



Psicoperspectivas

ISSN: 0717-7798

revista@psicoperspectivas.cl

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso
Chile

BILBAO, ALEJANDRO
SUJETO, DROGAS Y SOCIEDAD
Psicoperspectivas, vol. II, núm. 1, 2003, pp. 35-52
Pontificia Universidad Católica de Valparaíso
Viña del Mar, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=171018074002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

SUJETO, DROGAS Y SOCIEDAD

ALEJANDRO BILBAO

Psicólogo

Escuela de Psicología

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso

Chile

Abilbao@voila.fr

Resumen. El problema de las drogodependencias requiere hoy de un acercamiento que pueda comprender los distintos factores que se encuentran implicados en el fenómeno toxicómano. Las contribuciones que la Antropología y el pensamiento transcultural pueden realizar en este sentido son de suma importancia para estructurar nuevos acercamientos en torno al problema.

Palabras claves: Etnopsicoanálisis, mito, rito, Antropología, etnología, psicoanálisis, trastornos étnicos.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo intenta, desde una perspectiva antropológica, realizar una revisión sobre la manera en cómo en nuestra sociedad occidental se conceptualiza y se aborda la temática de las drogodependencias.

El consumo de drogas es una constante en toda sociedad, pero la estructuración que cada sociedad hace del consumo es lo que le confiere características particulares. Es indudable que la relación que una sociedad establece con las drogas que en ella son consumidas, evoluciona constantemente, inscribiéndose dentro de los procesos de transformación social.

Evidentemente, el lugar que una sociedad asigna a las drogas, y la percepción que puede generar de estas últimas, es el resultado del propio funcionamiento social de una cultura, siendo incluso la consecuencia de cómo una sociedad se representa a sí misma. Ello apoya con cierta fuerza la hipótesis de que el carácter simbólico de los estados psicológicos provocados por las sustancias químicas, son desconocidos por las sociedades en las cuales esos consumos tiene lugar. Con relación a

ello, mencionemos que las sociedades occidentales tienden a reforzar la representación patógena de la sustancia, ubicando al producto consumido como un agente exterior. Es la sustancia quien se considera agente de rupturas sobre el cuerpo social, sin considerar, las prácticas que por medio de ella se llevan a cabo. Esta manera de comprender la relación que los tóxicos desarrollan con los organismos consumidores, determina el lugar que la sociedad asigna a esta sustancia, determinando la sintomatología que las drogodependencias presentan a la totalidad del cuerpo social. A su vez, el lugar que la sociedad asigna a quienes consumen estas sustancias, determina la etiología y la evolución que las propias farmacodependencias desarrollan.

Realizando una lectura de estas características, las drogodependencias emergerían como un punto de encuentro entre sujeto, producto y sociedad. Lo cual permite apreciar, que aquellos individuos que conforman una sociedad bajo determinadas formas de cohesión y producción, participan de un “saber” sobre las prácticas que en ella se observan. En las páginas que siguen, se intentará indagar sobre los procesos que estructuran este saber sobre las tóxico dependencias, de tal modo de poder hacer explícito al conglomerado de factores que estas prácticas implican.

“Il est, peut-être, encore plus difficile de parler raisonnablement de la drogue, car ce problème touche, si ce la est possible, encore plus de points sensibles et sensibilisés que ne le fait la sexualité. Il met en cause une société en pleine crise, la contestation, le conflit des générations, la religion, la “philosophie”, l’idéologie politique et, enfin, l’antisexualité et la haine du corps et la vie elle-même.”

SOBRE LA CLÍNICA EN DROGODEPENDENCIAS

Tal como lo enuncia Georges Devereux, la etnopsiquiatría como ciencia interdisciplinaria debe: “...considérer conjointement les concepts clefs et les problèmes de base de l’ethnologie et de la psychiatrie...”². Por lo tanto, la etnopsiquiatría debe esforzarse por confrontar y coordinar el concepto de “cultura” (perteneciente a la antropología), con la pareja conceptual “normalidad-anormalidad” (la cual constituye el problema focal de la psiquiatría, quien busca encontrar la frontera entre ambos términos).

Para Georges Devereux, hablar del par conceptual “normalidad-anormalidad”, no implica conceptualmente hablando, la realización de referencias por órdenes de tipo estadístico y/o normativo. Es necesario señalar que este autor rechaza específicamente la concepción de “adaptación a la cultura”, como criterio equiparable a salud mental. “D’un point de vue psychiatrique, les critères de normalité valables sont tous absolus, c’est-à-dire indépendants des normes d’une quelconque

¹ Puede ser aún más difícil hablar razonablemente de las drogas, porque este problema toca, si eso es posible, más puntos sensibles y sensibilizados que lo que hace a la sexualidad. Él pone en cuestión una sociedad en plena crisis, la disputa, el conflicto de generaciones, la religión, la “filosofía”, la ideología política, y en fin la antisexualidad, y la aversión del cuerpo y de la vida misma. Devereux Georges. *Drogues Dieux Ideologies*. Medica 1972; 103: 13-20.

²...considerar conjuntamente los conceptos claves y los problemas de base de la etnología y de la psiquiatría...

Devereux G. *Essais d’ethnopsychiatrie générale*. 3^{ème} édition. Paris: Gallimard; 1977.

culture ou société, mais conformes aux critères de la Culture en tant que phénomène universellement humain.”³ Se consideran, entonces, criterios tales como: madurez afectiva, sentido de la realidad, etc., los cuales pueden contribuir a la adaptación de un individuo a una sociedad sana, o bien, asegurar su supervivencia en una sociedad patológica.

DESÓRDENES ÉTNICOS: “MODELOS DE INCONDUCTA”

Siguiendo los desarrollos teóricos de Georges Devereux, se puede decir que cada cultura permite a ciertas manifestaciones del psiquismo acceder y permanecer en el nivel consciente, y exige que otras sean reprimidas. Esta represión puede realizarse a través de medios defensivos que la cultura brinda a cada individuo, y que son el resultado de un largo proceso de culturalización en el cual el sujeto se ve sometido en el transcurso de su vida. Sin embargo, frente a contenidos psíquicos distónicos para la cultura, tales mecanismos pueden resultar inefficientes. En ese caso, un gran número de individuos tendrá dificultades para controlar y esconder manifestaciones de tipo patológico. La cultura deberá, entonces, procurar ciertos medios culturales que permitan - aunque de manera marginal-, la sofocación de aquellas manifestaciones. De este modo, lo social otorga un reconocimiento oficial, que pese a ser marginal, permite a algunas formas de desviación psíquica, el no permanecer en oposición con el ideal étnico del grupo. Se trata sin dudas *de un reconocimiento de lo inevitable*.

