

Toxicomanía: some critical considerations about how this phenomenon has been understood, its politics and treatments

p. 102 - 115

Jaime Velosa Forero

nov/09

tesis **Psicología** **4**
ISSN 1909-8391

102

Las toxicomanías.

*Algunas consideraciones críticas
sobre cómo se ha comprendido el fenómeno,
se han diseñado las políticas y los tratamientos**

Jaime Velosa Forero

Recibido: septiembre 1 de 2009
Revisado: octubre 20 de 2009
Aceptado: noviembre 10 de 2009

Correspondencia: Jaime Velosa Forero. Psicólogo. Fundación Universitaria Los Libertadores. Bogotá (Colombia). Integrante del grupo de investigación Psicosis y psicoanálisis. Director de la Fundación Aedificare.
Correo electrónico: velfor@aedificare.org; velfor2@yahoo.com

ABSTRACT

A brief review of the use of substances and their conceptions at different times and cultures, making a review of how we understand the phenomenon from a theoretical point of view, of how public policies are developed in the country of the alternatives treatment and clinical work. This raises a criticism of these approaches in emphasizing and focusing the discussion on the concept drug. It proposes the concept of subject-conception taken over from raising a Lacanian psychoanalytic approach to overcome the desire for classification and description of the apparent. Giving importance to the meaning that is given to the object in the subjective world. We propose that the “drug” as an object is a subjective construction that may or may not fall and be underpinned in a substance.

Key words: Addiction, drug addiction, subject, drugs, psychoactive substances, subjectivity.

RESUMEN

Se hace un breve repaso del empleo de las sustancias y de su concepción en diferentes momentos y culturas; se revisa cómo se comprende el fenómeno desde el punto de vista teórico, cómo se desarrollan las políticas públicas en el país, y las alternativas de tratamiento y de trabajo clínico. Se plantea una crítica a esos abordajes que resaltan y centran la discusión en el concepto droga. Se propone el concepto de sujeto –retomado de la concepción psicoanalítica lacaniana– planteando una aproximación que supere el afán de clasificación y de descripción, de lo aparente. Se da la importancia al sentido que se le otorga al objeto en el mundo subjetivo. Se plantea que la “droga” como objeto es una construcción subjetiva que puede o no recaer y apuntalarse en una sustancia.

Palabras clave: adicciones, toxicomanías, sujeto, drogas, sustancias psicoactivas, subjetividad.

* El presente escrito recoge parcialmente un capítulo de la investigación –en desarrollo– que se realiza como trabajo de grado de la maestría Investigación en Problemas Sociales Contemporáneos, Universidad Central.

Introducción

Se sabe que el ser humano ha empleado sustancias para alterar sus percepciones y sentimientos. Se ha descrito su utilización en prácticamente todas las regiones, culturas y momentos. Para realizar prácticas curativas y medicinales buscando aliviar el dolor del cuerpo y sobrellevar las penas; para rituales místicos, religiosos, espirituales, alcanzar comunicación con los dioses, consigo mismo; para celebrar y disfrutar, pretendiendo perder el control, vivir experiencias novedosas, buscando alcanzar satisfacción, placer...

Se conoce del uso milenario del opio y el hachís en la antigua Asia y Oriente. La adormidera, de la cual se extrae el opio —descrito en la *Odisea* de Homero como algo que hace olvidar las penas—, fue conocida en Asia menor y en Europa por los sumerios, babilonios y las culturas cretense y micénica; en la China utilizaron el cáñamo —*Cannabis sativa*, de una de cuyas variedades se obtiene la marihuana— que producía visiones, aligeraba el cuerpo y permitía una comunión con los espíritus; también lo conocieron en la India donde tenía usos medicinales para la fiebre, la tos, el insomnio y como estimulante de la mente y la sexualidad. En el medio y extremo Oriente se utilizaban plantas como belladona, mandrágora, beleño, para llevar a cabo fenómenos de levitación, delirios, telepatías y elaborar filtros de amor —plantas de la familia de las Solanáceas muy usadas actualmente en la medicina homeopática y para diferentes prácticas, de donde se extrae la escopolamina o burundanga, una sustancia altamente tóxica usada con varios fines. En América se conoce del uso del tabaco con fines terapéuticos, religiosos y recreativos, sabemos también del empleo y la importancia de la coca, yagé, peyote, yopo y otros. La utilización del alcohol es igualmente milenaria: en el código de Hamurabi se hace referencia al respecto; igualmente numerosos escritos, referencias, relatos dan cuenta del uso de diferentes

bebidas alcohólicas en celebraciones religiosas, con fines medicinales y especialmente recreativos en Europa, Asia y Oriente, donde el vino fue bebida principal.

