción de lo singular, del caso a caso.

Según Comas (Fundación Atenea, 2010) “La Comunidad Terapéutica se ofrece a personas con diferentes tipos de problemas para diversos perfiles que, en general, presentan una combinación especialmente letal de problemas sanitarios, sociales, psicológicos y morales” (p.21). Se entiende entonces que a una comunidad van a llegar todo tipo de sujetos y por ende es de suponer que también habrá diversos diagnósticos, o bien se puede decir, sujetos estructuralmente diferentes.

Sobre la noción de estructura Lacan (1993) afirma que “le prestemos atención. Tal como la hacemos jugar eficazmente en análisis, implica cierto número de coordenadas, y la noción misma de coordenadas forma parte de ella. La estructura es primero un grupo de elementos que forman un conjunto co-variante” (p.261).

Lacan divide al complejo de Edipo en tres tiempos cruciales, siendo en el último donde se termina de definir la estructuración del sujeto y más allá de las variables y/o presentaciones clínicas, será su estructura para el resto de su vida. Desde esta orientación, no se toma a ninguna de las estructuras como deficitarias, simplemente se las considera ordenadas psíquicamente de manera diferente (Bafico et al, 2008).

Así como expresan los testimonios del estudio del OAD anteriormente citados también se identifica otro común denominador de la personalidad adicta que se describe como

“Psicopática”. No en vano, en el Tratado de Psiquiatría de Henri Ey (1994), “las personalidades psicopáticas” y las toxicomanías están asociadas en un mismo capítulo.

Desde el psicoanálisis, en términos de estructura, la noción de psicopatía está ligada a la de perversión. Por lo tanto, surge la pregunta de si se puede hablar de una estructura perversa en los toxicómanos. Ante esto, no existe otra respuesta desde la disciplina del psicoanálisis más que en primer lugar habría que escuchar y ver cada caso, o sea, atender a la singularidad del sujeto.

En segundo lugar, si se diera la posibilidad de que todos los toxicómanos fueran perversos, no habría un abordaje posible.

De todas formas, desde el psicoanálisis se considera que las toxicomanías se pueden presentar en cualquiera de las estructuras. Esta afirmación implica que también habría que pensar que los sujetos de estructura psicótica, como cualquier otro, también pueden consumir abusivamente sustancias.

Si bien este trabajo no abordará en profundidad este tema, es cierto que hoy en día se diagnostica “Trastorno dual” cuando un sujeto es posible de ser diagnosticado con otra patología además de su adicción.

En el siguiente testimonio se puede apreciar una experiencia con estas características:

“Sí la cosa impulsiva en gente más joven y también con trastornos psiquiátricos que no terminan de compensarse, he perdido algunos que tenían trastornos importantes, y los más jóvenes pibes con antecedentes delictivos, con un control de impulsos que no se pudo restablecer entonces en un momento determinado bueno esto dispara toda una situación y se van.” (OAD, 2009, p.118)

Este tipo de situaciones ha generado que en los últimos años se hayan desarrollado nuevos dispositivos para separar a estos sujetos con doble trastorno de los que tienen solo uno.

Cabe aclarar que un sujeto consumidor problemático de sustancias que se encuentra estructurado psíquicamente en la psicosis puede no haber sufrido nunca una descompensación psiquiátrica, o incluso si la hubo, puede no haber sido diagnosticada.

Esto puede ser debido a que al existir un consumo problemático, se desvíe la atención para un diagnóstico acertado. En primer lugar, cualquier fenómeno elemental de una psicosis se puede asociar al consumo o a una intoxicación y se intentará hacer un abordaje en pos de una abstinencia. En segundo lugar, aunque suene paradójico, desde una

perspectiva psicoanalítica es posible plantear que el consumo puede estar ejerciendo un rol de compensación en la estructura del sujeto.

Dado que a la comunidad van a llegar todo tipo de sujetos se supone que, desde una mirada psicoanalítica, no todos presenten el mismo diagnóstico estructural. Por lo tanto, esto implicaría que cada sujeto puede estar anudado al consumo de drogas de manera diferente. Esta conclusión hace surgir la incógnita de si el tratamiento en comunidad terapéutica, tal como se ha desarrollado hasta ahora, puede ser potencialmente efectivo para cualquier sujeto.