Es decir, frente a determinadas situaciones de stress, la cultura provee al individuo de ciertos indicadores sobre los modos de empleo abusivo, denominados por Linton “modelos de inconducta”. El grupo indica al individuo que determinada práctica no es admitida, al mismo tiempo que deja en claro -si desea realizarla-, cuál es la manera en que debe hacerlo.

En ocasiones, un desorden reviste formas particularmente dramáticas, o existe el riesgo de que provoque una crisis pública, o simplemente estimula la imaginación del grupo. Cuando esto sucede, se convierte en un fenómeno social de tanta relevancia, que implica la toma de medidas especiales para controlarlo y eventualmente para explotarlo en provecho del grupo. Siendo que numerosas crisis pueden ser provocadas por medios culturalmente estandarizados, su desencadenamiento puede ser a la vez positiva y negativamente controlable utilizando los mismos medios.

El conflicto entre el ideal socialmente negativista y las exigencias funcionales de una sociedad, puede surgir también en el ámbito individual. Para poder considerar un desorden como étnico, poco importa el número de individuos que están afectados por el mismo.

Considerado desde el plano cultural, ni la participación de la mayoría del grupo en una práctica social, ni su institucionalización, implican que

³ De un punto de vista psiquiátrico, los criterios de normalidad válidos son absolutos, es decir, independientes de las normas de cualquier cultura o sociedad, pero conformes a los criterios de la cultura en tanto fenómeno universalmente humano. Ídem cita N° 2.

la misma sea considerada normal o sintónica. Estos desórdenes que pueden ser ubicados en toda clasificación etiopatogénica, restan también estructurados y etiquetados por la cultura en la cual se manifiestan. En la mayor parte de los casos, el grupo formula teorías explícitas respecto a la naturaleza y causa de los desórdenes característicos de su cultura. Precizando ideas respecto de los síntomas, de su evolución y su pronóstico.

Ahora bien, existe una gran variedad de desórdenes étnicos, cada área cultural y hasta cada cultura, pueden poseer uno o varios desórdenes de este género. Cada sociedad posee estereotipos, que dirigen explícitamente el uso inadecuado de materiales culturales. La sociedad moderna tiene también sus ideas sobre sus propios modelos de conducta. En todo desorden étnico, aquello considerado anormal es más el modelo, que cualquiera de sus elementos. Su anormalidad toma la forma de una caricatura del modelo cultural total. Un desorden será étnico, en tanto haya sufrido una estructuración cultural.

La principal consecuencia de la estructuración cultural de los desórdenes étnicos, es de volver el comportamiento del enfermo, muy específicamente previsible en función del código de referencia cultural. Todo desorden psicológico entraña un empobrecimiento del psiquismo, una des-diferenciación y una des-individualización anímica. La estructuración cultural de los desórdenes étnicos lo muestra con claridad.

Debido a su normalización⁴ cultural, estos desórdenes no solo sirven de modelo a un sinnúmero de alteraciones psíquicas, puesto que, además, brindan la posibilidad de percibir, como un mismo comportamiento anormal, puede ser desencadenado por un gran número de estímulos diferentes. La cultura define el grado de intensidad del stress, o del traumatismo que justifica la aparición de un desorden étnico. Traumatismo, motivación y justificación social se confunden en el caso de estos desórdenes.

Ciertas patologías mentales sintetizan y expresan en su forma clínica materiales culturales que reflejan la auto-negación fundamental que la sociedad puede desarrollar frente a su presencia. Los rasgos culturales que reflejan la auto-negación de la sociedad, pueden ser utilizados como síntoma, sin que sea necesario hacerles sufrir una distorsión. Esto se realiza de tal manera que puede implicarles la aprobación o la condena social. Esos valores antisociales permiten al individuo ser antisocial de una manera socialmente aprobada, y hasta en ocasiones prestigiosa. De esta manera se justifica la utilización del término "modelo".

Actualmente, cualquier clasificación psiquiátrica, incluye la consideración de los denominados por la etnopsiquiatría como desórdenes étnicos. Es así que el DSM IV contiene un apéndice denominado: "Guía para la formulación cultural y glosario de síndromes dependientes de la cultura". Si bien en este apartado, se explicita la realidad que denotan los síndromes de este tipo, se aclara: "Además, algunos estados y tras-

⁴ El término normalización se utiliza aquí en el sentido de norma, pauta, regla a seguir por determinados actores de la cultura. No se trata de una referencia al paradigma que postula la necesidad de normalizar servicios.

tornos conceptualizados como síndromes dependientes de la cultura se consideran específicos de la cultura industrializada (p. ej., anorexia nerviosa, trastorno de identidad disociativo), dadas su aparente rareza o ausencia en otras culturas.” Sin embargo es importante notar aquí, que solo los desórdenes étnicos pertenecientes a culturas distintas de la nuestra son los descritos en el glosario de este apéndice. Igualmente en todas las presentaciones clínicas contenidas en este manual, se incluye información sobre los “Síntomas dependientes de la cultura”. Pero en lo que se refiere a las presentaciones clínicas que este manual se denominan: “Trastornos inducidos por sustancias”; en términos generales, se trata solo sobre las características y variaciones que suceden a estos trastornos en el seno de la cultura occidental.

Podemos decir, que en nuestra cultura, los desórdenes étnicos característicos son fundamentalmente trastornos del control de los impulsos: trastornos de la alimentación, trastornos relacionados con sustancias, etc. Si bien es de amplia difusión el hecho de que, ya en culturas muy antiguas se puede comprobar que existía consumo de sustancias, este consumo se daba inserto en un marco ritual que lo controlaba, impidiendo que adquiriera las actuales características de compulsión. La estructuración cultural que predomina en el consumo de sustancias que observamos en nuestra sociedad, difiere ampliamente del consumo conocido por las sociedades pre-industriales.