En América se conoce la utilización de los productos derivados del maíz, como la chicha, especialmente en la cultura chibcha. Se ha descrito la utilización de inhalantes como dióxido de carbono por los ancianos del oráculo de Delfos para inducir estados de trance, mientras que otros oráculos usaban humos generados por la quema de hojas de laurel en cálices de cobre; los químicos de Arabia descubrieron el proceso de destilación haciendo posible la utilización de diversas sustancias a fin de producir bebidas para inducir diferentes estados...¹

Antes de proseguir, no sobra señalar que existen diferencias entre la toxicomanía y el consumo de drogas de las sociedades modernas *versus* el uso de las sustancias propio de otras sociedades, tema que no será objeto de discusión ahora. Se pueden mencionar, solamente para tenerlos presente, algunos elementos que permitirán ampliar la discusión y que hacen diferencia: el lugar y la función de las sustancias y el consumo, que en unos casos se integran en el conjunto de las prácticas sociales propiciando el restablecimiento de los lazos (ritos de iniciación, de celebración, de duelo) mientras que la expresión actual coincide más bien con una desligadura del lazo social propio de las sociedades modernas; podría hacerse también referencia al lugar de la sustancia (el objeto) con relación al deseo, pues se debe señalar cómo la droga en la época moderna obtura (no da paso)

1 Para ampliar la reflexión sobre los lugares de las sustancias y las drogas en la historia del hombre, vale la pena revisar el trabajo ya legendario *Historia general de las drogas*, de Antonio Escohotado, en el cual se realiza una revisión y se reflexiona sobre el uso de sustancias en las diferentes épocas y culturas, y se plantea una posición muy particular frente al tema.

al deseo y este deseo le es atribuido al objeto, lo que da la sensación de que la droga tiene el poder de atraer, de atrapar, mientras el sujeto (deseante), el sujeto consumidor moderno queda sin deseo, a merced del objeto y del consumo, que lo dominan, que lo atrapan, lo desean... Pero sigamos en otra vía.

Freud (1929) en *El malestar en la cultura* plantea algunas reflexiones que podemos retomar para intentar explicarnos el porqué de la práctica y el uso de sustancias. Señala Freud que el ser humano ha buscado alcanzar la dicha y evitar la experiencia del sufrimiento —experiencia que nos llega y nos amenaza desde tres lugares diferentes: nuestro propio cuerpo que causa dolor, angustia, enfermedades y finalmente la muerte; el mundo exterior que con las fuerzas implacables de la naturaleza causa destrucción y dolor; y sobre todo a través de las relaciones con otros seres humanos que nos traen el sufrimiento más doloroso—, y para esto ha recurrido a diferentes alternativas, siendo el método “(...) más tosco pero también el más eficaz, el químico: *la intoxicación* (...) que no solo brinda una cuota de placer sino también la ardientemente anhelada independencia respecto del mundo exterior...” (Freud, 1929, pp. 3025-3026)². En este trabajo Freud señala cómo frente al sufrimiento el ser humano ha intentado numerosos métodos como el aislamiento y el alejamiento de los demás; el sometimiento de la naturaleza y de los otros; sin embargo, “el método más interesante es el que trata de influir sobre nuestro propio organismo, pues en última instancia todo sufrimiento no es más que una sensación; solo existe en tanto lo sentimos...” (p. 3026). Aportes posteriores desde el mismo psicoanálisis, como el de Néstor Braunstein en 1990, plantearán que el adicto busca liberarse de las presiones de la realidad, eludir las demandas, regulaciones y

2 Este es uno de los pocos textos en que Freud hace referencia al tema de las sustancias.

coacciones que el Otro de la cultura le impone en su búsqueda de alcanzar la dicha y escapar a la desgracia; igualmente, que la droga es una construcción subjetiva, donde el peso estará en el lugar y la función que le es dada, en el sentido particular que el sujeto le otorga, lo que representa para el sujeto, pues “la droga que droga no es la sustancia”³.

Antes de abandonar provisionalmente a Freud y el psicoanálisis, vale la pena resaltar varios elementos que quedan formulados: por un lado, la presencia de una incesante búsqueda de dicha, de la felicidad, del placer, de la satisfacción —y en esa misma dinámica la supresión del dolor y las penas— que orienta al ser humano. Por otra parte, podemos observar cómo esa búsqueda ha llevado al ser humano a utilizar los más variados métodos que implican la alteración de las sensaciones, de la percepción de la realidad y especialmente de lo que sentimos, para lo cual un camino (fácil) ha sido la intoxicación. Y finalmente será muy útil tener presentes el lugar, la categoría y la función que le otorga Freud y el psicoanálisis a los objetos, a las sustancias que pueden “intoxicar” al organismo y propiciar estos efectos de alterar lo que sentimos...

