

TRATAMIENTO DEL SUJETO-ADICTO UN CONTRAPUNTO CLÍNICO ENTRE LA
TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL Y LA PSICOANALÍTICA

Un diálogo del abordaje clínico de la toxicomanía

CARLOS ROLDÁN MARTÍNEZ TENJO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

BUCARAMANGA

2018

TRATAMIENTO DEL SUJETO-ADICTO UN CONTRAPUNTO CLÍNICO ENTRE LA
TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL Y LA PSICOANALÍTICA

Un diálogo del abordaje clínico de la toxicomanía

CARLOS ROLDÁN MARTÍNEZ TENJO

DIRECTOR: Mg CARLOS GERMÁN CELIS ESTUPIÑAN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

TRABAJO PRESENTADO PARA OPTAR EL TÍTULO DE PSICÓLOGO

OCTUBRE DE 2018

TRATAMIENTO DEL SUJETO-ADICTO UN CONTRAPUNTO CLÍNICO ENTRE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL Y LA PSICOANALÍTICA

Un diálogo del abordaje clínico de la toxicomanía

*Treatment of the subject-addict a clinical counterpoint between cognitive-behavior therapy and
psychoanalytic therapy.*

A dialogue on the clinical approach to drug addiction.

Resumen

La formación en psicología clínica propone dos importantes modelos de conocimiento para el tratamiento del malestar relacionado al sostenimiento de comportamientos de consumo de sustancias psicoactivas. Las distintas prácticas autorizadas por los discursos Psi se sostienen sobre modelos conceptuales que, gracias a su episteme, definen tanto el sujeto como el objeto de la adicción y enmarcan una serie de procedimientos que tienen un fin que oscila entre lo terapéutico y lo disciplinar.

Abstract

The training in clinical psychology proposes two important models of knowledge for the treatment of discomfort related to the maintenance of psychoactive substance use behaviors. The different practices authorized by Psi discourses are based on conceptual models that, thanks to their episteme, define both the subject and the object of addiction and frame a series of procedures that have an end that oscillates between the therapeutic and the disciplinary.

Tabla de Contenido

Resumen.....	3
Abstract.....	3
Introducción	7
Metodología	9
Técnica y Método.....	11
Una mirada Arqueológica	15
Un abordaje con el Psicoanálisis	17
Estado de la Cuestión	20
Capítulo 1. Una lectura histórica de la relación del sujeto con las drogas.	25
Época de los Múltiples usos o la inexistencia de la toxicomanía.....	25
Un antecedente mágico	25
Un antecedente terapéutico	30
Un antecedente Moral	33
Época del Nombre del Padre.....	37
La expulsión del Hedonismo	37
El ingreso del discurso bio-económico	41
El Crisol Científico.	44
Capítulo 2. Tratamiento psicológico del sujeto-adicto.....	48

Evaluación Diagnóstica	48
Dependencia	52
Tolerancia.....	53
Abstinencia.....	53
Patrón de uso compulsivo	54
Abuso	54
Diferencias en el diagnóstico	55
Correlato Neurobiológico.....	56
Tratamiento De las Terapias Cognitivo-Conductuales	59
Cuestionarios Preliminares.....	60
Programa y Entrevistas Semiestructuradas	62
Marco Conceptual.....	63
Técnicas TCC para el tratamiento de la drogadicción	64
Habilidades de Afrontamiento.....	66
Prevención en recaídas.....	67
Manejo de Contingencias	69
Entrevista Motivacional y Terapia Cognitiva	70
Discusión crítica	72
Capítulo 3. Indicaciones teóricas para una Clínica de las toxicomanías en el Psicoanálisis. ...	76
Tratamientos de Sustitución.....	76

El <i>sujeto-adicto</i> en el Psicoanálisis	81
Conclusiones	95
Bibliografía	97

Introducción

El consumo de sustancias con propiedades para alterar el mecanismo de los sentidos tiene un origen milenario. A lo largo de la historia y en las diferentes culturas se ha puesto en evidencia que existen diferentes usos de las drogas. Siempre que el humano ha tenido acceso a la flora con propiedades alucinógenas, se pone en evidencia una amplia gama de consumos que no necesariamente se convierten en una condición mórbida o patológica. El lugar que la cultura actual, dirigida por el sistema económico-político, da a las sustancias psicoactivas legales o no, ha promovido un exceso en la sociedad que se refleja en los índices estadísticos de enfermedades relacionados al consumo de sustancias (UNODC, 2016) . Es decir, en la cultura existe una propensión al consumo que hace probable para la mayoría de personas, ser seducido en algún momento a probarlas. No obstante, esta condición no explica por qué aparece un sujeto que pasa a transformarse en un sujeto adicto. Es decir, ¿Por qué el efecto del consumo conlleva en algunos casos a que la subjetividad se vea coartada por el objeto de la adicción? En respuesta al fenómeno de la toxicomanía existen actualmente una serie de discursos entrecruzados alrededor de las ciencias de la Salud, que autorizan ciertos tratamientos como la psicología, farmacología, la psiquiatría, etc. El interés de esta investigación trata de socavar el sustento teórico y epistémico que hace posible la existencia de tratamientos avalados por la ciencia como efectivos. En la actualidad los manuales concuerdan en que no hay única forma de entender los comportamientos adictivos, aunque el modelo psicológico se reconoce como el principal (Yuni & Urbano, 2006). En el Manual Diagnóstico Estadístico de los trastornos mentales (DSM V), se proponen once criterios para el diagnóstico de dependencia por consumo de sustancias, de los cuales la tolerancia y la abstinencia son de carácter fisiológico, mientras que los demás son de

carácter comportamental. Estos últimos son los determinantes de si hay o no, trastorno (APA, 2013).

A lo largo de la historia, hubo personas adictas a consumir sustancias que intervinieran en la percepción de la conciencia. No obstante, el fenómeno ingresa en la mirada de la ciencia a partir, del ingreso de los excombatientes de la guerra de secesión de Estados Unidos en el espacio hospitalario. Anterior al descubrimiento de analgésicos con la potencia de acallar el dolor de las heridas, era común escuchar en los hospitales los gritos quejidos de los soldados. Debido a esta problemática, los Químicos de la época emprenden la tarea de desarrollar sustancias como la *morfina*, cuya efectividad sorprendió a los científicos de la época por el efecto de sedación que lograba en los heridos de la guerra. Este fenómeno se conoció en las instituciones médicas con el nombre *hospitales silencios* (Naparstek, 2014). Hubo después una demanda incontenible de la droga que precedió a la aparición de otras, trayendo consigo la aparición de sujetos que, ya terminado el tratamiento, pedían más dosis. Actualmente, para la Psicología como la Psiquiatría, este fenómeno se nombra como síndrome de abstinencia (Naparstek, 2005). Su aparición inició el estudio médico a través de distintas formas de investigación y tratamiento. En la actualidad el fenómeno de la abstinencia es correlativo, en muchos casos, al fenómeno de la adicción y se da mayormente por fuera de las instituciones. Cuando el *sujeto-adicto* da cuenta de su malestar y quiere aliviarlo, hay en la cultura un espectro de tratamientos dentro de los cuales se le ofrece aquellos que se encausan en los saberes de la ciencia. El fin de este trabajo es abordar las dos principales orientaciones en Psicología, para interrogar cómo se define el *sujeto-adicto* y el objeto de la adicción que orientan sus respectivos tratamientos con el fin de establecer un diálogo entre los modelos, rescatar diferencias, contrastes y aportes.

Metodología

En esta investigación la metodología hace referencia al estudio y análisis previo de los diversos métodos susceptibles de ser utilizados en la investigación científica, para poder tener en cuenta desde el principio cuáles pueden ser las consecuencias de utilizar uno u otro método (Com, 2013). No obstante, el trabajo implica una disposición al cambio del método, debido a la pregunta de investigación y a la implicación del investigador con la pregunta. Su objetivo principal es indagar por la noción de sujeto-adicto que orienta el tratamiento de un tipo de terapéutica pues se parte de la premisa de que: drogadicto, adicción y toxicomanía son formaciones discursivas que permiten el encadenamiento de otra serie de conceptos que habilitan un tratamiento al interior de un orden de discurso, en este caso, el de las Terapias Cognitivo-comportamentales (TCC). Por formación discursiva se entiende un conjunto de reglas históricas determinadas en un momento y lugar, que figuran unas relaciones de poder y saber en lo social, económico y cultural donde ejerce una función enunciativa (Rodríguez & Pérez, 2011) . Esta premisa permite entender la práctica de las TCC en tanto hecho de discurso a las que desde el interior las minan reglas, conceptos y unidades que las separan de unas *prácticas no discursivas*¹. En consecuencia, el tratamiento otorgado aquello que en la clínica TCC se nombra como Trastorno por consumo de Sustancias, plantea que, a pesar de su intento de objetivación, hay en los tratamientos TCC unidades de discurso que aquí se pretender someter a estudio. No en tanto el análisis del pensamiento o de las mentalidades, es decir, a través de un análisis alegórico en un discurso más elaborado; sino de la captación de su enunciado *en la estrechez y singularidad de*

¹ *Prácticas no discursivas* hace referencia a una noción de Michel Foucault que agrupa a aquellas prácticas que se sirven del aparataje conceptual de un orden de discurso pero que no son reconocidas como propias de ese orden. Por ejemplo, aquellas nombradas como pseudociencias a razón de su caducidad, falta de rigor científico o inaplicabilidad (Foucault, 2015).

su acontecer; en la determinación de las condiciones de su existencia...de mostrar qué otra forma de enunciados excluye (Foucault, 1987, pág. 45).

Al interior de la noción metodología descansan dos sentidos desarrollados por Asti Vera, investigador sobre modalidades de investigación. Por un lado, está su acepción vinculada al estudio de los métodos adecuados para transmitir y adquirir conocimiento, mayormente usado en pedagogía. La segunda, puede definirse como “*la descripción, el análisis y la valoración crítica de los métodos de investigación*” (Vera, 2015) .Si bien el segundo análisis no asegura el éxito de la investigación, su fin es aproximársele mediante la definición rigurosa de los métodos y técnicas, que se usan en ella. La presente investigación se sirve del sentido crítico en la modalidad de una revisión bibliográfica documental ubicada en el enfoque cualitativo. La utilización de los medios documentales, obedece a la exigencia institucional de una metodología avalada por la Universidad y por su idoneidad para la pregunta de investigación.

Esta modalidad no constituye del todo la metodología del proyecto dado que además se utilizan ciertos agregados epistémicos provenientes del psicoanálisis y del método histórico-arqueológico de Michel Foucault. La pertinencia de estas propuestas radica en la concepción de Sujeto y de Discurso, nociones fundamentales para esta investigación. En lo correspondiente a la aplicabilidad y repetición de las técnicas empleadas en la investigación cualitativa, se resalta que en ella se recaban datos a través de descripciones y observaciones utilizando relatorías y protocolos que son fueron leídos al interior del Semillero Sujeto y Psicoanálisis con el fin corregir errores de comprensión y exposición de las ideas de los autores. También estos medios fueron utilizados para refinar la pregunta de investigación y no para falsear abruptamente la veracidad de una hipótesis supuesta o de un resultado esperado. Así mismo, lo expone otro de los autores utilizados para desarrollar la idea metodológica: “*cuando se emplea este tipo de técnicas*

suele ocurrir que las preguntas e incluso las hipótesis, aparecen como parte de proceso de investigación” (Com, 2013, pág. 41).

Técnica y Método.

Con el fin de esclarecer los elementos básicos utilizados en la presente investigación se hacen necesarias las definiciones de técnica y método. Una pronta definición de técnica en investigación documental refiere al “*cómo hacer*” para alcanzar los objetivos planteados siguiendo unas prácticas conscientes y reflexivas dirigidas a apoyar el método; son aquellas etapas de operaciones unidas a elementos prácticos y concretos que estructuran el proceso de la investigación (Baena Paz, 2014). Esta definición, es consecuente para apoyar el desarrollo de la pregunta *¿qué definición de sujeto-adicto orienta el tratamiento terapéutico de las TCC?* Tal cuestión no pudo ser respondida con ayuda de las investigaciones actuales, como lo demuestra el estado del arte. Los antecedentes vigentes de la pregunta en las investigaciones toman de antemano definiciones estadísticas, morales y económicas del sujeto que presenta un exceso de consumo de drogas. La pregunta implicó, después de desistir de encontrar referencias cercanas, dirigirse hacia un trabajo de rescate del pasado que tuvo como fin, entender el problema actual a partir de situaciones, acontecimientos y procesos de una realidad anterior. Como efecto, hubo que realizar un trabajo documental realizando fichas de trabajo que contextualizaran el fenómeno a estudiar, estableciendo relaciones diacrónicas y sincrónicas entre acontecimientos actuales y pasados. Tal desarrollo permitió realizar un “pronóstico” comprensivo e interpretativo del suceso (Yuni & Urbano, 2006) en este caso, del sujeto y su relación con las drogas.

En relación a la cuestión documental se encontraron tres acepciones que hacen referencia a: el testimonio del pasado; a la justificación legal que compromete a un sujeto y; a la instrucción o enseñanza. Para la presente investigación estas acepciones resultan oportuna y permiten emplear la siguiente definición de investigación documental que expone Yuni & Urbano, desarrolladores de métodos de trabajo sobre metodología de la investigación:

“Estrategia metodológica de obtención de información, que supone por parte del investigador el instruirse acerca de la realidad objeto de estudio a través de documentos de diferente materialidad (escritos, visuales, numéricos, etc.), con el fin de acreditar las justificaciones e interpretaciones que realiza en el análisis y reconstrucción de un fenómeno que tiene características de historicidad”. (2006, pág. 56)

En este sentido, la selección de fuentes primarias y secundarias enmarcaron el primer paso técnico precedente a la construcción de resúmenes, relatorías y protocolos que recaben la información pertinente y los datos precisos sobre el manejo de las drogadicciones en las TCC. Estos textos no son elaboraciones individuales ya que se escriben, leen y discuten al interior del Semillero Sujeto y Psicoanálisis en el marco de lo que se ha denominado *Laboratorio de Discurso*. Dicho trabajo tiene como fin evaluar y contrastar que los textos producidos tengan coherencia con las ideas que efectivamente se exponen en los textos seleccionados. Hay que aclarar que, tanto en la investigación cuantitativa como cualitativa, existe una sutil diferenciación entre la información y los datos dada por un carácter científico. Esta distinción es necesaria porque para la ciencia no basta con la obtención de los datos a través de instrumentos; debe existir en ella una condición de significación teórica. En otras palabras, no basta la selección de las formas en que se hace registro de los fenómenos; el dato científico es una construcción del

investigador “*en tanto sus esquemas teóricos dotan de significado y sentido a algunos indicios materiales que se observan de la realidad*” (Yuni & Urbano, 2006, pág. 126).

Respecto al método resulta pertinente mencionar lo expuesto por el diccionario etimológico de la lengua castellana en línea. Allí dice que la palabra método corresponde al latín *methodus* y a la palabra compuesta del griego *meta – hodos*. Su traducción corresponde “*el camino a seguir*” o los pasos para realizar una cosa (Barrionuevo, 2018). El camino inicial de esta investigación surge de las preguntas planteadas al interior del semillero de investigación *Sujeto y Psicoanálisis*, adscrito al grupo de investigación *Violencia, lenguaje y estudios Culturales de la Universidad Autónoma de Bucaramanga*, en el marco del proyecto: “El discurso médico y las terapias cognitivo comportamentales (TCC): la exclusión de la subjetividad en la psicología clínica contemporánea. Este espacio de trabajo permitió realizar un trabajo de estudio de las herramientas metodológicas otorgadas por el filósofo francés Michel Foucault resumidas en su obra “*La arqueología del saber*”. Este trabajo permitió esbozar una primera investigación llamada “*Arqueología del concepto trastorno: aproximación a la función del trastorno mental en el orden médico*”. Los resultados de esta investigación permitieron poner a prueba los esfuerzos por dar tratamiento discursivo a estos fenómenos de la clínica psicológica tomados por hechos. Por otra parte, se aprendió que trabajar con un marco tan extenso como lo era el de los trastornos hacía el trabajo difícil de bordear, dada la extensión del objeto. No obstante, fue posible identificar otros aspectos. Dos de los más importantes fue el paso de lo moral a lo orgánico en los inicios de la Psiquiatría. La medicina del siglo XVIII hizo que la enfermedad fuera entendida como parte del cuerpo del enfermo. Este fue el primer antecedente en el que se hizo de la enfermedad mental, un ente ajeno al sujeto que afectaría su capacidad de

productividad y que determinará los modernos límites entre lo normal y lo patológico. El otro resultado, fue el hallazgo de la aparición de descripciones clínicas ateóricas, específicamente en los primeros Manuales Estadísticos. En estos el trastorno cumplía una función de sostén y pivote, ya que consolida aspectos morales y económicos que se entrecruzaban en la clínica psicológica y que no daban lugar a la pregunta por la relación del sujeto con su malestar.

La investigación mencionada no llegó a término, pero ofreció los mencionados resultados y permitió paso a la pregunta en concreto por el trastorno por consumo de sustancias. Ya advertido de las implicaciones de trabajar con unidades como el trastorno, se decidió elaborar una noción que permitiera interrogar los discursos concomitantes al fenómeno que se quería estudiar, a saber, el consumo excesivo de sustancias en un sujeto. De allí que se eligiera la noción *sujeto-adicto*; cuestión que permitió la lectura de literatura médica, psicológica e histórica con el fin de rastrear el lugar del sujeto en el discurso encargado del tratamiento terapéutico, es decir, permitió leer siempre con las preguntas ¿qué lugar tiene el *sujeto-adicto* en este y otro discurso? Y, según dicho lugar, ¿cómo se le da tratamiento?

También hay que exponer que esta investigación partió de una experiencia que puede definirse como “*la puesta en escena del inconsciente del investigador, en tanto objeto de investigación*”. En lenguaje común, podría decirse que fue una apuesta por tratar un malestar propio del investigador por medio de la investigación universitaria. Esto implicó que el investigador tomara distancia de uno de sus objetos de adicción para intentar plantear la pregunta en las coordenadas de la ciencia. De esta cuestión se realizará una aclaración más precisa en relación al aporte metodológico del psicoanálisis.

Una mirada Arqueológica

El libro *La Arqueología del Saber*, es la formalización del trabajo de investigación sobre diferentes trabajos del filósofo Michel Foucault. Estas investigaciones trataron sobre el loco, el reo y el enfermo, es decir, temas en los que el hombre, a través de los discursos de la ciencia se ha puesto en calidad de objeto de investigación y tratamiento. La arqueología, el filósofo autor, la define como una *rescritura...un trabajo de descripción sistemática de un discurso-objeto*. (Foucault, *Arqueología del Saber*, 1987, pág. 235). La arqueología apunta hacia una descripción que debe responder la pregunta por ¿cuáles han sido las condiciones de emergencia de un discurso?, el precio que se ha pagado por él, así como los efectos de esa emergencia. Gracias a estas herramientas se pretendió tratar los conceptos, objetos y unidades de las TCC en calidad de formaciones de discurso. Acerca de esta noción de formación discursiva, Foucault precisa que puede pensarse como una convención metodológica para identificar la dispersión propia de los enunciados y las reglas de formación que posibilitan su existencia. Esto supone, por ejemplo, entender las prácticas TCC como un discurso recortado y minado de saberes como la medicina y la economía, en tanto que influyeron para: entender el síntoma psíquico como agente externo digno de eliminación (*drogadicción*) y; la concepción de este a partir de un agrupamiento estadístico. Foucault planteaba que analizar una formación discursiva, es, pues: *tratar un conjunto de actuaciones verbales al nivel de los enunciados y de la forma de positividad que los caracteriza; o más brevemente, es definir el tipo de positividad de un discurso*” (Foucault, 2015, págs. 212-213). Las formaciones discursivas especifican quién puede hablar, de qué y cómo, pues los discursos construyen las posiciones de enunciación que habilitan a hablar de algunas cosas y no de otras.

La mirada arqueológica en este trabajo implicó leer ciertos manuales y guías de tratamiento en tanto discursos de los cuales sus objetos no aparecen desde siempre y su estudio no obedece a un sistema de refinamiento evolutivo. Las formas de las categorías psiquiátricas del siglo XIX que Foucault analiza dan cuenta de una dispersión profunda que van desde Pinel hasta Kraepelin. Su organización no puede someterse a categorías como familias o grupos. Tampoco puede explicarse, que las categorías referentes al criminal entraran en la psicopatología de la época por descubrimientos sin precedentes de la mirada psiquiátrica; tampoco es atribuible la aparición de esos objetos a las normas propias de la sociedad burguesa del Siglo XIX. Se debe, dice Foucault, al haz de relaciones entre la psicopatología y la jurisprudencia no solo por la identificación de nuevas rejillas de especificación como las emergentes categorías penales y grados de responsabilidad; no solo por la relación en las instancias de decisión; no solo por la nueva relación entre las normas familiares, sexuales y penales del comportamiento con los cuadros de los síntomas patológicos y las enfermedades de que son signos (Foucault, 1987, pág. 73). La aparición de estos nuevos objetos en la psiquiatría se debe principalmente al reconocimiento entre un discurso y otro, de la capacidad de cada uno de ellos de definir sus objetos de forma independiente, en un momento específico; en las condiciones de posibilidad de un haz complejo de relaciones. Para esta investigación, así emerge la noción de trastorno de adicción en el ámbito psicológico-clínico. Sus antecedentes se referían a categorías morales no laicas como *amateurs* y *habituados*. Posteriormente, unidos parcialmente a categorías psiquiátricas de la manía. Entre ellas: opiománías, cocainómanos y heroínómanos. La aparición de la noción de *Trastorno por consumo de sustancias e inducido por sustancias*, obedeció al ingreso de la economía y la medicina en el discurso de la Psicología en la última parte del siglo XX al igual que otros trastornos. De aquí que los manuales trabajados en el apartado

correspondiente al tratamiento psicológico se refieran al *sujeto-adicto* como paciente y cliente. La salud es, una cuestión mercantilizada que puede ofrecérsele al sujeto, siempre y cuando este se ocupe de cumplir con las direcciones de los tratamientos. La mirada arqueológica aquí planteada, permitió leer de cierta manera; no en tanto la drogadicción como fenómeno dado desde siempre y leído con mayor rigor científico a finales del siglo XX. Al contrario, se planteó como hecho de discurso de la ciencia positiva psi, que poco a poco fue recortado, dibujado y planteado como un problema médico-social.