3.2.4 - La efectividad de los tratamientos de adicciones y los pasajeros en tránsito.

Es importante destacar que en los tratamientos de Comunidad Terapéutica, así como también en otros de índole no-profesional como Narcóticos Anónimos, se adhieren al paradigma de la adicción como enfermedad crónica.

Por lo tanto, es a partir de esta última concepción que se desarrollan y sostienen los tratamientos de rehabilitación, justificando así tanto sus éxitos como sus fracasos.

No resulta fácil hallar datos confiables sobre la efectividad a largo plazo que pueden tener los tratamientos en comunidad terapéutica. Es posible también que sea un estudio engorroso de desarrollar dado que para obtener una muestra estadísticamente significativa habría que rastrear a un número considerable de personas de diferentes clínicas, que hayan estado en diferentes momentos y hayan pasado por algún tratamiento de este tipo.

En el estudio del OAD (2009), se hace una alusión a este aspecto: "En la mayoría de las instituciones visitadas, no se llevan estadísticas sobre la proporción de pacientes que abandonan. Salvo contactos informales, no se efectúa un seguimiento sistemático de quienes interrumpen su tratamiento" (p.107).

Uno de los puntos que trata esta evaluación del OAD refiere a la interrupción de los tratamientos. Los datos cuantitativos dan cuenta que en el momento de estar realizándose el estudio sólo el 35% de la cohorte analizada se encontraba por primera vez en un tratamiento. Teniendo en cuenta estos datos y el desarrollo de este estudio se puede interpretar que en un futuro lo más probable es que también la mayor parte de ese 35% transite nuevamente por uno o más tratamientos. Esta particularidad no es considerada como un fracaso sino que se describe como algo habitual dentro de esta problemática. Se la asocia a varias razones como el contexto familiar y/o social, pero principalmente este

fenómeno se lo explica como una de las consecuencias de ser una enfermedad crónica y los rasgos de personalidad característicos de la misma. El siguiente testimonio (OAD, 2009) lo ilustra claramente:

“Chicos que han hecho infinidad de tratamientos y que ya la reiteración de las comunidades es inútil, hay chicos que ingresan que tienen cinco o seis tratamientos y te diría que saben la estructura mejor que yo. Se encuentran con más de lo mismo.” (p.119)

¿Cómo se podría explicar este fenómeno desde una perspectiva psicoanalítica?

Como se expresa anteriormente en este trabajo, desde el psicoanálisis no se considera a las toxicomanías como una enfermedad. Es por esto que sería necesario hacer una lectura diferente de por qué ocurren estas idas y vueltas de los pacientes en los tratamientos de rehabilitación.

En el terreno de la Neurosis, resulta inevitable relacionar este fenómeno con el concepto de “Repetición”, uno de “Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis” según Jacques Lacan (Lacan, 1964).

De todas formas, para empezar a hablar de este concepto se debería recalcar en la obra de Sigmund Freud y su texto del año 1920 “Más allá del principio de placer”.

Es en esta obra donde el principal gestor de la teoría psicoanalítica comienza a dilucidar que el sujeto neurótico (o bien podríamos decir la pulsión), no sólo está regido por el placer, sino también por otras acciones que inevitablemente le traen sufrimiento y a pesar de esto se las repite severamente (Freud, 1920).

Este es uno de los virajes fundamentales en la construcción de esta disciplina y es menester relacionarlo con el tema central de esta monografía.

Se dan varias razones para que esto ocurra, pero principalmente es en la clínica misma donde Freud empieza a ver fenómenos de esta índole, como en las “Neurosis traumáticas” o “de guerra” e incluso en el juego infantil donde observó cómo los niños solían repetir las vivencias displacenteras.

“Si en la neurosis traumática los sueños reconducen tan regularmente al enfermo a la situación en que sufrió el accidente, es palmario que no están al servicio del cumplimiento del deseo, (...)” (Freud, 1920, p.31).

Esta cita esclarece como de a poco se va incorporando otra noción a la teoría psicoanalítica y de hecho, se podría decir que todo lo que conlleva ese “más allá del principio de placer”, pasará a ser un concepto elemental para la clínica.