DESENCADENAMIENTO DE UNA CRISIS

Debe distinguirse la motivación de la instigación, esta última consiste en una señal formalizada que sirve para desencadenar los desórdenes étnicos. La eficacia de estos desórdenes puede ser parcialmente explicada en términos bioquímicos o neurofisiológicos. Sin embargo, en la mayor parte de ellos, la secuencia “desencadenamiento-crisis”, parece ser un condicionamiento de carácter cultural. La integración de los desencadenantes bioquímicos o fisiológicos en una secuencia cultural prescripta, puede reforzar o modificar considerablemente sus efectos.

Entre los desencadenantes fisiológicos podemos nombrar las danzas frenéticas, utilizadas por diversas culturas para inducir estados anormales, en las cuales la fatiga física produce un estado de autointoxicación. Igualmente, el estado de éxtasis producido por los sonidos del tambor, que puede ser comprendido como la modificación de ondas cerebrales de quienes se introducen en un estado anormal, explicable en términos electro-neurofisiológicos, producido ante estímulos sonoros.

Una técnica de desencadenamiento particularmente interesante, es la autoinducción de la crisis deseada por la anticipación de los síntomas, o por la preparación para la crisis. Se agrega a ello, que un número importante de crisis pueden igualmente ser desencadenadas por un estímulo cultural de orden convencional, o bien, por una droga. Los desencadenantes bioquímicos más corrientes son las drogas. Con-

siderando fenómenos bien conocidos como por ejemplo el “efecto placebo”, o la influencia manifiesta de las anticipaciones culturales y/o de los estados psicológicos bajo los efectos de alcohol y drogas, se ve la necesidad de estudiar este tipo de desencadenantes, desde el punto de vista de la etnopsiquiatría.

LOS DESENCADENANTES QUÍMICOS

Las drogas no son más que sustancias inertes, que adquieren una significación gracias a la cultura. Si bien es cierto que ellas actúan sobre “cuerpos biológicos”, sobre “organismos”, se puede constatar que estos efectos están determinados por la cultura. Es por ello que el efecto de una droga puede variar, según la “asignación escénica” que una cultura determine para la sustancia en cuestión. Se dice que el término asesino proviene del término hachís; asesino significaba en el siglo XIX: consumidor de hachís. Este nombre se daba a la secta que se drogaba con esta sustancia, a fin de cometer crímenes especialmente crueles. Sin embargo, la misma sustancia estaba asociada a mediados del siglo pasado a slogans como “hagamos el amor y no la guerra”. Ahora bien, si investigamos en la historia de la psicopatología clínica, es dable observar que la atribución para estos efectos no es clara, que así como en los siglos XVII y XVIII el tabaco provocaba delirios y accesos de furor, actualmente describimos la misma droga con efectos muy diferentes. Incluso, dentro de una misma cultura, una droga puede causar efectos diversos, dependiendo de lo que de ella se espere. Una joven alcohólica anglosajona, se comportaba de manera diferente dependiendo de la etiqueta pegada sobre la botella que consumía. Si bebía champagne ella hablaba francés y realizaba un juego seductor de la “Belle Epoque”. Si en cambio bebía Whisky, se ponía violenta y sexualmente agresiva. Se comportaba como una empleada doméstica inglesa, si tomaba un gin malo. “De fait, l’effet de la drogue dépend souvent moins de faits pharmacodynamiques que de ce que le sujet attend de la drogue”⁵. Desde una mirada biológica y fisiológica, podemos denominar “paradoja” a fenómenos producidos por un vaso dilatador como el alcohol, que disminuye notoriamente las capacidades erectiles de los órganos sexuales. A pesar de ello, son numerosas las representaciones sociales que depositan en esta sustancia una función afrodisíaca. Este mismo fenómeno puede ser comprendido desde otra óptica, si tenemos en cuenta que el alcohol puede permitir evadir fuertes inhibiciones existentes en sociedades puritanas. El ejemplo del alcohol es útil a fin de ilustrar la función que un desencadenante químico puede tener en una determinada sociedad. En una época en que la sociedad americana condenaba el hecho de que una joven cayese en la cama de su amante, si esto sucedía en estado de sobriedad, la joven era considerada una desvergonzada. Muy poco alcohol bastaba para emborracharla lo suficiente, a fin de dotarla de un alivio para su “inconducta” sexual.

⁵ De hecho, el efecto de la droga depende frecuentemente menos de hechos farmacodinámicos que de aquello que el sujeto espera de la droga. Idem cita N° 1.

ACCIÓN DE LA CULTURA SOBRE LAS DROGAS

Marcel Mauss relata como “...Dans une très grand nombre de sociétés, une hantise de la mort, d’origine purement sociale, sans aucune mélange de facteurs individuels, était capable de tels ravages mentaux et physiques, dans la conscience et le corps de l’individu, qu’elle entraînait sa mort à bref délai, sans lésion apparente ou connue.”⁶ Estos hechos demuestran la relación directa existente entre lo físico, lo psicológico y lo social.

Claude Lévi-Strauss ha explicado cómo un mito que forma parte de las creencias de un sistema social, puede inducir “efectos” sobre el organismo y el psiquismo de los individuos que participan de esa sociedad. Esta propiedad inductora es lo que denomina “eficacia simbólica”⁷.

Los aportes de estos autores explicitan el hecho de que el efecto de las drogas en el organismo pueda variar con relación al contexto social. Es decir, conociendo cómo actúa la eficacia simbólica y observando los efectos físicos que una idea sugerida por la colectividad, es capaz de producir. Así, podemos comprender de qué manera una cultura puede tener efectos sobre las drogas.

Para trabajar con individuos que establecen diversos vínculos con las drogas, debemos conocer estos efectos culturales, a fin de poder visualizar cómo ellos construyen sistemas de coordenadas y creencias en torno a dichas sustancias. Es preciso, entonces, tomar conciencia de la relevante importancia que tiene el discurso social sobre las drogodependencias. Realizadas estas observaciones, no es implausible visualizar cómo el discurso médico impone cierta mirada al campo que constituye⁸. Es necesario comprender en cuanto el discurso de quienes trabajan en la clínica con toxicómanos puede ejercitarse como una verdadera eficacia simbólica.