Un abordaje con el Psicoanálisis

Es evidente que, para realizar el pretendido contraste entre los tratamientos y concepciones de las opuestas formas de tratamiento del objeto en cuestión, hay que extraer los principales aportes teóricos de la obra de Freud y Lacan, cuyo vasto volumen permite otorgar una densidad conceptual a ciertas nociones que aprueban un acuerdo entre los psicoanalistas, especialmente entre aquellos que trabajan en la clínica con toxicómanos y que dan uso a nociones centrales. Para este trabajo se seleccionarán algunos textos de la obra de Freud como: El malestar en la Cultura, Contribuciones para un debate sobre el onanismo y Tres ensayos de teoría Sexual, entre otros. Por parte de Lacan se tratará de indagar a través del Seminario cuatro y once, qué aportes brinda a la lectura de la toxicomanía. Dada la complejidad de los autores principales se utilizarán material de referencia secundario como diccionarios de psicoanálisis y trabajos de Psicoanalistas contemporáneos que han trabajado estos temas. Además, ellos son un antecedente ineludible para la elaboración de un cuerpo teórico coherente y presentan adelantos producidos por la práctica con los conceptos del psicoanálisis en su clínica.

Por otra parte, la investigación con el psicoanálisis implica algunas consideraciones. El método psicoanalítico implica el camino más preciso para alcanzar el objetivo propuesto. Aquí el conocimiento acumulado solo sirve para orientar hacia algo distante del sentimiento de totalidad o de unidad, es decir, esta investigación no podrá decir acerca de lo estudiado, “*todo está dicho*” pero no significa no pretender hacerlo. La posición en tanto investigador con el psicoanálisis conviene decir “*no sé*” a “*soy un experto*”. Esta posición trata de adoptar una ignorancia docta, que quiere decir, saber que se sabe cosas, pero voluntariamente ignorar hasta cierto punto el saber para dar lugar a lo que va a ocurrir (Gallo & Ramírez, 2012). Poder decir algo nuevo en el psicoanálisis implica un trabajo inevitable; el estado de la cuestión. Este permite recoger sistemática y reflexivamente el conocimiento acumulado sobre el tema y permite contextualizar la pregunta. Con estos dos elementos, lo nuevo y lo acumulado, habrá que mantener una dialéctica constante que implica un debate continuo, renuncias sobre posiciones teóricas y por ende nuevas tomas de posición. La experiencia de la investigación en psicoanálisis no solo implica la elaboración del proyecto, la formalización de la pregunta, la definición de los objetivos y el establecimiento de un método. Los investigadores deben realizar una autoevaluación sobre el modo como están dispuestos a implicarse con el trabajo, en términos de deseo, con el problema que se va a trabajar.

Dado que en la investigación con psicoanálisis el objetivo es la obtención de un nuevo decir, el diseño de un método es indispensable para sostener la pregunta; desarrollarla, evitar desviaciones y conservar el rigor de la precisión. Por precisión puede entender aquí una epistemología basada en lo singular que se aleja de concepciones mágicas o místicas. El sostenimiento de la pregunta también implica que el sujeto investigador se vea involucrado ya sea bajo la forma de un sentimiento de malestar, de un cuestionamiento, una duda o atreverse a

pensar. Todo esto, desaparece si lo que prima es la sujeción a una técnica establecida que el investigador estaría obligado a asimilar. Un investigador que ceda antes las técnicas lo hará más por comodidad que por rigor y precisión (Gallo & Ramírez, 2012, pág. 86). Es inevitable en este método, que el investigador se familiarice con unos conceptos, un método y una disciplina de trabajo en relación al saber y la teoría psicoanalítica. Dado que el objeto puesto en juego en la investigación psicoanalítica es el sujeto que habla, hay que buscar la precisión en el terreno del lenguaje y ordenar el campo de los fenómenos a partir de una hipótesis, en este caso que la concepción del *sujeto-adicto* que orienta y estructura una práctica discursiva en el orden de las TCC y del psicoanálisis. Un punto de orientación para pensar los fenómenos sociales y subjetivos desde esta perspectiva, es una lectura lógico-deductiva que se basa en la argumentación destinada a probar o demostrar una proposición hipotética (Gallo & Ramírez, 2012).

El aporte del método psicoanalítico aquí planteado incluye al sujeto del inconsciente. La forma en que fue entendida la inclusión del sujeto del inconsciente en este trabajo, implicó que el investigador tomara distancia de uno de sus objetos de adicción, con el fin de que poner en juego lo que se cree es fue una *necesidad ética y científica*. Es decir, para el investigador, este trabajo solo pudo desarrollarse si se pasaba de un *sujeto-adicto* a un *sujeto-interrogado* por su exceso de consumo. En otras palabras, se optó por poner el inconsciente como objeto de investigación. Esta apuesta surgió a partir de la consideración de una pregunta realizada fuera del espacio universitario en un espacio de lectura de textos psicoanalíticos, esta fue: “*¿Es posible asumir una pregunta de investigación en el psicoanálisis como un tratamiento terapéutico?*”

Estado de la Cuestión

Para intentar responder a la pregunta sobre la concepción de sujeto-adicto que orienta la clínica de las TCC hubo que alejarse de pretender encontrar definiciones teóricas de sus manuales y guía terapéuticas. La cuestión fue que, en este modelo no se define al sujeto-adicto, en cambio se describen los fenómenos comunes que se observan de la práctica del consumo en términos estadísticos, médicos y económicos. Se utilizan criterios como la dependencia, cuya función es transversal para las investigaciones, pues le permite la caracterización de las poblaciones para abordarlas experimentalmente. Esta a su vez, separa los consumidores reguladores de los esporádicos como lo muestra una investigación de tipo analítico transversal en la que se relacionaba la dependencia a la nicotina con los factores de riesgo que hacían propensos a los individuos al consumo. En este desarrollo, por ejemplo, no se argumenta bajo qué sustento teórico es posible hablar de adicto al cigarrillo. La población se divide entre aquellos cuyo hábito era esporádico de aquellos de uso diario; definiendo por diario el consumo de al menos un cigarrillo al día en el último mes (Campo Arias, 2011); caracterización bastante imprecisa desde el punto de vista cualitativo de la relación mórbida ya que un individuo puede fumar cantidades excesivas de forma irregular produciendo igual o peor daño que el consumo diario sin cumplir el criterio de agrupamiento. No obstante, esta es una caracterización propia de los diagnósticos modernos en investigación cuantitativa y en psicopatología ya que es recurrente no encontrar en ellos una definición conceptual que permita encontrar fundamentos epistemológicos; la mayoría de sus abordajes, así como los diagnósticos, utilizan sobretodo nociones como intensidad y recurrencia propias de la estadística. En los resultados de la investigación mencionada, se encontró que la dependencia a la nicotina es mayor en varones, en personas con menor

escolaridad, residentes de estrato bajo, consumidores de café, consumidores de alcohol y aquellos a los que se les identificaron trastornos leves como ansiedad e insomnio. Estos resultados se orientan por un modelo que propone como término de medida la correlación estadística, cuya función cumple criterios de predicción y explicación en las investigaciones y tratamientos. La concepción del sujeto-adicto en el diagnóstico de las TCC, se da gracias a la noción de *drogadicción* y su tratamiento se orienta en la vía mencionada. Su enfoque trata de modificar aquellos aspectos psicológicos como las conductas desadaptativas, pensamientos irracionales y emociones negativas, dado que estas se ven influenciadas y alteradas por los factores de riesgo. En resumen, su fin último es la eliminación del síntoma por vías del condicionamiento o el aprendizaje social.

En otras investigaciones el interés recae en ajustar las diferentes escalas de perfiles que dan cuenta de la cantidad de riesgo de consumo. La justificación de esta tarea, según se manifiesta, es la de la prevención de problemas relacionado con las drogas mediante la identificación de factores de riesgo que se puedan atender mediante tratamientos sociales como campañas de promoción y prevención. Un claro ejemplo es la investigación sobre la adaptación de la escala (EPRCD) a la población española (Fernández Calderón, Díaz Batanero, Rojas Tejada, & Castellanos Ryan, 2018). Para esta se establecieron, con base en otras en investigaciones, cómo rasgos de personalidad de la escala de Catell como; la desesperanza, sensibilidad a la ansiedad, impulsividad y búsqueda de sensaciones; se asocian a procesos de reforzamiento que favorecen el consumo de sustancias, en los que, por un lado, alivian estados negativos, y por otro, fortalecen los efectos positivos. Este tipo de mediciones se orienta sobre prevenciones selectivas que, según versan, presentan gran de efectividad para evitar el abuso. Los resultados de esta

investigación (positivos en términos de correlación y adaptación) resultan poco aprovechables para la pregunta *¿cómo se concibe un sujeto-adicto desde la clínica de las TCC?* Dado que la definición de lo que es un sujeto-adicto, está dada por ítems a los que se les asocia por una correlación estadística a partir del modelo de factorial de la personalidad. Los dieciséis factores del modelo de Cattell definen la personalidad como un conjunto de constructos constituido por rasgos para clasificar las diferentes conductas y *hallar una unidad de medida* con la que es posible encontrar y predecir elementos básicos (García Méndez, 2005). La concepción se establece a partir de una conducta relacionada con factores estadísticos asociados a los resultados de pruebas como el 16PF o el MMPI. La noción que se tiene del sujeto-adicto se debe más a una producción estadística que a una construcción teórica.

En otra investigación se llevó a cabo un análisis de la prevalencia de conductas delictivas en pacientes adictos en tratamiento. Se usó una muestra de 252 pacientes en la que se recogió información sociodemográfica, así como variables de consumo evaluadas con la prueba EuroASI y variables de la personalidad evaluadas con el MCMI-II. En este trabajo se pretendió establecer el porcentaje de relación entre actos delictivos como la conducción de vehículos, el tráfico de estupefacientes y crímenes menores como el daño en la propiedad, evasión de impuestos y desorden al orden público. Los resultados estadísticamente significativos fueron similares a los anteriores. Son más propensos los hombres solteros a consumir y delinquir, sobre todo aquellos con menos educación. Sin embargo, el resultado entre la correlación de problemas legales con el consumo de sustancias arroja que no hay relación directamente proporcional. Hombres con y sin antecedentes legales mostraron hábitos de consumo parecidos, a diferencia de la diversidad

drogas de aquellos que han incurrido en actividades (Fernández Montalvo, López Goñi, Arteaga, & Cacho, 2013).

El espectro de las investigaciones encontradas en psicología tiene por lo general un correlato conductual y uno estadístico para concebir al *sujeto-adicto*. No se encontró referencia alguna en la que su pregunta fuera o se relacionara de alguna manera, con la concepción teórico-epistémica de dicho sujeto. En su lugar encontraremos trabajos como el de la revista *Psicothema*, en el que se realiza un esfuerzo por definir el *deseo por la droga*. Este desarrollo plantea clasificar el deseo de consumo por la intensidad percibida. La pretensión de objetividad obedece a un esfuerzo por considerar diferentes niveles operativos de intensidad del deseo, que permita su utilización en la investigación. Por ejemplo, se clasifica la querencia en deseo psicológico y deseo físico; siendo el primero entendido en términos de adquisición y el segundo en síntomas de abstinencia. Además se entiende el deseo por la droga a través del tipo de reforzamiento que presenta, a saber, el dar placer o evitar el malestar (De Arce, Bernaldo de Quirós, & Labrador, 1994).

Otra investigación hace referencia por ejemplo a la *persona del drogadicto*. En este trabajo se reconocen los análisis previos de la frecuencia con que se expresa la necesidad de la droga en relación a la baja tolerancia a la frustración. No hay aquí elementos diferenciales, se concibe al *sujeto-adicto* en relación a unos fenómenos posteriores a la descripción teórica y aquello que se nombra como la persona del drogadicto, son el juego de elementos psicológicos que explican la conducta en relación a unos fenómenos de influencia, a saber el contexto político, familiar, interpersonal, etc. (Vidal, 2015). La inexistencia de antecedentes respecto de la pregunta plantea dos problemáticas que deben ser desarrolladas. La primera es de índole histórica y obedece a la pregunta ¿Siempre existió el *sujeto-adicto*? Es decir, siempre ante la mirada de los dispositivos

de tratamiento; ya sean médicos, morales, políticos; ¿el sujeto que hacía de su cuerpo un lugar del exceso de droga, era un problema para el orden en el que se concebía? La pregunta apunta a interrogar el lugar histórico que tiene el *sujeto-adicto* en relación su contexto. Como lo ha evidenciado el estado del arte, el enfoque principal de las investigaciones actuales apunta a favorecer condiciones para la eliminación del síntoma de la adicción, lo que conlleva a plantear si esta dirección obedece a una tradición del orden médico, o este es heredero de prácticas morales, culturales y políticas. Así mismo plantear esta pregunta implica conocer, si el consumo era un problema, y, si así era, saber qué tipo de tratamiento recibían los adictos. La segunda cuestión que merece desarrollo es ¿bajo qué condiciones la cuestión de la drogadicción ingresa en el orden médico? Esta es una cuestión ineludible ya que dicha pregunta aporta sobremedida a precisar por qué los tratamientos actuales en psicología de orientación cognitivo-conductual, se orientan en terapéutica por la eliminación del síntoma, valiéndose de la psicología del aprendizaje social y las técnicas de condicionamiento, sin la necesidad de una discusión teórico-epistémica por el sujeto que hay en un adicto ni por la función que cumple la droga en la subjetividad. Dadas estas necesidades investigativas, a continuación, se desarrolla un recorrido histórico-crítico que apuntan a extraer de algunas fuentes aportes a la problematización del fenómeno estudiado.

Capítulo 1. Una lectura histórica de la relación del sujeto con las drogas.

Se hizo importante dar lugar a elementos de contextualización histórica que arrojará luces sobre cómo se concebía en la antigüedad aquellos sujetos que usaran drogas independientemente de la función que les daban. El resultado de lecturas posteriores dio cuenta de que el *drogadicto* es una noción que recién aparece en el siglo XX, pero los consumidores han existido desde tiempos arcaicos. Dado que no fue posible ubicar teóricamente en la clínica de las TCC un sustento epistemológico respecto de la noción de *sujeto-adicto* más allá de criterios diagnósticos estadísticos de intensidad y mantenimiento, se hizo necesario revisar el elemento histórico que da cuenta de las diversas formas en que los sujetos han tratado con el tema de las drogas y los tratamientos para los consumidores, sean estos terapéuticos o no. Con base en esta necesidad, se decidió orientarse por la obra *Historia General de las Drogas*, cuyo profundo trabajo de reconstrucción histórica permite abordar la relación con la droga desde muchos campos como el sociológico, económico-político, moral, etc. En esta investigación, se adentró en la texto leyendo rastreando coordenadas que dieran señales sobre cómo el hombre a tratado los problemas de adicción, si es que los ha considerado un problema.

Época de los Múltiples usos o la inexistencia de la toxicomanía

Un antecedente mágico

“Seas tú nuestras heces”

Pueblo del Adriático (Escohotado, 1998 p.25)

Anterior a los vehículos de la ebriedad, existían en las civilizaciones antiguas fenómenos relacionados al consumo de sustancias psicoactivas que pueden ser leídos desde los conceptos griegos *Miasma* y *Katharsis* (impureza y purificación), cuyo correlato pertenece a un modelo mágico de creencias sacrificiales, dadas a través de intercambios simbólicos con los dioses. Este modelo es un aparato teórico-místico que da cuenta de una institución fundamental en las religiones de los pueblos, la del *sacrificio*. Su efecto producía para los pueblos, un puente entre lo humano y lo divino. La función de este sistema sacrificial, puede tentativamente entenderse a partir de dos modelos nombrados por el tipo de elemento de intercambio, estos son, el *expiatorio* y el *participativo*, modelos A y B respectivamente (Escohotado, 1998), que servirán a lo largo del recorrido para entender un modo de funcionamiento tradicional de la relación del sujeto con las drogas, en momentos de la historia en que no existía un uso patológico concebido como tal, desde el orden en que se gobernaba. Se podrá observar que era moralmente o políticamente incorrecto, pero no era considerado una enfermedad, al menos hasta cierto punto de la historia. De aquí que esta primera parte se nombre como *La inexistencia de la toxicomanía*.

En el modelo A, el móvil del acto es congraciarse con una deidad mediante el ofrecimiento de una parte del cuerpo, un animal, la vida misma de uno o varios individuos. El segundo modelo se concibe como un banquete sacramental participativo que, además de establecer un nexo entre lo profano y lo sagrado, conlleva un reforzamiento de la unidad entre los miembros de la comunidad. Para los dos existen fallas explicativas y sutiles diferencias en las que aquí no se explayará pues el propósito de esta mención recae sobre el nexo entre estas costumbres antiguas (sus elementos de expiación y comunión) con el tratamiento al consumo de sustancias psicoactivas (SPA).

No obstante, es de resaltar un elemento de cada modelo que orientan el refinamiento de la pregunta por la relación del sujeto con el objeto de la adicción. En primer lugar, destaca la dinámica de la paranoia de los pueblos antiguos en los que ofrecían sacrificios humanos; sobresale su homología con la dinámica del toxicómano en la medida en que ambos atribuyen y apuntan a un otro insaciable al que, por ejemplo, en el caso de los Aztecas se necesitaban grandes cantidades de víctimas para mantener vivos a dioses desfallecientes (Escohotado, 1998), así, paralelamente, el toxicómano reclama una mayor cantidad de dosis, en la medida en que el Otro² le es insostenible.

Del lado del modelo B, aparece una figura que abarca la ascendencia más primitiva de los consumidores de sustancias. Los chamanes, que, a diferencia de otras figuras de autoridad como el líder de la tribu o el rey, solo se encargaban de necesidades psíquicas del grupo y su saber se concentra en conocer las *técnicas del éxtasis*. En el chamán, se consiguió la constitución de un hombre profano en la de un técnico de lo sagrado; a través de los sueños, enfermedades y las drogas, (Eliade, 1960). El chamán constituye un profesional del modelo B, ya que se ofrece a sí mismo para combatir los males del otro; trabajando más de las veces, en estados de trance logrados a través y en contra, de las sustancias psicoactivas.

El complejo religioso hasta ahora mencionado se hace necesario en la medida en que hay una relación antiquísima entre el modelo B con el consumo de (SPA) que da cuenta de su multiplicidad de usos en la antigüedad. Gracias a las antiguas tradiciones griegas, sobrevive hasta hoy la palabra Farmacia cuya raíz viene de *Phármakon*, que significa a la vez remedio-veneno, y da cuenta de la diada inmersa en la mirada griega que implica el ente tóxico. En la antigua Grecia la víctima del sacrificio-regalo expiatorio se llamaba *pharmakós* y *phármakon* al del sacrificio-comunión. La

² El Otro o Gran Otro representado en la enseñanza de Lacan con A por su formulación en francés, alude a la alteridad radical, al lenguaje, al lugar de lo simbólico (Evans, 2007), pero ante todo un lugar que aloja los significantes de las instituciones, del lazo social.

sutil diferencia entre estas dos nociones griegas es de especial atención para Escohotado (1998) ya que, además de connotar el elemento mágico e inexplicable de la acción de la sustancia sobre la química del organismo, expone el trabajo de purificación sobre los pueblos o sobre el cuerpo.

En resumen, se puede aceptar que el *phármakon* era para los griegos un *pharmakós* impersonal, casi siempre botánico. Para ellos, este elemento libraba a alguien en específico de una impureza determinada mediante una operación no paranoica o mágica, sino *realista*, expulsando de sí el miasma mórbido, en homología a como el laxante lava los intestinos (Escohotado, 1998). Para griegos también era habitual usar la noción *Katharmoi*, correlativa de la catarsis, para referirse a los *Pharmakoi* (plural de *Pharmakós*), pues se usará para nombrar a aquellos sacrificios humanos equiparables a los purgantes para el cuerpo, entendimiento y ánimo, sean aquellos agentes psicoactivos o no. Queda claro que existe una proximidad fonética entre el elemento expiatorio y las drogas dada por el modelo B, en torno al alivio de mal común y la expulsión de una impureza. La gran diferencia es que el fármaco no cae en la dicotomía de lo bueno y lo malo. Para los griegos, la cuestión queda suspendida entre lo útil e inútil de sus efectos catárticos y no por el sacrificio, el cual, con la llegada de los saberes en medicina constituidas en un cuerpo hipocrático de conocimiento médico, declararán criminal. Según el autor, y gracias a análisis ulteriores, el *Pharmakós* habrá de retornar en nuestra época debido a las nuevas formas de control político en las que el proyecto conlleva una transformación del sujeto en objeto residual gracias a una operación del discurso de la ciencia³. En este sentido dirá

³ Por discurso de la ciencia ha de entender la forma de positividad propia de una época que produce los modos de verdad, saber y poder (Foucault, 1987). La mención hace referencia a las formas modernas en que las políticas económicas y jurídicas dan tratamiento a la tenencia, consumo y distribución de droga en una sociedad, teniendo como efecto la producción de individuos que se vean empujados a una relación mórbida con las drogas y con desechos de una cultura. De ahí que, en las sociedades mercantiles, se produzcan ciertos individuos a los se les llama “*desechables*” en la lengua común. Esto se da en términos de producción pues hay sociedades antiguas y modernas como las indígenas, donde no se evidencian estos fenómenos de segregación y exceso.

Escohotado (1998) de forma profética, que la modalidad del consumo de nuestra época recuerda al modelo A de algunos pueblos Adriáticos, en donde se sacrificaba a un hombre y una mujer joven a sus dioses, y al final recitaban una piadosa oración; “*seas tú nuestras heces*”. Esto es equiparable a lo sucedido, por ejemplo, en 2001 en Argentina, donde gracias a los intereses de algunas fuerzas económicas por hacer circular la pasta de cocaína, allí conocida como *paco*, se produjeron los efectos de segregación, adicción y estigmatización sobre cierta población consumidora (Kohan, 2018).