Para ese entonces, el concepto de Pulsión todavía no estaba del todo desarrollado y posteriormente en su obra y la de sus sucesores sufriría varias modificaciones esenciales. Sin embargo, esto no fue impedimento para relacionar este concepto con el de Repetición: “Ahora bien, ¿de qué modo se entrama lo pulsional con la compulsión de repetición? Aquí no puede menos que imponérsenos la idea de que estamos sobre la pista de un carácter universal de las pulsiones (...)” (Freud, 1920, p.36).

Es así entonces que esta relación Repetición-Pulsión queda instaurada para el resto del desarrollo de la teoría y fue Lacan quien terminó de darle una nueva lectura a la lógica del campo pulsional. (Lacan, 1964). Para Freud “las pulsiones” funcionaban de una manera simétrica, de actividad-pasividad, como *ver-ser visto* o *pegar-ser pegado*. “Esta gramática en espejo condujo justamente a pensar que sadismo y masoquismo eran simétricos e inversos, al igual que exhibicionismo y voyeurismo” (Miller y Laurent, 2005, p.384).

En cambio para la orientación lacaniana la lógica es bastante diferente ya que para estos autores la pulsión hace un movimiento circular, que empieza y termina en el mismo lugar, o dicho de otra manera es el mismo cuerpo (propio) que ocupa a la vez el lugar de la fuente y el lugar de satisfacción (Miller y Laurent, 2005).

Esta lectura sirve para pensar la relación del sujeto consumidor con la sustancia: no hay un otro que ejerza una fuerza o lo someta a consumir. No es la “maldita pasta base” la victimaria del supuesto padecer del toxicómano, ésta es simplemente un mero objeto inanimado. ¿No será entonces que es su pulsión misma la que se satisface en él?

Otro aspecto fundamental a destacar en la evolución de este concepto es que si bien en algún momento se habló de pulsiones parciales, hoy en día desde la orientación lacaniana se considera que la pulsión siempre se satisface, lo cual no es un hecho menor para pensar en ésta y otras problemáticas de los sujetos (Dassen, 2004).

Más allá de esta reseña histórica de los conceptos, es visible la conexión entre estos y lo que pasa con el sujeto que llega a internarse en una clínica de rehabilitación de adicciones. Desde esta perspectiva, se podría decir que re-establecer las conductas de los sujetos como se promueve desde las comunidades terapéuticas sería un intento de “ponerle un ritmo a la pulsión” (Naparstek, 2005, p. 55).

El inconveniente surge a partir de que el sujeto inicia por primera vez un tratamiento entrará en un constante arme y desarme de su síntoma. Dicho de otra manera, dejará y retomará su consumo las veces que su pulsión siga fijada en ese objeto representante.

Sobre este tipo de tratamientos de comunidad terapéutica y su relación con el concepto de pulsión, Naparstek (2005) hace una lectura al respecto:

Las terapias conductuales parten de la idea de que es factible domeñar los instintos y las conductas casi como si se tratara del instinto animal del cual Freud se encarga de separar la pulsión humana. La toxicomanía muestra muy bien este aspecto pulsional e indomable de la conducta. Para Freud la pulsión no aprende y el niño pone el dedo en el enchufe y contra todo sentido común se ve tentado de ponerlo nuevamente y cada vez quiere más de eso. (p.55)

En suma, este tipo de abordajes no parecen ir en paralelo con ciertos conceptos psicoanalíticos como el de Pulsión. Miller y Laurent (2005) aclaran: “Nos topamos con nuevos síntomas, nuevos fantasmas, pero hasta ahora no hay nueva pulsión” (p.380).

La demanda

Otro aspecto a destacar como causante de la entrada y salida de los sujetos es la construcción de la demanda. Aparentemente, es habitual que la demanda no sea del todo clara y el sujeto llega a la situación de internación forzado más que nada por su entorno. Cuando esto ocurre, tanto en las comunidades terapéuticas como en la clínica psicoanalítica, lo más probable es que no haya una continuidad en el tratamiento. Así lo expresa el siguiente testimonio del estudio del OAD (2009):

“La mayoría de los abandonos son generalmente al principio del tratamiento y tiene que ver con la baja demanda del tratamiento concretamente, donde muchas veces chicos cuando llegan acá vienen obligados por los familiares; la no adaptación puede ser una causa de deserción.” (p.112)

