



Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo final de grado

**Dispositivos para el tratamiento de la adicción:
paradojas de las comunidades terapéuticas desde
una mirada psicoanalítica.**

Estudiante: Sofía Jacottet. C.I: 5.177.732-7

Tutora: Dra. Andrea Bielli

Revisor: Dr. Juan Fernández Romar

Montevideo, Uruguay

Febrero, 2024

Agradecimientos.

A la Educación Pública.

A la Facultad de Psicología por haber sido mi “casa de estudios” durante todo este tiempo y posibilitado trayectorias académicas tan gratificantes.

A tantos de los docentes que he cruzado en estos años de formación, vehiculizadores de grandes saberes y aprendizajes.

A la tutora de este trabajo, Andrea Bielli, por su respeto, compromiso y dedicación durante este proceso.

A las personas consumidoras de drogas usuarias de las instituciones en las que trabajé como educadora, sin quienes no me hubiera formulado las interrogantes que llevaron a la elección de este tema.

A mi madre Silvia y a mi padre José, por acompañarme durante todos estos años. A mis hermanas: Florencia y Julieta.

A mis amigas, Ines y Abigail, por impulsarme a seguir y compartir alegrías.

A mi amiga Camila, por ser compañera de este camino de formación y crecimiento, y por las valiosas charlas e intercambios de ideas durante el proceso de escritura de este trabajo.

A mi compañera Sabrina, por su gran paciencia, su apoyo y su amor de todos los días, fundamentales para haber llegado hasta acá.

Gracias.

Índice

Introducción.....	3
1. Conceptualizaciones y discursos sobre las prácticas de consumo.....	4
1.1 La toxicomanía y el discurso médico.....	4
1.2 Consumo problemático y dependencia, posicionamientos de la Junta Nacional de Drogas.....	7
1.3 Una aproximación al concepto de adicción.....	9
2. Dispositivos para el tratamiento de personas con uso problemático de drogas en Uruguay.....	11
2.1 El tratamiento de uso problemático de drogas en el marco del SNIS.....	11
2.2 El rol de la Junta Nacional de Drogas.....	12
2.3 La Red Nacional de Drogas.....	13
2.4 Dispositivos.....	14
2.5 Dispositivos que integran la RENADRO.....	14
2.6 Dispositivos no pertenecientes a la Renadro.....	20
3. Las paradojas de los dispositivos terapéuticos.....	22
3.1 La supresión de la historia del sujeto.....	27
3.2 El cambio de un amo por el otro.....	29
3.3 El ofrecimiento de una identidad.....	30
3.4 El status del objeto droga.....	32
Conclusiones finales.....	35
Bibliografía.....	37

Introducción

Esta tesis pretende abordar las paradojas del funcionamiento de las comunidades terapéuticas como dispositivos de tratamiento de la adicción a drogas desde una mirada psicoanalítica.

Mi interés en trabajar este tema comienza a gestarse hace algunos años atrás durante mi trayecto como trabajadora de centros para personas en situación de calle del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), y en base a la escucha de lo que tenían para decir las personas que allí residían sobre sus experiencias en los diferentes dispositivos para el tratamiento de la adicción de los cuales eran o habían sido usuarios también.

Empecé a escuchar que había una serie de experiencias vinculadas al paso por estas instituciones que se repetían y que tenían que ver fundamentalmente con que no podían “sostener” la asistencia a los centros o bien las internaciones, así como no podían mantenerse en abstinencia como le demandaban en los tratamientos. Generalmente los usuarios relataban haber pasado por una gran cantidad de dispositivos pero se seguían vinculando de la misma forma con la droga, además se dejaba entrever que los tratamientos estaban centrados en la droga en tanto sustancia. Al tiempo que el decir de los sujetos, su palabra, estaba suprimida en nombre de saberes médicos y psicológicos, saberes que los sujetos tomaban muchas veces como forma de explicación de lo que les sucedía, pero que a mi entender no les permitía ningún tipo de cambio subjetivo, a decir de Calisto (2018) no les permitía “empezar a decir de otra manera sobre sí (...) dar otro estatuto a su historia, abandonar algo de su forma de repetir.” (Calisto, 2018, p.141).

Incluso en los centros en los que trabajaba muchas veces se adhería a estas formas de pensar los tratamientos para los sujetos que consumen drogas, demandando que no consuman o asumiendo que su problema era la droga y que en base a eso giraba todo lo demás. Así empezaron a surgir en mí una serie de preguntas a medida que seguía escuchando historias y relatos sobre estas experiencias ¿por qué esta obstinación en la abstinencia? ¿Dónde quedaba el sujeto y su historia en estos tratamientos signados por la patologización del sufrimiento? ¿Porque la necesidad de regular al sujeto en su totalidad?

Este trabajo es un intento de dar respuesta a esas preguntas y abrir otras. En primera instancia abordaré algunos conceptos básicos, el concepto de adicción, el concepto de “consumos problemáticos”, el concepto de toxicomanía y el de dependencia, y como el discurso médico atraviesa este campo de saber.

Luego me enfocaré en hacer un rastreo por los dispositivos que existen en nuestro país para el tratamiento de la adicción a drogas. Teniendo en cuenta que esta información resulta por demás escasa, me propongo realizar una reconstrucción de lo que sucede dentro de las comunidades terapéuticas basándome en aquella escucha de mi experiencia de trabajo con personas que habían transitado por estas instituciones, y especialmente en una charla que mantuve durante la elaboración de este trabajo, con una persona residente en una comunidad terapéutica.

Habiendo desarrollado cómo funcionan las comunidades terapéuticas me embarcaré en pensar en ese funcionamiento desde el psicoanálisis y extraer aquellos aspectos que resultan paradójales en relación a cómo abordan el problema y al sujeto que consume drogas.

1. Conceptualizaciones y discursos sobre las prácticas de consumo

En este apartado me interesa indagar la terminología utilizada para nombrar las prácticas de consumo de drogas. Entendiendo que, en palabras de Vera (1988), “abordar un fenómeno con el objetivo de comprenderlo implica inexorablemente un punto de perspectiva teórica a partir del cual observar” (p.28). Y agregando que, consecuentemente, la perspectiva desde la cual se mira, así como los discursos que atraviesan los términos, tienen claros efectos en la forma de abordar la problemática, y por ende en los dispositivos creados para esto. Así mismo no hemos de olvidar que se trata de conceptos complejos y que no hay un consenso, ni siquiera entre autores de raigambre psicoanalítica, para nombrar a las prácticas de consumo. Por ejemplo, algunos de estos autores utilizan los términos adicción y toxicomanía como sinónimos, cuando otros marcan una clara diferenciación. Así como también existen otras líneas de pensamiento provenientes de otras tantas disciplinas, en las cuales podemos encontrar diferentes terminologías como “consumo problemático de drogas”, “dependencia”, etc. Lo que desencadena, como ya nombramos, en diferentes formas de abordar el fenómeno, con el foco en el área social, comunitaria, educativa, etc.

1.1 La toxicomanía y el discurso médico

Según los aportes de Vera (1988), la noción de toxicomanía aparece tardíamente para nombrar un fenómeno existente desde hace mucho tiempo, desde que el hombre

recurre al consumo de drogas. Por tanto, la toxicomanía como concepto es un recorte, una construcción en relación al fenómeno del consumo de drogas.

El autor cuestiona las ideas provenientes del discurso médico, aquellas que fundamentan el lente a través del cual la medicina observa el fenómeno y que le permite construir el concepto de toxicomanía. Un concepto que se forja en dicho discurso que no es más (ni menos) que un tipo de lectura de la realidad que responde a una concepción teórica particular.

Ahora bien, ¿qué es el discurso médico?: un método, un discurso sobre la enfermedad, sobre su etiología y su patogenia, este discurso constituye en hechos elementos que de no ser por él, serían solamente eso: elementos aislados, contingentes pero no esenciales (Vera, 1988).

Para explicarlo mejor, el autor cita *L'ordre medical* de J. Clavreul cuando refiere a Hipócrates en su estudio de la impotencia de los escitas, quien después de un largo estudio encuentra que la causa privilegiada de la impotencia, la "causa natural" es la práctica de la equitación, a la cual se le suman otras: los pantalones, el frío, el cansancio, y la imposibilidad de "llevar las manos a las partes naturales".

Aunque claramente estos paradigmas de la medicina han sido reemplazados por otros, este pasaje funciona como un ejemplo del procedimiento médico científico. Es decir, las conclusiones de Hipócrates han de ser falsas, pero no por eso su discurso es menos médico (Vera, 1988, p. 34).

Si bien no es mi idea ni el objetivo del trabajo adentrarme demasiado en este tema, me pareció interesante este ejemplo en tanto poder comprender a qué nos referimos cuando hablamos de discurso médico, un discurso tan antiguo como vigente, en el sentido que sigue atravesando tantos saberes académicos y prácticas, no solo las médicas estrictamente, como veremos más adelante.

"Se deduce entonces que para los médicos existe un saber susceptible de dar cuenta - en este caso, de la impotencia-, un saber no oscuro, como el de los dioses, sino por el contrario un saber perfectamente articulable en términos que tienen su propia lógica" (Vera, 1988. p.34).

Veamos ahora las definiciones de la Organización mundial de la salud, en 1957 define la toxicomanía como:

Estado de intoxicación periódica o crónica generado por el consumo reiterado de drogas (natural o sintética). Sus características principales son:

1. Deseo invencible o necesidad de seguir consumiendo droga y de procurar por todos los medios.

2. La tendencia a aumentar la dosis.
3. Una dependencia de orden psíquico y generalmente físico en cuanto a los efectos de la droga.
4. Efectos nocivos para el individuo y la sociedad (Porot, 1952, p. 595, como se citó en Vera, 1988).

