

Toxicomanías

Lic. Fanny Lemos

Reflexiones sobre el concepto

Es fundamental a la hora de hablar sobre la temática del consumo de sustancias, empezar por considerar que es una construcción socio histórica y que por dicho motivo, debe ser pensada y analizada desde la época en la que estamos situados; teniendo en cuenta los *imaginarios o representaciones sociales* que existen en relación a la cuestión del complejo problema de las llamadas *drogas*.

Debemos reflexionar, como profesionales de la salud, acerca de que preconcepciones rondan en la sociedad en general y dentro de la comunidad científica, en particular, acerca del *consumo problemático de sustancias*, para así poder realizar una construcción mas objetiva y desnaturalizadora de la situación.

Sabemos que la sociedad en la que vivimos se caracteriza por una mirada nostálgica del pasado en cuanto a la visualización del futuro, donde las relaciones y los afectos han pasado a ocupar un lugar secundario para el sujeto que se ve obligado a cambiar constantemente de trabajos, lugares, vínculos y objetos. El tiempo en nuestra época está valorado como un capital que caracteriza a las relaciones entre sujetos. Todo cambia rápidamente sin pausa para pensar o reflexionar sobre ello. Las relaciones son, entonces, de mayor labilidad o como las llama S.Bauman *liquidas*, y se caracterizan por diluirse en el tiempo. Este autor plantea, de hecho, que en la postmodernidad la Familia es una de las *“instituciones zombis”*¹ que están muertas y al mismo tiempo aun vivas, y las configuraciones; las estructuras de dependencia e interacción fueron fundidas y remodeladas en un proceso que él llama de *“romper el molde”*² que conlleva salir de la época de los grupos de referencia para adentrarnos en la era de la comparación universal que pasa por cambios profundos y numerosos; y continua a lo largo de toda la vida de los sujetos. Cuando se escucha decir que “no hay tiempo para esperar” o que “en nuestra época estas cosas no pasaban” entre otras frases repetidas, podemos inferir cuales son las representaciones sociales que flotan en la población acerca de nuestro tiempo y sus circunstancias. No olvidemos que nuestra sociedad es una sociedad de consumo, donde el YO se impone por encima del nosotros; y donde además el sujeto se ve empujado hacia la perentoriedad de obtener “todo” o la mayor cantidad posible (de bienes/objetos, trabajos, relaciones, dinero, etc.) en la menor cantidad de tiempo y a condición de lograr con ello la *inclusión social*; paradoja de la imposibilidad que se verá reflejada según la configuración psíquica singular de cada sujeto, en relación a la configuración de su estructura familiar y al contexto donde se desarrolla; y que mostrará sus consecuencias en cada nivel de la vida de dichos sujetos.

Si nos adentramos en la temática del consumo problemático de sustancias o toxicomanías, nos encontramos con muchos de estos imaginarios donde se relaciona numerosas veces la

¹ Bauman, Zygmunt. Modernidad líquida. Prologo. 2009

² Idem anterior.

vulnerabilidad social y/o económica como algunos de los factores preponderantes para constituir a un sujeto como consumidor problemático de tales o cuales sustancias. Sucede que como estos son “prejuicios” no tienen fundamento lógico sino que se han *instituido* o naturalizado dentro de nuestra sociedad a través de tomar algunos ejemplos y generalizarlos; pero es sabido que éstas variables son solo algunas, entre otras, de las cuales debemos estar anoticiados para poder ubicar como arman una historia sobre las relaciones que el o los sujetos establecen con el objeto/droga en cuestión.

De esta manera, consideramos que para hacer un análisis en la complejidad que implica dicha problemática social deben pensarse a los consumos desde un punto de vista *relacional*, donde los elementos o *subsistemas* a tener en cuenta son *el sujeto, el objeto o actividad de consumo y el contexto en el cual se establece la relación*. Tomo aquí a la Lic. Graciela Touzé³ quien recoge de los expertos españoles Comas Arnau y Arza Porras la definición del fenómeno desde un Modelo multidimensional donde la Sustancia es el elemento material, la Organización social es el marco donde se produce la relación de la sustancia con el sujeto y los Procesos individuales del sujeto son la posición que éste toma ante la sustancia. Los autores refieren que los efectos de una sustancia no tienen que ver solamente con las características farmacológicas de la misma, sino además con las características del sujeto que la consume, el contexto donde se produce esa relación entre sujeto y sustancia y el momento histórico en que ocurre la interacción.