Se puede entender también que en varios de estos casos el pasaje por una institución sea un intento por retomar algún aspecto perdido de su vida o por no llegar a una situación peor, pero no necesariamente para dejar de consumir:

“En etapa de admisión sí, de cada tres que entran, uno o dos se van...Nunca dejaron la cultura ni el deseo de drogarse, se internan un par de días de la calle, y en cuanto se les pasa se van.” (p.113)

Estos testimonios ilustran que los sujetos pueden iniciar un tratamiento por diversas causas. Sin embargo, este hecho no implica que siempre haya una necesidad real de abandonar el consumo. En otras palabras, en estos casos no hay demanda concreta ni construible y, por lo tanto, no hay tratamiento posible:

“Es una parte más del tratamiento porque como regla general abandonan, recaen, vuelven a intentarlo hasta que en algún momento dan con un tratamiento donde, no es el tratamiento, es la capacidad del paciente de darse cuenta de que quiere dejar ese estilo de vida pero el abandono se me ocurre casi siempre es como una regla dentro de los primeros tratamientos.” (p. 107)

En conclusión, este último testimonio del estudio del OAD (2009) desprende que el abordaje de las toxicomanías no depende de lo que puedan hacer las distintas disciplinas como la psiquiatría o los centros de rehabilitación, más bien depende del sujeto y los movimientos que pueda hacer con su síntoma.

El toxicómano sabe muy bien que se está matando con lo que hace, no hace falta aclarárselo, sin embargo no deja de hacerlo. La toxicomanía no es tontería, es la pulsión que empuja a una satisfacción paradójica. Se ve que pensar las cosas de una manera o de otra separa aguas en términos de una terapéutica posible y de la eficacia de cada una de ellas. (Naparstek, 2005, p. 55)

4 - APROXIMACIÓN A UN POSIBLE ABORDAJE EN LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA

4.1 – De la generalización a la singularidad: Las toxicomanías como una no-entidad

Existe una clara inclinación a generalizar a las toxicomanías como una entidad única. Esta cuestión implica que los abordajes predominantes, como los de la Psiquiatría y los de Comunidad Terapéutica, se aboquen a ciertos modelos para el tratamiento de todos los sujetos toxicómanos por igual. Esto quiere decir que cualquier sujeto que se presente como consumidor problemático de sustancias recibirá el mismo tratamiento sea cual sea su orden psíquico.

En la clínica psicoanalítica de orientación lacaniana, en tanto, se intenta un abordaje distinto. Sinatra y Tarrab (2000), lo explican de esta manera:

Lo particular de cada caso, es una de nuestras exigencias para afrontar el tema de la toxicomanía en nuestra época, época de generalización, de homogeneización, de globalización. Y al hacerlo, ponemos en marcha una suposición que tiene consecuencias clínicas precisas. Cual es la de suponer más allá de la droga, el drama subjetivo al que la droga viene responder con mayor o menor éxito. (p.148)

Uno de los aspectos que expresa la cita es algo que se viene desplegando a lo largo de este trabajo: el contraste que existe entre de la clínica de lo singular y los modelos de tratamientos que predominan hoy en día.

Es preciso saber qué lugar ocupa la sustancia en el sujeto, qué es lo que se juega en torno a esa adicción, precisamente porque no en todos ejerce la misma función, ni en todos parte de una misma causa.

Desde la clínica psicoanalítica se pueden encontrar menciones sobre los abordajes institucionales, como los de comunidad terapéutica, haciendo notar sus dificultades. Una de estas estaría en ofrecer, de parte de la institución, su ayuda a “drogadictos”, invitando sobre todo a los más jóvenes a curarse del “flagelo de la droga”. En este acto de llamarlos se los nombra, identificándolos, ahora desde la institución, con su condición de satisfacción. La misma que precisamente habría que tratar de cuestionar. No parece ser la intención del psicoanálisis desautorizar y desconocer este tipo de centros de asistencia. Más bien se

intenta incorporar las condiciones ofrecidas en las instituciones y “contar con ellas desde cada psicoanálisis para responder adecuadamente, ponderando sus consecuencias caso por caso (Sinatra et al., 1993, p. 30).