Más tarde, en el año 1965, se cambia el término toxicomanía por el de farmacodependencia, definiendola de la siguiente manera:

Estado psíquico y a veces también físico resultante de la interacción entre un organismo viviente y un medicamento, que se caracteriza por modificaciones de la conducta y otras reacciones que siempre comprenden una pulsión que lleva a tomar el medicamento de modo continuo o **periodico** para provocar sus efectos psíquicos y a veces evitar el malestar de su privación. Este estado puede acompañarse o no de tolerancia. El mismo individuo puede depender de varios medicamentos. (Comité OMS, 1969 15, p. 6).

Lo que se desprende en primera instancia de estas definiciones es el lugar que la medicina le da a la droga en tanto sustancia, que posee ciertas cualidades que por sí solas tendrían el poder de causar que un sujeto sea toxicómano.

Vayamos a esta última definición, es interesante que se refiere a una “interacción” entre un organismo y un medicamento. Vera (1988) plantea una paradoja, en tanto al observar que en principio adelanta que el toxicómano “es hablante” por otra parte lo convierte en un ser “mudo” ya que el lenguaje parece no tener lugar necesario en cuanto a la problemática de la toxicomanía. El protagonista de la definición no es el sujeto, sino que la misma encuentra su fundamento en lo biológico. Plantear el problema hablando de “ser viviente” y no de “ser hablante” es borrar la problemática del sujeto en su relación con el objeto droga. (Vera, 1988)

Además, el autor advierte que discurso médico privilegia lo sustancial del objeto droga y sus características farmacodinámicas en detrimento de otras aristas del problema como por ejemplo el acto de drogarse, en tanto esto se vincula con el plano subjetivo, las motivaciones personales e históricas del sujeto que se droga, agrega.

Tal como lo concibe la medicina “la droga hace al toxicómano”, los efectos farmacológicos de la droga sobre el organismo son considerados causa necesaria y suficiente para saber por qué se droga una persona. Desde una mirada psicoanalítica, invertimos dicho postulado para decir, que es el toxicómano el que hace a la droga, debido

al lugar que le otorga en su psiquis y en función del tipo de vínculo que establece con el objeto. (Vera, 1988)

Por su parte Le Poulichet (1990) habla de toxicomanía como una entidad que en el Siglo XIX estaba explicada por la figura plural de la “pasión”, aquella que no separaba el cuerpo del alma. Y que posteriormente, fue suplantada por la noción de “fármaco dependencia” introduciendo la idea de interacción entre un organismo y un medicamento, como vimos anteriormente, la toxicomanía pasa a ser definida como una dependencia fisiológica duplicada por una dependencia psicológica. “Ella suscita, en efecto, imágenes que fijan el pensamiento en el interior de ciertos clisés o que detienen sus desplazamientos para fijar algunas significaciones” (Le Poulichet, 1990, p. 17).

La autora nombra este acontecimiento como un doble procedimiento: de medicalización y de psicologización y que posteriormente aparecen una serie de significaciones y cuadros psicológicos que vienen a explicar la dependencia fármaco. Advierte que aquella otra aproximación vinculada a la figura de la “pasión” hubiera sido más propicia para pensar la problemática desde una mirada psicoanalítica. Esta no borra al sujeto en el acto de drogarse, más bien conserva la dimensión del enigma en la experiencia (Le Poulichet, 1990).

1.2 Consumo problemático y dependencia, posicionamientos de la Junta Nacional de Drogas.

La Junta Nacional de Drogas, organismo rector a nivel nacional en políticas de drogas, que desarrollaré en tanto organismo más adelante, en su *guía Más informaciones menos riesgos* (2016) habla de uso problemático de drogas como “aquella forma de relación con las drogas, en la que, bien por su cantidad, su frecuencia y/o la propia situación física, psíquica y social del sujeto, produce consecuencias negativas para la persona y su entorno”. (p.17) .

Entonces el uso problemático de drogas, tiene que ver con una relación que se establece con la droga pero que se define por las consecuencias observables, “consecuencias negativas” para el sujeto. Entre estas nombra: las consecuencias físicas, advirtiendo que muchas veces las personas tienen percepciones que “no siempre son correctas” sobre este tipo de consecuencias, dado que se sustenta en evidencia científica, sería la ciencia la que tuviera la “verdad” y no el sujeto. Para ejemplificar, se hace referencia a que muchas veces una persona fumadora de tabaco considera que un cigarrillo al día no es perjudicial, en cambio “existe evidencia científica al respecto y se ha comprobado que

impacta en forma negativa, en la salud de las personas” (Guía más información, menos riesgos, JND, 2016, p.17).

Lo que me interesa decir sobre esto es que si bien desde esta perspectiva es cierto que se aborda el consumo de drogas desde una mirada integral y multifactorial, no deja de estar atravesada por el discurso médico. Lo que la medicina tiene para decir (sobre la droga y sus características farmacodinámicas) ocupa un lugar importante dentro de esta concepción. Por otro lado, el consumo es “problemático” según lo indique la frecuencia de consumo o los cambios de comportamiento. Cabe preguntarse entonces, qué lugar queda para la experiencia subjetiva de consumo.

Luego nombra otra serie de consecuencias como son las judiciales, interpersonales, sociales y las “complicaciones psíquicas”, etc. (JND, 2016).

En cuanto a la dependencia la define como “la pauta de comportamiento en la que el uso de una sustancia psicoactiva adquiere mayor importancia que otras conductas que antes eran consideradas como más importantes. El consumo de sustancias (...) pasa a convertirse en una conducta en torno a la cual se organiza la vida. Se dedicará la mayor parte de tiempo a pensar en el consumo de drogas, a buscarlas, a obtener financiación para comprarlas, a consumirlas, a recuperarse de sus efectos, etc. (JND, 2016). En la dependencia ya no se habla de un vínculo del sujeto con la droga, sino que la mirada está enfocada en la conducta, con la cual podemos inferir que la persona tiene una dependencia.

Asimismo la JND adhiere a la definición de dependencia la OMS (1969) “Estado psíquico y, a veces, físico resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por un conjunto de respuestas comportamentales que incluyen la compulsión a consumir la sustancia de forma continuada con el fin de experimentar sus efectos psíquicos o, en ocasiones, de evitar la sensación desagradable que su falta ocasiona. Los fenómenos de tolerancia pueden estar o no presentes. Un individuo puede ser dependiente de más de una droga”.

Y agrega, en su Guía Más Información Menos Riesgos (2019), que difiere de la clásica distinción entre abstinencia física y psíquica, ya que ambas son importantes y como comúnmente se presentan juntas se hace imposible distinguirlas.

Asimismo también adhiere a otras conceptualizaciones de la OMS posteriores a esta definición, como la idea de que quien es dependiente de la droga presenta una compulsión al consumo, mencionando que “la persona tiene neuroadaptación y conductas de búsqueda de la droga, lo que hace altamente posible la restauración del consumo aun luego de un período de abstinencia” (Guía Más Información Menos Riesgos, JND, 2019, p.19).

En conclusión, cuando indagamos de qué trata la terminología “consumo problemático de drogas”, un término muy usado en la actualidad, a nivel nacional hallamos

rápidamente concepciones de la JND. El organismo rector en nuestro país en políticas de drogas concibe este fenómeno como complejo y multifactorial, pese a esto en las definiciones anteriores vemos como se cuelean discursos dominantes propios de la teorización de la medicina sobre este fenómeno, de hecho adhieren a definiciones propias de la OMS, como la definición de dependencia. He aquí la prueba de que dicho discurso continúa impregnando las miradas hacia el fenómeno y particularmente, los abordajes.

1.3 Una aproximación al concepto de adicción

En este punto me interesa hacer un recorte del concepto de adicción. No es el fin de este trabajo hacer un extenso recorrido teórico del tema, que tiene amplias y complejas elaboraciones dentro de la teoría psicoanalítica. Aclarado esto, me enfocaré en mi cometido.

Para esto comenzare apoyándome en algunos aportes de Abadi (1984) en tanto plantea la adicción como “un lazo, un vínculo especial, intenso y exclusivo, amoroso y a la vez despótico entre un sujeto y aquel que él considera su objeto.” (p.2).

La autora propone la existencia de una “estructura adictiva” devenida de una particular experiencia de la historia infantil del sujeto cristalizada en una estructura inconsciente desde donde se repiten las adicciones compulsivas.

Se trata de una relación de dependencia, una relación ambivalente entre el sujeto y el objeto, un objeto de deseo, idealizado, omnipotente, pero también un objeto que somete, que es temido.

En este punto es donde la autora explora en la comprensión de los estadios tempranos del psiquismo, para poder conceptualizar la adicción como consecuencia de una forma particular de desencuentro entre el sujeto y el otro.

Otorgando gran importancia a los vínculos primigenios, indaga en aquellos primeros tiempos en los cuales la vida del sujeto humano se desarrolla en una dependencia casi absoluta, un tiempo en el que el Yo no puede reconocerse como diferente. En el cual inevitablemente se generan huellas que escapan al principio de placer y la palabra y que encuentran en la compulsión a la repetición una forma privilegiada de expresarse.

La autora plantea la adicción como la persistencia de esta relación de dependencia. Una repetición compulsiva, originada en una estructura en la que sigue reinando el objeto. Sobre esta posición de protagonismo del objeto anuncia: “¿La cosa concreta? ¿ El osito de

felpa o la droga? No. Ese otro omnipotente que organiza su poder a través de mediadores concretos que inhiben la capacidad simbólica, cerrando así el desplazamiento sobre nuevos objetos. " (Abadi, 1984, p.6).