En relación a éste planteo el Plan Nacional de Salud Mental define al Consumo problemático de sustancias como un consumo *“que atenta contra la salud y la construcción de proyectos de vida de las personas. Esto puede darse en los diferentes niveles de consumo (uso, abuso y/o adicción) y con independencia del tipo de sustancia consumida (legal y/o ilegal). Desde esta perspectiva la posibilidad de que el consumo de una sustancia genere mayor o menor problema para la persona o para la comunidad, se halla relacionada no con las propiedades inherentes a la sustancia, sino fundamentalmente con el vínculo que la persona establece con la misma en una determinada circunstancia vital”*⁴

Fundamento de los tratamientos posibles:

Haciendo una revisión encontramos que en nuestro país actualmente coexisten diferentes modalidades de tratamiento o abordaje de los consumos problemáticos de sustancias. Podemos encontrar modelos basados en la matriz Prohibicionista-Abstencionista, otros de Abordaje Psicosocial; y los Socioculturales que se centran en la Reducción de Daños; por nombrar algunos de los más reconocidos.

El primer modelo se fundamenta en dos lógicas edificadas en la noción de conducta desviada: la primera lógica es la Punitiva que considera al consumo de sustancias como un comportamiento criminal y peligroso para sí y para terceros y, que pretende, por ello, su control. La segunda es la lógica Medico sanitaria que se funda en argumentos psiquiátricos y psicológicos; desde donde la prohibición del consumo parte de la representación del orden “normal” de los cuerpos y las

³ Touzé, G. Las adicciones desde una perspectiva relacional. En: Programa Nacional de Educación y Prevención sobre las adicciones y Consumo indebido de Drogas. Programan de Formación Permanente “Nuestra Escuela”. Curso virtual: Cuidado y Prevención de adicciones en el Ámbito Educativo. 2015

⁴ Plan Nacional de Salud Mental. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. 2013

personalidades; y como tal, busca la cura. Este modelo va acompañado de la intervención Ética jurídica que categoriza al consumo de drogas como un delito que debe ser castigado; tomando como único referente a la sustancia consumida, lo cual conlleva la criminalización y estigmatización de los usuarios de sustancias. Como estrategia preventiva, este modelo apunta a divulgar las consecuencias terribles que genera la utilización de sustancias prohibidas con la orientación de evitar dicho consumo.

Si el médico se ubica en este modelo de intervención estará considerando al sujeto que consume como un “enfermo” al que hay que curar- lo cual incluye diagnosticar, prescribir y tratar- para luego reinsertarlo en la sociedad; dichas intervenciones se apoyan en el consejo e información más que en la escucha personalizada de la historia del sujeto a tratar. Incluso la prevención se orienta a la abstención del uso de sustancias, aunque no desde la amenaza de sanción sino proporcionando información sobre los daños que produce dicho consumo; siendo el tratamiento la eliminación del agente activo mediante la desintoxicación o deshabitación.

Para dar un ejemplo podemos mencionar a la asociación conocida como Alcohólicos Anónimos, entre otras; se encuentra dentro de esta postura abstencionista que comparte la visión de una “detención” de la enfermedad basada en la motivación por dejar el consumo; sostenida por el acompañamiento de otros consumidores de la misma sustancia que ubican el problema que acarrea en todos los niveles de la vida; y se proponen combatirlo compartiendo su experiencia de manera grupal.