Esto es muy útil retenerlo pues quizá sea importante —antes de pensar que el problema es la droga y su solución impedir su empleo— preguntarnos por qué el ser humano hace uso de las sustancias, por qué necesita alterar sus percepciones y sensaciones, cómo es que se da esto y en últimas cuál es nuestra responsabilidad subjetiva y la de nuestra cultura en todo esto. Quizá sea también importante ver que es posible pensar que objetos diferentes a las sus-

3 Para conocer aportes psicoanalíticos lacanianos al tema se puede revisar, entre muchos, los trabajos de Vera, Le Poulichet, Carmona, Granados, el volumen 4 de la *Revista Colombiana de Psicología* y el 7 de la revista *Desde el Jardín de Freud*, de la Universidad Nacional de Colombia, referenciados en la bibliografía.

tancias pueden cumplir con el lugar, la categoría y las funciones de las drogas y también ser capaces de producir una “intoxicación”, así sea de otro orden, y ser capaces de alterar nuestras sensaciones y sentimientos. Esto porque quizá, antes que pensar en las drogas, se requiera pensar en nuestra condición de sujeto, en las formas de establecer el lazo social, en el malestar de nuestra cultura.

Sobre cómo se ha comprendido el fenómeno en lo teórico y en lo clínico

Al revisar las elaboraciones conceptuales que desde la teoría y la clínica se realizan para abordar el tema de las adicciones (Strauss, 1995⁴), se pone en evidencia de manera especialmente significativa el hecho de que los trabajos y las elaboraciones se centran en la droga. Es esta el origen, la causa, el fin y también la explicación del asunto.

Es así como los estudios, los textos, los trabajos científicos y académicos se dedican a estudiar las drogas (sin mayor consideración por el sujeto y su contexto social). Estas son clasificadas según sus efectos (se agrupan como sustancias depresoras, estimulantes y alucinógenas), según su composición química o su origen (se organizan como sustancias derivadas del alcohol, de la heroína, benzodiazepinas, sintéticas, etc.) y también se organizan categorías según el modo de uso de la sustancia (se plantean las categorías de uso, abuso, dependencia, abstinencia – modos de uso que configuran los diagnósticos actuales como el CIE 10 y el DSM IV–), entre otras formas de clasificación.

4 Este autor cita un estudio denominado *Perspectivas on the history of psychoactive substance use*, publicado por NIDA (1972), que hace un recuento cronológico sobre los hechos relevantes en torno al tema producidos desde el siglo XII hasta la década de los setenta.

El uso de los conceptos, de las categorías y de las palabras que desde los abordajes médico y psicológico se emplean, sostiene esa lógica de otorgarle a la droga el lugar preponderante: adicción, por ejemplo, es definida como un estado de “intoxicación crónica o periódica por una droga natural o sintética, siendo caracterizada por la necesidad imperiosa de continuar consumiendo la sustancia y procurársela por cualquier medio; tendencia al aumento de las dosis; presencia de síntomas de abstinencia y finalmente consecuencias nocivas sobre el individuo pero también sobre su medio social” (Toro & Yepes, 2002, p. 433). Es necesario dejar señalado también que la OMS ha adoptado el concepto de farmacodependencia para reemplazar los de toxicomanías, adicción, drogadicción y habituación. Allí se define farmacodependencia como “un estado psíquico y a veces físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y un fármaco. Lo caracterizan por modificaciones del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irrefrenable a tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos o para evitar el malestar producido por su privación” (p. 433).

Naciones Unidas (2003) define a su vez adicción como “consumo recurrente de una o varias sustancias psicoactivas en la medida que el consumidor (adicto) esté periódicamente o crónicamente intoxicado, sienta un impulso irrefrenable por consumir la sustancia o sustancias preferidas, tenga grandes dificultades para abandonar o modificar voluntariamente el consumo de sustancias y esté decidido a obtenerlas por casi cualquier medio”.

Las definiciones de droga coinciden más o menos en señalarla como toda sustancia de origen natural o sintético que es introducida en el organismo (sin prescripción médica) con el ánimo de alterar la percepción, la conciencia o

cualquier condición psíquica; produce un estado psíquico y a veces físico que impulsa a usarla y depender de ella. (El impase sobre cómo diferenciar las drogas aceptadas y formuladas y las que no lo son y que son prohibidas, se ha intentado resolver planteando el uso de palabras como fármacos, sustancias psicoactivas, psicotrópicos, narcóticos, etc., para las prohibidas y medicamentos para las otras).

Ahora bien, la droga que nos ocupa altera, produce efectos sobre el organismo y el estado psíquico y crea un deseo hacia ella. En todos los casos se resalta además que *la droga* tiene unas características que hacen que quien la consume sienta un afán exagerado por ella, genera una tendencia a querer más, a elevar la dosis, crea una dependencia psíquica y física, una sensación de que sin ella no es posible estar bien y en caso de suspenderla o dejarla provoca un conjunto de síntomas que generan malestar, aunque paradójicamente muchos de quienes consumen afirman que su empleo también genera malestar y displacer...