Es decir un desencuentro que fue negado cuando ese otro propuso la interposición de un objeto "cosa", inanimado, odiado e idealizado por estar en el lugar de la madre. Es ahí cuando se produciría el primer desencuentro traumático.

Así, el objeto de la adicción está vinculado con el objeto de la dependencia infantil, pero también con otro, presente y actual que restablece fijaciones arcaicas.

Abadi (1984) advierte que en dicha "estructura aditiva" el deseo es desposeído de su fuerza creadora, la insatisfacción ya no será fuente inagotable de simbolismos. "Aquello que debiera haberse constituido como objeto de deseo, potencialmente desplazable hasta el infinito, sólo podrá funcionar a la manera de un objeto de la necesidad. Y la pulsión sexual ya no estará al servicio de la búsqueda de placer sino que se expresara más allá del placer y con la monotonía de un instinto. " (p.2)

Por su parte Vera (1988) también refiere a que cuando un sujeto habla de su relación con la droga "no deja de decirnos, mientras no deja de drogarse, que para él el objeto de placer se ha convertido en el objeto de la necesidad" (p. 28). Es decir que "la condición necesaria" para poder satisfacerse es que el objeto de placer ocupe su lugar entre los objetos de la necesidad. A su vez, este agrega el punto de la exclusividad, refiriéndose a que para el sujeto la droga invalida toda aquella posibilidad de que otros objetos puedan constituirse como objetos de placer.

Una forma de visualizar esto, tal vez de forma metafórica, es la usada por Abadi (1984, p.1030) cuando nos dice que la adicción es una caricatura del deseo; el potencial creador de este se empobrece en la adicción y queda reducido a un circuito de repetición.

Carmona (1995) también coincide en que el sujeto adicto retrotrae el deseo a la lógica de la necesidad, a costa de manipular el cuerpo mediante sustancias buscando refugiarse en las sensaciones favorables del mundo interior. Se produce entonces un proceso inverso al proceso de constitución del sujeto. Recordemos que para Freud el deseo sexual aparece en un inicio ligado a las necesidades de autoconservación y posteriormente se desliga de ellas.

Para este autor, el sujeto en torno a una o varias sustancias constituye subjetivamente un objeto, que llamamos “la droga”, aquí la explicación de que cuando hablamos de droga desde el psicoanálisis, no estamos hablando de la sustancia.

Aclarado esto, plantea que el adicto busca construir un deseo con objeto, lo que parece irónico, porque justamente de esta manera impugna el deseo mismo. Un deseo con objeto no es más que una necesidad, “lo más específico del deseo es justamente su condición itinerante por los significantes, sosteniendo la falta de objeto que es correlativa a la falta de ser en el sujeto.” (Carmona, 1995, p.74)

2. Dispositivos para el tratamiento de personas con uso problemático de drogas en Uruguay

2.1 El tratamiento de uso problemático de drogas en el marco del SNIS

A partir del año 2007 se comienzan a promulgar en nuestro país una serie de leyes que juntas constituyen una Reforma del Sistema de Salud apostando a un cambio en cuanto a los modelos de gestión, de atención y de tratamiento con el fin de garantizar el derecho a la protección de la salud de todos los habitantes estableciendo las formas de acceso a los servicios integrales de salud. Uno de los hitos normativos de esta reforma se ubica en la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) mediante la promulgación de la Ley 18.211, en el año 2007, que pauta la competencia del Ministerio de Salud Pública en la implementación del Sistema, la articulación y la fiscalización de los prestadores públicos y privados de atención integral de la salud.

Es decir que quienes integran el SNIS son: ASSE; Instituciones de Asistencia Médica Colectiva mutuales o cooperativas de profesionales sin fines de lucro y reguladas por el MSP (IAMC) y seguros privados integrales con fines de lucro habilitadas y reguladas por el MSP. (Observatorio Uruguayo de Drogas [ODU], 2015; artículo 265, Ley 17930).

Todos los integrantes del SNIS tanto públicos como privados deben garantizar a los usuarios las prestaciones establecidas en el ‘Plan Integral de Atención en Salud’ (que funciona como un eje del modelo) con el fin de lograr una cobertura integral, homogeneidad en la calidad y cantidad de beneficios brindados y la igualdad en el acceso a las prestaciones. La ley 18.211 determina los Programas Integrales de Salud y el catálogo de prestaciones definidas por el MSP (ODU, 2015).

Dentro de dichos programas integrales se definen como prioritarios, entre otros, los de Salud Mental y de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas. Incluyendo actividades de promoción, protección, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos. En este marco se establece el núcleo de prestaciones mínimas obligatorias para usuarios con consumo problemático de drogas, que son: apoyo presencial o telefónico 24 horas; policlínicas de atención ambulatoria multidisciplinarias; internación en caso de intoxicación severa; atención grupal hasta dieciséis sesiones anuales para familiares o referentes afectivos de usuarios con consumo problemático de cocaína o pbc; atención psicoterapéutica grupal y/o individual hasta cuarenta y ocho sesiones anuales para personas con consumo problemático de cocaína o pbc; internación psiquiátrica hasta treinta días y sin límite de tiempo para menores de dieciocho años.

2.2 El rol de la Junta Nacional de Drogas

En lo que respecta al escenario nacional debemos mencionar el papel de la Junta Nacional de Drogas. Creada en el año 1999, es el ámbito ejecutivo de coordinación interministerial que funciona en la órbita de la Presidencia de la República, está integrada por los titulares de las subsecretarías de los Ministerios de Interior, Relaciones Exteriores, Economía y Finanzas, Defensa Nacional, Educación y Cultura, Trabajo y Seguridad Social, Salud Pública, Turismo y Desarrollo Social, el Secretario Nacional para la Lucha Contra el Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo, un Secretario General y el Prosecretario de la Presidencia de la República, quien la preside (JND, s.f, JND 2010).

Dentro de sus cometidos generales se destacan el de implementar las directivas relacionadas con la fijación de la política nacional en materia de drogas y lavado de activos, dirigida a la prevención, tratamiento y rehabilitación de las adicciones generadas por el consumo problemático de drogas y a la represión del tráfico ilícito de drogas y precursores químicos, financiación del terrorismo, lavado de dinero y delitos conexos, así como supervisar y evaluar la ejecución de los planes y programas que se establezcan para ejecutar dichas directivas. (JND, 2010, p.1)

El sostén técnico de la JND es brindado por dos Secretarías, por un lado la Secretaría Nacional de Drogas, que fue creada en el mismo año y se encarga de diseñar, asesorar, monitorear y evaluar las políticas de investigación, prevención, tratamiento, rehabilitación y represión y la Secretaría Nacional Antilavado de Activos (SNAA) que se encarga de impulsar aquellas políticas nacionales en materia de lavado de

activos y financiamiento del terrorismo del territorio mediante una articulación de la coordinación interinstitucional (JND, 2010).

Entiende que el consumo de drogas es un fenómeno social complejo y dinámico en el que entran en juego múltiples factores, como el social, cultural, económico y político. Por tanto trabaja en perspectiva de derechos humanos y de género, desde un abordaje integral, en base en evidencia científica y con un rol activo del Estado y participación de la sociedad civil, las comunidades locales y las instituciones privadas. En tanto los lineamientos estratégicos de las políticas de drogas se basan en acciones de interinstitucionalidad e intersectorialidad (JND, 2016).

2.3 La Red Nacional de Drogas

A finales del año 2013 la JND, El Ministerio de Salud Pública, el Instituto del Niño y del Adolescente, la Administración de Salud del Estado y la Corporación Nacional para el Desarrollo celebran un contrato de fideicomiso para el financiamiento de la Red Nacional de Drogas (RENADRO). Definida como un conjunto de iniciativas de sensibilización, promoción en salud, prevención, atención, tratamiento e inserción social de las personas con uso problemático de drogas. Se conforma incluyendo prestaciones públicas y privadas, teniendo como base el cumplimiento de las prestaciones mínimas obligatorias establecidas por el SNIS. La RENADRO oficia en un rol de coordinador interinstitucional entre redes sanitarias y sociales a nivel nacional y local distribuidas en los tres niveles de atención en salud. Está compuesta por instituciones que forman parte del SNIS como otras que están por fuera del mismo pero realizan algún tipo de intervención en la materia (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA], 2021).

Entonces, la Renadro promueve redes de intervención no solo para asegurar el umbral mínimo sino que se dispone a lograr nuevas prestaciones por sobre las mínimas establecidas a través de planificar y coordinar la atención de usuarios de drogas, desde una red de instituciones públicas y privadas. Actualmente encuentra en el ámbito público su eje de actuación en cuanto a atención y tratamiento se refiere. ASSE vendría a ser su institución "socia". Habiendo una fuerte intención de llevar este ámbito de acción y coordinación a la esfera privada, particularmente a las IMAC, para poder lograr, la cobertura de la totalidad de usuarios del país. (OUD, 2015)

Por su parte, cabe señalar que mediante el Decreto 274/2013 se establece en nuestro país un proceso de regulación de las prestaciones y servicios de los dispositivos tanto públicos como privados que conforman la Renadro. El mismo sostiene un marco

regulatorio para los Establecimientos Especializados en la Atención y Tratamiento de personas con uso problemático de drogas.