En el modelo B hay una relación mucho más acentuada con el *Phármakon* y esta se encuentra en relación a la festividad. Escohotado (1998), zanja el problema sociológico y expone que el elemento festivo se encuentra transversal a los pueblos, dado que en sus fiestas y celebraciones, era habitual el reforzamiento de las leyes proporcionando válvulas de escapes a la tensión llamadas *suspensiones de la existencia* (Escohotado, 1998). En la fiesta existe una renovación del mundo y de sí, acompañada por la música, la danza y algún fármaco. Para los pueblos, aunque hoy es común referirse solo al alcohol, era consecuente terminar la ofrenda a los dioses con ritos de embriaguez. En griego el *Methyén* procede de una contracción del *meta tat thyein*, que significa: *después de sacrificar o dar al dios lo suyo*. Esta liberación temporal del alma, continúa hasta nuestros días, pues en las fiestas actuales, es común utilizar narcóticos para acompañar las celebraciones de comunión o festejo. Aquí hay que resaltar una transición en la función de la relación del sujeto con la droga dado por el cambio de época. Para el psicoanalista Fabián Naparstek, en aquellas fiestas arcaicas el sujeto producía un resto de goce imposible de consumirse dado por el límite en la duración de las ceremonias, o, dicho de otra forma, *consumir sustancias con un Dios*. En nuestra época, el consumo induce a sostener el sin fin de la fiesta y por ende a que el sujeto se convierta a sí, en el resto imposible de agotar en tanto tal. El autor lo

nombra como *consumo sin Dios* (Naparstek, Seminario Clínica de las adicciones, 2014). En síntesis, esta apertura histórica pretende mostrar que los primeros avistamientos del consumo de sustancias están relacionadas a las técnicas del éxtasis y posesión. No obstante, a lo largo del tiempo el uso de narcóticos se convirtió en un sustituto del trance chamánico, donde se esforzó imitar la embriaguez, dada una incapacidad ascética y un mancillamiento del camino místico hasta la aparición del cuerpo hipocrático, cuyo marco teórico se separa de la condición mágica.

Un antecedente terapéutico

“Sola dosis facit venenum”

Paracelso (Escohotado, 1998 p.97)

La sociedad griega y romana, aunque distintas en sus formas político-sociales, compartían rasgos comunes en la teoría y práctica del manejo de las sustancias psicoactivas. En estos periodos ejemplares de la historia, no se avistan tratamientos médicos para alguna condición que pueda ser asociada al cuadro de las toxicomanías. No quiere esto decir que en la antigüedad no existiesen humanos que abusaran y se encaminaran a la muerte mediante el uso de sustancias, ni que no existiese otro tipo de tratamientos para los adictos. Lo que se evidencia, según las fuentes, es que, para griegos y romanos, el médico no hacía uso de su saber para reparar algo en el individuo que estuviera en relación al consumo, más allá de tratamientos privativos y represivos que eran ofrecidos por el estado.

Por el contrario, en algunos casos de enfermedades penosas griegas como Trasia de Mantinea, sostenía que lo tóxico de la sustancia podía ser removido mediante el acostumbramiento y la *familiaridad* de las dosis al cuerpo, siempre y cuando, esto aliviase de un

mal mayor. Es decir, lo que hoy en día se nos presenta como criterios fundamentales (*el hábito*) para el diagnóstico de un trastorno por sustancias psicoactivas, para algunos pueblos de la antigüedad merece el título de tratamiento, en tanto el consumo reducía una pena del cuerpo más grave (Escohotado, 1998). El tratamiento que un abusador de sustancias recibía en aquella época era ajeno al cuerpo de la medicina. El modo de proceder era dado por la vía de la ley estatal, por ejemplo, el decreto de la templanza, en el que se regulaba la toma del vino. Formalmente aparece en las Leyes de Platón, en donde se diserta sobre cómo se debe acceder al brebaje:

“Empezaremos haciendo una ley que prohíba a los jóvenes probar el vino hasta la edad de dieciocho años [...] nuestra ley prescribirá que el hombre pruebe el vino con mesura, aunque absteniéndose radicalmente de embriagarse bebiendo en exceso” (Platón, 1999).

Los griegos fueron pioneros en usar el elemento curativo de las drogas para sus tratamientos. Su realidad estaba mediada por lo divino *Physis* (naturaleza), quien en sí misma guarda principios ajenos a la voluntad del hombre. En consecuencia, sus terapéuticas se alejan del modelo A y B, para emprender un estudio de las propiedades curativas y tóxicas de las plantas. En el tratamiento, la posibilidad de una cura mediada por los fármacos será dividida en *curaciones espontáneas* y *curaciones medicamentosas*. El médico hipocrático pensaba que la *phýsis*, actuando por sí misma, puede aliviar o agravar la enfermedad. La curación medicamentosa consiste en una ayuda exterior y técnica, pretendiendo siempre una distancia con la forzosidad (*ananké*) (Laín Entralgo, 1970, pág. 34).

Se sabe con certeza que, en el espectro de plantas y preparaciones derivados de ellas, los griegos utilizaban para la embriaguez y la salud, el opio, las cervezas y vinos, el cáñamo, el beleño y la mandrágora. Los más famosos tratamientos eran ofrecidos en los templos de

Asclepio donde, para cualquier intervención, solicitaban a los enfermos suspender el uso de cualquier tóxico. Allí se realizaban cirugías primitivas, sueños templarios y atención a diversas afecciones empleando casi siempre el opio, solanáceas y el cáñamo. Incluso atendían enfermedades histéricas llamadas “*sofocaciones uterinas*” utilizando opio para hacer frente al aguijón de la lujuria. Resulta importante anotar que, según el autor, no se registran menciones sobre la degradación de una persona o del orden civil, producido por el consumo de opio hasta entrado el siglo V después de Cristo. El opio resulta una droga paradigmática pues constituye el primer ejemplo del *Phármakon* laico considerado remedio y veneno. Su toxicidad y beneficio, como dirán los árabes, depende de que no se mezcle con otras sustancias, de que no reemplace la alimentación, pero sobre todo de su dosis.

La concepción del mundo griego sobre la realidad merece atención ya que dan señales de los primeros pasos terapéuticos para el tratamiento de las adicciones por vías no médicas. En su literatura se ofrece un antecedente del tratamiento a la embriaguez mediante un relato trágico que expone las consecuencias de ofrecer terapéutica, por medios represivos, a la disposición innata del sujeto hacia los vehículos de la embriaguez. El poeta Eurípides, a través de la historia del Rey Penteo, enseña como el dios Dionisio castiga al gobernante por caer en la persecución denegatoria de su propio éxtasis. En el relato se muestra un Rey represivo que desprecia la llegada de un extranjera cuya candidez cautiva a las mujeres de su familiar Ino, Autonóe y Agave, quienes caen en los influjos dionisiacos. Penteo niega el origen divino de Dionisio y prohíbe la práctica de sus ritos, desatiende la advertencia de los ancianos e intenta aprisionar al extranjero. Dionisio, en cuerpo de mujer, convence a Penteo de disfrazarse de menea para ir por sí mismo en busca de las mujeres al bosque Citerón y darles castigo. Una vez allí, ellas

descubren su disfraz y debido a su encantamiento más las tradiciones de la fiesta, lo desmiembran y devoran (Eurípides, 2011). Esta historia, comporta un importante antecedente para la posterior comprensión de los problemas sobre la embriaguez, que en principio no fueron atendidos desde una perspectiva médica. Su lugar en los fenómenos del alma, se pensaba a partir de la relación del sujeto con el Otro y no se desconocían las tendencias del alma por alejarse de la realidad, por el contrario, para los griegos era de tanta importancia como otras cuestiones de la vida, de aquí que necesitaran de un Dios que regulara las conductas. En esta medida, este antecedente literario de lo que análisis posteriores denominarán como: *terapias orientadas por el elemento represivo*, o como lo mencionará Naparstek (2014), tratamientos propios de la época del *Nombre del Padre*⁴; período en la que acentúa la tragedia debido a las consecuencias de la persecución de algo innato en la condición humana. La historia termina con una palinodia, que advierte de las consecuencias de perseguir la propia sombra en los otros, es decir, de negar la inclinación del hombre a gozar de los vehículos de la embriaguez. Lo anterior es tenido en cuenta como una advertencia de hombres sabios del pasado para pensar de una forma distinta el tratamiento de los goces; una forma que no implique una negación absoluta de los placeres por la embriaguez. Así como una desregulación total, este antecedente invita a pensar que una negación absoluta de las drogas resulta también tóxica y mórbida, como lo demuestran los efectos sociales producidos a partir de la prohibición del alcohol en los años treinta en Estados Unidos.

Un antecedente Moral

“Aunque hasta la raíz me devores, daré fruto bastante para

⁴ Esta noción no hace referencia al uso en la teoría de Lacan. Naparstek le da un nuevo sentido para referirse a la función del discurso de la ciencia, en la que los fenómenos se clasificaban, localizaban y de ser necesario se reprimían.

hacer, cornudo, una libación sobre tu cuerpo degollado”.

Baco (Escohotado, 1998 p.144)

En la sociedad romana se encuentra un antecedente de lo que a partir de ciertos Gobiernos Estadounidenses se denominará como, Guerra contra las Drogas (Shultz & Aspe, 2018). No obstante, hay que anticipar que el senado romano no propiciaba realmente una guerra en contra de las sustancias, o, dicho de otro modo, contras las prácticas alrededor de su producción, distribución y consumo. La acción del estado romano se encamina hacia el castigo de los consumidores romanos utilizando operaciones sacrificiales sin contenido animista, pero incorporando un elemento fuertemente paranoico, propio del modelo A. Gracias al politeísmo reinante en la roma precristiana, fue posible la introducción de Dioses extranjeros (sobre todo del medio oriente) a los cultos romanos, trayendo consigo una gran cantidad de ritos místéricos. Tal dinámica, sumado al crecimiento sedentario del imperio, conllevó a la necesidad del individuo por inclinarse a cada vez más a las experiencias místicas *personales* (Escohotado, 1998). Los primeros cultos secretos introducidos en roma fueron los de la Diosa Cibeles, los misterios de Isis y Osiris y tardíamente los de Apuyelo, en los que el consumo de sustancias alucinatorias quedó registrado en papiros antiguos, aunque su discusión es vigente. El misticismo visionario podría haber obrado con ayuda de alucinógenos, o bien, con ejercicios espirituales colectivos redoblados por el desarraigo propiciado por el gobierno. Lo cierto es que las tradiciones vigentes heredadas por el cristianismo, aún guardan una fuerte relación con el uso de sustancias como el vino, hierbas y otros alcoholes.

A partir de la existencia de estos cultos se desarrolla en la Roma del Siglo II a.C un hecho histórico que recuerda la tragedia de Bacantes. Los cónsules Espurio Postumio y Quinto Murcio,

descubrieron la popularidad que ganaban los Misterios mencionados gracias a una situación familiar que adquirió carácter histórico pues desencadenó en una guerra interna contra los participantes de los ritos báquicos. El relato de los acontecimientos pertenece a Tito Livio, historiador romano y educador de emperadores, quien expone cómo la tribulación familiar conllevó a la persecución por parte de un cónsul romano hacia los ritos místicos donde se promovían toda clase de goces en contra de la ley, sin duda, también hacia el consumo de sustancias psicoactivas (SPA).

La historia familiar se desenvuelve debido a la confrontación entre, el amor de una madre por su hijo (Ebucio), contra el amor de este hacia Hispala, una antigua esclava cortesana ganadora de su libertad. Debido a una promesa al Dios Baco, la madre de Ebucio promete iniciarlo en los ritos báquicos que, como consecuencia, le alejarían de su amante. Ebucio prefiere alejarse del lazo familiar provocando que la situación sea aprovechada por Espurio Postumio, un patricio (político romano) que empieza una persecución en contra más de siete mil ciudadanos que acudían a las celebraciones orgiásticas que terminan en crucifixiones y asesinatos en masa. Se dice al respecto que fue el primer episodio en el que roma tuvo que cerrar sus puertas para que no se escaparan seres humanos a diferencia de sus guerras externas, donde siempre se impedía que entraran. Las acusaciones por las prácticas llevadas en estos ritos no tuvieron fundamento, por ejemplo, no se encontraron los cuerpos de las supuestas víctimas asesinadas, llevados a cabo por los báquicos bajo estados de trance. Según el autor, muchas de las acusaciones palidecen de importancia en comparaciones con los ajustes de cuentas particulares y el temor a las revueltas sociales que, en efecto, poco después desembocarán en guerras civiles. Este antecedente histórico tiene una arraigada conexión con eventos del siglo XX, en donde se utilizó la droga como un chivo expiatorio para técnicas de control biopolítico.

Hay que resaltar la condición moral impuesta sobre los objetos de adicción a partir del elemento paranoico propio de los individuos y de los pueblos. Este elemento según Freud, deriva de una relación fundamental entre la cosmovisión de los hombres con el sentido animista de su psicología. La técnica del animismo muestra la manera en que el hombre intenta imponer a las cosas reales, las leyes de la vida anímica. Aunque no sea posible colegir su origen, es posible formular que esa inclinación conlleva a un esfuerzo de exteriorizar el sentimiento paranoico para efectuar un alivio psíquico (Freud, 1991, pág. 82). En la historia romana, los cargos en contra de los dionisiacos, logran desplazarse más allá del alivio del malestar imperial y de la traición religiosa; las cuestiones morales llegan hacia la droga. Al respecto se cita a continuación, una de las sentencias de los senadores que el autor anota que aparecen la obra de Escohotado:

“Cuando el vino había inflamado sus mentes, y la noche y la promiscuidad de hombres y mujeres, de la juventud con la edad había destruido todo sentimiento de modestia, comenzaron a practicarse toda suerte de corrupciones” (1998, pág. 141).

No es posible asegurar con ciencia cierta la validez y veracidad de las acusaciones impuestas por el senado romano a los báquicos, no obstante, este es un gran ejemplo de cómo la operación moral sobre el objeto de adicción, tiene antecedentes en la antigüedad. En la actualidad y a diferencia de los romanos, el mecanismo del exceso moral sobre las drogas no contiene una mera operación fulminatoria en respuesta a la impureza religiosa y política del otro insoportable, como se evidenciará posteriormente, el juego de la imposición moral tenderá hacia una operación que haga posible un usufructo económico del individuo por parte del estado.

Según la fuente principal, este es el primer rastro de una impostura moral sobre el objeto en consecuencia de lo que puede llamarse una amenaza contra el orden público. No obstante, es de resaltar que los Misterios dionisiacos no dejaron de celebrarse durante toda la vida precristiana

del imperio. Varios Césares les promovieron y permitían la ocurrencia de ceremonias que daban rienda a sacrificios entre el modelo A y el modelo B. En algunos de ellos era ejemplar el uso de sustancias visionarias, embriagadoras, extasiarias y otras, que le heredaron a la mayoría de ritos cristianos, su forma y contenido. Posteriormente el pensamiento cristiano le extrajo todo elemento usado para alterar el ánimo. A pesar de la persecución romana a los usuarios del vino y otras sustancias, el uso y fama de estos no estuvieron cerca de su fin. El epígrafe propuesto era una sentencia sobre aquellos dispuestos a tratar de reprimir el uso de los vehículos de la embriaguez.

Época del Nombre del Padre.

La expulsión del Hedonismo

Todo empleo no médico es inmoral

C.H. Brent (Escohotado, 1998 p.171)

Tanto los griegos como los romanos tomaban el vino rebajado, excluían a las mujeres y a hombres jóvenes, se oponían a concursos de bebedores y no valoraban positivamente las jactancias sobre el aguante. El vino era un fármaco reservado para la madurez y la virilidad, que sólo podían usar de modo libertino quienes hubiesen superado los cincuenta. Por otro lado, entre aquellos pueblos llamados guerreros, se sentía orgullo de beber vino puro, de tener mucho aguante y era posible tomar a cualquier edad. Se diría entonces que para la época pueblos pensadores y luchadores, admitían la diversidad de usos de las sustancias y, por ende, se usaban. La ascendencia del pensamiento cristiano conllevó a un cambio en el paradigma del uso. La inclinación del culto cristiano sobre las drogas era de aborrecimiento y persecución debido a un retorno persecuidor del modelo A, sustentado sobre un elemento mágico sumado al moral. La

explicación a este fenómeno puede partir de la proposición de dos modelos de culto. En el primero, se profundiza sobre experiencias aisladas incorporando la intensidad psíquica. El otro, basado únicamente en el aprendizaje de credos y ceremonias que aseguren a los fieles alguna idea prevista sobre el mundo y la conducta. (Escohotado, 1998) A lo largo de todo el periodo cristiano, reinó el segundo modelo de culto. El alivio de la rigidez como efecto del consumo, a diferencia del mundo pagano, era para el cristiano un sinónimo de vicio y pecado. De hecho, en el espectro de su literatura existen algunas sectas abstemias que tenían como mito fundante la caída de Lucifer en la tierra, quien, al tocarla, produjo la planta de la vid.

La fe cristiana se sostenía sobre un cúmulo de promesas direccionadas hacia un dios único al que se llegaba mediante una vida sin errores ni extravíos. La iniciación de los jóvenes en la fe, a diferencia de los ritos helenísticos, no usaba ningún tipo de fármaco que pudiera troquelar su vida ulterior. En consecuencia, la única forma en que el cristianismo occidental pudo mantener el vínculo con sus creyentes fue conservando las promesas de éxtasis reservándola para la otra vida, es decir, cambiando la oferta de transustanciación física por una transmigración espiritual aplazada para el fin de los tiempos. (Escohotado, 1998). El trance es cambiado por un *querer creer* y la alteración de los sentidos se cambia por una encomienda a la consumación del milagro. En consecuencia, las religiones concomitantes y ajenas al cristianismo en las que se realice una denegación del milagro, se consuman sustancias que alteren la conciencia o simplemente se alejan del dogma, serán estigmatizadas de satánicas.

Si le hubiesen sugerido a un griego o a un romano que cierta droga era admisible en uso médico y no como pasatiempo, habría contestado que la distinción entre una cosa y otra era

absurda, ya que solo a él le incumbía decidir al respecto. Para el mundo cristiano la euforia, tanto en la obtención de un contento como el alivio de un dolor, no pueden constituir un fin en sí; no es admisible ya que conlleva pecado. La razón era que para el cristianismo el alma y el cuerpo, a diferencia de la *phýsis*, conllevan naturalezas distintas. El cristianismo concibe el dolor físico como alabanza y gratitud, mientras que desprecia el goce sensual del espíritu. De aquí que cuando San Agustín llega a Cartago, ciudad de amores impuros, se encomienda a dios por la aflicción de su alma, la cual se ve seducida por las cosas sensibles. Allí se lamenta de cómo su cuerpo va en contravía de su espíritu, el cual debe seguir el camino del espíritu de dios, incorruptible y puro. En el capítulo III de sus confesiones manifiesta el flagelo de su alma: *“Y por eso mi alma no se hallaba bien, y, herida, se arrojaba fuera de sí, ávida de restregarse miserablemente con el contacto de las cosas sensibles, las cuales, si no tuvieran alma, no serían dignas de amor ciertamente.”* (Agustín, 2000).

También en la aplicación de sustancias en tanto analgésicos, se ve comprometido el estudio y tratamiento. Aquello que implique aliviar un dolor de patologías agudas y momentáneas, sugiere una huida ante aquello que redime al hombre y agrada al dios. La alteración del ánimo por vías botánicas incurre pues en pecado pues conduce a promiscuidad, idolatría, eutanasia y hedonismo. Las prohibiciones en nombre de dios, aparecieron bajo la forma de una degradación moral, imposturas doctrinales, prohibiciones legales y amenazas de apostasía y muerte. Alrededor del año 424 aparece la Ley Sállica, donde se autoriza el exterminio de *preparadores de filtros* e igualmente en el 589 el Concilio de Orleans, donde se les llama *preparadores de brebajes perjudiciales*. Con el paso del tiempo y el avance de prohibicionismo

las diferencias entre unas drogas y otras se van eliminando, así como las enciclopedias, tratados de botánica, manuscritos, etc.

La política de censura respecto de las drogas y toda la modalidad de sus usos, proliferó por toda la edad media. En ella se presentaron quema de bibliotecas, eliminación de representantes del saber botánico y persecución contras religiones helenísticas que usaban drogas. Puede decirse que el equilibrio entre el modelo A y el modelo B del sacrificio desaparecieron y fueron reemplazados por un esfuerzo de salvación en masa inmolando chivos expiatorios teniendo como soporte teórico la demonología, ya que, ante los desastres políticos, las epidemias y los desastres naturales, el cristianismo vio en los saberes y seres paganos un enemigo absoluto que amenazaba el nombre del padre.

Aun con este antecedente, no es posible aseverar infaliblemente que el pensamiento cristiano introdujera a través de su mirada un elemento netamente moral en lo innato de las drogas. Según Escotado (1998), el nexo entre brujería en general y ebriedad con fármacos distintos al alcohol, atravesó todo el pensamiento cristiano, pero su discusión sigue vigente. Aun no es posible determinar si el demonio habitaba, en el ser de las sustancias o en el alma del hechicero que les usaba para fines malvados. Lo que es innegable es que esta fue la época de la más amplia prohibición. Desde el Siglo XIII y probablemente desde mucho antes, según la fuente, fue prohibido por los jueces clericales el uso del opio, las solanáceas y cualquier otra sustancia con la que alterar la conciencia.

Los comienzos de la fase final de la persecución pueden rastrearse gracias al filósofo Pietro Pomponazzi quien, empujado por un esfuerzo desmitificador, propuso las primeras discusiones

sobre cómo las drogas eran las que conllevaban los efectos alucinógenos sobre la conciencia y no a causa de la obra del demonio (Escohotado, 1998).