En el campo de la clínica —que se ocuparía de los tratamientos— los trabajos, las estrategias se han dirigido por una parte a clasificar y calificar los adictos —como enfermos— con el establecimiento de múltiples diagnósticos; el CIE-10, manual de la Organización Mundial de la Salud (1992), elabora 100 diagnósticos diferentes y según el modo de uso se clasifican trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol, opiáceos, cannabinoides, sedantes o hipnóticos, cocaína, cafeína, alucinógenos, tabaco, disolventes volátiles, etc. De cada sustancia se incluyen características diagnósticas dependiendo de si es uso nocivo, abuso, intoxicación, síndrome de abstinencia, trastornos psicóticos, etc. Se incluye clasificación para uso o abuso de múltiples sustancias. Como ya se señaló, los sistemas de clasificación más aceptados mundialmente son el Manual de Clasificación de

Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud CIE-10 y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association de Washington.

Estos abordajes también se ocupan de sentar las bases para implementar acciones terapéuticas que buscan básicamente suprimir los síntomas o modificar los comportamientos, desintoxicar, rehabilitar y curar a los adictos. Igualmente, sobre las formas de abordaje e intervención, la Oficina contra la droga y el delito de las Naciones Unidas publicó en 2003 una serie de trabajos que permiten tener un panorama de lo que se plantea con los tratamientos para la drogadicción.

Las prácticas, los “tratamientos”, las estrategias para abordar el fenómeno también son dominados por el tema drogas. Allí las posiciones o los enfoques clínicos se pueden presentar organizados en dos concepciones⁵: las acciones denominadas “No a la droga” que buscan impedir el uso de las drogas —ya sea restringiendo la demanda, ya limitando la oferta—, que buscan modificar o controlar comportamientos (privando a quien consume de la droga, introduciendo drogas sustitutas, aislando al consumidor o introduciendo otras modalidades de relación, por ejemplo), y las acciones denominadas de reducción del daño que buscan básicamente minimizar el impacto o el efecto de las sustancias. Estas acciones con un claro predominio de las primeras —no a la droga— son las que actualmente se desarrollan, como lo describen Carlos Carvajal (2005) y el Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia (2008).

La concepción clínica que ha imperado con mayor fuerza es el abordaje terapéutico que se

5 Sobre las posiciones o los enfoques clínicos, aparte de los ya citados, se puede revisar el trabajo de Fleischer y Warjach (2007).

centra en estrategias que buscan obstaculizar el acceso del sujeto al objeto de adicción, a la droga. Programas como No a la droga, Libre de drogas, programas para erradicar el consumo de sustancias o para prevenir el consumo de sustancias, tratamientos de “rehabilitación” dirigidos a eliminar el consumo, a desintoxicar, tienen todos como objetivo central la supresión del objeto, sin considerar el Sujeto.

Este modelo –que inicialmente se implementó en el área de la salud y se amplió luego a los campos social, político y económico– se consolidó como una estrategia global que se ve reflejada en programas como la lucha o la guerra contra las drogas que prácticamente todo Occidente ha lanzado como metodología para acabar con el consumo de drogas y es el que estructura y orienta las acciones de los centros de atención sanitarios (donde el modelo médico y las teorías psicológicas encuentran diversas aplicaciones), las comunidades terapéuticas y en general las políticas públicas en salud, educación, prevención, atención social que se desarrollan alrededor del tema.

Estas acciones terminan por interferir sobre el cuerpo, así como sobre comportamientos, sobre las relaciones familiares y las relaciones sociales de los otros. No nos son lejanas las imágenes de los tratamientos para drogadictos que se centran en el encierro, la reclusión, el aislamiento, la prohibición, la culpa. Estos desarrollos han orientado y definido la causa, el efecto y las acciones a seguir: estudiar las drogas; modificar las conductas; prevenir, erradicar y prohibir el consumo de drogas. No a la droga.

Recientemente hizo aparición el concepto de reducción del daño, que se hizo común en los años ochenta en Inglaterra, norte de Europa y Estados Unidos, en respuesta a emergencias particulares. La primera emergencia tuvo que ver con la difusión del sida entre consumidores

de drogas por vía endovenosa⁶, y la segunda, “con la sospecha de que las estrategias –de no a la droga– que habíamos adoptado para hacer frente al problema de las drogas habían agravado el problema en lugar de contenerlo...” (O’hare, 1994, citado por Milanese, 2006, p. 23). La reducción de daño se había constituido en una estrategia empleada con mucha anterioridad para hacer frente a acontecimientos, sin que se ataquen estos o las causas que los producen. En el caso de las drogas se ha desarrollado básicamente en Europa y consiste en la implementación de medidas, acciones, procesos e instrumentos que tienen como finalidad ayudar a la persona que consume drogas, sin que por eso deje la droga, y llevan implícita una consideración sobre las políticas⁷.