Concebidas las drogodependencias como una alteración étnica que observamos en nuestra sociedad, se hace indispensable pensar acerca de aquello en lo que el drogodependiente y su medio social creen respecto a la problemática que los atañe. Términos tales como “drogodependiente”, invocan connotaciones fuertemente arraigadas en las representaciones sociales de un pueblo. Fuera del ámbito clínico, este término es utilizado por la sociedad en general, para distinguir determinadas prácticas, que explicitan una determinada valoración social de otros individuos. El diagnóstico adquiere, entonces, nuevas connotaciones, volviendo problemático para el clínico el abordaje de una categorización. La confusión de registros entre lo social y lo científico lleva a que una categorización “indirecta” que determina un lugar social para aquel que es clasificado. Un drogodependiente, en tanto se identifique como tal, se encontrará atrapado en una dominación que sin ser verdaderamente social, lo sumerge en un escenario de “retrato” que determinará las relaciones que en un futuro desarrolle

⁶ En un gran número de sociedades, una obsesión de muerte, de origen puramente social, sin ninguna mezcla de factores individuales, es capaz de tales estragos mentales y físicos, en la conciencia y el cuerpo del individuo, que entraña su muerte en un plazo breve, sin lesión aparente o conocida.

Mauss M. Effet physique chez l’individu de l’idée de mort suggérée par la collectivité. En: Sociologie et anthropologie. 8^e édition. Paris: Press Universitaires de France; 1999. p.311-330.

⁷ Lévi-Strauss C. Magie et religion. En: Anthropologie structurale. Paris: 1974. p. 189 - 275.

⁸ Foucault M. La naissance de la clinique. Paris: Gallimard; 1963.

frente a lo cultural.

ALEJANDRO
BILBAO

La noción de drogodependiente introduce la idea de una interacción entre un organismo y un medicamento (recordemos que el término droga tiene también la acepción de medicamento). Este término da cuenta de un saber que estudia la relación de la droga con un organismo. Tanto los organismos como los medicamentos son representantes de dos ordenes que los contienen respectivamente: el orden biológico y el orden social. Desde una definición de las drogodependencias que solo aludiera a una perspectiva biológica, se borra la problemática del sujeto. Es decir, no se tiene en cuenta la relación particular que el drogodependiente establece con su *objeto droga*. De esta manera, se obliteran los vínculos que el drogodependiente desarrolla con la sustancia consumida. Como efecto de esta función de desconocimiento, se olvida el por qué y el para qué de este vínculo, omitiendo las consecuencias que este lazo puede ejercer en la sociedad.

La dependencia psicológica en ocasiones se asocia a la dependencia fisiológica, dando lugar a una aparente simetría. Lo psíquico aparenta estar sometido a las mismas regulaciones lógicas que lo fisiológico. La noción de dependencia psíquica concebida de esta manera, impide pensar sobre la problemática del drogodependiente. “Esta reducción y esta racionalización del trastorno tienden a excluir al sujeto de su acto.”⁹ Llevadas a su extremo, estas concepciones transmiten la idea de que es la sustancia química quien crea las drogodependencias, aun si se considera que una sociedad puede reforzar sus efectos, o si se instala solo en una personalidad particular.

En 1924 L. Lewin hizo editar una de las primeras obras de síntesis sobre las reacciones que las sustancias tóxicas provocan en aquellos organismos que las consumen. Este autor insiste en la idea de que las perturbaciones psíquicas no son sino efectos de procesos tóxicos. Luego deduce, que si ciertas perturbaciones mentales son producidas por drogas, todas las perturbaciones mentales serán producidas por secreciones internas de tipo tóxico. Este autor, que aparece como precursor de la psicofarmacología moderna, introduce una equiparación entre enfermedad mental y drogodependencias, que tendrá importantes consecuencias a la hora de pensar las respuestas sociales que se dan frente al toxicómano.

Con la aparición de la psicofarmacología moderna, fue posible considerar para una misma sustancia, dos significaciones para sus efectos, según se trate de la relación particular que el tóxico ejecuta con el organismo. De este modo, los psicotrópicos tendrán efectos positivos si se les otorgan a un enfermo mental para su cura, pero también serán capaces de provocar efectos negativos (como una toxicodependencias). Aun quienes postulan la teoría de la automedicación, consideran como efectos negativos aquellos producidos en un enfermo mental cuyo consumo no goza de una prescripción médica. Esta prescripción figura

⁹ Le Poullichet S. Toxicomanías y psicoanálisis La narcosis del deseo. Buenos Aires: Amorruu editores; 1990.

como la distinción que indica a qué significado del término “droga” nos estamos refiriendo. Numerosas drogodependencias quedan así encubiertas tras una simple receta solicitada a un médico.

El saber del toxicómano, al igual que el de su médico, se desarrollan en torno a la figura del tóxico. Sus discursos provienen de la misma creencia: es la sustancia la que constituye la toxicomanía. Toxicómano y médico se encuentran así en torno a un mismo discurso. Ambos consideran a la droga como capaz de provocar efectos positivos y negativos, capaz de causar bienestar y/o malestar. Ambos buscan reducir o eliminar el dolor (propio o ajeno). Ambos utilizan sustancias químicas a fin de lograrlo. Estos discursos no son más que representantes de un todo social donde impera la intolerancia a la frustración y la obligación de adecuarse a imperativos morales que en un sinnúmero de ocasiones constituyen un sufrimiento psíquico extremo para el sujeto.