Dentro del modelo Psicosocial encontramos que el enfoque está puesto en el sujeto; y el interés de abordaje se centra en el vínculo que establece la persona con la sustancia. Aquí el sujeto es un “enfermo” pero la adicción no es en sí misma una enfermedad, sino la manifestación de un malestar psíquico; introduciendo la categoría de síntoma para considerar el fenómeno de la adicción. Dicho enfoque enfatiza la importancia que tiene la familia como responsable de la socialización primaria y considera a los grupos de pertenencia como factores también determinantes. Las intervenciones terapéuticas aquí no buscan solamente la eliminación del consumo sino el tratamiento de aquellas situaciones personales y/o familiares, que se consideran causales del problema; con lo cual se promueven actitudes de autocuidado y de mejoramiento de las relaciones interpersonales.

Por último tenemos al modelo Sociocultural que considera a los factores culturales y socio económicos (desigualdad, marginación, desempleo, abandono escolar, entre otros) como determinantes en el consumo de sustancias, con lo cual se asocia dicho consumo con poblaciones marginales. Desde dicha postura se habla de síntomas sociales como manifestación de las “disfunciones” del sistema; y los programas de Reducción de Daños implementados en la última década parten de este modelo. El supuesto que subyace a nivel preventivo considera que si disminuye la situación de conflicto y desigualdad social, disminuirá la demanda de sustancias; con lo cual la prevención pasa por la justicia social. Se proponen por lo tanto; garantizar el acceso de todos a la información y a la prevención; facilitar el contacto de los usuarios de sustancias con las instituciones de salud; mejorar la situación familiar, laboral y social del usuario; y además intenta evitar los costos sociales e individuales que acompañan a la penalización de las drogas. Todo esto apoyándose en las redes sociales y territoriales de los

sujetos; sobre la apuesta de desarrollar y utilizar los recursos locales. En nuestro país, las instituciones más importantes ubicadas en este enfoque son organizaciones de la sociedad civil, tales como Asociación de Reducción de Daños de la Argentina (ARDA) y Asociación Intercambios.

El Sedronar tiene varias propuestas vigentes de las cuales podemos mencionar a las Casas Educativas Terapéuticas (CET) y los Centros Preventivos Locales de Adicciones (CePLA). El primer dispositivo se enmarca en la Ley N° 26.934 sobre Consumos Problemáticos sancionada el 30 de abril de 2014; y el plan denominado *Plan integral para el abordaje de Consumos problemáticos (IACOP)* que establece pautas para la realización de políticas públicas del Estado con el fin de fortalecer los vínculos comunitarios en pos del ejercicio del derecho, promoviendo la participación conjunta a través de “Dispositivos especiales de integración” entre sociedad civil, instituciones públicas y Estado. Dichos CET se proponen asistir a los sujetos desde un abordaje integral tomando en consideración nuevas formas de tratamiento multidisciplinar, inter e intradisciplinar; siempre sobre el eje de considerar al individuo como un sujeto de Derechos. Este nuevo Modelo de Atención Integral, esta por sobre el Modelo Médico Sanitario, que consideraba al individuo como un sujeto pasivo coaptado por la sustancia- también llamado paciente- donde las sustancias eran el eje de los tratamientos de las llamadas “adicciones”. El nuevo enfoque toma conceptos de la Medicina social, desde la cual se ubica a la salud como una *cuestión social*, “por lo cual los vínculos que se generan entre sectores sociales como la familia, la comunidad, la escuela, el mundo del trabajo y las instituciones públicas son la base fundamental para el desarrollo de los procesos de tratamiento”.⁵