Este proceso busca garantizar la mejor calidad en las prestaciones y la necesidad de definir estándares de prestaciones mínimas que permitan un mejor abordaje en la complejidad que supone el tratamiento del uso problemático de drogas, y en este marco está prevista la habilitación o certificación de los Centros o Dispositivos de atención y tratamiento. (Observatorio Uruguayo de Drogas, Junta Nacional de Drogas, 2015 p.21).

2.4 Dispositivos

La primera categorización que haré será entre los dispositivos que pertenecen a la Renadro, y aquellos dispositivos “por fuera de la red” como los brindados por mutualistas, centros de rehabilitación pertenecientes a organizaciones de la asociación civil, centros de rehabilitación de base religiosa, etc.

2.5 Dispositivos que integran la RENADRO

En primer lugar el servicio de contención y atención telefónica de la RENADRO 1020, de acceso gratuito desde todo el país y sin distinción del prestador de salud que tenga la persona, está a cargo de un equipo especializado en dar respuesta, contención y escucha a personas con consumo problemático de sustancias las veinticuatro horas; así como derivación a otro servicio en caso de ser necesario (OUD, 2015).

Dentro del primer nivel de atención la primera estrategia es nombrada como detección precoz del usuario problemático de drogas y llevada adelante por equipos de salud de policlínicas (ASSE), médicos generales o de familia, pediatras o enfermeras que tienen el propósito de detectar que consumos tiene la persona y si son de riesgo para su salud. Si se constata consumo de riesgo, puede realizarse una breve intervención basada en la entrevista motivacional y centrada en la modificación de la conducta de consumo. Hablamos de casos de personas que consultan a un médico generalmente por otros motivos y el médico presume que podrían ser consecuencia o estar vinculados al consumo de alguna sustancia (ODU, 2015). No constituye un tratamiento, aunque sí pueden servir de punto de partida para acceder a otro dispositivo de la Red. Cabe destacar que no se encuentra información sistematizada de la actualidad sobre este tipo de estrategia, por tanto se desconoce, en primera instancia si en la fecha que data el documento efectivamente

funcionaba así en la práctica y si funcionó de esa forma, desconocemos también si se mantiene en la actualidad.

A su vez, en el segundo nivel de atención cuenta con equipos de salud mental: psicólog@s, psiquiatras, trabajador@s sociales, y enfermer@s. En todo el país hay cuarenta y ocho equipos de salud mental, veinticinco en la capital y el área metropolitana, y veintitrés en el interior (ASSE, s.f).

Se sabe que algunos de estos equipos desarrollan los llamados grupos T, un abordaje ambulatorio dirigido a personas con uso problemático de drogas y sus familiares, orientado a la contención y sostenimiento ante las problemáticas generadas por el consumo (ODU, 2015).

Si bien la información no es del todo precisa, se sabe que al mes de noviembre de 2022, los centros en Montevideo en los cuales se desarrollan grupos T son: Hospital Maciel, Hospital de la Mujer (en CHPR) Maroñas, Cleveaux, La Cruz de Carrasco, Jardines del Hipódromo, Maracaná Sur y Piedras Blancas. Además en el centro de salud de Ciudad de la Costa funciona una policlínica para usuarios problemáticos de sustancias, a cargo de un equipo interdisciplinario (JND, 2022).

Se desconoce por tanto si la totalidad de estos dispositivos siguen en funcionamiento a la actualidad y si en el interior del país funcionan también grupos T y cuales son.

Por su parte el Hospital Maciel cuenta con su propio servicio de adicciones ubicado en la calle 25 de mayo, conformado por un equipo interdisciplinario, brinda asistencia a través de dispositivos de policlínica, de sala de internación y desde puerta de emergencia. Se brinda abordaje psicoterapéutico y/o psicofarmacológico, individual y grupal, de acuerdo a un diagnóstico situacional y partiendo de una mirada pluricausal de las adicciones (JND, 2022).

En el año 2013 se incorpora también la Unidad de Trastornos Relacionados al Alcohol (Unitra) del Hospital de Clínicas dependiente de la clínica psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la UdelaR. Actualmente funciona además una unidad de drogas dentro del departamento de toxicología.

En cuanto al INAU, cuenta con un policlínico ambulatorio, un dispositivo de alcance nacional dirigido a niños, niñas y adolescentes de diez años a menores de dieciocho años con problemas por uso de drogas. Brinda información, asesoramiento, aproximación diagnóstica, derivación y atención ambulatoria, al tiempo que articula modalidades de intervención con otros dispositivos, tanto del sistema de salud en general como con subsistemas especializados en drogas del INAU y de la Renadro. Su sede se encuentra en Av. General Flores esq. Bvar. Artigas. Uno de los dispositivos con los cuales trabaja es con

El portal Amarillo, con el cual mantiene un convenio que estipula quince cupos en modalidad de internación para Niños, Niñas y Adolescentes con edades comprendidas entre los catorce años y menores de dieciocho años (JND, 2022).

El centro diurno Montevideo INAU está especializado en atención de Niños, niñas y adolescentes de doce a menores de dieciocho años con alcance metropolitano. Cabe destacar que la guía de recursos de la JND (2022) no brinda información sobre el tipo de abordaje, aunque sí destaca que la frecuencia en la que asisten los Niños, niñas y adolescentes puede ir bajando en tanto días y horas semanales a medida que avanzan en su tratamiento.

En cuanto al dispositivo Ciudadela, funciona como punto de ingreso al sistema nacional de tratamiento de la Red Nacional de Drogas, brindando información, asesoramiento, diagnóstico y derivación. Dirigido a la ciudadanía en general, personas con consumo problemático de drogas, sus familias y referentes socio afectivos (JND, 2022).

Los veintiocho centros Ciudadelas del país, a excepción del centro Ciudadela Montevideo, brindan modalidades de tratamiento ambulatorio especializado con un abordaje interdisciplinario individual, grupal y/o familiar, con énfasis en la rehabilitación e inserción social del usuario de drogas, realizando una articulación con la red local socio sanitaria y comunitaria (OUD, 2015). En cuanto a la información sobre el alcance de la asistencia tanto la JND (2022) como la Guía de servicios de atención y tratamiento para personas con uso problemático de drogas (OUD, 2022) informan de manera poco precisa, lo que está claro es que a los servicios de orientación, consulta y diagnóstico de los centros Ciudadela de todo el país pueden acceder todas las personas sin distinción del prestador de salud que tengan, dejando entender que para acceder a un tratamiento ambulatorio se debería ser usuario de ASSE.

El Portal Amarillo es el Centro Nacional de Información y Referencia de la Red, dependiente de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), creado en el año 2005, brinda asesoramiento en el tema de drogas, tratamiento y rehabilitación a usuarios con consumo de sustancias psicoactivas, a través de una modalidad de trabajo interdisciplinaria y de abordaje en red. Trabaja además en modalidad grupal con las familias de los usuarios.

Recibe a personas de entre doce y treinta años de edad, en las cuales tratamientos ambulatorios anteriores fracasaron o aquellos casos en que se considera necesaria una internación por consumo severo. Brinda atención a través de tres dispositivos: el residencial, el centro diurno y el ambulatorio. En cuanto al residencial, tiene cupo para veintidós personas que residen en forma de internaciones cortas para realizar una desintoxicación e inicio de deshabitación. El centro diurno está dirigido a personas mayores de dieciocho

años, a cargo de un equipo interdisciplinario, se trata de un tratamiento integral en modalidad grupal. Abordando actividades psicoterapéuticas (asistencia psicológica grupal e individual), educativas y recreativas como talleres de entrenamiento en habilidades sociales, comunicación, manejo del estrés, manejo de la ira y resolución de problemas, prevención de recaídas, etc. En esta modalidad las personas asisten a la institución por un mínimo de cuatro horas continuas, por lo menos tres veces a la semana (JND, 2022).

Por último, en el tratamiento ambulatorio las personas asisten a consultas puntuales y participan en grupos terapéuticos y de alguna otra actividad, como talleres.

Sea cual fuere la modalidad en la que la persona reciba el tratamiento, si se considera necesario, se otorga tratamiento farmacológico.

En los siguientes años se abren dos dispositivos residenciales más, el Jagüel y CasAbierta en los departamentos de Maldonado y Artigas respectivamente. Centro Regional El Jaguel, funciona con modalidad de comunidad terapéutica, es un centro residencial dirigido a personas con uso problemático de sustancias que provengan de los departamentos de Rocha, Lavalleja, Treinta y Tres y Cerro Largo, de entre catorce y veintinueve años de edad, que hayan visto deterioradas sus vínculos familiares, sociales y educativos/laborales.

Se promueve la búsqueda de significado compartido de la conflictiva, a través de la exploración y participación en diversas actividades y mediante la generación de un campo dinámico, transpersonal, organizado a punto de partida de aspectos saludables y patológicos, que a la hora de intervenir se busca identificar y resolver (Centro El Jaguel, s.f).

El proceso terapéutico se lleva a cabo a la par de un “proceso de desintoxicación” e inicia cuando la persona ingresa y firma un “contrato terapéutico” a modo de alianza entre este, el equipo de la institución y sus referentes (si los tiene), para realizar un cambio vinculado con el desarrollo o recuperación de sus competencias socio - educativo - laborales con un enfoque comunitario. Al igual que El Portal Amarillo, brinda atención y tratamiento a través de tres dispositivos, el ya nombrado centro de residencia, el Centro Diurno y el tratamiento ambulatorio.

CasAbierta es también un centro residencial con enfoque terapéutico educativo. Recibe con adolescentes y adultos (varones y mujeres) que tengan indicación de tratamiento residencial por consumo de sustancias, sus familias y/o referentes afectivos.