Lo que el médico observa es lo que puede inscribirse en un determinado campo del saber, donde terapeuta y paciente se solidifican en torno a una misma captación “ontologizante” de lo que denominan como “mal a extraer”. El médico, orientado en ocasiones por un reduccionismo extremo basado en un fundamento operacional no menos cosificante, capta en la figura del toxicómano, procesos psíquicos causales que generalmente no constituyen más que el resultado de un proceso. “Dicho de otro modo, el discurso médico, al apelar a lo biológico, considera como causa (biológica) lo que en realidad no es más que su resultado.”¹⁰

Es por ello que el discurso de ambos nos dice que lo que es objeto de placer, se ha convertido para el toxicómano en objeto de necesidad. Desde ese discurso pareciera ser que el drogodependiente no puede actuar de otro modo. Entonces, se vislumbra la lógica subyacente a este discurso: “Es la lógica de lo necesario, de lo obligado, donde incluso la transgresión de la ley pareciera borrarse para el sujeto debido a ese: “No puedo obrar de otro modo.” Así es como el objeto droga, al convertirse en fuente exclusiva de placer, aparece como lo que no puede faltar, sin confrontar al sujeto con lo absoluto de la carencia”¹¹.

Observemos, que se describe como condición necesaria de satisfacción de un drogodependiente el hecho de que el objeto de placer ocupe un lugar entre los objetos de necesidad. Es justamente este deslizamiento del registro del deseo al registro biológico, lo que justifica y da lugar al accionar del drogodependiente. Pero es precisamente este deslizamiento el que mantiene al toxicómano prisionero de la droga. Cuando un drogodependiente nos dice que necesita la droga, que no puede faltarle, expresa la negación de la pérdida. Un duelo es entonces imposible, y la imposibilidad de satisfacción lo llevan a un reencuentro fallido con un objeto que está allí, y que no solamente no sirve, sino cuya presencia misma hace que todo duelo sea imposible, y el placer inaccesible.

¹⁰ Vera Ocampo E. Droga, psicoanálisis y toxicomanía. Las huellas de un encuentro. Buenos Aires; Ed. Paidós; 1988.

¹¹ Ídem cita N° 9, Pág. 107.

NUEVOS PARADIGMAS

ALEJANDRO
BILBAO

El acento que el discurso médico pone en la sustancia tóxica implica numerosas consecuencias. La característica de cronicidad que se asigna a las drogodependencias, es una de ellas. Considerada una patología crónica desde fines del siglo XIX, las drogodependencias aparecen como absolutamente rebeldes a los cuidados y tratamientos médicos.

A mediados del siglo XX, las tóxico dependencias hacen eclosión. Aquella patología que constituía una práctica de personas aisladas, se difunde y masifica en el curso de algunos años. Durante las décadas del 60-70 la sociedad toma conciencia respecto al problema de las drogodependencias. Se observa un cambio de las representaciones sociales respecto a cómo es adecuado responder a ese problema. De ello se sigue un compromiso entre distintas facciones de la sociedad respecto a cómo accionar frente a la toxicomanía. Este compromiso comienza por observarse de manera difusa en la sociedad, luego es explicitado por expertos, llegando así a ser formalizado por el derecho, quien le confiere una estabilidad y una forma operacional.

Se trata de disciplinas que con visiones muy diferentes sobre el problema, se ponen de acuerdo a fin de justificar una prohibición. Por un lado, una perspectiva policial, fundada en conceptos cívicos-morales. Por otro, una perspectiva terapéutica, fundada en argumentos psicológicos o psiquiátricos. Este acuerdo se basa fundamentalmente, en un trabajo de ajustes categoriales públicamente justificado.

La perspectiva policial construye el abuso de drogas como un fenómeno relevante de la moral pública. El tráfico y el consumo de drogas, son vistos como comportamientos dañinos y criminales, tanto “contra sí mismo”, como “contra los otros”. Es interesante notar que las legislaciones varían según si quienes las justifican, insisten sobre el “para sí mismo” o “para los otros”. La primer formulación conduce a poner el acento en prohibir el uso, la segunda se preocupa más por el tráfico. Los argumentos ponen como referencias “los límites para disponer de uno mismo” y el respeto a la “libertad de los otros”. En esta perspectiva se muestran connotaciones paternalistas y moralistas: es preciso proteger a las personas de ellos mismos y así evitar el excesivo de sufrimiento al que conducen las sustancias tóxicas.

Desde la perspectiva terapéutica, la toxicomanía es concebida como un comportamiento de dependencia patológica a un producto tóxico. Esta perspectiva intenta prevenir la alienación del otro por el intercambio de un producto que inhibe la libertad individual. La prohibición, en este caso no se funda en la moral, sino sobre cierta representación del orden normal de los cuerpos y de las personalidades.

Una desmedicalización caracteriza el abordaje de las toxicomanías durante los años 70. La visión médica va progresivamente dejando paso a la visión psicodinámica o comportamentalista según el país del que

se trate. Los parámetros de la salud mental se convierten en referencia para las drogodependencias. La toxicomanía no parecía encontrar lugar en los esquemas operatorios de cuerpo médico, ni en términos de justificaciones, ni en términos asistenciales.

Esta desmedicalización ha contribuido fuertemente al reconocimiento de la responsabilidad del sujeto en cuanto al vínculo que lo une con la sustancia tóxica. Si embargo, dicha emergencia del factor ético que involucra al sujeto y su sustancia ha fagocitado al mismo tiempo la idea de poner a esta responsabilidad como causa última del problema.

Desde el paradigma predominante en esos años, dos dispositivos institucionales colaboran para la implantación de un sistema global. Estos son: el judicial y el terapéutico. Son estos dispositivos los que caracterizan la segmentación de los dominios operatorios y el tratamiento individual de los toxicómanos. Ni el control jurídico-policial, ni los dispositivos terapéuticos operarán sobre situaciones, ellos se dirigen a individuos. Así, las drogodependencias quedan establecidas bajo una consideración que acentúa la idea de un comportamiento aislable y localizable. Ya sea por medio del castigo, o de la cura (según la institución encargada de hacerse cargo), se intentaba eliminar esa variable para luego reintegrar al toxicómano a la sociedad. Aún si castigar y curar son operaciones absolutamente diferentes, se otorga igual confianza a estos métodos de individuación del problema.

Una nueva visión del mundo de las toxicomanías entra en escena en la década de los 80, ofreciendo nuevos argumentos y permitiendo la intervención de nuevos actores. Se trata de las concepciones médicas y económicas. Ellas convergen en un nuevo compromiso regulatorio, que se presenta como alternativa frente a la anterior, y permitiendo la emergencia del concepto de “*reducción de riesgos*”.