La Ley N° 26.657 de Salud Mental sancionada en el año 2010, y su Decreto reglamentario N° 603/13 que regulan la protección de los Derechos de las personas con padecimiento de Salud Mental plantea un nuevo paradigma diferente al existente, con la intención de pasar de un modelo centrado en la exclusión a otro fundado en la integración, pensando en saltar de un espacio institucional cerrado al espacio comunitario abierto, del enfoque apoyado en la enfermedad y la peligrosidad a otro basado en el concepto de sujeto de Derecho en su proceso de integración social, fundado en el resguardo o restitución de sus derechos. Esta normativa aborda las problemáticas de consumo de sustancias como parte de las políticas de salud mental que tienen como objetivo favorecer el acceso a la atención de las personas en dichas condiciones haciendo foco en la singularidad del sujeto. Implica a su vez una responsabilidad colectiva que involucra una participación más activa de todos los sujetos comprendidos en la temática, no solo del sector de la salud, sino de los ámbitos relacionados con la vivienda, educación, empleo digno y la accesibilidad, es decir un abordaje intersectorial. Con lo cual, la implementación requiere desarrollar sistemas de atención comunitaria, dispositivos de atención en crisis en Hospitales Generales y de reducción de daños, con articulación en Casas de Medio Camino u Hospitales de Día; y además la revisión del rol que tienen las instituciones con cierto grado de clausura, como son las Comunidades terapéuticas y los Hospitales Psiquiátricos.

Por lo tanto, las CET se establecen como dispositivos abiertos a la comunidad que buscan articular los tratamientos individuales y las actividades sociales, laborales, y formativas que se

⁵ Manual Cet. Centros educativos terapéuticos. Sedronar. Presidencia de la Nación. Pág. 8

desarrollan allí mismo, vinculándose con las redes comunitarias y la participación de los actores territoriales que se hallan implicados tanto en la Promoción de la salud como en la Atención y Prevención del consumo problemático de sustancias. Los tratamientos establecidos se conciben desde una *perspectiva terapéutica-educativa* que plantea varios objetivos para el individuo afectado por el consumo de sustancias: la deshabitación del consumo y motivación para la realización de prácticas saludables; autoconocimiento personal y trabajo sobre la resolución de problemas; desarrollo de la autonomía, responsabilidad, incorporación de normas y límites, y elaboración de un proyecto de vida personal y comunitario. Así mismo, se evalúa antes de dar comienzo a un tratamiento: la gravedad del consumo, los recursos personales, familiares y sociales y el historial de tratamiento realizado; basándose en la concepción de que no existe un tratamiento apropiado para todas las personas sino que un sujeto puede requerir diferentes combinaciones de dispositivos o tratamientos.

Los tratamientos tienen 3 dispositivos básicos: terapia individual, grupal y familiar; todas ellas pensadas en relación a la posibilidad de trabajar sobre la resolución de conflictos personales y vinculares en torno al consumo de sustancias. El equipo de trabajo de la dimensión terapéutica está compuesto por un grupo interdisciplinario -psicólogos, psiquiatras, médicos generalistas, trabajadores sociales y operadores dispuestos por el Programa de médicos comunitarios del Ministerio de Salud de la Nación. A su vez, se cuenta con docentes, talleristas y capacitadores para el complemento formativo y recreativo. El objetivo general es generar un cambio en la posición subjetiva en relación al consumo, pensando en que la persona pueda implicarse y responsabilizarse de sus actos, para desde allí realizar la búsqueda de una permutación en sus relaciones vinculares y sociales.

En cuanto a los CePLA que se dedican a la población joven, entre 12 y 24 años, podemos referir que se trata de espacios de Prevención y contención, donde se realizan actividades de recreación, formación, concientización donde *“el acompañamiento y el empoderamiento de los adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad social es lo esencial”*⁶. La idea de base es la construcción y fortalecimiento de un proyecto de vida factible a partir del empoderamiento personal y comunitario; para lo cual el CePLA debe constituirse como un lugar de pertenencia para cada joven, donde a partir del encuentro con otros pueda construir lazos de confianza y sostén. Se incluyen en este proyecto talleres vivenciales, de inclusión laboral o profesional, y actividades deportivas, entre otras propuestas.

Abordaje del sujeto desde el Psicoanálisis:

Lo que vimos hasta aquí en relación al tratamiento del Consumo problemático de sustancias hace hincapié en el sujeto que consume apostando a un cambio de posición desde la “conciencia” del individuo. Ahora bien, debemos pensar que cuando un sujeto se presenta a tratamiento psicológico, lo hace desde una posición donde la “droga” se muestra como una solución a su problema; no puede dejar de consumir porque cada vez que le surgen inconvenientes familiares, sociales o laborales recurre al consumo de la sustancia de preferencia.