La reducción del daño es entendida como una estrategia política y de salud. Direcciona planes y programas. En el ámbito de la atención se traduce en programas que brindan tratamientos sin poner la abstención como objetivo central, sin que este hecho signifique que se estimule o promueva el uso de la droga. Es para este autor un avance significativo, sin embargo es también una estrategia que aún deja por fuera al otro, las formas de relación, de establecer lazo social, de acceder a las satisfacciones, al sujeto y todo lo que esto implica y que será enunciado, mas no profundizado, adelante.

- 6 Ante la expansión del sida, varios países europeos implementaron medidas que buscan disminuir el contagio a través del uso de jeringas, sin que se apostara a disminuir el consumo; se hicieron campañas para repartir jeringas, facilitar drogas menos peligrosas, crear zonas habilitadas para consumir de manera segura, etc. Sobre reducción del riesgo son importantes los aportes de Milanese (2006) y Machín (2005).
- 7 La Asamblea del Parlamento Europeo en sesión del 6 de octubre de 1998 aprobó un texto que reúne 28 recomendaciones para tratar el tema de la droga; la primera dice: “... la toxicomanía no es exclusivamente la consecuencia de elecciones individuales, sino también el resultado de determinadas condiciones sociales que la empujan” (Milanese, 2006).

Sobre las políticas públicas

El inicio de los planes y programas dirigidos desde el Estado colombiano para realizar acciones e intervenir frente al tema drogas se puede ubicar de alguna manera en 1969 –si bien desde comienzos del siglo XX el país se acoge a los tratados y normas internacionales y ya venía desarrollando algunas acciones propias a través de los ministerios de salud básicamente– cuando se creó el consejo nacional de instrucción criminal al que le atribuyen, entre otras funciones, el control sobre las sustancias estupefacientes. Fue sin embargo en 1973, bajo la administración del presidente conservador Misael Pastrana Borrero, que se establecieron y se desarrollaron las primeras políticas públicas sobre el tema, con la creación del Consejo Nacional de Estupefacientes y la Oficina de estupefacientes del Ministerio de Justicia, que por medio del Decreto 1188 de 1974 prohíbe y penaliza las sustancias psicotrópicas y que establece en julio de 1974 un convenio entre el Gobierno de Colombia y la oficina de las Naciones Unidas –el PNUD–, cuyo mandato y objetivos son coordinar todas las actividades de fiscalización de las drogas, promover la observancia de los tratados internacionales y ofrecer un liderazgo eficaz sobre “control de uso indebido de drogas”. A raíz del asesinato de Rodrigo Lara Bonilla se dicta la Ley 30 de 1986 y el Estado asume una política claramente restrictiva y policiva frente al tema. En el gobierno de Andrés Pastrana se dan nuevas circunstancias. Se crea un Plan nacional de lucha contra las drogas y por medio del Decreto 1943 de 1999 se modifica la estructura de la Dirección Nacional de Estupefacientes, creando el Programa Presidencial para el Afrontamiento del Consumo de Sustancias Psicoactivas, “Programa Presidencial Rumbos”. Los últimos años, a través del plan Colombia, se incrementa la erradicación de cultivos, la lucha contra el tráfico y el comercio de la droga y las campañas de no a la droga.

En términos generales, respecto a las políticas se mantiene un esquema de trabajo sobre la idea: “el asunto es la droga”. Las tareas y acciones se centran en prohibir la droga. Existe en ese sentido una línea, liderada por Naciones Unidas y la comunidad internacional, que se apoya en resaltar los daños y otros efectos ocasionados por la droga en las personas y en la sociedad, que se traduce en políticas orientadas al control de la producción, el tráfico y la distribución de las drogas básicamente⁸. La opinión de este autor es que estas políticas, que se denominan prohibicionistas y que se han sostenido básicamente en los discursos médico-psicológico y jurídico-policival, realizan un abordaje sesgado y limitado que, además, para sus objetivos es un fracaso, pero por sobre todo empobrecen el abordaje, la visión y la discusión. En el caso de Colombia, las políticas tanto de la llamada reducción de la oferta (erradicación de cultivos, control de tráfico, control de precursores químicos, fumigaciones, fortalecimiento de control policial en fronteras, fortalecimiento de la justicia...), así como las acciones de reducción de la demanda (promoción de la salud, prevención, atención, rehabilitación...), y en general las acciones relacionadas con el tema drogas, han sido diseñadas y coordinadas dentro de un plan de políticas externas y como parte de un marco de acciones planteadas por organismos internacionales que han hecho de algunas naciones, entre ellas Colombia, un escenario propio.