El retorno a parámetros médicos ya no se fundamenta tanto en la relación de un cuerpo con una sustancia, sino en la concepción de las toxicomanías como canales de propagación de otras enfermedades. La droga se convierte ahora en el transportador y propagador de patologías diversas que atacan tanto a toxicómanos como a notoxicómanos. Concebidas las drogodependencias como una patología crónica, no se justifica un accionar dirigido a ellas, todos los objetivos se centran en combatir los males que ellas portan. Los toxicómanos se convierten en agentes multiplicadores de epidemias, que es preciso identificar y controlar. Una nueva marca designa hoy a los drogodependientes: “grupo de alto riesgo”.

La epidemiología y las estadísticas devienen hoy parámetros de referencia. No hay en sentido estricto ningún concepto cualitativo positivo de salud implicado en esta concepción. Solo se trata de garantizar el evitamiento del sufrimiento y de la muerte. Otra vez la subjetividad del toxicómano se borra, dando lugar a una visión sanitaria que solo se ocupa de rectificar o de cuidar el uso que el drogodependiente

hace de su cuerpo. Hoy con las drogas de sustitución, día tras día los toxicómanos sanan un cuerpo inexistente, fuera del sufrimiento. Con la globalización de la economía y las nuevas dificultades para controlar la economía de las drogas, la perspectiva económica se vuelve difícil de dissociar del fenómeno. Hoy el uso de drogas se hace susceptible de una regulación fundada sobre una optimización económica.

Un nuevo compromiso surge de la convergencia entre lo sanitario y lo económico: “la reducción de costos”. Exigencias sanitarias y eficiencia económica se conjugan a fin de promover un enfoque más consecuencialista del problema. Conceptos económicos como el de “calidad del producto” puede ser aplicados a drogas peligrosas como el crack, compatibilizados con preocupaciones que atañen a la salud pública.

En los últimos años, un nuevo concepto que ronda la temática de las drogas está ejerciendo importantes efectos sobre nuestra sociedad. Se trata del concepto de “inseguridad ciudadana”, que desde hace un cierto tiempo a la fecha adquiere cada vez mayor fuerza. Las connotaciones que este concepto comporta para las tóxicas dependencias ameritan indudablemente de un minucioso análisis.

LÍMITES QUE SE ESFUMAN

Hoy los límites de los saberes que abordan la problemática de las drogodependencias tienden a borrarse. La especificidad de cada uno de ellos parece no poder fundarse cuando se abocan a esta temática. Cuando hablamos de drogodependencias no hay un saber específico, se trata de un entrecruzamiento de saberes.

La irrupción del SIDA y otras enfermedades en el campo de las drogodependencias han hecho un llamado al médico clínico. A partir de allí la angustia que intentan calmar las drogas deviene el campo del médico generalista. La angustia se ha convertido en uno de los dolores que ellos se sienten obligados a evitar. Cada vez más fármacos son utilizados en la lucha contra un dolor no discernible. Esto es, la prescripción como banalización del sufrimiento.

Lo que hoy está cambiando con el actual uso que la clínica da a las sustancias es la conceptualización de la enfermedad mental. “Le proces fait à la méthadone le montre bien. Ce produit, comme les antipsychotiques et les antidépresseurs, peut être pris une vie entière, mais il conduit, pour cette raison, à faire de la guérison une notion des plus floues et de la dépendance à vie une forme de repatriement dans la société. La méthadone est un produit très révélateur du nouveau paysage pharmacologique, parce que nous nous dirigeons peut-être vers la fin de l'idée de guérison en santé mentale.”¹²

Numerosas fronteras se están esfumando: “sufrimiento normal”, “sufrimiento patológico”, “uso normal” – “uso anormal”. La dificultad para definir lo normal, en el doble sentido de la norma y la media está en

el centro de esta cuestión. Conceptos como adaptación o criterios cuantitativos, fundamentan las actuales tendencias del accionar respecto a las drogas.

El borramiento de límites en los campos del saber, conduce al entrecruzamiento de los conceptos que les pertenecen. De este modo, se realizan comparaciones que mezclan diversos parámetros. Diabetes y dependencia se asimilan para argumentar similares tratamientos a lo que se considera una patología crónica. El límite entre la patología somática y la psíquica se borra como tantos otros. Y si recorremos los límites del campo de la enfermedad mental, numerosas confusiones vendrán a nuestro encuentro: delincuencia -enfermedad, curación- castigo, etc. Se ubica de este modo, a alguien como ni enfermo ni sano, con lo cual aquello que se mantiene es un pronóstico de salida de la dependencia en completo suspenso.

REGULACIÓN QUÍMICA DE LO SOCIAL

En nuestra sociedad, el sufrimiento del otro es mal tolerado, la exteriorización del dolor no es bien aceptada. La anestesia del dolor, aunque éste tenga un origen psíquico parece justificada. El sufrimiento psíquico posee un estatuto especial dentro de nuestra sociedad. No solo es mal aceptado, además implica un desprestigio social. Al dolor orgánico se le admite reconocimiento, de allí que el sufrimiento psíquico en muchos casos encuentre una vía de escape en la somatización.

Todo sentimiento es extremadamente subjetivo, y cuando este se escapa de lo admitido por el medio, es vivido como doloroso. El derecho a no sufrir justifica la indicación de un remedio. El derecho a la autonomía, queda en el olvido a la hora de responder a la urgencia que provoca la necesidad de calmar todo sufrimiento. Se prescriben de este modo medicamentos para anestesiarse el sufrimiento psíquico y el sufrimiento social.

Sin embargo, es preciso distinguir la ansiedad patológica de aquella que aparece debido a un malestar y que puede transformarse en motor de cambio. El sentimiento de displacer es un motor de actividad y de creatividad humana. Cuando un estado ansioso aparece desencadenado por razones de orden social (cesantía, tensiones familiares o profesionales, etc.), un medicamento inhibe las capacidades de respuesta, volviendo de este modo la curación más difícil.