El psicoanalista Jaques Alain Miller (Sinatra et al., 1993) se cuestiona sobre la demanda que el toxicómano puede tener respecto al psicoanálisis. Sin embargo, en los casos de que esto así fuera, lo importante pasará por cómo el analista se enfrente a este síntoma.

En el caso de los profesionales que, desde un supuesto abordaje psicoanalítico, ofrecen tratamiento a los denominados “drogadictos”, el problema pasaría por no cuestionar esa identidad. En otras palabras aceptar ese nombre con el que alguien se designa podría significar que se produzca una complicidad entre analista y analizante en no querer saber de “eso” (Sinatra et al., 1993).

Al respecto, Miller (Sinatra et al., 1993) aclara:

En todos los casos, la posibilidad del análisis pasa por el esfuerzo de deshacer la identificación bruta al “yo soy toxicómano”. Todo lo que refuerce esa identificación está contraindicado – es menester que aparezca para el sujeto no como necesaria sino como contingente. (p. 20)

Para el dispositivo analítico no se trata de un problema moral por lo que no se intenta “culpabilizar” al sujeto, así como tampoco poner en la “droga” la causa de todo lo que le sucede a este. Lo que se trata es de “responsabilizarlo”, de que mediante el juego del lenguaje el paciente se pueda empezar a incluir en eso que le pasa y sepa la verdadera razón de su sufrimiento (Sinatra et al., 1993).

4.2 – La función toxicómana

La función toxicómana refiere a lo que la relación de un sujeto con una droga puede ejercer según la estructura clínica en la que este esté inscripto. Dicho de otra manera, la droga no siempre responderá a los mismos problemas en todos los sujetos. Esta cuestión justamente es lo que implica que para el psicoanálisis de orientación lacaniana no se considere a las toxicomanías como una estructura clínica en sí misma (Sinatra et al., 1993).

Sinatra (1993) lo ejemplifica de la siguiente manera:

Utilizar una droga prohibida puede ser el modo que encuentre en la ocasión un sujeto histérico para denunciar los semblantes del amo moderno, encarnado en cierta figura de autoridad; también podrá ser el modo que un sujeto perverso instrumente para intentar hacer gozar al Otro, aún pagando el precio de una golpiza casi mortal; o bien el modo elegido por un sujeto psicótico para incluirse en el lazo social que instituye el discurso del amo, para ser nombrado desde allí y atemperar de ese modo su desanudamiento. (p. 31)

Históricamente ha habido una relación entre el consumo de sustancias y la “psicopatía”, más conocido hoy en día como “trastorno antisocial de la personalidad”.

Si bien existe la posibilidad que estos sujetos, con distintos fines, elijan y sean aceptados en los tratamientos como los de comunidades terapéuticas, no es posible que encuentren un abordaje en la clínica psicoanalítica.

No es habitual que los sujetos estructurados en la perversión consulten a un analista. Para estos, no hay algo cuestionable sobre su subjetividad, “la única ley que le reconoce al deseo es la ley imperativa de su propio deseo, y no la del deseo del Otro” (Bafico et al., 2008, p. 47).

Las Neurosis y las Psicosis, en cambio, sí son habituales en la consulta psicoanalítica. Sin embargo, su abordaje no es el mismo. Incluso, teniendo en cuenta las toxicomanías, se entiende que la relación con la sustancia, en una y otra estructura, puede ser totalmente diferente.

Es cierto que siempre se asocia la estructura psicótica a la patología psiquiátrica pero eso no es una condición sine qua non. Esto ocurre debido a que se tiende a ver a la psicosis solo cuando esta estructura se descompensa, desencadenando los fenómenos elementales de las patologías descriptos en los manuales de psiquiatría.

Por lo tanto, si el sujeto no presenta estos fenómenos elementales, no resulta fácil distinguir una estructura de la otra. De ahí también la necesaria importancia de las entrevistas preliminares y la minuciosidad en el diagnóstico estructural. En caso de presentarse un sujeto de estructura psicótica se debería obrar por sostener al sujeto. Esto implica una particular precaución en la interpretación. Se entiende que si se interviene en la psicosis de la misma forma que una neurosis se puede llevar al sujeto a la descompensación (Bafico et al., 2005).

4.3 – El goce y su relación con el objeto droga

En la orientación lacaniana el concepto de goce tiene un papel fundamental en la clínica. Tiene que ver con la pulsión, la que siempre se satisface, seamos conscientes de ello o no. Justamente, se trata de un proceso netamente inconsciente.