Las principales acciones y recursos que se han desarrollado en el país se han dirigido a lo que se ha dado en llamar la reducción de la oferta, esto es, a la erradicación de cultivos, a la lucha contra el tráfico, a la judicialización de los actores involucrados, y se han centrado en acciones de carácter represivo, policivo y judicial.

⁸ Algunos trabajos, aparte de los ya citados, por ejemplo los de Acevedo (2003), Vega (2002) y Arroyave (2002), amplían esta discusión.

Esto es claramente evidente cuando se observa el manejo que el Estado colombiano le ha dado al tema. El control del cultivo y el comercio de las drogas han acaparado la casi totalidad de las políticas, acciones y recursos. Ni siquiera la preocupación reciente por el consumo interno da lugar para pensar en el otro, en las dinámicas sociales, en los asuntos psicosociales.

El discurso, los términos, las palabras, los sentidos que rodean el abordaje del fenómeno en nuestro país tienen varias características que provisionalmente se pueden agrupar en dos sentidos: por un lado, se trata de una “lucha”, “la batalla” o “la guerra” contra las drogas; y por otro, el adicto es visto como delincuente, loco, inmoral o malo.

Estos elementos reflejan la forma como se intenta comprender y abordar el asunto. Existe, por una parte, una clara asociación entre droga y delito que ha permeado el discurso social, psicológico, de la educación y la salud, y que se amplió luego a los campos social, político y económico. Por otra parte, está la consideración del adicto como loco o enfermo, derivada de un enfoque que proviene básicamente de un discurso sanitario que pretende interferir sobre el cuerpo y sobre el comportamiento, las relaciones familiares y las relaciones sociales de los adictos, como ya se mencionó.

En relación con las acciones destinadas al consumo y a sus actores —los sujetos y las familias que se ven afectadas por estos hechos—, son mínimas. Ahora bien, lo que ha imperado con mayor fuerza son estrategias que buscan prohibir u obstaculizar el acceso del sujeto al objeto de adicción.

Programas como No a la droga, Libre de drogas, programas para prevenir el consumo de sustancias, y tratamientos de “rehabilitación” dirigidos a eliminar el consumo de drogas, tie-

nen todos como objetivo central la supresión del objeto-droga del campo de relación. Algunas de estas acciones se apoyan sin mayor reparo en discursos idealistas, moralistas y en la culpa como estrategia.

Estos desarrollos han orientado y definido la causa, el efecto y las acciones a seguir: estudiar las drogas, modificar las conductas y prohibir el consumo de drogas. Un discurso centrado igualmente en No a la droga, que desconoce al sujeto, su subjetividad. Para la discusión que propongo esto ha conducido a un asunto particularmente serio: ha llevado a plantear el tema por fuera de la responsabilidad subjetiva... es decir, ni el sujeto ni el contexto social tienen que ver en este fenómeno. El problema son las drogas.

Y la pregunta y el trabajo por intentar comprender qué es lo que está pasando —pues no solo son las adicciones, ya que aparecen nuevas formas de relación, nuevas formas de sexualización y de sexualidad, nuevas prácticas culturales, nuevos “trastornos” de comportamiento, la anorexia, el suicidio, los grupos tan diversos de jóvenes...—, por qué esta forma de establecer lazos que para algunos implican sufrimiento, por qué estas formas de relacionarse con el otro que ponen en evidencia un malestar en nuestra cultura, se ha dejado de lado.

Como se viene advirtiendo, el tema de “las drogas” pasa por una especial circunstancia ya que sus conceptualizaciones se ven fuertemente influenciadas por los discursos políticos, religiosos, económicos, ideológicos, implica especialmente a nuestra época y nuestro contexto social⁹ y se expresa a través de la circulación de prejuicios, distorsiones, ideologizaciones, estigmatizaciones, exageraciones que rodean

9 Hoyos (2002) resalta el peso de la moral católica en la lectura y abordaje del fenómeno de las drogas en Colombia.

la aproximación a estos temas. El concepto “drogas”, como lo plantea Derrida (1995), es un concepto instituido a partir de evaluaciones morales o políticas: lleva en sí mismo la norma o la prohibición, “es un santo y seña” (p. 34). La droga, como plantea Hopenhayn, es vista “como el detonador de lo que el sujeto racionalista y disciplinado de occidente moderno no puede tolerar (...) la droga es el aguafiestas del modelo ideal del sujeto productivo, el sujeto analítico, el sujeto de ideas claras y distintas y rutinas que no son quebradas por las dudas existenciales, el desfallecimiento anímico o la debilidad de las convicciones... Hoy la droga se constituye en la bestia negra del imaginario (...) esta mitificación, al menos en su dimensión peyorativa e incriminatoria, es bastante nueva en la historia del consumo de drogas... uso de drogas siempre ha habido... su regularización penal, su contextualización en un saber sanitario, su demonización, son hijos del siglo XX (...)” (Hopenhayn, 1999, pp. 167, 168).