Modificar aquello que causa el sufrimiento psíquico o social implica un cuestionamiento al sistema social que frecuentemente la sociedad no está dispuesta a aceptar. Negar u ocultar estos órdenes del sufrimiento, es, entonces, la alternativa aceptada. Las drogas (en su doble significado), son un arma poderosa que la psicofarmacología ha creado para luchar contra la exteriorización del sufrimiento y contra toda reacción hacia aquello que lo causa.

¹² El proceso de la metadona lo muestra bien. Este producto, como los antipsicóticos y los antidepresores, pueden ser tomados de por vida, pero él conduce, por esta razón, a hacer de la curación una noción de las más engañosas y de la dependencia de por vida una forma de repatriamiento dentro de la socialización. La metadona es un producto muy revelador del nuevo paisaje farmacológico, porque nos dirigimos quizás *hacia el fin de la idea de curación* en salud mental.

Ehrenberg A. *L'individu incertain*. Paris: Calmann- Lévy; 1996

El rol del médico en el tratamiento de los problemas sociales no es algo nuevo. La respuesta ante las demandas sociales que le plantean sus pacientes pasó de la escucha, del consejo, de la palabra, a la administración de un compuesto químico. Constatar este hecho, con la frecuente indicación de tranquilizantes, es una certitud que apoya el curso de las ideas aquí expuestas. *El antiguo asilo que escondía a los ojos de la sociedad todo tipo de sufrimiento psíquico y social, hoy ha sido reemplazado por la contención química de las substancias.*

En otro plano, el doble sentido del término droga da lugar a que ella pueda ser elemento de exclusión y de adaptación. El saber-poder médico regula su uso. Ella es buena contra el displacer de aquellos que la consumen en forma de medicamento o sustituto. Dentro del dominio médico, la droga es manipulada como agente de adaptación. Fuera de este dominio, su uso es clasificado como abuso. Aquel que hace un uso de drogas fuera del ritual de la prescripción es estigmatizado. La estigmatización lleva a la condena, cuya consecuencia es la exclusión social.

La exclusión social puede observarse en su representación geográfica. El territorio de exclusión es el ghetto. Se trata de zonas aisladas generalmente en las inmediaciones de la ciudad. Son zonas sin futuro, donde la droga permite poner el tiempo entre paréntesis y vivir el instante.

“De esta forma, nuestra hipótesis es que el modo de actuar sobre sí misma que la heroína permite se conecta bien con la matiz ecológica del ghetto. La narcosis química inducida por el opiáceo produce la distancia del mundo y el “aquietamiento”- el tiempo gana otra dimensión, urge menos. Se trata de una propuesta de anestesia que, en un sitio que la ciudad dejó a medio hacer, permite dejarlo todo para mañana. La realidad que pesa no pesa. Lo pasado se hace leve y el tiempo suspendido no tortura.”¹³ La heroína es aquí mediadora de adaptación al ghetto. Medicamento y droga se distinguen en su capacidad de producir exclusión, pero ambos convergen igualmente en lograr una adaptación.

DROGODEPENDENCIAS: REFLEJO DE LA SOCIEDAD

La toxicomanía representa una reacción a una realidad social ansiógena. Nuestra sociedad ofrece hoy una manera de aliviar esta angustia sin enfrentar la realidad. Las drogas permiten una ilusión de independencia respecto a la realidad, produciendo estados de hipo-reactividad ante el sufrimiento que produce nuestra sociedad, o bien, ante estados de exaltación que permiten encajar en medio de las presiones de los engranajes sociales, sin modificar en nada el plano de lo real. Vuelven lo vivido casi tolerable. Incluso cuando la realidad no se tolera, permiten el refugio en la alucinación.

En vez de buscar la solución a esta angustia, intentando modificar la realidad objetiva, se intenta modificar la manera subjetiva de vivir esta

¹³ Fernández L. Los principios de exclusión de la droga. En: Faura Petisco J., Romaní O., Miranda Aranda M. Monográfico “Drogodependencias”. Trab. Soc. y Salud 2001; 153-172.

realidad. Esta búsqueda aparece a la sombra de una exigencia social: la posibilidad de ser feliz ha dejado de ser un derecho en nuestra sociedad, para devenir un imperativo. El toxicómano representa la imagen de esa exigencia de goce. La droga, aunque sea empleada como un medio contestatario, es consumida para producir estados psicológicos culturalmente valorizados.

Pero la sociedad reniega de su propio síntoma encarnado en el drogodependiente. El drogodependiente, convertido en ideal negativo, es rechazado y marginado. Pero, ¿cómo no pensar que nuestra sociedad de consumo ve su propia imagen desfigurada e inaceptable reflejada en el rostro del toxicómano? ¿Cómo ignorar que si en el consumo de drogas la sobredosis mata, en nuestra sociedad de consumo la sobredosis, aquello que los economistas llaman superproducción, es responsable también de la miseria y de la muerte de innumerables seres humanos?”¹⁴

¿TIENEN CURA LAS DROGODEPENDENCIAS?

Un nuevo concepto puede revertir las actuales concepciones sobre las drogodependencias: se trata de las llamadas “toxicomanías sin drogas”. Nuevas dependencias se van sumando a las tradicionalmente conocidas por la psiquiatría: dependencia al juego, al sexo etc. A partir de su conceptualización, el problema debe ser re-definido. La adicción deviene una relación que puede investirse con objetos muy diversos a las drogas. Ya no se define para un tipo de personalidad. Los trastornos de la alimentación entran también en esta categorización.

Hay un movimiento significativo para la droga, puesto que ésta sale del lugar central que ocupaba en la conceptualización clásica sobre las drogodependencias. El concepto de abstinencia ya no tiene el mismo sentido. Se comprende como la anoréxica que puede morir por un riesgo análogo al del heroinómano. Se descubre, que se puede buscar satisfacción en una realidad virtual mediante una adicción a los videojuegos. Igualmente la toxicomanía puede continuar sin tóxico y el vacío que siente el abstinentes puede llevarlo al suicidio.

En la resolución de la cura de un drogodependiente, su desintoxicación es solo un momento. Sin embargo, no es a partir de ese momento que un tratamiento da su inicio. Para poder comenzar el tratamiento de un toxicómano es preciso en primera instancia, contar con una verdadera demanda de su parte. Solo será posible ayudarlo, en tanto él quiera que el proceso pueda tener cabida.