El ingreso del discurso bio-económico

“Si no es para trabajar, la masticación de coca constituye «una actividad social no autorizada”

Poma de Ayala (Escohotado, 1998 p. 257)

La llegada del renacimiento y el descubrimiento de América introdujeron cambios especialmente económicos en la perspectiva sobre las drogas que aun arrastraban trazas del pensamiento clerical. Los médicos europeos se dividían entre aquellos que querían reservar el conocimiento indígena sobre las plantas y aquellos a los que veían allí una aberración religiosa. El descubrimiento del tabaco, la coca y otras plantas, abrieron nuevamente las discusiones. El efecto de sedación y las cualidades para el rendimiento en el trabajo, fue aprovechado por los españoles para los negocios abriendo un nuevo paradigma a la cuestión de la persecución moral. La comercialización de los productos indígenas se veía acelerado por el consumo de coca de los indígenas debido a sus efectos potenciadores y sedantes sobre la mano de obra. Es interesante que antes de descubrir el efecto de la coca sobre el trabajo, los Reyes católicos hasta Felipe II veían las plantas y saberes indígenas como obra de la *voluntad del maligno* (Escohotado, 1998). Una vez aparece la necesidad de mano de obra que no resultase costosa a los reinados, empiezan a aparecer leyes que permiten masticar hoja de coca exclusivamente para el trabajo.

Específicamente, el catequizado Felipe Guzmán Poma presenta esta actividad, solo si es para trabajar, como una *actividad social no autorizada*. Aun en el siglo XVII existen leyes que

prohibían el consumo de drogas por su influencia en el paganismo, aunque en las sociedades era prácticamente una moneda de cambio, como el caso del opio de medio oriente. En esta época llega el auge de los intercambios intercontinentales y ahora su prohibición obedece más a beneficios económicos que morales. La persecución moral será reemplazada paulatinamente por el abordaje de los discursos pre-científicos como la iatroquímica, cuyos precursores alaban las capacidades analgésicas del opio.

A partir de ahora los continentes exportan e importan masivamente las drogas; el tabaco y la coca desde América y el opio y café desde las Indias medio orientales. Hay enfrentamientos bélicos entre las naciones por las rutas comerciales lo que conlleva prohibiciones y estigmatización sobre ciertas sustancias usando ahora el saber médico para difundir el miedo sobre los usos de ciertas plantas con base en los efectos negativos para el cuerpo. A pesar de la difamación cultural, médicos prominentes como Van Helmont, T Sydhenman y R. Boyle emprendieron experimentos y tratamientos usando el opio de forma analgésica soterrando la amenaza de incurrir en el pecado por apostasía y abriendo camino a los saberes sobre toxicología y química orgánica. Gracias a sus investigaciones y, promovido por una fiebre mercantil, las vanguardias europeas comienzan a alabar y maldecir, las propiedades de las sustancias según los efectos para la salud.

Gracias a los avances en los saberes sobre química, la relación del sujeto con las sustancias da un nuevo paso. En la antigüedad el tratamiento a través de fármacos se daba a su estado natural o impuro, es decir, a través de plantas u hongos. El desarrollo de las ciencias químicas cambió el paradigma de las drogas. Supuso un efecto para el desarrollo de los trastornos de adicción, cuyo antecedente era relativamente menos intenso hasta la llegada de los *fármacos puros* como la morfina, codeína, atropina, cafeína, cocaína, heroína, etc. Este desarrollo supuso disminuir el

volumen de fármacos en relación al potencial de actividad; regular la concentración de la pureza y la dosis; mantener márgenes de seguridad en la salud y aumentar la eficacia de la economía concomitante. Desde sus inicios, el desarrollo de estas sustancias estuvo alabado por diversas comunidades científicas debido a una pretensión de encontrar en ellas la garantía de ningún mal debido a la administración. En la literatura fantástica del Siglo XX por ejemplo, se encuentra el *soma*, una droga perfecta que se administra a los seres humanos en la obra literaria *Un mundo Feliz* del psicólogo A Huxley que, nuevamente, actualiza su discusión en nuestra época (Huxley, 2014). En la actualidad, la producción de Adderal fomentó la mítica búsqueda, ahora en forma de aleaciones químicas, de una sustancia que no produzca efectos secundarios más allá de los efectos potenciadores. No obstante, en la actualidad ninguna droga, legal o ilegal, asegura la desaparición de efectos nocivos en altas dosis.

El *soma* de la realidad fue atribuido durante los milenios anteriores al opio hasta la llegada de su estudio químico por F Sertürner, farmaceuta alemán, quien redujo el opio a una solución en ácido mecónico que neutralizó con amoniaco obteniendo una sustancia pura a la que llamo *morphium*, en honor a Morfeo, Dios griego del dormir (Escohotado, 1998). Años más tarde se desarrollaría la aguja hipodérmica de parte de otro médico alemán, quien la usa para inyectar morfina a su esposa, aquejada de dolores de cáncer. Esta mujer será la primera víctima de sobredosis de morfina por vía intravenosa registrada. A partir de este momento, pueden rastrearse los primeros antecedentes de los cuadros de adicción y del síndrome de abstinencia. No obstante, el momento en que la mirada médica se interesa e ilumina al fenómeno de las adicciones surge en momentos bélicos, más exactamente en instituciones médicas.

El Crisol Científico.

Durante la guerra civil americana de 1860-1865 el uso de la morfina se propagó sistemáticamente en los hospitales de campaña militar para calmar los dolores de soldados heridos. Una vez acaba la lucha contra el dolor, comienza el fenómeno de las adicciones a la morfina. En principio se le conoce como el *mal miliar* y posteriormente se le llamará síndrome de abstinencia (Naparstek, Seminario Clínica de las adicciones, 2014). Este programa logró *silenciar* los recintos militares gracias al empleo masivo del fármaco de forma intravenosa durante varias veces al día. Hasta este momento, los sistemas de gobierno no veían en el consumo personal un tema de preocupación; acceder a las sustancias y contraer los efectos secundarios, dependía de los sujetos. Hasta poco después de la aparición del síndrome no se usaba la palabra adicto, se hablaba de *amateurs* y *habituados*; formulaciones totalmente laicas.

Paralelamente en 1859 A. Nienmann aisló la cocaína gracias a una mezcla de ácido sulfúrico, bicarbonato sódico y éter. Una vez se llega a esta síntesis, proliferan los experimentos para mujeres, soldados, animales, etc. A partir de 1900, la cocaína adquiere fama en la cultura y recibe una atención frenética. El estamento médico inicia, lo que Naparstek (2014) llamará, las terapias por la vía de la sustitución del objeto. Paralelamente, en 1898 la policlínica Bayer pone a circular en las boticas de Europa la heroína, desarrollada a base de acetilización de la morfina base y se cree que esta no contrae los peligros de la morfina como la formación del hábito. La *Detroit Therapeutic Gazette* publica comunicaciones médicas que preconizan el uso de cocaína para curar hábitos de opio, morfina y alcohol (Escohotado, 1998). El opio y sus derivados ingresaron al mercado independiente y se produce el fenómeno de la *morfínomanía*, seguido de la *heroínomanía* y tardíamente la *cocainomanía*, en clasificación médica-psiquiátrica. La

cocaína, se pensó, sería la panacea para estas nuevas enfermedades de adicción, pero fue la que trajo peores resultados. La adicción a esta droga fue pronta. Al principio, los médicos defendían su uso analgésico en casos de trastornos gástricos, caquexias, asma y adicciones derivados del opio, pero su continuo uso ofreció resultados médicos insatisfactorios. Su ocaso llegó debido a la aparición del deterioro físico y moral en los pacientes habituados. Los efectos de su uso excesivo se compararon con los del *delirium tremens*, provocado por el láudano. Finalmente, su uso se declaró moralmente mal visto y luego fue ilegalizada. Durante los periodos históricos anteriores al uso de plantas, hongos y sus derivados produjo una suave *familiaridad* con las drogas. Llegado el periodo de las sustancias puras, la fórmula: *solo la dosis hace veneno* se trastornó. Dejar las sustancias ahora también constituye un peligro. Detener el consumo de heroína o el alcohol cuando se está en situaciones avanzadas de adicción, puede producir un golpe al organismo tan dañino como los efectos de una sobredosis. Claramente la incapacidad de separarse de una sustancia no se le puede atribuir mayormente al pánico por los síntomas de la abstinencia. Desde luego, previo al uso de las sustancias, hay algo en la condición psicológica que requería paliativos que fueron encontrados por el sujeto en la droga. En consecuencia, la mayoría de terapias de sustitución de objeto que no conllevan un abordaje suplementario, no conducen a tratamientos exitosos, según los trece principios Del National Institute on Drug Abuse (NIDA). Fue una gran novedad en la historia de la medicina pensar que el hábito debía considerarse una función del síndrome abstinencia. El médico del siglo XX veía el hábito a la droga como un mal menor de los trastornos anímicos y somáticos. Por ello, los terapeutas coincidían en afirmar que el vicio por estimulantes y calmantes tenía más fácil remedio que el alcoholismo, *si el sujeto realmente quisiera librarse de él* (Escohotado, 1998, pág. 417). Algunos fundamentalistas sostenían que tal conducta caía en una *desvergüenza*, más parecida a la conducta sexual perversa

o al descreimiento religioso. Para el ojo común eran simplemente personas excéntricas cuyo espectro comprendía al pobre diablo, el trabajador incansable, artistas y otros profesionales cuya relación con los fármacos presentaba más un rasgo de pacto fáustico (Escohotado, 1998).

La abstinencia produjo que el fenómeno del exceso del consumo ingresara en el orden médico y por ende, que se convirtiera en un objeto propio del discurso de la ciencia en términos Foucaultianos, debido a que empiezan a emerger prácticas discursivas de los saberes Psi sobre el hombre en tanto objeto-enfermo (Foucault, *Arqueología del Saber*, 2015), o mejor, objeto-adicto.

A partir de este momento, se emprendieron en la ciencia distintos tratamientos sobre el fenómeno de la adicción. El lugar que la psicología comienza a tener en ellos, se da a través de los primeros centros comunitarios para drogadictos generados por las secuelas de las guerras mundiales y el inicio del tráfico ilegal de drogas. En Psicología, comienza la campaña por encontrar aquellos tratamientos que llevaran consigo un método próximo al pensamiento científico, muy próximo al modelo médico, para asegurar su reproducción y replicación a lo largo de los escenarios clínicos. Vale recordar que para los griegos la habituación a la sustancia quitaba su veneno y traía consigo sus efectos como remedio. No obstante, la psicología se enfrentaba al problema de la emergencia de las drogas puras y la aparición de nuevas modalidades de consumo, cuya lógica partir del siglo XX pretende, no a la habituación como alivio de un malestar, sino al mantenimiento de sus efectos psicoactivos. Este fue el campo abonado para la aparición de sobredosis, guetos de drogadictos, la incorporación de las drogas puras, la aparición de drogas experimentales, la emergencia de la cultura de los estados psicodélicos y las identidades toxicómanas, el consumo masivo en los escenarios culturales, en fin, una cultura de las sustancias que vendría ligada a la aparición de nuevos de efectos mórbidos

como el aumento paulatino de enfermedades directas e indirectas, formas de violencia por los cuerpos de seguridad financiados por los carteles del narcotráfico y problemas sociales como el consumo en instituciones educativas.

Capítulo 2. Tratamiento psicológico del sujeto-adicto.

Hasta ahora el recorrido histórico pretendía contextualizar y problematizar la cuestión del sujeto adicto a través de una lectura crítica de la obra de Escohotado y de otras fuentes. En consecuencia, se obtuvieron algunas luces de la relación del sujeto con la droga y de los tratamientos para aquello que ha de nombrarse a finales del siglo XX como adicción o toxicomanía. Este devenir histórico permitió exponer algunas condiciones históricas del devenir de los tratamientos científicos sobre las adicciones, con el fin de señalar los aspectos morales, económicos-políticos y terapéuticos con los que manuales de tratamiento psicológico, a pesar de su intento de objetivación, se ven implicados en conexión a su antecedente histórico. Ahora bien, es preciso señalar los conceptos que dan continuidad al uso de manuales en Psicología, con el fin de señalar el sustento teórico y epistémico que les soporta. Para esta tarea es necesario de antemano exponer el juego común de las estrategias de intervención, su propuesta y desarrollo. En este trabajo, se han seleccionado obras que tratan la cuestión del sujeto-adicto desde las TCC⁵. Estas son manuales y guías terapéuticas que se estudiarán con el fin de colegir aspectos comunes respecto del proceso de diagnóstico y tratamiento intentando socavar sus influencias y límites teórico. Una vez identificadas se usarán el sustrato conceptual para intentar describir el sujeto que es posible reconstruir a partir de sus propuestas teóricas.

Evaluación Diagnóstica

⁵ Las obras seleccionadas se escogieron bajo el criterio de su legalidad institucional y el uso efectivo de estas en los espacios clínicos. Cabe resaltar que las cuatro escogidas son de lengua castellana, pero siguen los criterios de eficacia de la APA y en cada una se observan, a pesar de sutiles diferencias, fundamentos de las directrices del enfoque Cognitivo-Conductual.

En psicología clínica actual, nunca se está realmente en tratamiento hasta un trabajo de evaluación de signos y síntomas que den cuenta de un síndrome o un trastorno. Evaluar quiere decir, conocer a través de estos elementos situaciones dentro de un contexto y tiempo. Este proceso exige conocimiento en semiología lo que alude a conocer el nombre de las manifestaciones de una enfermedad (Sánchez Escobedo, 2008). Vale señalar que en psicología la evaluación tiende hacia un diagnóstico el cual apunta a describir fenómenos mórbidos y de nombrar etapas o procesos de individuo como pérdidas, ajustes, adaptaciones, etc. Según Sánchez (2008), la llegada al orden psicológico de una taxonomía tan amplia de los trastornos, se debe a la poco efectiva utilización de términos ambiguos para determinar la enfermedad tratada. En tal caso, el término *neurosis* reunía en sí una serie una serie de estados que fueron descritos con más precisión como lo son, la ansiedad, trastornos del estado del ánimo o algunos cuadros disociativos. Lo anterior implicaba que el traslado de un paciente neurótico de un clínico a otro, produjera inconsistencias teóricas y se perdiera tiempo en nuevos diagnósticos. Al postulado anterior se le puede proponer una crítica utilizando la corriente psiquiátrica abanderadas por Kraepelein en lo que respecto a la necesidad de incluir cada vez más series nosológicas y el aumento de trastornos en los manuales de diagnóstico derivadas a una necesidad de comunión en los términos.

Se puede decir de Kraepelein que fue heredero del positivismo médico. Él basaba sus investigaciones en una clínica descriptiva de síntomas en el curso evolución y pronóstico. Su posición respecto del entendimiento de las enfermedades minusvalorará los elementos subjetivos y emotivos de los relatos de sus pacientes; esto es, la ocultación del discurso del paciente frente a las evidencias objetivas de la enfermedad (Caponi & Martínez Hernández, 2013). Había en él una gran pretensión de objetividad enraizada a su formación médica que empujaba los postulados de la psiquiatría hacia una explicación biológica. Kraepelein hereda los cuatro principales criterios de

clasificación expuestos en 1888 por Paul Garnier, a saber, clasificación etiológica, anatómica, sintomática y evolutiva. Los postulados Krepelianos no se alejan mucho de los ideales explicativos de los manuales modernos quienes, en un acto que borra al sujeto del inconsciente, proponen que uno de los medios explicativos principales son los factores neuroquímicos de la actividad del circuito mesocorticolímbico en el que participan actividades dopaminérgicas del núcleo accumbens y el aprendizaje de la memoria emotiva (Linden, 2011). Las propuestas de Kraepelein pretendían, por ejemplo, encontrar los factores prominentes de la demencia precoz utilizando en homología la etiología de las infecciones. Tal trabajo, implicaba identificar la causa primera para anticipar los síntomas. Una de estas propuestas era, por ejemplo, que el defecto hereditario de malformaciones de orejas, cráneo o palato era en la mayoría de casos una factor causal de la esquizofrenia (Caponi & Martínez Hernández, 2013). Con el paso del tiempo la cuestión del diagnóstico en psiquiatría tuvo que desistir de su intento de homologar el entendimiento de la enfermedad de su correlato médico-biológico. Las clasificaciones etiológicas y anatómicas no entendieron cómo los cerebros de los pacientes delirantes no tenían ninguna diferencia con los de los sanos. En reemplazo de este problema, surgió la clasificación por la vía de los síntomas cuya consecuencia exigió a los médicos describir nosologías que reflejara las particularidades del grupo al que se refiere. Así, aunque la depresión y la manía formen una misma unidad clínica, la clasificación sintomática tendería a separarlas. Kraepelein resistió a ponderar este estilo de diagnóstico ya que implica la consideración del síntoma en su esfera médica y social; es decir, considerar los juicios clínicos de acuerdo con el contexto. Para dar contrapeso a la falencia positivista de la dispersión de categorías clínicas, Kraepelein privilegió una mirada diacrónica sobre los síntomas que permite distinguir entre aquellos que tienen manifestaciones episódicas y otras duraderas. Según Caponi & Martínez Hernández (2013) el psiquiatra alemán no solo se ve

empujado a sostener una clasificación observando siempre rasgos repetidos y característicos de las manifestaciones de la enfermedad; también influyó la incapacidad de referir sus adelantos en lenguas no germánicas necesitando siempre la ayuda de un traductor y, por ende, adquiriendo mayor relevancia la observación que la escucha⁶. Esta cuestión del agrupamiento de síntomas sobrevivió hasta el actual DSM V (Association, 2014), en él, aún es importante atenerse a las formas exteriores del estado mórbido, las cuales, pueden ser indefinidamente diversificadas.

Para la psiquiatría y posteriormente para la psicopatología hasta nuestros días, son fundamentales los criterios de continuidad, agravamiento y repetición. Gracias a este ímpetu médico sobre los orígenes de la psiquiatría, para el diagnóstico actual son fundamentales los dos últimos modos de clasificación, a saber, el sintomático y el evolutivo; manifestación exterior y perduración temporal. Gracias a esta revisión histórica, es posible proponer que la orientación diagnóstica no siempre ha estado guiada por una tradición que tiende a la precisión de los fenómenos, a la observación objetiva y al establecimiento de un lenguaje común. Las formas de clasificación desde su historia, están orientadas más allá de unas pretensiones de objetividad, por cuestiones de contingencia. El caso de Kraepelein, reaparecerá cien años más tarde de forma redoblada por parámetros del saber estadístico, cuya consolidación produjo los DSM I II y III, teniendo como efecto, el progresivo exterminio de la etiopatogenia del diagnóstico. Los dos primeros DSM estaban referidos a un modelo teórico que no excluía la causalidad, los nuevos adoptan un modelo sindrómico (AVVV, 2003).

⁶ Es importante resultar la impotencia del psiquiatra alemán en la dirección para transmitir sus estudios en su lengua materna en relación con enfoque de clasificación de las enfermedades mentales. Actualmente se justifica el uso del CIE-10 y el DSM-V como un medio de *lengua común* para los espacios terapéuticos que deja como faltante un sentido de la especificidad del caso y de su discusión teórica. Así, mismo se ha entendido al sujeto-adicto, como si este fuese desde siempre y en todos lugares igual.

En la actualidad todo tratamiento debe estar encadenado a un diagnóstico preliminar, por supuesto, también el exceso de consumo de drogas. Ahora bien, en lo que respecta al diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias hay que exponer los aspectos vigentes del diagnóstico y señalar unas sutiles diferencias entre el DSM IV TR y el DSM V. En el primer, el ordenamiento está dado por dos grandes grupos: trastornos por consumo de sustancias y trastornos inducidos por sustancia. Estos, son establecidos gracias a la descripción y posterior identificación de unos criterios para la dependencia, abuso, intoxicación y abstinencia de sustancias. La clasificación de las drogas está dada por once clases de sustancias de las cuales puede derivar un trastorno debido a: la ingesta abusiva de una droga, los efectos secundarios de un medicamento y a la exposición de tóxicos. Para su diagnóstico, se encontrará un desarrollo descriptivo de los criterios diagnósticos que se suceden por comentarios referidos a los síntomas asociados y luego la descripción de cada una de las once sustancias teniendo en cuenta los criterios mencionados a continuación y que se exponen en los manuales (Association, 2014).

Dependencia

La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican continuación en el consumo, a pesar de la aparición de problemas relacionados con ella. Como tal la dependencia se define como un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva al a tolerancia, abstinencia e ingesta compulsiva. Para las once sustancias aplica esta categoría y los síntomas son muy similares. También se observa, según el manual, que en la mayoría de los casos aparece una necesidad irresistible de consumo denominada *craving*. Dentro de la definición estadística encontramos que

se necesitan un grupo de tres o más de los criterios que mencionarán a continuación mencionados.

Tolerancia

Esta se define como la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis. El grado de tolerancia varía según la sustancia y el organismo, ya que la sola manifestación del criterio no es suficiente para el diagnóstico de un trastorno de dependencia; por ejemplo, en el caso de algunos consumidores de *cannabis* hay patrón de uso compulsivo sin signos de tolerancia.

Abstinencia

Es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. Cuando aparecen los síntomas de la abstinencia el individuo toma la sustancia para eliminarlos o aliviarlos. Las manifestaciones de la abstinencia dividen a las sustancias por su intensidad y en algunos casos son imperceptibles. Tampoco la mera abstinencia es criterio para el diagnóstico ya que en algunas condiciones posoperatorias aparecen estos síntomas.

Patrón de uso compulsivo

Se define por los fracasados deseos de abandonar el consumo de la sustancia que el historial del sujeto confirma. Este dedica gran parte de su tiempo a obtener la sustancia, a tomarla y a recuperarse de los efectos secundarios que le produce. Además, la mayoría de sus actividades giran virtualmente en torno a la droga, produciendo falta de interés o abandono de su relación con los demás y consigo. Por último, puede ocurrir que, a pesar de reconocer la implicación psicológica y fisiológica de la gravedad los síntomas la persona continúa consumiendo la sustancia. El aspecto clave en la evaluación del criterio y posterior diagnóstico es la *imposibilidad de abstenerse* del consumo, a pesar de ser consciente de la dificultad que causa.