⁶ Manual CePLA. Centros Preventivos Locales de Adicciones. Sedronar. Presidencia de la Nación. Pág. 6

Partiendo de la concepción de que la sustancia consumida tapa la “falta” estructural del sujeto, también llamada castración; para la clínica del Psicoanálisis, entonces, es fundamental poder despertar en el sujeto que consulta una *pregunta* posible acerca de su consumo; que éste pueda por fin ser cuestionado. Con ello el objetivo es generar un interés por el Saber de parte del sujeto; y para que ello ocurra es necesario que haya una “pérdida” de sentido (Ejemplo: me drogo porque estoy disconforme con la vida que llevo); para que se abra un sin sentido que motorice el querer saber sobre su goce particular. Sabemos que el *efecto sujeto* es posible de captar a partir del concepto de la Repetición; eso que el sujeto no puede explicar acerca de su comportamiento sino que simplemente puede *actuar*. Por ello, se debe desandar el camino de la repetición para intentar conocer acerca del por qué cada sujeto repite una y otra vez el consumo. Tomamos de Freud el planteo de que hay *Puntos de fijación* a los cuales cada sujeto vuelve cuando se encuentra frente a una contingencia en su vida, con la intención de defenderse, retornando siempre al mismo lugar. Estos puntos de fijación son para Freud, el lugar en el que el sujeto es incurable; y debemos estar anoticiados de ello ya que podemos fácilmente caer en la exigencia de garantizarle al sujeto la curación, como algo que pudiera certificarse.

Desde la medicina muchas veces se intenta dar certezas al respecto, a partir de protocolos y/o estadísticas existentes sobre la temática, pero debemos estar alertados sobre la posibilidad de *recaída* que generalmente presentan los sujetos cuando se les brindan respuestas o sentidos apresurados sobre su problemática, o cuando se aplican generalidades sobre una cuestión tan singular como es el consumo de sustancias. Como mencionamos anteriormente la Ley de Salud Mental plantea un tratamiento del Individuo; que no es el mismo que el que propone el Psicoanálisis para el Sujeto. Ambos tratamientos no son opuestos; podemos pensar que son más bien complementarios; ya que aunque tratemos las conductas de los individuos, no debemos olvidar que lo que pueden generar es un efecto temporal lo cual muchas veces conlleva las conocidas sobredosis durante las recaídas. En cambio, cuando se puede constituir al consumo que presenta como un *síntoma* del sujeto, estamos en vías de ubicar cual es la relación que establece dicho sujeto con el toxico en cuestión, es decir, cual es el peso que adquiere la sustancia en su economía libidinal: cuál es el goce en juego y que conflicto o tensión (inherente al ser humano) viene a resolver. Al realizar esta diferenciación de tratamientos, estamos separando lo que sería una clínica basada en la privación del toxico o sustancia, donde se tiene como fundamento la idea de curación del paciente cuando éste deja de consumir; de una clínica que dé forma al síntoma, singular, que compromete subjetivamente al sujeto: ubicar, como dijimos anteriormente, que dice sobre el goce del sujeto la sustancia, cantidad y frecuencia con la consume.

Por último, es menester marcar una diferencia: no confundir el consumo con lo que el sujeto ES. No es lo mismo pensar en un sujeto donde su EXISTENCIA pasa por conseguir la sustancia para consumirla dentro de lo cual podemos ubicar un mayor compromiso subjetivo, ya que todo aquello que era parte de su vida (afectos, trabajo, etc.) ha perdido importancia al sustituir aquellas cosas por el consumo; a diferencia de un sujeto donde el consumo se da en forma ocasional; ya que a partir de éstas distinciones podremos dar respuestas menos apresuradas o protocolares sobre la problemática y podremos sostener, así mismo, la incertidumbre que muchas veces genera el no-saber, que angustia a los profesionales de la salud.