Pero el paso fundamental para dar inicio al tratamiento de un drogodependiente, al igual que para cualquier otro sujeto, es la toma de conciencia de su responsabilidad en aquello que le sucede. Para posibilitar su cura, es necesario ante todo, considerarlo un sujeto. Más allá del lugar que tiene asignado desde su medio social en tanto drogodependiente, es imprescindible poder verlo como sujeto. Es preciso escuchar su sufrimiento, de otra manera se le estará negando

¹⁴ Ídem cita 9, Pág. 23.

la posibilidad de una cura efectiva.

ALEJANDRO
BILBAO

CONCLUSIÓN

Una droga no solo es una sustancia química, en el ámbito de una cultura, ella adquiere el valor de señal. La etnología entiende la droga como una sustancia capaz de desencadenar síntomas específicos que cada cultura determina de manera específica.

Teniendo en cuenta que las drogodependencias se desarrollan como patología con características específicas en la sociedad occidental post-industrial, se considera a las mismas como una patología étnica característica de esta cultura. El consumo de drogas existente en otras culturas, se diferencia del que conocemos hoy, en lo que hace a su estructuración cultural.

Las sustancias conocidas en las sociedades tradicionales, llegan a nuestra cultura de la mano del saber médico y farmacológico con el nombre de drogas. Este nombre es dado tanto al medicamento, arma vital del poder que este saber ostenta, y a la droga que escapa de ese poder. Ambos son utilizados por aquellos individuos que buscan una ilusión de independencia respecto a una realidad que les provoca malestar. Ambos permiten adaptarse a una realidad displacentera. Sin embargo, el mismo fenómeno, es objeto de categorizaciones muy diferentes, según quien decida la manera y el momento en que se utilice. La categoría en la cual un paciente es ubicado, determina las acciones que con él se lleven a cabo. El presente estudio analiza evidentemente al accionar de las Ciencias de la Salud en este ámbito. Poseyendo al mismo tiempo por objetivo el esclarecimiento de ciertos factores implicados en este accionar, como un factor que determina las manifestaciones de esta patología.

En este trabajo se postula que las drogas cumplen la función que años atrás cumplía el asilo: permite al individuo aislarse de la realidad, encerrándolo en un mundo aparte, un mundo donde el tiempo y el espacio no obedecen a ningún tipo de reglas.

Cuando un individuo hace de la categoría de drogodependiente su identidad, asume las características que le son asignadas, encarna los roles que le son dejados, ocupa los lugares desechados. En tanto creamos como él que solo la droga alivia el sufrimiento que esa identidad le depara, lo guiaremos en un camino que lo mantendrá en el encierro. Solo comprendiendo aquello que subyace a nuestro quehacer profesional, podremos preguntarnos respecto a las verdaderas necesidades de aquellos a quienes se dirige nuestro accionar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Académie Nationale de Médecine. Drogues illicites d'aujourd'hui et santé. Paris: Académie Nationale de Médecine; 2002.

- Devereux G. Essais d'ethnopsychiatrie générale. 3^{ème} édition. Paris: Gallimard; 1977.
- Devereux G. Drogues Dieux Idéologies. Medica 1972; 103: 13-20.
- Edwards G., Arif A. Editores. Los problemas de la droga en el contexto socio-cultural. Una base para la formulación de políticas y la planificación de programas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1981.
- Ehrenberg A. Drogues: qu'interdit-on? Que soigne-t-on? Que punit-on? Le Monde 1997 09 30: 9.
- Ehrenberg A. Directeur. Individus sous influence. Drogues, alcools, médicaments psychotropes. Paris: Esprit; 1991.
- Ehrenberg A. L'individu incertain. Paris: Calmann - Lévy; 1996.
- Ehrenberg A. Penser la drogue, penser les drogues. Paris: Ed. Descartes; 1992.
- Ehrenberg A. Vivre avec les drogues. Paris: Seuil; 1996.
- Escohtado A. Historia General de las drogas. Madrid: Alianza Ed.; 1989.
- Fdez. de Loayasa Romeu G. Instituciones para toxicómanos: ¿Una propuesta a la demanda de ser? En: Análisis de la demanda del toxicómano IV Jornada de formación. Toledo 2 de marzo de 1991. Comunidades de Castilla la Mancha: Plataforma internacional para una clínica del Toxicómano; 1991. 39 – 43.
- Fernández L. Los principios de exclusión de la droga. En: Faura Petisco J., Romaní O., Miranda Aranda M. Monográfico "Drogodependencias". Trab. Soc. y Salud 2001; 153-172.
- Foucault M. La naissance de la clinique. Paris: Gallimard; 1963.
- Freud S. El malestar en la cultura. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1931.
- Grandsard C., Nathan T. La toxicomanie: un réseau ultra-court. Les Cahiers de Prospective Jeunesse 1999; 3: 1-8.
- Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología. Las drogodependencias: perspectivas sociológicas actuales. Madrid: Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología; 1993.
- Ingold R. La dépendence. Esprit 1980; 11, 12: 43 – 51.
- Lévi- Strauss C. Magie et religion. En: Anthropologie structurale. Paris: 1974. p. 189 – 275.
- Le Poulichet S. Toxicomanías y psicoanálisis. La narcosis del deseo. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1990.
- Mauss M. Effet physique chez l'individu de l'idée de mort suggérée par la collectivité. En: Sociologie et anthropologie. 8^e édition. Paris: Presses Universitaires de France; 1999.
- Nahas G. Drogues et société. Paris: Masson; 1990.
- Nahas G. Il n'y a pas de drogues douce. Paris: Buchet/ Castel; 1992.

Olivenstein C. Destin du toxicomane. Paris: Fayard; 1983.

ALEJANDRO
BILBAO

Pichot P. Coordinador. DSM-VI Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1º ed. Barcelona: Masson; 1995.

Rodríguez Cabrero G. La integración social de drogodependientes. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1988.

Vera Ocampo E. Droga, psicoanálisis y toxicomanías. Las huellas de un encuentro. Buenos Aires; Ed. Piados; 1988.