Complementariamente se abre en San José un centro especializado para adolescentes y jóvenes con patología dual, el Centro Chanes. Tiene un régimen de internación de mediano a largo plazo: como máximo un año. El enfoque es educativo - terapéutico. Funcionan espacios psicoterapéuticos individuales y familiares, terapias grupales, talleres psico sociales, talleres multifamiliares, apoyo pedagógico, actividades de

educación física, y talleres terapéuticos ocupacionales. Funciona como una comunidad terapéutica y es gestionada por la Organización Internacional Dianova.

Por su parte el centro El Paso, fue inaugurado en el año 2013, se encuentra en la localidad de Las Brujas en el departamento de Canelones. Está destinado a varones consumidores problemáticos de drogas de entre quince y veintitrés años, se brinda terapia individual, terapia grupal y talleres, la residencia es por un periodo de nueve meses como máximo.

También conforma la Renadro el centro Izcali, un centro especializado privado que funciona como una comunidad terapéutica, se estableció en el año 1996, funciona con capitales privados pero ofrece cupos residenciales a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) a través de un convenio de partida fija. (IPEA, 2021)

Asimismo existe un dispositivo que actúa en momentos de internación por crisis agudas, los Equipos de Respuesta Integral en Crisis (ERICA). Un equipo psicosocial trabaja en conjunto con el equipo del hospital Maciel. Realizan intervenciones motivacionales con la familia y el entorno de la persona con el fin de que se integre a alguno de los dispositivos de la Red e inicie un tratamiento.

Por otro lado aparecen los tratamientos de base comunitaria, que ponen el foco en el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas con consumo problemático de sustancias, tratando de ampliar la accesibilidad a los demás dispositivos de la Red.

Según relata Fernández (2020) durante el primer gobierno del Frente Amplio en el periodo 2005-2010, Vazquez le dio a la JND un rol más significativo e instituyente del que tenía aportando también una comprensión del uso problemático de sustancias más compleja y multicausal, abandonando interpretaciones que reducen el fenómeno a dimensiones sanitarias o de seguridad nacional. Esto eventualmente significó un fortalecimiento de las prácticas de reducción de riesgos y daños (RRDD) y la creación de nuevas líneas estratégicas no abstencionistas, denominadas abordajes de proximidad, apostando por tratamientos de bajo umbral para mejorar la accesibilidad al sistema de tratamientos. La primera acción acorde a esta línea de trabajo que se llevó adelante fue la instrumentación de centros de escucha e inclusión social, algunos de ellos ubicados en centros comunales zonales de la Intendencia de Montevideo, o bien sostenidos por Organizaciones de la Sociedad civil (OSC).

En el año 2012 comienza a funcionar el programa "Aleros" en el marco de un convenio entre la Intendencia de Montevideo y la JND. Fue diseñado como un programa de apoyo a personas con consumo problemático de drogas o en situación de alta vulnerabilidad social. El programa comenzó funcionando mediante un trabajo de cercanía

en el territorio, llevado adelante por duplas técnicas que recorrían la zona Este y Oeste de la capital, gestionados por la División Salud de la Intendencia Municipal de Montevideo. Posteriormente la gestión quedó a cargo de la RENADRO y coordinada por la SND en tres zonas (Oeste, Este y Centro) y gestionado por la OSC La Teja Barrial y Dianova. El programa tiene como propósito la prevención del consumo problemático, el diagnóstico, la contención y derivación, así como el fortalecimiento de articulaciones territoriales de servicios para la atención y su acceso (IPEA, 2021, Fernández 2020).

Actualmente funcionan Aleros Centro (Joaquín Requena 1831), Aleros Oeste (en un local local de la OSC en la calle Tellier y en la plaza de deportes número 6). Aleros Esté (en Policlínica Unión, Casa del vecino de la Unión, SACUDE, OTE Este y Policlínica Giordano) y Aleros Cerro (En el salón de la plaza número 10). (OUD, 2022)

Más tarde surgen los puntos de encuentro como un derivado secundario del “programa Aleros” en el Este de la capital mencionan Fernández y Rossal (como se citó en Fernández, 2020), son dispositivos con baja exigencia con el fin de ampliar la accesibilidad y ofrecen asistencia básica como escucha, orientación, acompañamiento y derivación, así como algunas posibilidades de higiene y alimentación.

En cuanto a cuáles son estos puntos de encuentro no se encuentra información clara sistematizada y mucho menos actualizada. Lo que podemos saber es que al año 2015 funcionaban (apoyados por la RENADRO y la Junta departamental de Drogas de Montevideo) el Punto de Encuentro de Malvín Norte, Punto de Encuentro de Punta de Rieles, Al Oeste Sumaré 2 (La Teja Barrial), Centro de Escucha del Centro Comunal 8 y El Achique de Casavalle, en este último caso a partir de un convenio entre IM, ASSE, JND y MIDES. (ODU, 2015).

Por otro lado la RENADRO sostiene desde 2012 la Unidad Móvil de Atención (UMA) perteneciente a esta misma “categoría” de dispositivos, fue el primer modelo público extramuros de atención a usuarios con consumo problemático de drogas. Funciona de manera ambulatoria y está dirigido a personas en situación de calle con consumo problemático de sustancias. Recorre zonas urbanas de la capital del país y parte del área metropolitana. Las acciones se dirigen a la creación de tiempos y espacios que generen nuevos vínculos y redes. Algunas de las tareas que realiza el equipo tienen que ver con el campo de la salud y su atención, y otras con el área específica del uso de drogas, en la modalidad de gestión de riesgo y reducción de daños. Al igual que Aleros, la UMA no ofrece posibilidad de tratamiento ambulatorio, sino intervenciones puntuales donde el usuario lo requiera (IPEA, 2021).

2.6 Dispositivos no pertenecientes a la Renadro

Hasta aquí hemos hecho un recorrido por los diferentes dispositivos pertenecientes a la Renadro. Pero existen otros tantos dispositivos dedicados a brindar atención, contención y/o tratamiento a personas con consumo problemático de drogas de forma residencial y ambulatoria que no forman parte de la Red, como son aquellos brindados por prestadores mutuales privados -y por tanto forman parte del SNIS- , los centros especializados privados, los dispositivos brindados por profesionales en el ámbito clínico, los servicios brindados por comunidades religiosas o espirituales, así como los grupos de autoayuda.

Me interesa destacar, que en general, se encuentra muy poca información sistematizada sobre estos dispositivos y su funcionamiento en comparación con los desarrollados anteriormente. Si bien existe una *Guía de servicios de atención y tratamiento para personas con uso problemático de drogas* escrita por el Observatorio Uruguayo de Drogas en el año 2022 que abarca todos los dispositivos del país, esta se limita a nombrar y categorizar a los dispositivos en lo que respecta a la ubicación en el territorio nacional, el tipo de dispositivo (si es un centro de ASSE, de RENADRO, de una IAMC, etc) y la accesibilidad, además de brindar un contacto. Pero no existe información con dichas características sobre cómo funciona cada dispositivo, como está compuesto ni sobre su historia.

Dentro de las Instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC) que brindan atención/tratamiento a personas con consumo problemático de drogas pertenecientes al departamento de Montevideo encontramos: Asociación Española; CASMU; Círculo Católico; COSEM; CUDAM; Hospital Evangelico; Medica Uruguay; SMI; Asociación Universal.

Y en el interior de país contabilizamos veinte IAMC: Gremda Femi; NORMEDICA; CAAMEPA; CAMCEL-COMECEL; CAMOC; CAMEDUR; COMEFLO; COMEF; CAMDEL; COMEPA; CASMER; COMERI; COMERO; AMEDRIN; CAMY; Centro Medico Salto; Asociacion Medica de San Jose; CAMS; COMTA; Instituto asistencial colectivo.

En cuanto a comunidades religiosas existen en Montevideo tres: Beraca; Remar y Renacer.

Las dos primeras funcionan también en el interior del país. Remar tiene centros de asistencia en Maldonado, Canelones, Salto, Rivera y Paysandú. Por su parte Beraca funciona en Maldonado, Salto, Tacuarembó y Treinta y Tres.

Además en el departamento de Durazno existe una comunidad religiosa llamada Casas Crecer.

Los centros especializados privados que existen en Montevideo son: Ser Libre; IUDEFA; Grupo Cavia Asociación Delta; Manantiales; Equilibrium; Encare; Crea; Aconcagua; En Camino y El Maná.

En el interior de país funciona el centro Ave Fenix en la ciudad de Atlántida; la Comunidad Terapéutica La Esperanza en Fortín de Santa Rosa; el centro Manantiales en Maldonado; Comunidad Terapéutica Bethania en Canelones y Artigas y la comunidad terapéutica Irrumpe en Salto.

En cuanto a los grupos de autoayuda, Narcóticos Anónimos es una asociación internacional sin fines de lucro, surge del programa Alcohólicos Anónimos (AA) a finales de la década de 1940. Está compuesta por personas con algún tipo de adicción y personas que se consideran “adictos en recuperación”. No tiene una metodología ni un abordaje profesional, sino que se trata del apoyo mutuo que se brindan sus integrantes a través de un programa espiritual conformado por los “doce pasos”. La metodología se basa en reuniones grupales, algunas pensadas solo para las personas que forman parte, es decir los “adictos” y otras, las reuniones abiertas, dirigidas también a familiares y personas en general con interés en participar. Además existe el sistema de “padrinazgo”, cada miembro puede elegir un padrino quien lo acompaña en el proceso de deshabituación y “recuperación” (vale aclarar que Narcóticos Anónimos adhiere a la idea de adicción como una enfermedad). El padrino es otro miembro de N.A en general con más experiencia dentro del programa. Aquí las instancias son individuales, el padrino escucha y guía al integrante mediante su propia experiencia de rehabilitación.