Abuso

Es un patrón desadaptativo de consumo manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionados con el consumo repetido. Impide el cumplimiento de obligaciones y se realiza ante situaciones peligrosas o que conllevan problemas legales en periodo continuo de 12 meses. Para si diagnóstico no se incluye tolerancia ni abstinencia ya que el énfasis recae sobre la intoxicación cuando se espera del individuo el cumplimiento de obligaciones relacionadas al trabajo, escuela u hogar. Pueden haber repetidas ausencias o un rendimiento pobre en el trabajo debido a los efectos secundarios; puede haber descuido sobre el cuidado de otros familiares que le necesitan o hacerlo en situaciones que pongan en peligro su vida o la de otros. También se incluyen comportamientos que agraven el orden público o legal debido al consumo, así el mantenimiento de la conducta a pesar del historial de consecuencias

indeseables tanto sociales como personales (p. ej., dificultades conyugales, violencia física o verbal).

Diferencias en el diagnóstico

Hay que señalar un elemento diferencial entre el DSM IV TR con la versión V pues de lo hasta aquí expuesto, hay algunas variaciones. Hay cambios tales como; las categorías de abuso y dependencia fueron reemplazadas por un único “trastorno de consumo de consumo de sustancias” cuya aparición enmarca una nueva forma de agrupamiento de criterios como el control deficitario, el deterioro social y el consumo de riesgo lo que conlleva una pérdida de la especificidad diagnóstica; el número de grupo de sustancias de once a diez; el orden de los síntomas; y por último y más significativo, aparecen fundamentos que se sostienen sobre explicaciones neurobiológicas. El DSM V enfatiza el cambio subyacente en los circuitos cerebrales que persiste tras la desintoxicación y que acontece especialmente en las personas con otros trastornos. Sostiene que las recaídas y el deseo de consumo son una muestra de dichos cambios. Por su parte el deseo de consumir se atribuye al condicionamiento clásico y la activación de estructuras específicas del sistema de recompensa.

Respecto de estas nuevas explicaciones y agregados hay fuertes críticos. No solo por el hecho de incurrir en un modelo neurobiológico, del que posteriormente se explicarán sus oquedades explicativas, sino por la eliminación de una importante distinción. El mismo jefe del grupo de tareas del DSM-IV publica un manifiesto de diecinueve críticas sobre los agregados de la última versión. De estas vale la pena rescatar aquella en la que denuncia la eliminación de la distinción entre y abuso dependencia, dado que se baja el umbral para diagnosticar gracias la nueva

categoría en uso, a saber, la de *adicción*. Esta, conduce a perder información clínica sobre los diferentes tratamientos, pronósticos y distinciones entre el abuso episódico con el uso compulsivo (Frances, 2014) o en otras palabras, haciendo que cada vez más formas del uso de las drogas puedan ser diagnosticadas por trastorno de adicción. No es posible aseverar que este cambio sea la evidencia de un intento de exceso de diagnóstico en la tendencia del desarrollo de los manuales. Faltaría una investigación más profunda para observar a detalle, no obstante, sí confirma la crítica antes planteada por el Colegio Epistemológico y Experimental (2003) sobre la tendencia ateórica de las formulaciones diagnósticas de los últimos manuales. Incluso la versión V del manual desconoce la especificidad de la acción de la droga sobre el cuerpo ya que en la descripción inicial de los Trastornos relacionados con sustancias menciona: *“Cualquier droga consumida en exceso provoca una activación directa del sistema de recompensa del cerebro...”* (Association, 2014). Siendo que, como se expone en el apartado donde se encontrado se investigó por el correlato Neurobiológico, el consumo de sustancias alucinógenas no produce tal activación.

Correlato Neurobiológico

Cada uno de los fenómenos anteriormente mencionados tienen correlatos neurobiológicos que actualmente se estudian y usan para el refinamiento de los tratamientos; algunos incluso proponen modelos que explican las causas de la aparición de un adicto desde los fenómenos ocurridos en el sistema nervioso central (SNC) que surgen a partir del primer consumo, se continúan en el mantenimiento y son, según este modelo, causas de las recaídas. Al fondo de esta explicación aparece una serie de estructuras cerebrales interconectadas situadas en la base del

cerebro distribuidas a lo largo de su línea media. Estas estructuras son: el área tegmental ventral (ATV), el núcleo accumbens (NAc), la vía mesocorticolímbica, el septum, el tálamo y el hipotálamo (Linden, 2011). El descubrimiento de la distribución de estas áreas se dio gracias al refinamiento del experimento conocido como la caja de Skinner. En él, tradicionalmente se encerraba un animal al que se le exponían dos palancas. En cada una se le ofrecía un estímulo de refuerzo (comida y agua) y un estímulo de castigo. El resultado era que *aprendían* prontamente a evitar aquella que producía el dolor. El refinamiento mencionado resultó en una modificación que producía que el animal recibiera una estimulación placentera que iba directamente al cerebro a través de electrodos implantados en las áreas descritas, cuando este presionaba una palanca. Los resultados fueron inesperados. Los modelos animales llegaron a pulsar hasta siete mil veces por hora la palanca; algunos olvidaban comer, beber, tomar a las hembras en celo, a sus crías y hasta fue necesario acabar el experimento para que muchos de ellos no murieran de inanición. Gracias a este experimento encabezado por James Olds y Peter Milner, precursores de las neurociencias, la teoría dominante sobre el aprendizaje fue refutada.

Antes de estos autores se concebía al aprendizaje como un camino en el que la conducta solo podía explicarse a partir de la evitación del castigo. Era la llamada hipótesis de la *reducción del impulso* (Linden, 2011). A partir de este experimento, el conjunto de estructuras cerebrales descrito recibirá el nombre del circuito del placer y, gracias a este, se erigirá la teoría de Olds cuya concepción explica la conducta como impulsada por el placer y por el dolor. En términos comunes el funcionamiento del circuito de recompensa o del placer, se activa mediante cualquier actividad que provoque sensación placentera, por ejemplo, el consumo de droga. Este provoca la activación de potenciales de acción desde cuerpos celulares situados en el ATV a través de los axones cuyas terminales llegaban hasta el NAc, lo que provoca la liberación de un

neurotransmisor llamado dopamina, secretado por las vesículas cargadas cercanas al terminal axonal. Vale señalar que no solo desde el ATV recaen terminales axonales sobre el NAc al que se le atribuye la mayoría de funciones del placer; también sobre la corteza prefrontal, el hipocampo, el núcleo estriado dorsal y la amígdala. La relación entre este circuito y la sensación de placer es dada porque experiencias como el consumo de sustancias generan sensaciones placenteras concomitantes a las funciones de las que se encargan las estructuras mencionadas que hacen cierran el circuito. Las señales sensoriales y los actos precedidos a estas experiencias acaban asociándose a *sensaciones y recuerdos positivos*. El efecto de ciertas drogas como la cocaína y las anfetaminas, por ejemplo, no solo se asocian positivamente, también influyen en la mecánica dopaminérgica y en la densificación de las espinas dendríticas. Cuando se consumen estas drogas, la dopamina liberada en el fluido del espacio sináptico, no se activa ni se reabsorbe; se provoca un bloqueo en el espacio de los receptores post-sinápticos haciendo que el neurotransmisor dure más tiempo en el líquido sináptico sin ser reabsorbido y que se activen con más fuerza los recetores dopaminérgicos (Linden, 2011).

El experimento de Olds y Milner, precisamente se encargó de que los electrodos sobre los animales estimularan los axones que excitan las neuronas dopaminérgicas del ATV produciendo el efecto mencionado. Correlativo a este experimento hubo una investigación antiética con seres humanos a los que se les quería corregir su conducta homosexual debido a que, para la época, tal orientación se asociaba moralmente de forma negativa, como a los adictos. A través de condicionamientos clásicos, se asoció la exposición a imágenes pornográficas heterosexuales con descargas placenteras sobre esta área. Los resultados fueron positivos en términos experimentales. Como resultado, se observó que uno de los sujetos tuvo una relación heterosexual monogámica, aunque no desertó de sostener relaciones homosexuales. Vale señalar

que después del experimento se vio pervertida su orientación homosexual ya que decidió solicitar dinero por sus encuentros sexuales (Linden, 2011). Aunque se escapan varios detalles a esta exposición sobre el estudio del correlato neurobiológico, es evidente que el modelo no da con las causales de la aparición de un adicto.

La primera crítica a este modelo es que no todas las drogas activan el circuito de placer y sus áreas de proyección; aunque las drogas presenten gran diversidad molecular y actúan sobre diversos receptores y estructuras, existe un factor común que es la activación de la vía mesolímbica dopaminérgica, pero no la activación de todo el circuito, crítico en el proceso de dependencia (Fernández Espejo, 2002). Específicamente las benzodiazepinas, barbitúricos y la mezcalina, todas ellas sustancias de adicción, no activan la descarga de dopamina del ATV (Linden, 2011). Aunque los casos de adicción son relativamente más bajos en aquellas sustancias que sí activan el circuito del placer, existen casos con excepción a la regla, lo que pone en duda su aceptación como criterio de causalidad.

El correlato neurobiológico es importante para el tratamiento en la adicción en la medida en que permite identificar la intensidad de la acción sobre el SNC y ayuda a controlar los síntomas del cuerpo que producen las drogas fuertes. No obstante, el desarrollo y aparición de un *sujeto-adicto* no está dado por la mera activación del circuito de recompensa. Hace falta más de una prueba para lograr la tolerancia y posteriormente la dependencia, con lo que cabe la pregunta ¿por qué algunos usuarios que la prueban por primera vez se vuelven adictos y otros no? ¿A pesar de que la activación cerebral es la misma y prueban drogas iguales?

Tratamiento De las Terapias Cognitivo-Conductuales

Los criterios anteriormente mencionados fueron descritos con el propósito de examinar el material discursivo con que el fenómeno de la adicción reemplaza una discusión teórico-epistémica por la cuestión del sujeto-adicto en el orden Psicológico. Se puede colegir hasta aquí que la concepción del fenómeno de la adicción en un sujeto, se lee desde parámetros estadísticos, morales y económicos. Para esta investigación dicha lectura conlleva una necesidad crítico-descriptiva que desprende en una tarea de análisis de la concepción del sujeto-adicto a partir de conceptos que autorizan la puesta en práctica de tratamientos terapéuticos cognitivo-conductuales. Para tal tarea se utilizará como referencia el Manual Clínico de los Trastornos Psicológicos realizado por David Barlow y sus colaboradores, debido a su actualidad y claridad en el procedimiento. También se utilizarán complementariamente algunas guías y manuales clínicos en las que se apoyan sobre la psicología basada en la evidencia y en los que aparecen los cuatro principales intervenciones que aquí se abordarán. No obstante, habrá que realizar un preludio y síntesis de los elementos necesarios para el tratamiento como: cuestionarios, el programa, entrevistas y el marco conceptual que proponen idóneo.

Cuestionarios Preliminares

Según este modelo el primer paso para la eficacia es una exhaustiva evaluación. Este proceso es genérico y puede aplicarse al individuo sin importar la droga a la que se es mayormente o adicto. Durante el ingreso la primera entrevista se acoge y recoge información detallada sobre el consumo de drogas; se evalúan la facilidad del tratamiento y el funcionamiento psiquiátrico, la condición laboral o vocacional, intereses recreativos, apoyos sociales, dificultades familiares y problemas legales. Para iniciar se le pedirá al *cliente* que llene un cuestionario demográfico con

fines preventivos. Posteriormente se usarán una serie de instrumentos estadísticos para determinar la percepción que tienen los clientes de la gravedad de su malestar. Una herramienta para tal fin es La escala de etapas de disposición para el Cambio (SOCRATES) por sus siglas en inglés. Esta herramienta ofrece un índice cuantitativo de la motivación al cambio específico por el tipo de droga identificado y otorga un cálculo estadístico de cuán necesario será reforzar *la acción que el paciente esté listo para emprender respecto de su droga*. (Barlow, 2014).

Estadísticamente se asocia entre los consumidores de drogas un estado de ánimo deprimido. En esta cuestión se procede similarmente. El terapeuta usará el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) para identificar la sintomatología depresiva y se vuelve a aplicar de manera regular para supervisar el progreso de los *clientes*. El objetivo es aplicar de manera regular el instrumento con el fin de supervisar el progreso en términos de puntuaciones que estén por fuera del rango clínico mórbido. Otras recomendaciones proponen usar; el Inventario de síntomas 90-Revisado, para determinar sintomatología psiquiátrica; Prueba de Detección del Alcoholismo de Michigan (PDMA); Entrevista de Seguimiento Retroactivo en la Línea de Tiempo de Sobell y Sobell 1992 y la prueba de Dependencia de Drogas de Washton, Stone y Hendrickson, 1988). Es evidente que aquello que es posible decir de la relación del sujeto-adicto con la droga, es traducido leído en este modelo gracias a los instrumentos. Su aplicación tiene como objetivo convertir el discurso del sujeto sobre dicha relación, en un dato estadístico. Otra cuestión que puede leerse explícitamente es la concepción del sujeto-adicto en cliente-paciente. Esta concepción permite proponer que, para el modelo de las TCC, la eliminación del síntoma consumo tiene el carácter de un acuerdo comercial en el que se pacta lo siguiente: “*tú me pagas yo te entrego la mercancía salud*”. La dirección de esta terapéutica, puede leerse, anula la cuestión de la función psíquica que puede estar cumpliendo la droga en la vida del sujeto, así como su sentido y significancia.

Programa y Entrevistas Semiestructuradas

Según el procedimiento planteado por Barlow (2014), es importante, para el éxito del tratamiento, comunicar a los pacientes una descripción del programa con el fin de hacerles *saber* qué sucederá en el tratamiento, crear una atmósfera de optimismo y ayudarlos a sentir esperanza de que pueden tener éxito. También es importante aclararle al paciente que la terapia tiene un carácter confidencial y está diseñado con un tiempo determinado, una frecuencia de asistencia y una duración específica de las sesiones. Luego, se les menciona que el objetivo principal de esos cambios es lograr que los clientes *descontinúen* el consumo de la sustancia y hagan cambios positivos que mejoren su satisfacción con la vida. También el terapeuta está autorizado a ayudarlo a buscar posibilidades de empleo, asesorarlo en su currículum, tramitar auxilios de transporte y obtención de solicitudes, así como asesoría financiera si existe competencia. De igual forma, puede orientarlo en problemas coyunturales como posibles efectos en su relación de pareja, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y entrenamiento en búsqueda de actividades sociales como el deporte o el arte. Por último, es posible asesorarlo, en pautas de crianza, prevención de la violencia intrafamiliar, habilidades de relajación y manejo del estrés.

Una vez se le informe de la accesibilidad a estos servicios es tarea del terapeuta seguir recolectando información a través de una entrevista semiestructurada para acceder a la historia del sujeto con la droga. La meta es que la obtención de la información adecue la planeación del tratamiento. Se empezará pidiéndole al cliente que recuerde día tras día cuantos días consumió droga la semana anterior y la cantidad de cada ocasión. La misma evaluación se realizará para las tres semanas anteriores y todo el tiempo que pueda recordar. El objetivo es recolectar el patrón

de consumo sumándole todas las aclaraciones posibles acerca del consumo como interrupciones, alteración en la cantidad de dosis o cambio en las sustancias. También el objetivo de estas primeras sesiones tiene como objetivo establecer un rapport y explicarle la lógica y los detalles del tratamiento. Esto permite que los clientes desarrollen *expectativas* claras acerca del mismo. Se puede decir que la formulación del plan de trabajo es de colaboración mutua y, si es posible, habrá que adscribirse a un programa de pruebas de orina para verificar los avances. Por último, se aconsejará, según la droga de la que se esté haciendo uso, llevar un tratamiento farmacológico complementario (Barlow, 2014).

Marco Conceptual

El marco conceptual ofrecido por el Manual de Barlow (2014), resume en buena medida los elementos comunes de otras obras de este enfoque. En él se ofrecen dos cuestiones de la que se desprenden conceptos y principios que justifican y dan apertura a las prácticas TCC. El condicionamiento Operante y el Aprendizaje Social. A partir de estos, el Barlow (2014) expone la siguiente definición del consumo de drogas:

“Es una conducta aprendida mantenida, al menos en parte, por los efectos reforzantes de las acciones farmacológicas de las drogas, junto con el reforzamiento social y no farmacológico, derivado del estilo de vida relacionado con el abuso de estas. (pág. 1059).

Esta definición se apoya sobre las ya mencionadas investigaciones experimentales en modelos animales con base neurobiológica y al emparejamiento del condicionamiento clásico y operante, con eventos ambientales dados al momento de la conducta de consumo, cuyo efecto produce la búsqueda de su repetición. Estos elementos forman un aparato común para este modelo,

generando una posición teórica en la se sostiene la hipótesis del reforzamiento y el aprendizaje como determinantes para el consumo, abuso y dependencia. En consecuencia, el consumo de drogas es conducta aprendida normal que cae en un continuo de frecuencia que va, desde patrones de bajo consumo y pocos problemas, al consumo excesivo e inapropiado conllevando a la muerte (Barlow, 2014). Hay que señalar que este modelo se aleja de causales de orientación genética o adquisitiva. No son determinantes la historia familiar de dependencia, trastornos psiquiátricos de otros familiares, etc. Según estos planteamientos, el tratamiento propende a la reorganización de los ambientes físicos y sociales del consumidor. La meta es debilitar la influencia del reforzamiento derivado del consumo y el estilo de vida relacionado para incrementar la frecuencia del reforzamiento de actividades más saludables o de aquellas que son incompatibles con la continuación del consumo de drogas.

Técnicas TCC para el tratamiento de la drogadicción

Antes de pasar a la explicación de los recursos técnicos del modelo de las TCC, hay que destacar un modelo integrado que se encuentra en la literatura sobre el tema de intervención en adicciones, que resumen buena parte los elementos utilizados en el tratamiento. No obstante, hay que aclarar que no todos son utilizados en todos los casos. Se usan como un mapa de orientación que queda sujeto a la fase de recolección de información cuyo punto de inicio es fundamental. Queda al criterio del clínico, según la información recogida, conocer cuáles son los indicadores clínicos a los que se necesita atender con urgencia, no obstante, es recomendable que el terapeuta tenga las distintas etapas de

cambio propuesto por Prochaska y Diclemente (1992,1993), a saber: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento. Las herramientas aquí planteadas pueden observarse en la Figura (1.1). Su estudio para este trabajo no implicó una revisión de todos sus elementos debido a que a obedecen a principios teóricos similares. Se precisó en cambio, extraer el material

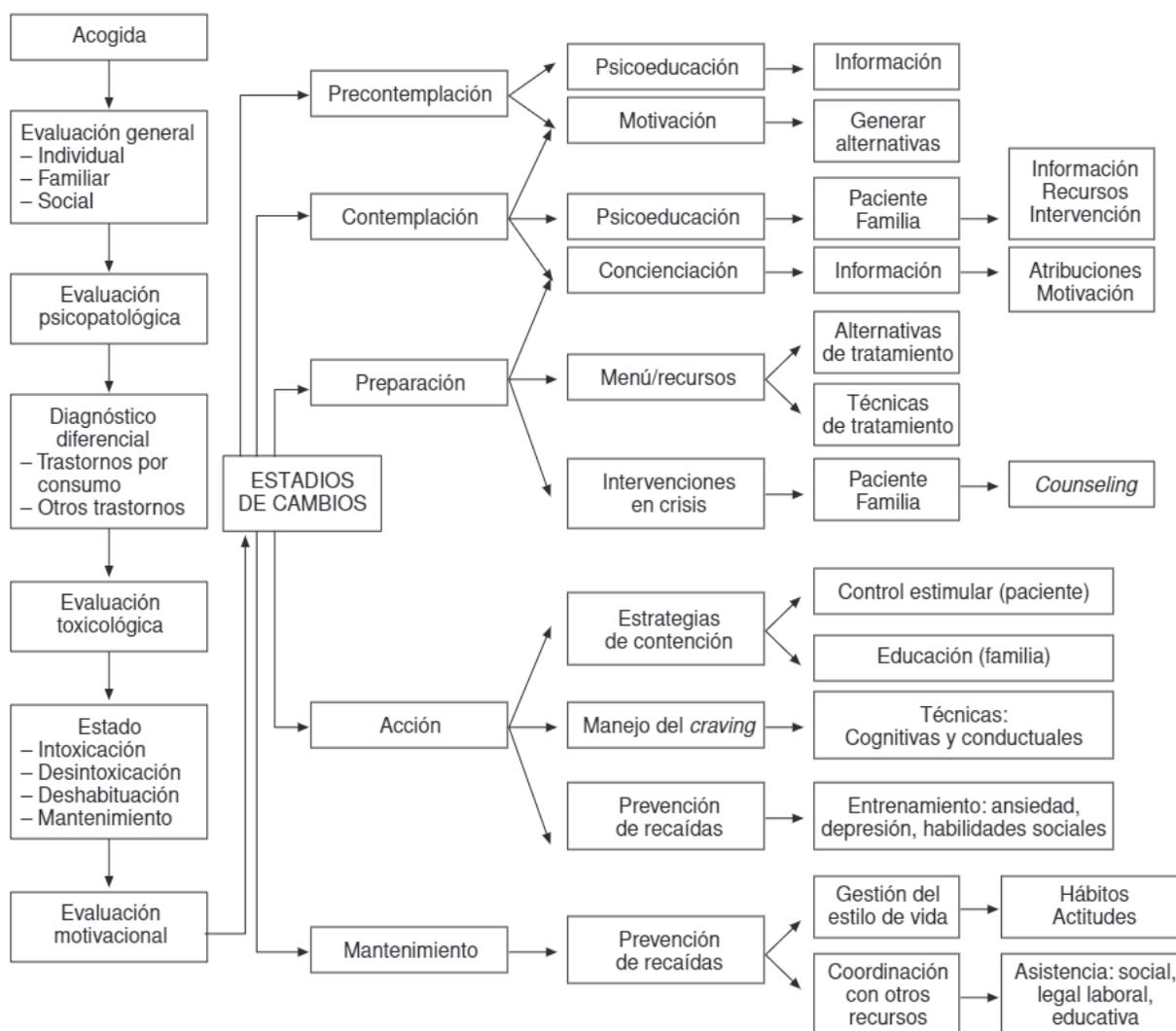


Figura 1.1 Modelo Integrado de Intervención en Adicciones. Fuente: Sánchez-Hervás, E. et al. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones.

discursivo de lo más citados, ya que, con ellos, se operativiza aquello que soportan los conceptos de la psicología del aprendizaje. A su vez, partir de estos elementos, hace posible proponer una reconstrucción del *sujeto-adicto* implícito en esta práctica.