El término goce se viene forjando desde que Lacan (1964) habló de “Tyché y Automaton”, como un encuentro con lo real que se repite insaciablemente, o incluso más atrás en el tiempo de Freud (1920) en “Más allá del principio de placer”.

Si bien no todos los goces son iguales y el del tipo toxicómano no siempre es patológico, la mayoría de los que llegan al punto de la internación o a vivir en situación de calle tiende a serlo, ya que el sujeto suele dejar de hacer todo lo que refiere a su cotidianeidad, como pueden ser sus relaciones sociales o amorosas, su actividad laboral y/o estudiantil e incluso llegar al punto de delinquir para hacerse de su consumo. Como dice Miller y Laurent (2005): “...se trata de un goce más allá del amor a la vida” (p.375).

Parece preciso para estos psicoanalistas relacionar este concepto con las toxicomanías. Sin ir más allá Miller (Sinatra et al., 1993) expresa lo siguiente:

La droga aparece como un objeto que concierne menos al sujeto de la palabra que al sujeto del goce, en tanto permite obtener un goce sin pasar por el Otro. La experiencia toxicomaniaca parece hecha en efecto para justificar el uso que hacen algunos de entre nosotros del término goce como distinto del de placer. (p.16)

Se habla de la experiencia toxicomaniaca como un deseo hipertrofiado de obtener placer y precisamente es esto lo que de alguna manera justifica la introducción del término goce para describir ese exceso de satisfacción que se la podría relacionar con lo que alguna vez se denominó como pulsión de muerte (Sinatra et al., 1993).

Desde la experiencia analítica de estos autores, se puede encontrar “el recurso a la droga como salida de la angustia, como salida de la angustia frente al deseo del Otro, con el fin de apartarse de ello” (Sinatra et al., 1993, p. 17-18).

En un análisis, el goce se sostiene de la palabra, ese objeto que proviene del sujeto supuesto de saber, es decir, el analista. En cambio en la toxicomanía el sujeto espera el objeto, producto de una industria. Es por esto que Miller (Sinatra et al., 1993) expresa que “en el fondo el analista debería ser un “dealer” de la droga de la palabra” (p. 20).

5 - CONSIDERACIONES FINALES

En tiempos en que se demanda cada vez más rapidez y efectividad a la hora de resolver los problemas, parece claro que, debido a los avances de la industria psicofarmacológica y el desarrollo de manuales cada vez más sofisticados, la Psiquiatría sea la que acapare la mayor parte de la demanda vinculada a dificultades con el abuso de sustancias.

En este marco, el psicoanálisis, que apunta a una clínica de lo singular utilizando el lenguaje como medio y es conocida generalmente como una disciplina que demanda mucho tiempo y dinero a los pacientes, no parece ser la alternativa adecuada en los tiempos que corren.

Por otra parte, a mitad de camino entre estas dos disciplinas, pero visiblemente influenciadas y recomendadas por la Psiquiatría, entran en juego las comunidades terapéuticas, alternativas frecuentemente elegidas y que tienen un marco teórico global de referencia en un modelo Americano (más estructurado y normativo, con bases teóricas próximas a la modificación de conducta, a re-establecer las conductas de los sujetos, y al movimiento de autoayuda) y un referente Europeo, basado en la psiquiatría comunitaria y el aprendizaje social (Llorente del Pozo y Fernández Gómez, 1999).

Sin embargo, no resulta fácil hallar datos confiables sobre la eficacia a largo plazo que poseen los tratamientos en comunidad terapéutica. En relación a este punto, el estudio del OAD deja en claro, incluso estando a favor de este tipo de tratamientos, que aún están muy lejos de ser un abordaje de adhesión y efectividad universal.

El psicoanálisis, desde su perspectiva, ha desarrollado un amplio marco teórico con respecto a las toxicomanías, elaborando una explicación más profunda al respecto, con considerables argumentos sobre lo que ocurre en los sujetos inmersos en el consumo abusivo de sustancias, así como también otra manera de abordaje clínico.

Para el psicoanálisis, uno de los problemas en los tratamientos de toxicomanías pasa por la inclinación a generalizar a las mismas como una entidad única, dado que todos los sujetos recibirán el mismo tratamiento sea cual sea su orden psíquico.