Adicionalmente, el fenómeno de las adicciones y en especial el tema drogas han adquirido una especial relevancia –si bien en la cultura occidental– de manera particular en nuestro país, donde por razones políticas, ideológicas y económicas se ha convertido en un asunto de vital importancia y actualidad, una prioridad para el gobierno, sus estamentos y, por qué no, para la sociedad en su conjunto. Su presencia hace evidente un especial “malestar en la cultura” y nos debería hacer reflexionar sobre lo que pasa en nuestra dinámica social, en las maneras de relacionarnos con otros y con los objetos, en particular con la ley y las formas de regulación subjetiva; pero también sobre cómo buscamos la satisfacción, el placer y cómo afrontamos y evitamos las frustraciones, las dificultades, el dolor, nuestra realidad.

Así mismo nos invita a pensar y revisar cómo la cultura interviene en los procesos de subje-

tivación en la sociedad contemporánea. Mancebo (2002) resalta de qué modo las profundas transformaciones que se han visto en los últimos años –las transformaciones de mercado operadas por las grandes multinacionales, las nuevas características de “acumulación flexible del capital”, los medios de comunicación de masa, la propaganda, el estudio del consumo, aquí entendido como el conjunto de procesos socioculturales en los cuales se realizan la apropiación y los usos de los productos (Canclini, 1995), en fin, los motivos y los efectos de la denominada sociedad de consumo– merecen ser consideradas al pensar los procesos de subjetivación, especialmente cuando estamos trabajando un tema estrechamente relacionado con el consumo.

¿Y el sujeto?

Es claro ya el asunto: el objeto droga se ha convertido en el tema principal, el punto focal a donde se orientan las explicaciones, justificaciones y desde donde se plantea cualquier tipo de posición y conceptualización. Esta sobrevaloración del objeto droga ha ido en detrimento de una categoría y de un lugar: el otro que desea, se relaciona: el sujeto. Así ha sido descrito por Le Poulichet (1990), Straus (1995), Cardona (1995) y Vera Ocampo (2001).

Este “borramiento” del Sujeto afecta por igual la forma como se comprende el tema y como se aborda clínicamente el fenómeno, donde el sujeto no solo es excluido como tal o incluido únicamente como un objeto de estudio, de “tratamiento”, de enseñanza, de reeducación; estos abordajes, centrados en el objeto, también pasan por alto que los síntomas hablan, según lo plantea Granados (2001).

El descubrimiento freudiano –y el desarrollo lacaniano– plantea que tras el síntoma es posible poner de relieve una verdad, singular y

fundante para cada sujeto, que el síntoma vela y revela al mismo tiempo, como lo señalan Estaude y Couso (2003).

Sobre las formas de comprensión y de abordaje del asunto de las toxicomanías se guarda en general correspondencia con algunos elementos que permiten plantear lo siguiente:

Se ahonda en el detalle descriptivo, en lo observable, en lo aparente, con un afán de encontrar salidas, soluciones, respuestas, pero sin efectuar una elaboración que apunte a la revisión conceptual de los fenómenos, sin hacer preguntas. Los abordajes de comprensión y de tratamiento se centran en el objeto. En la droga, en la sustancia. Esta lectura desconoce –en ocasiones por completo– al otro que se relaciona con la sustancia, al sujeto. Se desconoce –en ocasiones por completo– el contexto cultural, familiar, social del sujeto.

Se insiste en ubicar el fenómeno como una enfermedad (trastorno, patología, rasgo patológico) dentro de un modelo médico lesional (una afección tiene como correlato una lesión –que puede ser a la vez causa y efecto), la cual se “trata” con un medicamento que obra sobre esa lesión u órgano lesionado. Modelo que opera como paradigma de la intervención clínica y que deja de lado otras alternativas de comprensión.

Se dejan planteados solamente como propuestas –que no son el motivo del presente trabajo– algunos elementos:

El otro que consume es fundamental. Habría que tenerlo en cuenta. Escucharlo. Y el otro que consume es sujeto. La categoría de sujeto que propone Lacan abre, introduce nuevos elementos en esta discusión.

En esa misma vía, el vínculo que el sujeto hace con el objeto resulta clave; ¿de dónde proviene esa relación?, ¿cómo es?, ¿qué implica?, ¿para qué se da...? El tipo de relación que se hace con el objeto droga y la naturaleza de la relación dejan ver elementos interesantes.

Una lectura del objeto –pero que supere el afán de clasificación y de descripción, o de lo aparente– podría ser útil. La naturaleza particular de este objeto. El sentido que se le otorga al objeto en el mundo subjetivo. Allí por ejemplo cabría diferenciar “la droga” como objeto, de la sustancia. La “droga” como objeto es una construcción subjetiva que puede o no recaer y apuntalarse en una sustancia. Y su relación con el deseo, que implica la constitución subjetiva de un objeto –al cual desear–, mecanismo por el cual un objeto pierde sus propiedades naturales y adquiere un sentido y unas condiciones nuevas.