Habilidades de Afrontamiento

Se ha venido planteando que, en este modelo, el fenómeno del consumo obedece a un déficit en el individuo en relación al saber y se entiende como una conducta operante. Se espera del terapeuta que identifique las deficiencias y reforzadores en sus pacientes para educarles sobre las maneras como enfrentará el deseo de consumo. Las técnicas más extendidas para trabajar sobre estas deficiencias en la práctica son: prevención en recaídas, manejo de contingencias, entrenamiento en habilidades sociales, manejo de *craving* y la entrevista motivacional. Este grupo de técnicas, basadas en la teoría del aprendizaje social, tiene por objetivo aumentar y reforzar las habilidades del paciente para enfrentar situaciones ambientales e individuales de alto riesgo que inician y mantienen las conductas de consumo. Antes de revisar el procedimiento de estas técnicas, vale la pena revisar el fondo conceptual del aprendizaje social del que se desprenden.

El aprendizaje social es un concepto que en la obra de Bandura y Rotter no hace referencia al yo en tanto entidad, agente, unidad. En esta teoría se usa el término *autosistema* y refiere a: estructuras cognoscitivas que proporcionan mecanismos de referencia; una serie de subfunciones para la percepción, evaluación y regulación de la conducta. La posibilidad de que una conducta como la de consumo de sustancias, solo se explica en estos autores por dos variables que intervienen con el autosistema: *la expectativa y el valor de refuerzo* (Bandura & H. Walters, 1974). Este modelo propone, por ejemplo, que un niño que nunca expectó palabras de un idioma ajeno, nunca podrá articular frase alguna en lenguas foráneas. Desde este punto de vista, las conductas nuevas nunca emergen de forma repentina, sino que son siempre el resultado de un

proceso más o menos prolongado de condicionamiento operante. Dado que, toda conducta aprendida puede entenderse como la escultura que un artesano moldeó, Bandura (1974) propone que se pueden seguir los pasos de vuelta hasta los elementos anteriores al moldeamiento. Este análisis de la conducta supone que, para la adquisición de una adicción, hubo un proceso de imitación de modelos sociales que suscitaron una aproximación y mantenimiento. Este planteamiento es coherente con las estrategias propuestas por el modelo de afrontamiento, ya que, sus objetivos formulan que las respuestas ansiógenas, la frustración ante la incapacidad de interacción social, las sensaciones hedonistas y la evitación de sensaciones de malestar y castigo, son respuestas aprendidas debido a la exposición e imitación de una conducta operante en la vía de la expectación y el refuerzo. A partir de lo anterior es posible plantear que, en la vía del modelo de Afrontamiento, se conciba al *sujeto-adicto* como un individuo que no aprendió las conductas que posibilitan la extinción de su consumo, y por ello se ponga el énfasis en el *saber* y *el saber-hacer*. De aquí que, en este modelo, en relación al saber, el sujeto quiera ser *prevenido, reeducado y preparado* para lidiar las respuestas de su aprendizaje. También adquiere sentido que las terapéuticas puedan ofrecer un servicio de salud mercantilizado, ya que la concepción de la adicción es a través de un *para todos*, del que es posible encontrar tratamientos generalizables.

Prevención en recaídas

Por *recaída* puede entenderse: “*la vuelta del individuo a la pauta (forma de consumo) que se tenía antes*” (Nogal, 2012). No obstante, hay autores que plantean el fenómeno, no como un retorno a un punto; más bien como el tránsito necesario por un proceso que puede estar seguido del regreso o avance a niveles de la conducta base observable antes del tratamiento. Este

desarrollo obedece al modelo transteórico de Marlatt y Córdón (1985), quien desarrolla el enfoque preventivo de recaídas. Sus objetivos no se separan de los propuestos por las TCC. El propósito es enseñar, empoderar y capacitar a la persona a vivir una recaída como parte del proceso de aprendizaje y de adquisición de nuevo hábitos (Castilla Carramiñana, 2016). La diferencia es que, en este modelo terapéutico, se plantea que la cura está precedida por la serie de etapas ya mencionadas por lo que recaer implica un volver a empezar. De acuerdo con el modelo de prevención, un desliz va seguido de lo que se conoce como el “*efecto de la violación de la abstinencia*”, lo que conlleva autocensura, culpabilidad y pérdida de control. Las dos concepciones mencionadas enmarcan la recaída como un *volver a consumir* que puede denotar, tanto en un retorno mórbido o, un paso necesario para su recuperación. Lo cierto es que, en las dos miradas manifiestan que las recaídas son frecuentes en las primeras fases del tratamiento. En general, el enfoque de Marlatt sugiere contrarrestar este fenómeno dado que cada recaída aumenta las probabilidades de recaídas ulteriores. La forma en que lo sugiere es que promover un trabajo de psicoeducación de las consecuencias del consumo y que reconozcan que aún tienen la opción de enfrentarse de manera efectiva a la caída y retomar sus objetivos iniciales (Bowen, Chawla, & Marlatt, 2013, pág. 28). El trabajo que sigue consistirá en identificar situaciones de riesgo, desarrollar recursos personales y promover estilos de vida saludables. Las situaciones de riesgo pueden estar compuestas por estados emocionales negativos como la ira, frustración, ansiedad, depresión, entre otras; así mismo pueden sujetarse a conflictos interpersonales como problemas matrimoniales, familiares o del ámbito laboral; por último, pueden ser ocasionadas por presión social directa o indirecta como exposición al consumo de familiares o cercanos, exclusión social de un grupo (Castilla Carramiñana, 2016). La recaída, según este modelo, se precipita, sobre todo; por una falta de saber en el sujeto; cuando él se expone a una situación de

riesgo y; cuando no cuenta con las estrategias de afrontamiento necesarias. Consecuentemente, la probabilidad de que las recaídas disminuyan, se debe al aprendizaje del paciente que se manifiesta en sensaciones de *control* que incrementa la autoeficacia percibida (Becoña & Cortés Tomás, 2008, pág. 45).

Manejo de Contingencias

Esta herramienta se define como una estrategia que consiste en aumentar o disminuir la ocurrencia de una conducta a través del refuerzo o del autorefuerzo. Los reforzadores son una serie de recursos los que destacan los privilegios clínicos, el acceso a empleo o alojamiento, dinero o vales por bienes o servicios en la comunidad (Becoña & Cortés Tomás, 2008, pág. 47). El consumo de drogas, entendido como una conducta operante, es mantenido por sus consecuencias y por lo tanto puede ser modificado. Esto puede llamarse terapia de incentivo y dependerá del terapeuta y sus posibilidades. En razón de que no todos los clínicos cuentan con los recursos mencionados, podrá utilizar como recurso otro tipo de intervenciones como asesoramiento vocacional, asesoramiento en actividades ocio, actividades lúdico-recreativas, entrenamiento en relación y todos aquellos recursos artísticos, clínicos o sociales que puedan utilizarse (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2010, pág. 160). Hay que exponer que bajo esta técnica existe una modalidad de reforzamiento específica para ciertas sustancias. Para los adictos a la heroína, por ejemplo, en el juego del reforzamiento pueden usarse drogas sustitutas como la metadona para aliviar los síntomas de abstinencia. Según esto, los pacientes que ganan incentivos pueden verse llevado a una sustitución del objeto de la droga. Por otra parte, hay una versión particular del manejo de contingencia es el *Therapeutic Work-place*. Allí se utiliza un

salario como reforzador contingente a la abstinencia en los casos de cocaína y heroína, ligando la participación del adicto en un módulo de empleo en los que se evalúan puntualidad, aprendizaje, productividad y otras conductas “*profesionales*” (Becoña & Cortés Tomás, 2008). Para análisis posteriores es de resaltar el deslizamiento del tratamiento por el saber a uno por el objeto. El apartado histórico demostró que uno de los primeros intentos terapéuticos por abordar esta nueva forma de la enfermedad llamada adicción, se dio en la vía de la sustitución: heroína por morfina; cocaína por heroína; marihuana por base de cocaína y así sucesivamente.

Entrevista Motivacional y Terapia Cognitiva

La entrevista motivacional se ha descrito como una intervención directiva, con un estilo centrado en el paciente para suscitar el cambio de comportamiento y resolver la ambivalencia que le genera su problema (Torres Carvajal, 2010). Esta debe darse en un espacio de conversación constructiva sobre el cambio del comportamiento, a partir de una escucha empática que permita comprender la perspectiva del cliente y minimizar la resistencia. Después de lograda la empatía, el enfoque debe dirigirse a un modelo confrontacional, pero haciendo que dicha confrontación surja de la conversación y, que esta surja del propio paciente. Para conseguir tal emergencia, es necesario inducir al paciente a los análisis de los conflictos y contradicciones, que son frecuentes en los problemas de adicciones. También es importante brindarle un resumen periódico de lo entendido para luego proponer un espacio de reflexión y fomentar la autoeficacia (Torres Carvajal, 2010). Dado que el propósito de esta revisión no es realizar una exhaustiva monografía de cada técnica, sino tratar de recoger los conceptos que autorizan la práctica, es necesario, más que ahondar en las especificidades de la entrevista, examinar a detalle su relación

con la técnica cognitiva. Esto, a raíz de que, en lo conceptual la motivación, pensamiento (creencia) y sentimientos, corresponden juntas al modelo de la psicología cognitiva.

La terapia cognitiva es un sistema de psicoterapia que intenta reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes, mediante la modificación del pensamiento erróneo o defectuoso y las creencias desadaptativas (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1999, pág. 51). Desde esta perspectiva se plantea que una situación social puede activar una creencia idiosincrásica como “*la cocaína me hace más sociable*”, o puedo estar de un modo o el otro gracias a la cerveza o el cigarrillo (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1999). En este sentido, la creencia es un activador de sentimientos que impulsan al consumo. Así, la creencia respecto del aislamiento social desata en ciertas circunstancias sentimientos de tristeza e indefensión, por ejemplo, cuando el individuo ve a otras personas pasándola bien.

Lamentablemente, en la obra suscitada no se encuentra una definición explícita de creencia por parte de Beck y colaboradores. Se encuentra una descripción por asociación que se refiere a esta noción como una “*atribución de causalidad*” por parte del individuo de ciertos fenómenos de su vida (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1999, pág. 34). Por su parte, el diccionario de la Real Academia de la Lengua española dice al respecto que esta se define como: “*Un firme asentimiento y conformidad con algo. Un completo crédito que se presta a un hecho o noticia como seguros o ciertos. Religión o doctrina*” (RAE, 2001). En síntesis, la creencia adquiere un estatuto de verdad para el sujeto que la tiene y de impostura para el clínico cognitivo que la observa.

En el modelo de Beck, se describen subgrupos de creencias responsables de la alteración del autosistema como: creencias desadaptativas, disfuncionales, de indefensión, adictivas entre otras. El rol de estas, es la de activar el mecanismo de una conducta generando, el impulso inicial y la

formación de expectativas. Por ejemplo: “Si soy divertido y agradable, recibiré muchos elogios” o “Si tomo una bebida seré más divertido” (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1999, pág. 51). Las expectativas se clasifican según el papel que jueguen en el tipo de satisfacción, sea este sexual, social, distensional, físico entre otros. El clínico debe insistir en enseñar a los pacientes a modificar las creencias de forma que tengan lugar cambios positivos en su autoimagen y en su estilo de vida. De nuevo, el *sujeto-adicto* se encuentra en un orden de discurso que lo lee a partir de nociones con matices de trastienda. Creencia disfuncional se construye a partir de su antípoda ideal, a saber, creencia funcional, esto es, que cumpla con la función en el mecanismo moral y económico que, según se cree, le corresponde.

Discusión crítica

Hay una terapia en relación a la Psicología, que puede asociarse a otras de índole religioso cuyo lugar en la cultura tuvo un gran auge a principios del año 1936. Estas son las comunidades como Alcohólicos Anónimos, Grupos de Exadictos y Comunidades terapéuticas. Dado que no es de interés socavar la teoría de estos enfoques, su mención se hará en el apartado sobre el modelo psicoanalítico con el fin de señalar qué lugar ocupan en la clasificación que allí se ofrece sobre los tratamientos y qué las distancia con una terapéutica dirigida por vía del sujeto.

Hasta este punto, se expuso el desarrollo técnico y el soporte conceptual, de los instrumentos tenidos como eficaces, pero más importante aún, efectivamente utilizados en la clínica de las TCC. Según otra lectura, estas terapéuticas son nominadas por el psicoanalista Fabián Naparstek (2014) como Terapias por vía del saber. Es decir, terapias que intentan enseñar, modificar,

educar y redirigir las acciones del sujeto categorizando cada momento del círculo del consumo y enseñándole qué hacer en cada paso.

Por otra parte, esta de tarea de exposición del cuerpo teórico de las prácticas de las TCC sobre el abordaje del *sujeto-adicto*, permitieron confirmar las primeras hipótesis arrojadas por el estado del arte, no existe una conceptualización teórico-epistémica del *sujeto-adicto* en las TCC. En su lugar está el estudio de las conductas, los fenómenos mentales y las manifestaciones físicas y psicológicas del consumo. El sujeto está dado como desde siempre y cada tratamiento se dirige a un individuo generalizable leído en términos de intensidad y frecuencia. Una pregunta crítica al modelo de las TCC es, ¿había en los griegos y los romanos creencias disfuncionales y conductas desadaptativas cuando se entregaban al opio para atenuar las tragedias de su vida? ¿Era la cultura griega una cultura enferma porque aceptaba que el hombre eligiera morir por exceso de opio cuando una gran pérdida palidecía sus vidas? Así mismo se pueden plantear críticas a la forma de su evaluación. La descripción de los fenómenos como las creencias, conductas, sentimientos, correlato neurobiológico y manifestaciones psicológicas son leídas y evaluadas a través de instrumentos de recolección y verificación de la información. En todo esto ¿dónde queda el decir del sujeto sobre su padecimiento, si siempre se traduce en los distintos registros y planillas de caracterización con los que el clínico evalúa el avance o retroceso de la cura? Si las escalas con que se miden el consumo o a la ansiedad arroja una mejora, pero el sujeto en relación a sí se siente peor ¿se está avanzando en términos de la cura? ¿Qué hay de aquellos que son funcionales desde el punto de vista laboral, económico y social, pero se hayan insumidos en alguna sustancia? ¿Qué pasa con aquellos sujetos adictos a sustancias aun no clasificadas y que en términos actuales no se consideran sustancias nocivas o de adicción?

La relación del sujeto con la droga y el sentido del síntoma en este modelo no son tomados en tanto tal; tampoco se busca la significancia del consumo en relación a la realidad psíquica de la que hace parte. Esta discusión no trata de acusar al modelo TCC de ineficaz o que cuenta con poca evidencia para tratar terapéuticamente las adicciones. Sin embargo, la problematización sobre qué del *sujeto-adicto* es deficiente. Hay todavía muchos vacíos respecto de nuestra concepción moderna de aquello que es un adicto desde esta perspectiva. Tal vez una de las causas, haya sido la persecución de un modelo médico de tratamiento. Es natural que, ante una infección o un cuerpo extraño en el organismo, el médico encamine su labor hacia la eliminación de aquello que altera la homeostasis. Pero, ¿por qué en el aparto teórico del modelo cognitivo-conductual todo fenómeno que implique el consumo en términos estadísticos, propende a su eliminación y no a su problematización? ¿Es la eliminación del síntoma el camino del sujeto en relación a su malestar? Pareciera que la lectura del tratamiento fuese una herencia técnica de las leyes represivas de Penteo. Hace falta plantear más allá del consumo patológico, una discusión sobre las funciones de la droga en la vida psíquica sin que nuestra mirada esté dirigida por el pensamiento funcional mercantilista que autoriza la eliminación. No se trata aquí de una apología a las libertades del consumo, sino de una apuesta por la especificidad de la relación del *sujeto-adicto* con el objeto de su adicción. En este sentido se hace necesaria una incursión en los planteamientos de la teoría psicoanalítica, dado que a lo largo de la formación en Psicología y del semillero *Sujeto y Psicoanálisis*, fue posible percibir una concepción distinta del sujeto. Hay por ejemplo un planteamiento radicalmente opuesto en los conceptos evaluativos. El psicoanálisis plantea: “No hay nada más distinto, que un toxicómano con otro toxicómano”. De hecho, esta teoría no trabaja con las nociones de adicción, drogadicto o trastorno. Estas, como se ha demostrado, son construcciones en el discurso médico-psicológico para velar la discusión por

sujeto-adicto. Para el psicoanálisis la cuestión de la toxicidad no se haya del lado de las sustancias. Esto no quiere decir que el Psicoanálisis desconozca el encadenamiento químico que produce la ingesta de las drogas. Lo que se propone es que la toxicidad, entendida como el *mal* de una entidad, se haya del lado del sujeto, pues este (el sujeto) puede hacer, en ciertas condiciones, tóxica el agua pura. Se espera de este contraste, que al lector puedan serle útiles las diferencias elaborativas de intervención e interpretación que presentan estos modelos, ya que, cada caso tomado en su singularidad puede demandar herramientas de uno u otro lado.

Capítulo 3. Indicaciones teóricas para una Clínica de las toxicomanías en el Psicoanálisis.

Tratamientos de Sustitución

Para introducir la perspectiva psicoanalítica resulta útil exponer una categorización de los tratamientos que aquí se oponen. El apartado histórico permitió vislumbrar una parte del desarrollo de las terapéuticas y ahora aquí se planteará, a qué lógica obedecían. Precisamente, porque para su época, Freud ubica la cuestión de la droga en la vida psíquica, pero en las coordenadas de una cultura sin narcotráfico, ni grandes guetos de drogadictos, ni con tanta variedad de drogas y excesos. La movilización general que produce hoy el capitalismo produce un “*plus de gozar*” que no puede cesar de producir efectos en dos vertientes: pulsión de muerte y restauración de un amor por el padre muerto (Laurent, 2008). Operativamente estos términos podrían explicar la relación entre narcotráfico y la caída de los ideales. Los fundamentalismos religiosos del islam se financian de opio, así como las guerrillas colombianas se financian de la coca. El amor al padre a muerto puede entenderse como un intento de restituir una instancia ideal en la que se puede gozar de todo a través del consumo. Tanto así que los sujetos actuales podrían dividirse entre aquellos que consumen y aquellos que están deprimidos, como lo menciona en su seminario (Naparstek, 2014). Allí relata que algunos pacientes mencionan sentirse del lado del significante depresión, cuando se ven impedidos a consumir durante un fin de semana. Como está planteado el estado actual de la civilización, la adicción, no solo a las drogas, es el motor de la economía neoliberal. El horizonte de la economía es por tanto la adicción, cuya lógica implica producir objetos de consumo fácilmente agotables y adictivos. La adicción es también un horizonte autista y mortífero que le quita relevancia al Otro. Laurent, expone que los

tratamientos actuales por fuera de una vía del sujeto, están en la vía de la sustitución, es decir en la vía de un imperativo que dice “*hazte adicto a otra cosa*” menos mortífera, más aceptable socialmente, que te de una identificación con un ideal, etc.

El desarrollo histórico sobre la relación con la droga permitió encontrar que, para el discurso de la ciencia, la cuestión de la adicción siempre se entendió de esta manera, es decir, del lado de la sustitución de un objeto. De aquí que morfina, heroína, cocaína, metadona y marihuana se sucedieran en ese orden histórico tratando, cada una, de reparar los daños de la anterior. Este es un modo de reinscribir al sujeto separado de todo en un discurso, en un lazo social (Laurent, 2008). Es modo de terapia preocupante para Laurent, dado que el objeto, siempre objeto sustitutivo, parcial e insuficiente, producirá a largo plazo un efecto de fatiga, depresión y tedio como efecto del intento de obturar la falta de la falta.

Es necesario retomar la mención histórica del desarrollo de las comunidades terapéuticas en Inglaterra a finales de la segunda guerra mundial. La aparición de estas instituciones, de las que vale resaltar no contaban con profesionales, fueron precursores de las terapéuticas por las vías del saber. Estos recintos funcionaban de manera pedagógica en la que individuos más antiguos y experimentados, transmitían a los novatos el saber acerca de la enfermedad, para todos por igual. Enseñaban el proceso del tratamiento y los pasos a seguir (Naparstek, 2014). En este sentido, un buen monto de las TCC hace parte de este modelo, pues su concepción parte de los principios de la psicología del aprendizaje y el condicionamiento, su lógica es similar, por supuesto más elaborada y técnica. Los conceptos de conducta y creencia son siempre referidos a un saber hacer, que el terapeuta deberá enseñar, instruir, entrenar.

Por último, están, aunque por fuera del discurso de la ciencia y no totalmente infectivas, los tratamientos por el significativo amo. El enunciado de este tratamiento es: “*usted es un*

toxicómano sin ninguna duda y vamos a tratarlo como tal. No tiene ya ningún derecho más que ubicarse bajo un ideal: el de ser un ex adicto” (Laurent, 2008, pág. 15). Este es el enfoque de los soportes filosóficos de Alcohólicos y Narcóticos Anónimos y otros enfoques basados en los doce (12) pasos, en donde se combinan modelos de adicción, de enfermedad y de índole espiritual que consideran el uso y la dependencia como enfermedades del cerebro crónicas y progresivas (Bowen, Chawla, & Marlatt, 2013). Esta autora ratifica lo propuesto por Laurent, allí dice: “*En ellos, se anima a los sujetos afectados, a que acepten a la etiqueta de “adicto” o “alcohólico” y a que admitan su propia “impotencia” sobre la enfermedad”* (Bowen, Chawla, & Marlatt, 2013, pág. 28).