Desde la perspectiva psicoanalítica, en cambio, es fundamental conocer el diagnóstico estructural del paciente, saber qué lugar ocupa la sustancia, qué es lo que opera en torno a esa adicción, justamente porque no en todos los sujetos ésta ejerce la misma función, ni en todos parte de una misma causa.

En cualquier caso, la propuesta no es desacreditar a las comunidades terapéuticas. De hecho, uno de los elementos contemplados podría ser la incorporación, en un abordaje psicoanalítico, de las condiciones ofrecidas en estas instituciones, sin dejar de lado lo singular de cada sujeto y todo lo que esto pueda implicar.

Es importante resaltar que la problemática no debe ser reducida a un problema moral, culpabilizando al sujeto o a la “droga” como la causa de todo lo que le sucede a éste. De lo que se trata es de responsabilizarlo, logrando que mediante el juego del lenguaje el propio paciente se incluya en lo que le pasa y conozca el verdadero motivo de su padecimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bafico J., Cabral E., Gonzalez M. (2008) *Introducción a la Teoría Lacaniana*. Montevideo: Editorial Psicolibros

Bafico J., Giorgi M., Gonzalez M., Ojeda A. (2005) *El entramado de la locura. Unaperspectiva psicoanalítica*. Montevideo: Editorial Psicolibros

Dassen F. (2004) *Actualidad de la clínica psicanalítica*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia. Disponible en <https://goo.gl/KzWk80>

DSM IV (1995) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Ed. Masson, S. A.

Freud, S. (1920) *Más allá del principio de placer. Obras Completas*, vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu Editores

Fundación Manantiales (s.f) Sitio institucional. Disponible en <http://goo.gl/AhswYx>

Fundación Atenea (2010) *La metodología de la comunidad terapéutica*. Edición a cargo de Domingo Comas Arnau. Disponible en <http://goo.gl/NkoORo>

Lacan, J. (1955) *El seminario Libro 3. Las Psicosis*. Texto establecido por Jaques Alain Miller. Buenos Aires: Editorial Paidós

Lacan, J. (1964) *El seminario Libro 11. Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis*. Texto establecido por Jaques Alain Miller. Buenos Aires: Editorial Paidós

Lacan, J. (1972-1973) *El seminario Libro 20. Aún*. Texto establecido por Jaques Alain Miller. Buenos Aires: Editorial Paidós

Lacan, J. (1975-1976) *El seminario Libro 23. El Sinthome*. Texto establecido por Jaques Alain Miller. Buenos Aires: Editorial Paidós

Lacan, J. (2011). *Escritos 2*. Buenos Aires: Editorial Siglo Veintiuno

Le Poulichet S. (1996) *Toxicomanías y psicoanálisis. Las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Llorente del Pozo J.M., Fernández Gómez C.(1999) *Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro*. "Adicciones" Revista versión online, vol.11 núm. 4, 329-336. Disponible en <http://goo.gl/krcP4E>

Millier J.A. y Laurent. E. (2005) *El otro que no existe y sus comités de ética*. Texto establecido por Graciela Brodsky. Buenos Aires: Editorial Paidós

Naparstek F. (2005) *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*. Buenos Aires: Editorial Grama

National Institute of Health (2010) *Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones*. Estados Unidos. Disponible en <https://goo.gl/ppnkRJ>

Observatorio Argentino de Drogas (2009) *Evaluación de tratamientos en pacientes por abuso de sustancias*. Buenos Aires. Disponible en <http://goo.gl/rRvRix>

Sanchez Turet M. (1991) *Drogodependencias: aspectos terminológicos y taxonómicos*. Anuario de Psicología Núm. 49. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Disponible en <http://goo.gl/jtcl1b>

Sinatra E. S., Sillitti D., Tarrab M. (comp) (1993) *Sujeto, goce y modernidad. Los fundamentos de la clínica*. Buenos Aires: Editorial Atuel

Sinatra, E. y Tarrab M. (2000) *Más allá de las drogas - Estudios Psicoanalíticos*. Buenos Aires: Editorial Plural

Sinatra, E. (2010) *¿Todo sobre drogas?*. Buenos Aires: Grama Ediciones