Respecto a los centros especializados privados y los dispositivos de base religiosa, muchos de ellos brindan tratamiento mediante la modalidad de comunidad terapéutica. Según Fernández (2000) en los años 90 crece el número de organizaciones dedicadas a brindar tratamiento ambulatorio a adictos a drogas ilegales, es allí cuando surge Narcóticos Anónimos, Proyecto Renacer, Grupo de Caiva, Encare, así como surgen nuevas comunidades terapéuticas residenciales: Asociación Remar, Fundación Manantiales, Izcali, Proyecto Renacer, etc.

En general estos dispositivos funcionan como centros residenciales de rehabilitación e incorporan, en la mayoría de los casos, modalidades de tratamiento ambulatorio y de centro diurno, así como algunas estrategias de prevención en lo que refiere al primer nivel de atención. Otra característica común según Fernández (2000) es que mayormente estas instituciones tienen alto nivel de profesionalización (a excepción de Remar y Narcóticos Anónimos) y abordan los tratamientos desde diferentes disciplinas.

En conclusión en nuestro país existe una Red Nacional de Drogas que abarca dispositivos públicos y privados que trabajan brindando atención y/o tratamiento a personas

con adicción o consumo problemático de drogas en diferentes modalidades: centros diurnos, tratamientos ambulatorios y residenciales, etc. Estos dispositivos podrían agruparse en dos grandes modelos: el modelo prohibicionista, que apuesta a la abstinencia de la sustancia para lograr una desintoxicación y deshabituación con el fin de que la persona se rehabilite, y el modelo de reducción de riesgos y daños que se despliega en los dispositivos de tratamiento de base comunitaria, aquellos que ponen el foco en el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas, y que mediante abordajes de proximidad y de bajo umbral intentan mejorar la accesibilidad al sistema de tratamiento.

Por otro lado existen otros tantos dispositivos con financiación privada y grupos autogestionados, con y sin fines de lucro, que también trabajan en la materia pese a no formar parte de esta Red. Entre ellos podemos distinguir los grupos de autoayuda, tratamientos psicológicos y psiquiátricos generales o aquellos brindados por profesionales que se “especializan” en la materia, los dispositivos de base religiosa y los centros especializados privados, respecto a estos dos últimos, muchos de ellos funcionan bajo la modalidad de comunidad terapéutica. También existen los servicios brindados por las IAMC, de los cuales se encuentra muy poca información, aunque se sabe que algunas mutualistas, para brindar atención psicológica individual a personas con adicción a drogas contratan a profesionales del área clínica de forma honoraria y el usuario o la usuaria paga un ticket para acceder a las consultas, en tanto otras contratan al profesional para que trabaje en la institución de forma dependiente. Otro recurso común es la derivación a algún dispositivo especializado.

3. Las paradojas de los dispositivos terapéuticos

Luego de haber hecho un recorrido por los diferentes tipos de dispositivos para la atención y tratamiento de las adicciones a drogas, así como por diferentes conceptualizaciones del complejo campo de las adicciones, y del discurso médico como discurso dominante que atraviesa concepciones y prácticas, me enfocaré en atender ciertos aspectos del funcionamiento de estos dispositivos que resultan paradójales cuando se los piensa desde el psicoanálisis.

Cabe mencionar que las paradojas que aquí abordaré, tienen que ver, mayormente, con cierta lógica de funcionamiento que se despliega en centros de internación, específicamente en en las comunidades terapéuticas, esto no significa que otro tipo de dispositivos escondan otras paradojas en su modo de funcionar y abordar los tratamientos

de los llamados “consumos problemáticos”, incluso algunas pueden ser similares. Simplemente se trata de un recorte en el cual algunos dispositivos quedan por fuera. Tampoco es una forma de condenar este tipo de dispositivos sino, como dije, mostrar cuales son a mi entender aquellos entredichos que podemos escuchar al pensar en su funcionamiento desde el psicoanálisis. Lo que conduce a pensar también que esa forma de abordar el problema de las adicciones y de pensar al sujeto que consume, no es el único, hay otros caminos posibles.

Dado que las preguntas que me fui formulando y por tanto, las paradojas que aquí desplegaré, tienen que ver con el funcionamiento de estos dispositivos con respecto a la mirada y el abordaje del sujeto y de la adicción, antes de entrar en esta cuestión me parece oportuno describir brevemente algunas características del funcionamiento de estos dispositivos.

Cabe mencionar que es por demás escasa la información de las mismas comunidades terapéuticas sobre su funcionamiento, tampoco di cuenta de trabajos de sistematización de experiencias dentro de estas instituciones. Es por esto que me embarqué en realizar un trabajo de reconstrucción basándome en las experiencias de escucha antes mencionadas dentro de los centros de MIDES con personas usuarias también de dispositivos para el tratamiento de las adicciones (muchos de ellos de comunidades terapéuticas) y particularmente en una charla que tuve con una persona residente de una comunidad terapéutica, a la cual agradezco, y de quien se reserva su identidad. Por último, me apoyaré en algunos autores como Vera Ocampo (1988) y Danza (2009).

Las comunidades terapéuticas, como vimos en un apartado anterior, son centros de residencia (aunque muchas funcionan además como centros diurnos o tratamientos ambulatorios), las personas ingresan por un determinado periodo de tiempo, que generalmente está estipulado de antemano por la institución, para realizar un tratamiento para la adicción. Si bien cada comunidad tiene una propuesta terapéutica particular, comparten ciertas características en el modo de abordaje de los “consumos problemáticos”.

Como decía, no todas las comunidades terapéuticas funcionan igual o tienen exactamente la misma propuesta terapéutica, pero sí comparten cierta lógica de funcionamiento. Los tratamientos comienzan con una “desintoxicación”. En algunos casos la abstinencia es un requisito para ingresar y pueden hasta hacerse pruebas de sangre para detectar que no haya habido consumo, es decir, la persona no puede haber consumido los días previos al ingreso al centro. En otros casos la “desintoxicación” comienza una vez que la persona ingresa, en la comunidad Bethania por ejemplo, se puede ingresar a realizar el tratamiento aunque esté “bajo los efectos de la droga”, la persona es atendida por un

psiquiatra y se la aísla del resto del grupo por un tiempo determinado (hasta que el equipo técnico considere que ya no está bajo los efectos de la droga).

Una vez la persona ingresa, el énfasis está puesto en realizar cambios comportamentales, partiendo de la base de que las personas con dependencia a las drogas presentan “trastornos de conducta” (Danza, 2009). Por lo general se inicia también un tratamiento farmacológico, si el psiquiatra así lo considera, o se continúa si la persona ya lo había iniciado.

En algunas comunidades terapéuticas, el “argot de las drogas” está prohibido, los usuarios no pueden hablar de sus prácticas de consumo frente a otros usuarios, ni nombrar a la droga por su nombre. “(.) he constatado en mi trabajo que existe una tendencia en algunas comunidades y grupos terapéuticos orientados por técnicas cognitivo-comportamentales a prohibirles hablar en el argot de los consumidores o con los “códigos de la calle”, en parte, para evitar que dichos fenómenos ocurran.” (Real, 2014, p.22). Según refiere este autor, la fundamentación de las instituciones es que buscan evitar que las personas se “movilicen” al nombrar la droga o contar una anécdota de consumo por ejemplo, lo que sería contraproducente, por lo que deben nombrar la droga con sus iniciales. (Real, 2014).

En otras comunidades pareciera no existir tal prohibición explícita. Pero volvemos al punto anterior, hay muy poca información sobre qué sucede en el interior de estas instituciones. En mi experiencia he notado que en general las personas que pasaron por algún dispositivo del tratamiento de adicciones si bien hablan de consumo no nombran a la droga por su nombre y si quieren referirse a ella usan eufemismos como “aquello”, aunque ya no formen parte de la institución.

Otra práctica común es el aislamiento, “es la misma práctica que encontramos en ciertas prácticas religiosas y en la cárcel” (Vera, 1988, p.42). Una vez que la persona ingresa para realizar el tratamiento, la institución impone limitar el contacto con sus redes afectivas, las visitas, salidas y correspondencia telefónica están reguladas por el equipo, progresivamente y a medida que avanza en el tratamiento se le da la autorización de tener contacto con familiares y amigos de forma gradual. La modalidad varía dependiendo de la institución, por ejemplo, en Comunidad Bethania no es sino a partir del tercer mes que el usuario puede comenzar a salir del centro, lo que llaman “salidas terapéuticas”, una vez al mes. En el caso del Centro Izcali durante el primer mes de residencia la persona no puede salir del centro pero puede recibir visitas los días domingos, y a partir del segundo mes de internación comienza a salir durante los fines de semana (sale los sábados y regresa los lunes a la mañana). (Izacali, s.f)

Durante el tratamiento es común la utilización de actividades con finalidad terapéutica (Vera Ocampo, 1988). Son frecuentes las técnicas corporales tales como yoga, educación física, danza; talleres de diferentes temáticas como podrían ser talleres de inserción laboral; los grupos terapéuticos, o grupos familiares, incluso en algunas con modalidad “chacra” se hace lo que se denomina “labor terapia” que tiene que ver con realizar tareas de mantenimiento del centro, como cuidado de los espacios verdes, de los animales o de la huerta.