La conclusión de Naparstek sobre estos tratamientos es radical. Se trata de poner el saber, el significativo amo u otro objeto, allí donde se ubica el objeto droga. La gran diferencia entre el conductismo y psicoanálisis es que el segundo no concibe al sujeto-adicto como un tonto que no sabe. Es bastante claro que una cosa es la tontería y otra es la satisfacción mortífera que va más allá del principio del placer. El toxicómano sabe que se está matando y al otro día se quiere seguir matando. La definición de síntoma, trabajada en el apartado siguiente, también marca una diferencia radical. Para Freud el síntoma se desplaza, lo que ahora pudo ser una tos histérica, con el paso del tratamiento puede desembocar en una ceguera, pero, para Freud es el mismo síntoma. En el modelo conductual puede ser que esto llegue a ser visto como una operación exitosa ya que sus medios de clasificación los entienden como entes independientes. De aquí el peligro que una “cura” por la vía conductual pueda ser simplemente el desplazamiento del síntoma (Naparstek, 2014).

Una cuestión más que hay que advertir. El análisis del *sujeto-adicto* puede pensarse por la vía de una satisfacción pulsional en dirección del conflicto contra la ley. De nuevo Naparstek aborda

el tema y enseña como esto no aporta nada a su problematización. En su seminario expone que actualmente hay laboratorios suizos que pusieron en marcha un programa de legalización de la heroína, en el que se les permitía a los adictos ir a drogarse, recibir servicios de salud y hasta a ser abastecidos por la mejor heroína en el mercado. Este programa surge por una política de reducción de daño, de localización y experimentación. Los sujetos no son obligados a recibir tratamiento y en cambio experimentaban con ellos. Lo importante es, que los heroínómanos iban a pesar de que no era una cuestión prohibida en la sociedad (Naparstek, 2014). Es precisamente porque esta cuestión no toca a la toxicomanía. No hace falta ir al mercado negro, no está prohibido. No es un gusto por lo prohibido. No es por la vía de la ley y el deseo. La cuestión es con un más allá de la satisfacción.

El tratamiento por el sujeto por su parte tiene una propuesta totalmente opuesta a la sustitución y es la vía de la división subjetiva. El Psicoanálisis se inscribe en un trabajo que le propone al sujeto dejar de identificarse con su ser de toxicómano para: “*dejar un lugar la división y al goce la de la palabra*” (Laurent, 2008, pág. 15). Naparstek afirma, que esta vía no es la única que funciona. Efectivamente los tratamientos de sustitución (TS) son eficaces para algunos sujetos. Lo diferencial es que con los recursos teóricos que cuentan las TS, no tienen los recursos conceptuales para explicar por qué en unos casos, por ejemplo, el significante amo *Dios* sirvió para detener la adicción y en otro sujeto, se intensificó la culpa y el consumo.

Un elemento diferencial más, el Psicoanálisis ha de enfatizar que la toxicidad se encuentra del lado del sujeto. En ese sentido cualquier sustancia puede ser convertida en droga, como el agua natural. Este es un caso paradigmático que presenta el psicoanalista Eduardo Abello. Su relato empieza aclarando algo fundamental, no todo aquel que pruebe una droga se ve inmerso en una

adicción. Su caso lo trabajó manifestando la hipótesis de su trabajo extraída de Freud, a saber: *“los narcóticos están destinados a sustituir el goce sexual faltante”* (Abello, 2006, pág. 36).

Posteriormente relata la situación de Mario, quien huye de un hospital donde estaba internado a causa de una neumonía y una gastritis complicada. La razón de la huida obedece a que presenció a dos ancianos casi muertos con los que produce una identificación que lo precipita en angustia de castración. El paciente había recibido un trasplante de riñón por una nefropatía diabética que lo provocó realizarse nuevamente diálisis dos meses después de lo ocurrido. A partir de la entrada en análisis reconoce que lo acosaba una idea sobre tener cáncer en el estómago que los doctores desmienten. En una sesión de análisis confiesa que *“tomo mucha agua...es un abuso”* (Abello, 2006, pág. 15). La forma en que realiza esta operación es a través de un ritual nocturno; aprovecha que todos duermen va a la nevera y como dice: *“me la chupo toda, no puedo controlarlo”* (Abello, 2006, pág. 15). Medicamente este síntoma se relaciona a la diabetes y se conoce como polipsidia, o sed excesiva cuyo patrón de compulsividad en esta enfermedad es tóxico. La ideación que continua a la bebida es el anhelo de que en cada diálisis le saquen la mayor cantidad de líquido posible, ya que, en su lógica, cuanta más agua le sacan, más agua puede tomar. Según Abello, este modo de consumo abusivo es usado para tapar o anestesiarse las manifestaciones de la angustia de castración desanudadas al goce fálico que se vio desprendido por una ruptura de amor con su pareja. Es decir, en Mario gracias a posteriores dilaciones, se vio cómo la ruptura con su pareja de tiempo atrás, desligó la satisfacción de objeto de la función fálica y la dirigió sí hacía mediante la toma de agua, conllevando a recuperar a recuperar el lazo del goce, pero por la vía del autoerotismo. Para entender esta cuestión habrá que recorrer el apartado siguiente donde se expone la cuestión conceptual. Lo importante del caso a resaltar aquí es, (un caso donde se estableció con el elemento más puro un modo tóxico satisfacción) la

importancia de la pregunta ¿Qué es pues, lo verdaderamente tóxico en las relaciones del *sujeto-adicto*?

El *sujeto-adicto* en el Psicoanálisis

Gracias a lo encontrado en las fuentes que componen esta sección del trabajo, se propone ahora exponer una introducción a la lectura desde el Psicoanálisis para entender al *sujeto-adicto* y la lógica de la terapéutica que lo aborda, con el fin de realizar un contrapunto con lo colegido sobre las TCC. El objetivo es delimitar los bordes que separan la clínica del tratamiento por la vía del sujeto para mostrar sus alcances y sus diferencias. Simultáneamente, hay que realizar un trabajo explicativo de algunos conceptos que permiten el abordaje del sujeto en la terapéutica psicoanalítica.

En la obra de Freud no hay un referente preciso sobre el tratamiento con adictos o alcohólicos. En cambio, se hallarán en sus escritos, menciones sobre qué lugar tienen las sustancias en la vida psíquica desde la teoría psicoanalítica. Un buen punto de partida es el texto de *“El Malestar en la Cultura*. Allí, Freud plantea que la cultura es inseparable respecto de un malestar que le es inherente. El malestar, para los individuos, tiene la condición de estructural y es el precio que deben pagar por habitar en la civilización. Dice Freud: *“Tal como nos ha sido impuesta, la vida nos resulta demasiado pesada, nos depara excesivos sufrimientos, decepciones, empresas imposibles”* (1930, pág. 74) . En respuesta a esta condición, el autor empieza a ubicar las diferentes formas de enfrentarse con esa pesadumbre. Entre las herramientas con las que se cuenta están el amor, la religión, el delirio, la sublimación, etc. Lo que aquí interesa, es que entre todas

estas, él ubica a los narcóticos como uno de esos medios. Puede entenderse entonces, que para Freud las drogas tienen el valor de un remedio frente a la enfermedad implícita en la civilización.

Este “*remedio*” hace parte de un grupo de tres tipos de paliativos. Los otros dos son: las poderosas distracciones y las satisfacciones sustitutivas. Las drogas serían la tercera y su poder radicaría en la capacidad de tornarnos *insensibles al malestar*. Una clasificación más general, separa los paliativos en dos grandes grupos. Aquellos que enfrentan el padecimiento con fin negativo y otras con un fin positivo. Las del fin negativo permiten al sujeto evitar o alejarse del sufrimiento, aunque esto no implique encontrar una felicidad. Por el contrario, las de fin positivo las enuncia como aquellas que apuntan a lograr intensas sensaciones de placer (Freud, 1930). Una vez las tipifica, plantea que cada una de estas tiene un peligro concomitante. Al utilizar estos mecanismos el sujeto, contraproducentemente, puede inducirse al malestar mismo. Un ejemplo ilustrativo, es el mecanismo del amor, el cual es una de las herramientas más eficaces para producir sensaciones placenteras, pero así mismo, cuando lo amado se torna en peligro de ser perdido o se pierde, puede conllevar el mayor de los sufrimientos. Claramente los narcóticos tienen sus contraindicaciones. Uno de ellos es que influyen directamente sobre el quimismo del cuerpo. Al respecto dice Freud:

“Pero los más interesantes preventivos del sufrimiento son los que tratan de influir sobre nuestro propio organismo, pues en última instancia todo sufrimiento no es más que una sensación; solo existe en tanto lo sentimos...el más crudo, pero también el más efectivo de los métodos destinado a producir tal modificación, es el químico: la intoxicación” (1930, pág. 78).

Este efecto analgésico sobre la experiencia de lo psíquico ha provocado a lo largo de la historia un culto de parte de los individuos y de los pueblos, además de habersele reservado un lugar permanente en su economía libidinal. La revisión histórica de este trabajo nos permite

corroborarlo. El hombre ha sabido, desde que tiene acceso a las drogas, que siempre podrá escapar al peso de la realidad refugiándose en un mundo propio que le ofrezca mejores condiciones para su sensibilidad. De aquí su peligro y su nocividad. El malestar que conlleva la cuestión con la droga no se ubica como tal en la activación química. Según el autor, el peligro radica en la propiedad de esta para activar en el sujeto, la sensación de separación con la realidad.

Para el psicoanalista Fabián Naparstek, esta cuestión es recurrente en la experiencia en su clínica. Según él, hay un punto en todo toxicómano en que la droga, cuya función servía para paliar el malestar, se transforma en un elemento siniestro; que ya no puede manejarse y que deja al sujeto por fuera de la relación con el Otro (Naparstek, 2005, pág. 25). Es decir, se confirma según la experiencia de los psicoanalistas en su clínica que, para los consumidores, aquello que inicia como un bienestar al que se le podía dar manejo, luego se transforma en una relación insostenible e inmanejable. La tesis radical de Naparstek es que la constitución de la toxicomanía se debe a un cambio en la posición de dominio, esto es, que primero el sujeto maneja su relación con la sustancia y a partir de un momento, esa sustancia lo maneja a él.

Esta síntesis de la concepción de la droga como paliativo en Freud, Naparstek la ubica en una época muy precisa. El abordaje histórico permitió dar cuenta de que esta época tuvo inicio con el descubrimiento del síndrome de abstinencia, cuya aparición marcó un momento histórico significativo, dado que el fenómeno de la adicción ingresa en la mirada médica. En la cultura en que Freud estudiaba el fenómeno del malestar, la toxicomanía era un síntoma aislado entre otros. Esta época Naparstek (2014), la describe como la *Época del Nombre del Padre*, cuya característica principal era la de un modo de organización del discurso de la ciencia en el que los fenómenos se trataban por las vías de la localización, clasificación y represión. La llamada

guerra contra las drogas, la ilegalización de las mismas como el alcohol y la heroína fueron políticas propias de este tratamiento. Se puede incluso, con este concepto, hacer una analogía del lugar de la droga en el cuerpo y la cultura de dicho momento. Tanto médicos como políticos, localizaban, clasificaban y posteriormente reprimían el síntoma toxicómano. A nivel social, emergieron políticas que prohibían la tenencia, comercialización y consumo. Empezaron los de índices de consumo; se acentuaron los mercados ilegales de droga y se desplegaron grandes recursos económicos a fuerzas policiales para la vigilancia y control del consumo. En el orden médico ocurrió algo similar. El apartado histórico evidenció como las formas del tratamiento comenzaron por la sustitución de una droga por otra. Luego de los finales de la segunda guerra mundial, se crearon en Inglaterra grupos de consumidores localizados y aislados que no contaban con profesionales a su cargo. Finalmente, como se mencionó en el apartado sobre el tratamiento psicológico, se extendieron los tratamientos que iban por la vía de la represión del síntoma. A pesar de que las investigaciones actuales se esfuerzan por probar experimentalmente cuáles terapéuticas tienen mayor índice de éxito, a nivel general cada vez más hay más adictos. En síntesis, según la concepción Freudiana sobre el *sujeto-adicto*, el narcótico, como paliativo del malestar, conlleva el peligro de romper el lazo con la realidad. Este rompimiento es tratado en una época nombrada como la época del Nombre del Padre cuya su lógica terapéutica era una política represiva.

El análisis de Freud sobre esta actitud de conservación del rompimiento con la realidad, puede entender a partir del sentido que él le da al término, narcisista. Su origen deviene de los estudios de Otto Rank sobre sus las dificultades que observó en paciente neuróticos para lograr la cura. Dicha observación, conllevó a Freud a proponer que había en estos pacientes ciertos rasgos de carácter narcisista que constituían una barrera para el mejoramiento de la enfermedad (Freud,

1914). Para introducir el término, Freud lo plantea inicialmente desde la teoría del psiquiatra alemán Paul Näcke, es decir, en términos de una perversión de la conducta sexual. No obstante, en su abordaje lo propone como: “*el complemento libidinoso del egoísmo inherente a la pulsión de auto conservación*” (1914, pág. 72). Para Freud los destinos de la libido podrían ir en el camino de la exteriorización o de la introversión, en cuyo caso se replegaría sobre los objetos de la fantasía.

Los casos paradigmáticos de un narcisismo patológico, son los parafrénicos, dado que ellos hay una disolución total de la libido con los objetos del mundo. Ahora bien, el *sujeto-adicto* puede pensarse como un caso en el que la libido ha sido sustraída de varios objetos del mundo y se ha puesto sobre uno, cuya cualidad produce en el sujeto una investidura privilegiada de libido por el objeto droga, dejando sin reservas a otros objetos y a sí mismo. Esta lógica se soporta sobre una economía libidinal que propende al equilibrio. De aquí que el autor proponga una oposición entre una libido yoica y una de objeto en la que, cuando más se gasta de una, se empobrece la otra.

En la teoría de Freud, el origen de la relación del sujeto con la libido de objeto escapa una revisión objetiva dado que las observaciones sobre el psiquismo del infante, en relación a los objetos de su satisfacción, no pueden solicitársele. Del primer objeto de satisfacción, solo es posible colegir la idea de que para el recién nacido el objeto de las relaciones de su satisfacción es su propio cuerpo. En respuesta a esta suposición Freud introduce a partir de Havelock Ellis el término de *autoerotismo*, cuya designación original define una excitación que no es provocada desde fuera, sino que se engendra desde el interior. Para el psicoanálisis, lo esencial del término radica en el vínculo con el objeto. Por ejemplo, el chupeteo, la prensión y otras conductas de carácter sexual no genital en el niño, se caracterizan porque la pulsión que demanda la

satisfacción no está dirigida a otra persona (Freud, 1905). El niño que chupa se rige por la búsqueda de un placer ya vivenciado y ahora recordado. Este recuerdo procede de las primeras experiencias de un placer habilitado por previas experiencias orales como el mamar del pecho. Los labios del niño se comportaron como una zona erógena y la estimulación por el flujo del alimento fue la causa de la sensación placentera que en ocasiones posteriores se buscará sustituir. Así sucede que, la satisfacción producida por la ingesta de alimento se apuntala como satisfacción de la conservación y luego se desprende de allí.

La necesidad de repetir la satisfacción sexual se divorcia entonces de la necesidad de repetir alimento. Finalizando el segundo apartado de *Tres ensayos de teoría sexual*, hay una posición importante que explica la etiología de las adicciones. Según Freud, aquellos niños quienes asignaron un valor erógeno y persistente a la zona de los labios, pueden en su vida adulta tener gran motivación intrínseca hacia los besos, el beber, comer y fumar. Por el contrario, si sobreviene la represión, sentirán asco frente a la comida y producirán como síntoma histérico vómitos u otros problemas alimenticios (Freud, 1905). De esta cuestión es posible colegir dos aspectos importantes. Por un lado, se concibe la adicción como un sustituto sintomático proveniente de un ejercicio de la represión sobre las zonas erógenas en un momento autoerótico de la vida psíquica. Por otro lado, está que la relación del sujeto con el objeto siempre se da en el orden de un encuentro parcial. Esto lo precisa mejor el psicoanalista francés Jacques Lacan, en el apartado cuatro de su seminario cuatro "*De la relación de Objeto*". Allí expone:

"...hemos conseguido poner de relieve, gracias a diversos puntos articulados en Freud, que la noción de objeto es siempre la de un objeto vuelto a encontrar a partir de una findung (encuentro) primitiva, de tal forma que el Wiederfindung (reencuentro), nunca es

satisfactorio...además hemos visto que el objeto es, por una parte, inadecuado y, por otra, que escapa incluso a su aprehensión en un concepto. (1994, pág. 62).

Hará falta un texto más para exponer la reconstrucción teórica del sujeto-adicto. En la carta número 79 de Freud a Fliess, el autor arroja una concepción insospechada de la adicción en relación al estudio de la sexualidad. Freud dirá: *“me ha llegado a la intelección que cabe designar a la masturbación como la adicción primordial...las otras, solo cobran vida como sustitutos y relevos de aquella”* (Freud, 1982-99, pág. 314). Ahora bien, siguiendo el desarrollo, es posible colegir que *el sujeto-adicto* es alguien en quien insiste una tendencia a la separación con la realidad en la que tendencias sustitutivas de la masturbación, empujan a un reencuentro con las reminiscencias del objeto primordial cuya relación se daba en la lógica del autoerotismo. La cuestión de la masturbación se divide en dos partes: la convocación de la fantasía y la operación activa autosatisfacción en la cima de ella. En principio la acción era una empresa autoerótica destinada a ganar placer en un lugar erogenizado del cuerpo. Luego esa acción se fusiona con la representación- deseo tomada del círculo del amor de objeto que sirvió para realizar de forma parcial lo que se quería con lo fantaseado (Freud, 1908). Es decir, el acto masturbador se divide en la evocación de la fantasía y los movimientos mecánicos que Freud supone, en algún momento originario estuvieron separados. De allí que mencione la fusión de los dos elementos siendo el primero el de los movimientos mecánicos, cuya lógica es el puro autoerotismo y el segundo, la fantasía, cuya función entre la tendencia y la meta sexual es de *soldadura*.

Un paso más, según lo observado en los de Dora y Juanito, el planteo de Freud es que hacen falta tres condiciones para que el desarrollo de la libido sexual no acabe en un bucle onanista de soldadura. Estas son: La dejación de la masturbación; la redirección de la energía antes puesta en

la masturbación en otra cosa y, que la fantasía pase a ser inconsciente. Dadas estas tres condiciones está la posibilidad de que la libido se descargue por la vía del síntoma, entendido aquí no como el signo de un malestar orgánico-mental, sino como el síntoma que habla. En Dora por ejemplo, cesa la masturbación y aparece la disnea gracias al trabajo analítico (Naparstek, 2005). En este sentido, la concepción del *sujeto-adicto* es un sujeto sin síntoma, en cambio, es alguien quien conserva una relación con una satisfacción autoerótico, sin tramitación por el habla.

La adicción es aquí planteada como un sustituto directo del autoerotismo que muestra cómo la toxicidad no se ubica del lado de la droga. De hecho, Freud en su texto *Contribuciones para un debate sobre el onanismo* manifiesta que los síntomas de la neurosis conllevan un origen tóxico (Freud, 1912). Tanto en la primera como en la segunda tópica Freudiana, no se hayan reformas teóricas que impliquen contradicciones en los planteamientos. Lo que sigue ahora es la pregunta, ¿con qué elemento se puede trabajar en la clínica para conducir la cura?

El psicoanalista Naparstek (2005), varias veces aquí citado por su estudio y formalización desde el psicoanálisis con las toxicomanías, rescata una fórmula de Lacan muy potente para seguir en la comprensión del *sujeto-adicto*, esta es: “*la droga es lo que permite romper el casamiento del cuerpo con el pequeño pipí*” (Naparstek, 2005, pág. 34). Esta es una referencia de Lacan al caso del pequeño Hans dado que allí, el nombra su pene como *Wiwi-macher* (hace pipí). Para entender los alcances de esta fórmula, habrá que entender primero a qué hace referencia el *hace pipí* en la teoría psicoanalítica. Freud le llama propiamente *El falo* y ocupa un lugar importante en el desarrollo de la sexualidad. En el caso de Hans, por ejemplo, la advertencia de que en su cuerpo existe órgano que tiene una función, la de la orina, le permite

establecer una diferencia con varios objetos de su realidad. El primero es su madre, luego los animales y cuando examina las cosas inanimadas de que ellas no lo tienen.

En el desarrollo del caso Hans dice: “*Un perro y un caballo tienen un hace-pipí; una mesa y un sillón, no*” (Freud, 1909, pág. 10). En consecuencia, de esta observación Naparstek realiza dos puntuaciones. La primera es que el mero órgano no es el falo. De aquí que en su desarrollo manifieste que para creerse macho no alcanza con tener un pequeño pene entre las piernas, hace falta una inscripción en el orden del significante. El segundo apunte advierte que solo hay falo en tanto pueda usarse como instrumento; de una referencia, proponga una medida. En el caso de Hans, el hace-pipí es el falo en la medida en que permite una clasificación entre lo animado y lo inanimado. Naparstek relaciona en el ingreso del falo, en la actividad sexual con el momento de onanismo como soldadura, dado que, en el desarrollo de la masturbación en la que ya hay fantasía, el falo se tiene, pero no es posible darle uso.