Referencias

Acevedo, B. (2003). *La política colombiana de drogas. En la nave de los locos. Un análisis desde la construcción social del problema de las drogas*. [En línea]. En http://www.mamacoca.org/.../acevedo_politica_colombiana_es.htm

American Psychiatric Association (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed.). Washington.

Artigas, C. (2003). *Naciones Unidas*. Santiago de Chile: Cepal.

Arroyave, M. (2002). *La legalización de las drogas: el gran desafío político del milenio*. Medellín: Lealon.

Braunstein, N. (1990). *Goe*. México: Siglo XXI.

Carmona, J. (1995). Adicciones: la droga no es la sustancia. *Revista Colombiana de Psicología*, 4, 72-76.

Carmona, J. (2002). *Psicoanálisis y vida cotidiana*. Medellín: Siglo del Hombre.

Carvajal, C. (2005). *Prevención del abuso de drogas en América Latina: lecciones aprendidas*. Bogotá: Oficina de las Naciones Unidas sobre Drogas y Delito (Unodoc).

Colombia. Ministerio de la Protección Social (2008). *Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su impacto*. Bogotá.

Colombia. Ministerio de la Protección Social (2007). *Hacia un modelo de inclusión social para personas consumidoras de sustancias psicoactivas*. Bogotá.

Derrida, J. (1995). Retóricas de la droga. *Revista Colombiana de Psicología*, 4, 33-44.

Escohotado, A. (1998). *Historia general de las drogas*. Madrid: Alianza.

Estaude, S. & Couso, O. (2003). Las adicciones: el fracaso del síntoma. *Antroposmoderno*. [En línea]. En http://www.antroposmoderno.com/antro-articulo.php?id_articulo=409

Fleischer, D. & David, W. (2007). *Instituciones para el tratamiento de adictos*. Documento inédito Seminario virtual Las adicciones y sus tratamientos. Comunidad Russell. Buenos Aires.

Freud, S. (1929). El malestar en la cultura. En *Obras completas*, t. 3. Madrid: Alianza.

García Canclini, N. (1995). *Consumidores y ciudadanos. Conflictos multiculturales de la globalización*. México: Grijalbo.

Granados, C. (2001). Toxicomanía: ¿qué objeto droga? (Tesis de grado, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia).

Hopenhayn, M. (1999). La droga más allá de la droga. *Revista de Estudios sobre Juventud*, 67-68.

Hoyos, G. (2002). Moralidad, legalidad y drogas. En P. de Greiff (comp.). *Drogas y moral. Entre la educación y las leyes* (pp. 386-407). México: Fondo de Cultura Económica.

Le Poulichet, S. (1990). *Toxicomanías y psicoanálisis. Las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu.

Machin, J. (2005). Otra política de drogas es posible. *LiberAddictus*, 84, marzo-abril. [En línea]. En <http://www.infoadicciones.net>

Mancebo, D. (2002). Consumo: formulaciones teóricas y análisis. *Acheronta. Revista de Psicoanálisis y Cultura*, 15, julio. [En línea]. En <http://www.acheronta.org>

Milanese, E. (2006). La reducción del daño: conceptos, acciones, métodos, historia. En E. Milanese & J. Machin (comps.). *Farmacodependencia y reducción de daños* (pp. 23-67). México: Plaza y Janés.

Naciones Unidas. (2003). *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación*. Nueva York.

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. CIE 10. Madrid.

Organización Mundial de la Salud. (1989). *Manual de clasificación de enfermedades CIE 10*. Madrid.

Straus, E. (1995). Drogas. Drogadicción: confusión y fronteras. *Revista Colombiana de Psicología*, 4, 77-82.

Toro, R. & Yépez, L. (2002). *Fundamentos de medicina*. Medellín: CIB Editores. Universidad Nacional de Colombia, Departamento de Psicología (1995). *Revista Colombiana de Psicología*, 4.

Universidad Nacional, Escuela de Psicoanálisis y Cultura. (2007). Drogas, clínica y mercado. *Desde el Jardín de Freud*, 7.

Vega, A. (2002). Drogas: qué política para qué prevención. San Sebastián: Tercera Prensa.

Velosa, J. (2008). *Políticas públicas y drogas*. [En línea]. En <http://www.aedificare.org/images/ANOTACIONES%20SOBRE%20LAS%20POL%cdTICAS%20P%daBLICAS.pdf> http

Vera Ocampo, E. (2001). *Droga, psicoanálisis y toxicomanía. Las huellas de un encuentro*. Buenos Aires: Paidós.