La disciplina está muy presente dentro de estos dispositivos. Los usuarios están bajo la supervisión de un equipo que estipula las rutinas con horarios y duración de cada actividad, tareas diarias como bañarse suelen tener un horario y una duración determinada, así como se estipula un horario para levantarse y hacer la cama u ordenar la habitación, incluso en algunos de estos centros el equipo toca una campana que indica el inicio de una actividad. El incumplimiento de estas normas trae consigo sanciones de parte del equipo técnico para con las personas usuarias de los centros. Una persona que había realizado tratamiento en una de estas instituciones relataba que lo sancionaron varias veces por “no tener ordenado su mueble” teniendo que lavar los platos de todos los usuarios del lugar o escribir en un cuaderno una frase en forma reiterativa, como por ejemplo escribir quinientas veces “no debo darme permisos”.

La existencia de rituales son comunes, estando muy presente la espiritualidad, en algunas comunidades terapéuticas se incentiva a los sujetos a tener “un ser superior” como “guía” de su proceso de recuperación.

Por otro lado, existe una estructura vertical. La organización se representa en una pirámide de la cual en su vértice superior se encuentra el equipo técnico, y en el inferior los residentes, estando en el medio de la misma otros integrantes, como terapeutas, administrativos, etc. Además, entre los usuarios, existen diferentes roles asignados de acuerdo al avance en el proceso de recuperación (Danza, 2009). Por ejemplo, en algunos centros que se guían por los principios de Narcóticos Anónimos, como es el caso de la comunidad Bethania, denominan “hermanos mayores” a los usuarios que ya han avanzado en su proceso de recuperación, y que tienen la tarea de acompañar a usuarios que recién comienzan el tratamiento. Además, una vez que finalizan el tratamiento, el director del centro evalúa si es propicio o no proponerle a la persona que continúe dentro de la institución, en caso de acceder la persona pasa a “trabajar” en el dispositivo, viviendo una semana dentro del mismo y una semana fuera, dándole a cambio el hospedaje y la comida por un periodo de tres meses, en caso de continuar luego de pasados tres meses se le comienza a dar una retribución económica. En ambos casos el rol es acompañar a las personas que están en tratamiento, asegurarse del funcionamiento del centro y vigilar que

se cumplan las normas de la institución, en el caso de quienes continúan trabajando pasado los tres meses son quienes tienen autoridad para sancionar.

Con esto se demuestra también que muchas veces los roles son pensados bajo una lógica de representaciones sustitutas a sus representaciones familiares de origen. (Eira, 2013)

En cuanto a las prohibiciones en general son las mismas, está prohibida la violencia física y verbal, así como está prohibido tener relaciones sexuales dentro del centro.

Quizá, para comenzar a pensar las paradojas que se esconden en este tipo de funcionamiento, sea necesario preguntarse, ¿por qué estos dispositivos necesitan regular en su totalidad al sujeto para hacer un tratamiento de la adicción?

Inevitablemente esto nos conduce a pensar en el concepto de instituciones totales de Goffman (2001) como instituciones en donde todos los aspectos de la vida se condensan en un solo lugar y bajo la misma autoridad; donde las actividades diarias se desarrollan en compañía de un gran número de otros a quienes se exige que compartan dichas actividades y se les da el mismo trato; y por último, todas las etapas de las actividades diarias están programadas de manera estricta en una secuencia impuesta desde arriba por medio de normas formales y un equipo de funcionarios (Goffman, 2001, p.19-20).

Cuando el autor menciona que los internos de una institución total tienen todo su día programado, se refiere además a que son planificadas todas sus necesidades esenciales, y se les da un incentivo para realizar el trabajo impuesto, en algunos casos no se ofrecen recompensas sino más bien amenazas de castigo. Ejemplo de instituciones totales son los hospitales psiquiátricos, cárceles, campos de trabajo y de concentración, cuarteles, hogares de ancianos, etc. (Goffman, 2001).

Otro aspecto que me parece importante resaltar es el que el autor menciona como incompatibilidad con la familia, “la vida familiar suele contraponerse a la vida solitaria, pero en realidad el contraste más pertinente es con la vida de cuadrilla, porque los que comen y duermen en el trabajo, con un grupo de compañeros, difícilmente puedan llevar una existencia doméstica significativa” (Goffman, 2012, p 24-25). Como vimos, en las comunidades terapéuticas incluso el contacto con el “afuera” de la institución está regido por normas impuestas, es la institución encarnada ya sea en un equipo técnico o un director, la que habilita o no, y estipula cuándo y durante cuánto tiempo las personas internadas tendrán contacto con sus familias, nombrando esta etapa muchas veces como “salidas terapéuticas” dentro de un proceso de “rehabilitación social” que no es más que el hecho de que rigen la participación en la vida familiar de los sujetos. Incluso en algunas de estas instituciones se le exige a la familia participar de grupos terapéuticos de autoayuda como proceso paralelo al tratamiento (Comunidad Terapéutica Bethania, s.f).

3.1 La supresión de la historia del sujeto

Como mencionaba antes, es común en algunas comunidades terapéuticas la existencia de una prohibición a nombrar la droga dentro de la institución. Considerando dicha prohibición como parte fundamental del tratamiento. Eira (2013) advierte de la existencia de un dispositivo operativo usado en la mayoría de las comunidades terapéuticas de nuestro país, en el cual funcionan ciertos conjuntos de procedimientos rituales, uno de los cuales lo nombra como fetichización del objeto patógeno, la droga o fármaco adquiere carácter de objeto-tabú y en base a esto se prohíbe la verbalización de cualquier significante que se refiera a esta. Cuando en la gramática del discurso se hace necesaria nombrar la droga, son usados eufemismos (eso, aquello, la cosa, etc). (Eira, 2013).

Real (2014) menciona que específicamente en algunas comunidades y grupos terapéuticos, hay una marcada tendencia de prohibición del argot de los consumidores, fundamentando, por un lado, que esto evitará el despliegue de algunos fenómenos, como son los frecuentes “sueños de consumo” que despiertan en los “ex-consumidores” una serie de reacciones fisiológicas y psicológicas.

¿Por qué pensaríamos que prohibir nombrar la droga y los significantes que refieran a ella, evitará que los consumidores sueñen con la droga y el consumo de la misma?. ¿Para que prohibirla? Quizás tenga que ver con lo planteado también por Eira (2013) cuando dice que esa forma de vedar la palabra tiene que ver con orientar (de forma normativa) a imponer el uso calificado de la lengua para estigmatizar aquellas pronunciaciones y construcciones que tienen que ver con las prácticas que buscan erradicar” (Eira, 2013, p.197).

Para Vera (1988), en los diferentes proyectos terapéuticos existe lo que denomina un “proyecto tipo de cura” que tiene que ver con un funcionamiento institucional acorde a una concepción médico-sociológica de la toxicomanía. Dentro de estas prácticas con finalidad terapéutica, distingue diferentes momentos en el curso de la cura que marcan el recorrido de los usuarios dentro de la institución.

Uno de estos momentos es nombrado por el autor como el momento de la desposesión, aquella instancia en la que la persona debe “despojarse” de todo aquello que tenga que ver con su toxicomanía, incluso algunas instituciones hablan de “olvidar el pasado”, borrar los tatuajes por ejemplo, en lo que refiere a lo corporal, o proponen actividades como el sauna con el fundamento de que el usuari@ purifique su cuerpo de las toxinas acumuladas (Vera Ocampo, 1988, p.42).

¿No debería llamarnos la atención que en este tipo de tratamiento para la adicción se prohíba hablar de la propia historia del sujeto que es también su historia con el consumo? Por otro lado, es inevitable preguntarse también: ¿Qué estatus adquiere aquí la droga que se vuelve necesaria la prohibición de nombrarla? Esta última pregunta la retomaré más adelante.

Habría que preguntarse también por aquella posición del terapeuta que se obstina en no escuchar lo que el sujeto tiene para decir de sí, de sus formas de vincularse con la droga, de su manera de hacer con los objetos, subordinado a determinados saberes, (muchas veces saberes psi y al uso de medicamentos) el uso de la palabra y el diálogo.

Real (2014) critica esta forma de abordaje y advierte cómo esta posición del terapeuta imposibilita un despliegue del sentido y sinsentido de las expresiones de los consumidores, y del descubrimiento de los problemas que se le juegan allí.

“¿Acaso no empuja al consumidor a asumir un sistema fóbico de signos donde el recurso principal se reduce a la mera evitación de las palabras, los gestos, las situaciones de riesgo o los circuitos asociados al consumo?” (Real, 2014, p.22,23).

Su propuesta es bien diferente, señala como es preciso escuchar y trabajar no solo con la historia del consumidor (que cuenta) sino también con su discurso (como lo cuenta), y con aquellas expresiones que usa al relatar sus acontecimientos, esas mismas expresiones prohibidas en tantos dispositivos, el “argot de la droga”. De hecho, discuerda con aquella apreciación de algunos psicoanalistas de que el adicto rechaza el lenguaje, y señala que, por el contrario, existe una “copiosa producción de lenguaje a través del argot vinculado al consumo de drogas”. Lejos de rechazar aquella dimensión expresiva del (sin)sentido, propone escucharla.