Otro aspecto muy relevante es que la referencia que marca el falo no se constituye tanto por su presencia como por su ausencia. El hecho de que Hans pregunte a su madre si ella y la locomotora tienen hace-pipí, pone en evidencia una suposición que indica la premisa de que: la entrada del significante sobre el órgano habilita la premisa, “*si yo tengo, todo debe tenerlo*”. Precisamente, el descubrimiento de que no todos los tienen falo, sumando a la condición paranoica del psiquismo, conllevan a que Freud denominara el sentimiento de miedo a la pérdida como angustia de castración. La lógica de la sexualidad con la inscripción del falo ahora se da en términos de una intermitencia empujada por la angustia. Esta alternancia produce la cuestión de la adicción fundamental. Adicción enmarcada por una equiparación entre pene y pulsión, pero tratada de ser regulada por el falo. Naparstek, enfatiza el hecho de que el falo *intenta* envolver de forma imaginaria, la cuestión del pene en tanto real, pero no alcanza. El anudamiento que

proponía Freud no es dado como tal (Naparstek, 2005). Las sensaciones correspondientes al impedimento de manejar el falo a disposición son lo que llamará Lacan, la función del padre, la ley y la castración. La fórmula antes mencionada ahora puede pensarse en la medida que esta asegura un manejo del falo. Siguiendo la fórmula planteada, si la droga es aquello que permite el rompimiento entre el cuerpo y el falo, gracias al narcótico el sujeto no estará, en un sentido imaginario, al asecho de los sentimientos detumescencia, castración, pérdida, angustia, frustración y negación. El caso de un sujeto en el que el falo se ha inscrito, pero no ha podido ponerlo en función, es un campo abonado para la instalación de los relevos de la primera adicción, como la droga. La aparición de un *sujeto-adicto* es pensable según estos planteamientos, desde una temporalidad fálica. El caso supuesto que se ha expuesto, el del falo inscrito, pero no utilizado, sería el segundo de estas tres modalidades temporales del falo. El tercero correspondería al lugar que tiene la droga para habilitar la función fálica. Varios ejemplos son conocidos de este tipo de consumo. Son los llamados “*bebedores sociales*”. En el modelo TCC, parece que no existe una distinción y se toma a todo por aquellos con creencias disfuncionales como “*tengo fumar marihuana para lidiar con la realidad*”. En este caso, la droga es una muletilla, un soporte o bastón de las remanencias de la masturbación que evitan la emergencia del síntoma, sin embargo, podría decirse, son casos favorables para la emergencia del síntoma Freudiano en tanto es síntoma que habla.

El primer momento, sería el más problemático, dado que se caracteriza por una lógica autoerótica. En el desarrollo de libido sexual tendría un lugar mítico e inicial y es precisamente el caso en que el objeto droga ha sustituido al Otro, ha enmudecido intermitentemente al lenguaje. Son estos los casos llamados en lengua común castellana, desechables, bazuqueros, indigentes, quienes han hecho de su vida un eterno nomadismo ciudadano en busca del objeto

tóxico. Es de suponer que la droga vela fuertemente cualquier relación significativa con el Otro en estos sujetos. Hay un documental maravilloso llamado *Infierno o Paraíso* realizado por Germán Piffano, en el que registra el difícil proceso de salida de un habitante de calle de los guetos de la drogadicción en la capital de Colombia. Más allá de la dureza social y política de la que se hace denuncia, hay algo tenebroso que se revela en los testimonios de este hombre, antes consumidor. Allí relata, que la mayoría de las veces la droga servía para evitar *recordar* su relación con el Otro; la intoxicación y la obnubilación servían de velo para la insistencia de la cadena significativa. Y he aquí una indicación clínica. A pesar, de la potente capacidad de la sustancia para enmudecer el discurso del Otro, hay siempre una posibilidad de ubicar a ese Otro que retorna insoportable por fuera de la satisfacción autoerótica de la droga, dado que el Otro insiste, no se deja acallar. José Antonio, el protagonista de este documental, decía: “...*lo más duro de haber estado en la olla... era encontrarse con dinero venezolano en la basura... yo sentía que eran mensajes de mi mamá... yo sentía que me estaba pidiendo que volviera*” (Piffano, 2014).

Hay otra cuestión que vale la pena resaltar para abordajes futuros sobre el tema de *sujeto-adicto*. En no pocas revistas de psicoanálisis, hay artículos en los que se trabaja con el *goce del toxicómano*, como un goce: idiota, de uno entre varios, autista, etc. Allí se expone la paradoja que implica el acto del consumo en lo social, reunirse para beber alcohol, esnifar o fumar, así sea en la medida de lo socialmente aceptado como en la segregación residual dentro de la cultura. La tesis principal, es que se acepta el goce de la droga del Otro porque me permite gozar acéfalamente de la mía. Es interesante que, según este planteamiento, la misma sustancia constituye una droga diferente para cada uno. No obstante, este tema quedará como pregunta para un nuevo trabajo.

En todo caso, la verdadera toxicomanía se trataría de una lógica sin el ingreso del significante. Para Naparstek, el verdadero *toxicómano* ubica esta experiencia como atemporal, por ende, estaría mal decir que es una experiencia ubicada en un *momento* anterior a la inscripción fálica. Si esta experiencia se ubica en un momento cero, el rompimiento del falo con el cuerpo, implicaría que el *sujeto-adicto* sale de la escena. Es decir, la propuesta teórica aquí planteada conlleva un límite. Si existe, *sujeto-adicto*, a pesar de su condición de a-dicto, (sin discurso, regulación, medida) hay inscripción fálica; habría entonces una posibilidad de la puesta en marcha de un dispositivo analítico que diera las condiciones de emergencia del síntoma. Cuando se incurre en un *goce real*, es decir satisfacción desanudad de la regulación fálica, desaparece el sujeto. Puede pensarse al falo como una moneda en la que hay una efectiva de necesidad de cambio. Un episodio de sobredosis, según estas coordenadas, deben pensarse como una crisis económica, es decir, por fuera de toda medida (Naparstek, 2014).

Esta concepción teórica del fenómeno del consumo no es la más vigente ya que para problematización desde el psicoanálisis aquí planteada, no se incurrió en los postulados nuevos y más explicativos de la concepción Lacaniana, a pesar de haber hecho uso de algunos de sus conceptos. El recurso sobre todo fue Freudiano y en esta perspectiva pueden ofrecerse ciertas indicaciones. La primera constituye como en otros modelos, un ejercicio de memoria que no implique un recurso estadístico, sino descriptivo; no evaluativo sino interpretativo. Ya se ha expuesto la fuerte relación del consumo con el intento siempre fracasado de que no emerjan las reminiscencias de los vínculos afectivos. El trabajo del analista consiste en: “*guardar en la memoria los innumerables nombres, fechas, detalles del recuerdo, ocurrencias y producciones patológicas que se presentan durante la cura*” (Freud, 1912, pág. 111). Este trabajo no se realizó

en un sentido archivístico ni durante el desarrollo de la sesión, sino en el sentido interpretativo y posterior al encuentro. La mayoría de las veces se escucharán cosas que después adquirirán significado y de las que se conocerá su historia, sobre todo aquellas, acerca de la función y sentido de la droga en las lógicas de la vida sexual.

Lo fundamental del tratamiento por la vía del sujeto implica no ofrecer una nueva identificación, ni lograr una sustitución del objeto bajo la forma de un modelo directriz. La puesta en marcha de la asociación libre⁷ debe usarse con la función de permitir que el sujeto se ubique, en relación a su decir, con la manera en que ha establecido un vínculo amoroso con la droga. La identificación de la función de la droga en la vida sexual del sujeto servirá para después interrogarle por lugar que ha ocupado en su economía libidinal y que se ha cifrado en términos del sentido. El psicoanálisis propone, precisamente, leer el mensaje cifrado del inconsciente utilizando la transferencia a través de un vínculo libidinal, dado que lo propio del hombre es establecerlos (Gallo, 1997, pág. 35). La transferencia en análisis, es un vínculo más entre los vínculos humanos, de carácter ético que debe permitir pasar del goce del síntoma al goce de la palabra. No obstante, no basta darle la palabra al paciente para que el dispositivo de la transferencia permita la emergencia del sujeto, hace falta que el analizante sea *acogido en su dicho*. Esto no es, que la escucha sea de un yo a otro yo, en el que uno habla de un malestar y el otro lo traduce gracias a un test. La cuestión es, ¿qué lugar tiene el sujeto en eso que dice acerca de su relación con la droga? La pregunta por la división del sujeto y el vínculo de la pulsión de muerte son términos que demarcan la reflexión clínica. Pero ¿Cómo se produce un sujeto dividido? A través de la distinción entre la acción técnica como respuesta al dicho del sujeto. Por ejemplo,

⁷ Método propuesto por Freud para permitir la emergencia de un decir que no esté alterado por los obstáculos de la conciencia. Su desarrollo implica pedirle al paciente que hable de aquello que se le ocurra, aunque el material advenido le parezca irrelevante, vergonzoso o inútil.

si el sujeto manifiesta “*No puedo dejar de fumar*” la cuestión no irá en la vía de decirle, “*tranquilo, esto se debe a su forma de aprendizaje y a la acción dopaminérgica sobre el núcleo accumbens*”. Aunque, en cierta dimensión de lectura esto sea un enunciado cierto, la respuesta se constituye una sugestión por la palabra, que obtura el saber del padeciente sobre malestar. La cuestión en el análisis depende del *bien-decir* dirigido por una ética (Gallo, 1997, pág. 37). Es un acto que debe poder producir, la posibilidad de producir un sujeto al que la culpa, fuertemente enlazada en a la cuestión de la adicción, no obture la emergencia del decir en relación al malestar. Esto no equivale a eximir a los sujetos de toda responsabilidad por la condición de su adicción, por ejemplo, sino de hallar en la palabra un modo en que el reproche y la angustia permitan al sujeto elaborar su historia. Dos grandes principios que rigen esta práctica son: siempre se trabaja en el uno por uno y el tratamiento de todo real por medio de lo simbólico. El *sujeto-adicto* es también siempre uno por uno, no hay relaciones iguales con la droga ni tratamiento estandarizable. No hay una forma de la técnica psicoanalítica que pueda ser enseñada en el espacio universitario. La formación del analista deberá ser con otro analista.

Conclusiones

Este recorrido, se cree, deja a los lectores dos puntos importantes. Hay un cuento de Borges que resume el primero. Este, es la historia de un ejército que se encuentra rodeado por un batallón enemigo. El general del ejército sitiado le dice a sus soldados: no teman, encontré la solución. Y les muestra enormes jaulas con animales feroces y explica que son leones, cuando los soldados enemigos se acerquen abriremos las jaulas, cuando se aterroricen y huyan los mataremos y ganaremos la batalla. Cuando el ejército enemigo se acerca sueltan los leones, los soldados del ejército atacante le preguntan a su general: ¿Que son esos animales que se aproximan? – Son perros, con un palo los mataremos. Efectivamente, los golpearon, los mataron y tomaron la ciudadela. A lo que Borges concluye: ¿Se dan cuenta la diferencia entre llamarlos perros y llamarlos leones? En este sentido se quiere plantear la importancia de introducir la noción *sujeto-adicto*. No resulta de un capricho por resistirse a usar las categorías de los modelos propuestos, ni por un afán nominativo. Es porque se sostiene que el espacio terapéutico, está recortado, moldeado y definido por el modelo explicativo que se pone a operar; este es la ventana a través de la cual, se pueden observar los fenómenos clínicos. Llamar cliente o paciente, a un ser que sufre en relación a una sustancia, no solo comprende una cuestión nominal, conlleva la puesta en escena de un aparataje teórico que permite ver ciertos problemas y poner en práctica ciertas soluciones. Lo que aquí se pretendió fue oponer dos modelos para examinar sus alcances explicativos y el modo de su tratamiento. Queda en el clínico saber utilizar dichas herramientas. Naparstek fue enfático en sostener que no hay porqué excluir de una institución o de un abordaje privado, los tratamientos por la vía de la sustitución o del sujeto,

habrá que ver, según las condiciones del caso, cómo se maniobra para lograr una estabilidad psíquica que permita una relación con el Otro.

El segundo punto merece más el nombre de aclaración que de conclusión. Esto es, porque la presente investigación apenas toca nociones y teorías alrededor de un concepto central muy prematuro. Desde un punto de vista muy autocrítico, toda la investigación constituye en sí, un estado del arte general mediante aproximaciones a un fenómeno arto más complicado de lo que se ha podido colegir. La mera propuesta de desarrollar una concepción psicoanalítica sobre los fenómenos del consumo es una empresa compleja y que requiere un finísimo detalle. Hay aún una barrera más; la investigación acudió en su mayoría a textos en lengua castellana cuyo alcance no es menor, pero desigual en comparación al gran el espectro de documentos valiosísimos de lenguas foráneas que quedaron por fuera. La enseñanza en el semillero Sujeto y Psicoanálisis dejó como enseñanza ética, que las conclusiones son siempre parciales. No solo por las barreras reconocidas. En el camino de la construcción de la ciencia los acontecimientos pueden cambiar nuestro entendimiento y cosmogonía. Así, en un futuro los fenómenos del consumo pueden arrojar otros matices; pueden emerger otros abordajes teóricos; incluso al interior mismo de modelos mencionados pueden ofrecer paradigmas que orienten la clínica por nuevos principios. Se espera de esta elaboración, sea un punto sencillo de partida para abrir el interés y los estudios de otros investigadores para examinar con detalle uno de los fenómenos que seguramente aparecerá, directa o indirectamente, en sus espacios clínicos.

Bibliografía

(s.f.).

Abello, E. (2006). *La función del tóxico como clave. Introducción a la Clínica con toxicomanías y alcoholismo Vol. 2 (p.14-19)*. Buenos Aires: Gramma ediciones.

Agustín, S. (2000). *Confesiones*. Madrid: Alianza Editorial. Obtenido de Libros en Red.

APA. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Washintong DC: Arlington VA.

Association, A. P. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

AVVV, C. (2003). El arte del diagnóstico. *Apuntes para una epistemología psicoanalítica*, 35-47.

Baena Paz, G. (2014). *Metodología de la Investigación*. Ciudad de Mexico D.F.: Grupo Editorial Patria.

Bandura, A., & H. Walters, R. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Holt: Alaianza Editorial.

Barlow, D. H. (2014). *Manual Clínico de trastornos Psicológicos Tratamiento paso a paso*. Ciudad de México: El manual moderno S.A.

Barrionuevo, J. (28 de Octubre de 2018). *Diccionario etimológico español en línea*. Obtenido de Etimología del Método: <http://etimologias.dechile.net/?me.todo>

Beck, A., Wright, F., Newman, C., & Liese, B. (1999). *Terapia Cognitiva de Las Drogodependencias*. Barcelona: Paidós.

Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M. (2010). *Manual de adicciones para Psicólogos especialistas en Psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.

- Becoña, E., & Cortés Tomás, M. (2008). *Guía Clínica de Intervención en Psicológica en adicciones*. Barcelona: Socidrogalcohol Editorial.
- Bowen, S. (2013). *Prevención en recaídas en conductas adictivas basadas en Mindfulness*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. (2013). *Prevención de recaídas en conductas adictivas basada en Mindfulness*. Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.
- Campo Arias, A. (2011). Dependencia a la nicotina en Bucaramanga, Colombia: Prevalencia y factores de riesgo. *MedUNAB*, 127-133.
- Caponi, S., & Martínez Hernández, Á. (2013). Kraepelin, el desafío clasificatorio. *Artigos(3)*, 467-89. Obtenido de <http://www.scielo.br/pdf/ss/v11n3/02.pdf>
- Castilla Carramiñana, P. (2016). La prevención de recaídas en drogodependencias. *Trabajo Social Hoy*, 109-133.
- Com, S. L. (2013). *Metodología de la Investigación*. Buenos Aires: Ediciones del Aula Taller.
- De Arce, F., Bernaldo de Quirós, M., & Labrador, F. (1994). El concepto de deseo de consumo por la droga. *Psichotema*, 367-374.
- Eliade, M. (1960). *El Chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Escohotado, A. (1998). *Historia General de las Drogas*. Madrid, España: Alianza Editorial, S.A.
- Eurípides. (23 de Agosto de 2011). *Histórico Digital*. Obtenido de Biblioteca Clásica: <https://historicodigital.com/download/euripides%20-%20las%20bacantes.pdf>
- Evans, D. (2007). *Diccionario Introductorio de Psicoanálisis Lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.

- Fernández Calderón, F., Diaz Batanero, C., Rojas Tejada, A., & Castellanos Ryan, N. (2018). Adaptación a la población española de la Escala de Perfil de Riesgo de Consumo de Drogas (EPRCD) y estudio de sus propiedades psicométricas. *Adicciones*, 1-11.
- Fernández Espejo, E. (2002). Bases neurobiológicas de la drogadicción. *Revista de Neurología*, 659-664.
- Fernández Montalvo, J., López Goñi, J., Arteaga, A., & Cacho, R. (2013). Criminological profile of patients in addiction treatment. *Adicciones*, 146-155.
- Foucault, M. (1987). *Arqueología del Saber*. Ciudad de Mexico: Siglo Ventiuno Editores.
- Foucault, M. (2015). *Arqueología del Saber*. Ciudad de México: Siglo Ventiuno.
- Frances, A. (09 de Marzo de 2014). *Sepypna*. Obtenido de BRIENDO LA CAJA DE PANDORA LAS 19 PEORES SUGERENCIAS DEL DSM-V: <http://www.sepypna.com/documentos-y-publicaciones/documentos/criticas-al-dsm-v/>
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos de teoría Sexual En J. L. Etcheverry (Traduc.)*. *Obras completas: Sigmund Freud Vol. 7 (p.163-165)*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1908). *Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad En J. L. Etcheverry (Traduc.)*. *Obras completas: Sigmund Freud Vol. 9 (141-145)*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1909). *Análisis de la fobia de un niño de cinco años. En J. L. Etcheverry (Traduc.)*. *Obras completas: Sigmund Freud Vol. 10 (p.1-118)*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1912). *Contribuciones para un debate sobre el onanismo. En J. L. Etcheverry (Traduc.)*. *Obras completas: Sigmund Freud Vol. 12 (p254-258)*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

- Freud, S. (1914). *Introducción del Narcisismo*. En J. l. Etcheverry (Traduc.). *Obras completas: Sigmund Freud Vol. 14* (p 71 - 72). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1930). *El malestar la Cultura*. En J. L. Etcheverry (Traduc.). *Obras completas: Sigmund Freud Vol. 21* (p. 75 - 85). Buenos Aires: Amorrortu Ediciones.
- Freud, S. (1982-99). *Fragmentos de la correspondencia con Fliess*. En J. L. Etcheverry (Traduc.). *Obras completas: Sigmund Freud Vol. 1* (314-15). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1991). *Totem y Tabú*. En J. L. Etcheverry (Traduc.). *Obras completas: Sigmund Freud Vol. 13* (p.81-84). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Gallo, H. (1997). Psicoterapia y Orientación Psicoanalítica. *El hilo de Ariadna. Revista de la asociación del campo Freudiano de Colombia* , 35-40.
- Gallo, H., & Ramírez, M. (2012). *El psicoanálisis y la investigación en la Universidad*. Buenos Aires: GRAMA Ediciones.
- García Méndez, G. A. (2005). Estructura factorial del modelo de personalidad de Cattel en una muestra Colombiana y su relación con el modelo de cinco factores. *Avances en Medición*, 53-72.
- Huxley, A. (2014). *Un mundo feliz*. Ciudad de México D.F.: Ediciones del sindicato nacional de trabajadores del INFONAVIT.
- Kohan, R. (21 de Marzo de 2018). *Clarín Opinión*. Obtenido de Adicción al paco, una catástrofe social: https://www.clarin.com/opinion/adiccion-paco-catastrofe-social_0_ByI4GMycz.html
- Lacan, J. (1994). *De la relación de objeto*. *Seminario 4* (pp.62-63). Buenos Aires: Paidós.
- Laín Entralgo, P. (1970). *La medicina Hipocrática*. Madrid: Revista de Occidente, S. A.

- Laurent, E. (2008). *Lo inclasificable de las toxicomanías: respuesta del psicoanálisis / Luis Darío Salamone. Cap. 1 El objeto a como pivote de la experiencia analítica*. Buenos Aires: Grama ediciones.
- Linden, D. (2011). *La brújula del placer*. Barcelona: Paidós Transiciones.
- Marlatt, G., & Córdón, J. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Naparstek, F. (2005). *Introducción a la Clínica con Toxicomanías y Alcoholismo*. Buenos Aires: Gramma Ediciones.
- Naparstek, F. (11 de Junio de 2014). *Seminario Clínica de las adicciones*. Obtenido de Canal de Informes en Psicoanálisis: <https://www.youtube.com/watch?v=-JYYn09XrXs&t=1277s>
- Nogal, M. (2012). *Cómo superar el tabaco, el alcohol y las drogas*. Madrid: Editorial Desclée de Brouwer.
- Piffano, G. (Dirección). (2014). *Infierno o Paraíso* [Película].
- Platón. (1999). *Diálogos Vol.9 Leyes*. Madrid: Gredos.
- RAE, R. A. (2001). *Diccionario de la lengua española (22.a ed.)*. Madrid: Extraído de <http://dle.rae.es/?id=BDmkp0F>.
- Rodríguez, A., & Pérez, S. (2011). La modernidad como formación discursiva. *Estudios Sociales* 7, 109-121.
- Sánchez Escobedo, P. A. (2008). *Psicología clínica*. Mexico D.F: Editorial El Manual Moderno. Obtenido de <https://ebookcentral-proquest-com.aure.unab.edu.co/lib/unabsp/reader.action?docID=3215769&query=psicolog%C3%ADa+cl%C3%ADnica>

Shultz, G., & Aspe, P. (03 de Enero de 2018). *The New York Times ES*. Obtenido de El fracaso de la guerra contras las drogas: <https://www.nytimes.com/es/2018/01/03/la-guerra-fallida-contra-las-drogas/>

Torres Carvajal, G. (2010). La entrevista motivacional en adicciones. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 171-87.

UNODC, O. (2016). *Informe Mundial sobre las drogas*.

https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf: UNODC.

Vera, A. (2015). *Metodología de la Investigación*. Sevilla: Athenaica Ediciones Universitarias.

Vidal, M. (2015). Drogradicción y Ética. *Revias Bioética y Ciencias de la Salud*, 1-16. Obtenido de https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/adicciones/Drogadiccion_y_etica.pdf

Yuni, J. A., & Urbano, C. A. (2006). *Técnicas para Investigar. Recursos Metodológicos para la preparación de proyectos de investigación*. Cordoba: Cordoba.