La familia dentro del tratamiento

Como bien sabemos todo sujeto convive con otros que conforman su red vincular y familiar. Teniendo en cuenta que el Médico de Familia, se ocupa de la asistencia del grupo familiar a lo largo de todo el Ciclo vital familiar, no podemos dejar de pensar en cómo “escuchar” el funcionamiento o dinámica de la estructura familiar que tenemos que asistir; para desandar en las relaciones o funciones que se dan dentro del grupo familiar, cuando dentro del mismo tenemos a un sujeto con consumo problemático de sustancias.

Partiendo de la consideración de la Familia como un sistema donde todos los integrantes se interrelacionan entre sí; cumpliendo roles y funciones que cambian y se ajustan con el tiempo para adecuarse a las necesidades de los miembros que la conforman; debemos tener en cuenta que cuando un miembro de la familia presenta un consumo problemático de sustancias se puede producir un Crisis, considerada no normativa en este caso, dentro del Ciclo vital familiar; que conlleva ajustes y negociaciones dentro de la estructura de la familia. Cuando dicha crisis se debe al consumo de Alcohol por tomar un ejemplo; la estructura familiar puede dividirse o puede fusionarse. Llamamos entonces *Familia Alcohólica* a aquella en la que el alcoholismo que sufre un miembro del grupo familiar se convierte en el eje central de la organización. Dado que todas las familias tienen conductas reguladoras u homeostáticas que dan forma a la vida familiar, manteniendo el equilibrio y oponiéndose a cambios provenientes de factores externos; el consumo de sustancias viene a romper con dicha homeostasis ya que las pautas o rutinas diarias como los horarios de sueño, de alimentación y los rituales familiares, como las celebraciones, los periodos vacacionales, etc; se ven alterados una vez que dicho “consumo” es ubicado en el centro de la vida familiar. Las conductas homeostáticas son importantes en dos sentidos; primero porque generan patrones de conducta familiar que pueden o no ser receptivos a la presencia del consumo problemático dentro del hogar; algunos estilos familiares tienden a conducir a que dicho consumo se desarrolle dentro del hogar y otros suelen expulsar dichas pautas de consumo. En segundo lugar, algunas familias tienden a alterar sus conductas para hacer más compatible el consumo problemático dentro del seno familiar.

Podemos ubicar que el problema surge cuando la familia sufre la Acomodación al consumo de sustancias; ya que las rutinas se ajustan, se alteran o se reestructuran para prevenir el quiebre familiar, es decir, para restablecer la estabilidad interna. Aunque dichas conductas se instalan de forma solapada, y no manifiesta, con el correr del tiempo se producen grandes alteraciones en los mecanismos que regulan el equilibrio familiar; allí podemos inferir que el consumo problemático ha invadido la vida familiar. Dada la invasión presente en el grupo familiar, el médico de familia debe estar advertido que para llegar al diagnóstico del miembro consumidor deberá prestar atención a los indicios que muestran los familiares afectados, a los cuales se denominan *co-alcohólicos*; ya que son sujetos que presentan síntomas inespecíficos tales como dolores musculares, depresión, entre otros; que por lo general son manifestaciones de la problemática presente en el familiar que consume.

Conclusión:

Nuestras intervenciones como profesionales de la Salud estarán orientadas a relevar la historia del sujeto, su familia y el contexto social para, desde allí, ubicar las diferencias a nivel cualitativo que hacen referencia a los *lazos* o vínculos que el sujeto establece con la sustancia y al contexto en el cual las entabla. Siempre debemos tener como horizonte que más allá de los datos

epidemiológicos o estadísticos sobre las sustancias, sus cantidades de consumo y sus consecuencias a nivel orgánico; estamos tratando a *sujetos padecientes* (lo cual difiere de llamarlos pacientes) que traen una historia, o novela familiar en el mejor de los casos, y que el tratamiento de su *sufrimiento* implica un *abordaje interdisciplinario*, desde la complejidad y la singularidad que supone cada sujeto para evitar caer en la simplificación de nuestras respuestas terapéuticas, cuales quieran que sean.