El autor en su tesis de maestría *Fisuras la dimensión del (sin)sentido y el consumo de pasta base* (Real, 2014), recoge un ejemplo que me pareció interesante poner en cuestión, un ejemplo para dar cuenta de cómo “rescatarse” también puede llegar a ser, en algunos casos, una apuesta ética y no moral, no exigir una renuncia ni barrer con la historia del sujeto, sino llevarla a un plano incorporal (Real, 2014). Se trata de un joven argentino, Camilo Blajaquis, un joven argentino, poeta y cineasta. Dice en su poema “Autobiografía”:

¿Qué fue lo que me despertó y salvó mi destino/
de una muerte con fragancia a plomo policial?/
Fue un encuentro... encontrarme con poesía./
Me ofreció un abrazo cuando las únicas ofertas eran piñas,/
me regaló libertad cuando todo era encierro./
Habitaba el olvido y era un rehén del egoísmo./
Mi entendimiento no era más que soñar un asalto/
donde me cruzé la fortuna monetaria./
Y hoy mis sueños son miles,/ se multiplican por cada gramo de cicatriz existente./
No deje de robar por motivos

religiosos ni morales/ fue un acto inconsciente, un arrebató de esperanza/ una sobredosis de esperanza/ Me cansé de ser un delito y un legajo judicial/ me propuse contradecir mi destino/ me cansé del maltrato intelectual/ me cansé de que me nieguen la cultura/ por ser morocho y de una villa/ Comprendí que mi ignorancia era parte de un sistema/ que necesita excluidos para mantenerse estable.../ Después de esa ruptura/ renové desde mis venas hasta / la molécula más pequeña. (Blajaquis, 2011)

No sólo su poesía es escrita usando el argot de las drogas y de la prisión, sino este poema puntualmente nos expresa ciertos cortes respecto a su forma de vida signada por la delincuencia, la marginación y la adicción, cortes que tienen que ver con una apuesta ética, alejados de la imposición de lo médico y lo moral. (Real, 2014)

3.2 El cambio de un amo por el otro

Siguiendo con Vera (1988), el autor nombra sustitución a una cuarta etapa de este proceso, en donde se sustituye en quien se droga su tóxico dependencia por una dependencia con un terapeuta e incluso con el dispositivo terapéutico al que ingresa.

Vemos como en el contrato que propone la institución y en los medios terapéuticos utilizados, se encara “la droga” en tanto síntoma. Tenemos la impresión de que ese funcionamiento institucional se “amolda” al síntoma del toxicómano en una persecución ciega -ciega en tanto a la verdad psicológica del sujeto- para lograr extraer la droga del cuerpo, para reemplazar la mala droga por una droga buena, para exorcizar, ni más ni menos, “la mala química” que habita al toxicómano. Vera (1988, p.43-44).

Eira (2013) advierte de un dispositivo operativo usado en la mayoría de las comunidades terapéuticas, con una serie de procedimientos rituales en los que son sumergidos los sujetos. Entre estos, la familiarización filial del dispositivo, en la cual “la metáfora familiar (...) pasa a ser literalizada en una analogía en la que los roles deben, necesariamente, ser asumidos desde representaciones sustitutas” (Eira, 2013). Esto sucede actualmente en algunas de las comunidades terapéuticas, por ejemplo en Bethania, aquellas personas que llevan un tiempo que las autoridades del centro consideran extenso dentro de la comunidad, pasan a ser los “hermanos mayores” y les otorgan cierta responsabilidad sobre la evolución en el tratamiento de sus “hermanos menores” aquellos

que recién ingresan al centro. Lo que el autor describe como “ritualización jerárquico-iniciática de la cura”.

“Los roles buscan ser reconstruidos desde la actuación estricta de las funciones esperadas; los internos serán considerados infantes en proceso de maduración que deberán ser sometidos al principio de autoridad patriarcal (el equipo técnico)” (Eira, 2013, p.197). En una de las entrevistas realizadas por Calisto (2018) en su tesis de maestría “*Efectos de sentido e identificaciones en usuari@s de sustancia psicoactivas*” una de las personas entrevistadas, usuaria de un dispositivo de internación, menciona en una de las entrevistas que a veces el equipo “le pone rojo”, cuando la entrevistadora le pregunta a que hace referencia cuenta que si a la mañana se levanta y se vuelva a acostar el equipo “le pone rojo” refiriéndose a algún tipo de sanción por incumplir una norma.

Lo paradójico aquí termina siendo que para romper con aquella posición del sujeto que lo deja “prisionero” de la droga, se utiliza la autoridad, quedando el mismo, igualmente subordinado pero esta vez a la autoridad del dispositivo. ¿No se trata de un cambio de un amo por el otro?

Vera menciona que en algunas instituciones “se habla de sustituir el *flash* de la heroína por el *flash terapéutico*” (Vera, 1988, p. 43).

3.3 El ofrecimiento de una identidad

Gran parte de los discursos científicos, psiquiátricos, terapéuticos, educativos o incluso psicoanalíticos suturan la fisura fundamental, siendo los destinatarios de los tratamientos sometidos a una significación, una explicación, y hasta una salvación de su consumo. Así como tantas veces se les brinda saber psi, y muchas otras, una identidad (Real, 2014, p.158).

Las explicaciones sobre las adicciones, la adicción como dadora de identidad y los diagnósticos, pueden dar tranquilidad, son una respuesta rápida ante la pregunta de por qué al sujeto le sucede lo que le sucede, pero no posibilitan en sí ningún tipo de cambio subjetivo, sino todo lo contrario, tienden a “coagular” al sujeto. Así, la mayoría de los dispositivos terapéuticos, funcionan las más de las veces como dispositivos “dadores de identidad”, cuando el sujeto deja de consumir (recordemos que la mayoría de estos dispositivos exige que el sujeto esté “limpio”) decide o debe realizar un tratamiento (por ejemplo por una orden judicial) entran estas instituciones ofreciendo saberes y explicaciones sobre lo que le sucede al sujeto y sobre todo brindando una nueva identidad, a la que el sujeto se aferra ahora.

“Yo soy un adicto Sofía, lo voy a ser toda la vida” afirmaba un usuario de uno de los Centros para personas en situación de calle en los que trabajé como educadora. Convencido, repetía esta frase con mucha frecuencia y gran convicción. Asistía hace varios años a grupos de autoayuda de Narcóticos Anónimos, al que atribuía la creación de “su nuevo yo”, y del cual había tomado una serie de conocimientos y explicaciones sobre sí mismo, muy aferrado a la idea del adicto como alguien enfermo, que debía estar toda su vida pendiente de esa enfermedad para no recaer. Esta persona, llamémosle Martín, hablaba de sí en tercera persona, se nombraba frecuentemente como “el nuevo Martín”. Se había aferrado a una nueva identidad que le brindó dicho dispositivo, era un “adicto”, o un “enfermo en recuperación”.

Según plantea Kornstanje (2008) el grupo de autoayuda se presenta como una forma de rito de pasaje en tanto es planteado como regenerativo y se aísla temporalmente al sujeto de su antiguo grupo de pertenencia y de sus prácticas. Una vez terminado el tratamiento el sujeto es insertado en un nuevo grupo, fuera del grupo de autoayuda, está ahora en una nueva posición y un nuevo estado (Kornstanje, 2008). “En algunos casos, las instituciones conforman los grupos de terapia con ex adictos, quienes comentan su experiencia a nuevos iniciantes.”(Kornstanje, 2008, p.10).

Este nuevo estado que plantea el autor no es más que una nueva identidad que se le ofrece al sujeto como salida a la antigua identidad de “adicto en recuperación”.

Si el tratamiento se desarrolló de forma exitosa la persona puede transformarse, voluntariamente, en “coordinador terapéutico”, pasa de “víctima” a “maestro espiritual que ayuda a “nuevas víctimas”. (Kornstanje, 2008)

¿Qué problemas se desprenden de esto? En principio diría que la coagulación del sujeto, cuando algo cae o se rompe, sea por imposición o por ética (como lo planteaba Marcelo Real con el caso de Blajaquis) algo nuevo debe sostener al sujeto en tanto identidad, el problema surge cuando el ofrecimiento de identidad es siempre el mismo y gira en torno a la droga y la adicción, justamente ahí donde aparecen discursos de liberación respecto a dejar de consumir y “liberarse de las drogas” pareciera quedar el sujeto más atado que nunca, como si no pudiera ser más que un adicto, un “ex adicto” o un adicto en recuperación, como si no pudiera hacer (con los objetos) de otras formas. Sino solamente estar pegado al objeto, o su opuesto, mantenerse a suma distancia (hablando de la abstinencia).

“El adicto aparece como una figura que permite circular, encontrar un lugar en el lazo social, incluso aunque la sociedad margine.” (Calisto, 2018). La autora refiere que en algún punto los consumidores terminan por alimentar aquel estigma del cual se quejan, mientras denuncian ser juzgados por la sociedad por ser adictos, generan conocimiento sobre qué es

ser adicto y este conocimiento sostiene prácticas, que son alimentadas tanto por quienes se identifican con esta figura como por quienes no se incluyen dentro de la nominación (Calisto, 2018, p.82). Podríamos pensar que estos dispositivos de tratamiento de la adicción funcionan de manera similar, en tanto siguen alimentando prácticas que buscan eliminar, sirviendo a las personas consumidoras identidades que, terminan justamente, dando lugar al sujeto en el lazo social o “reinsertando” con una nueva identidad pero que sigue girando en torno a la adicción.

3.4 El status del objeto droga

Como ya vimos, tanto la clásica definición de toxicomanía, la de dependencia, y la de consumos problemáticos ponen el acento en la droga en tanto objeto. Considerando que lo sustancial de la droga, es decir, sus características o cualidades hacen al sujeto que consume un adicto. Recordemos que el psicoanálisis revierte este postulado proveniente de un discurso médico y una concepción biologicista del problema, anunciando que es el sujeto el que hace la droga en el sentido del lugar que le otorga en su psiquis. La droga entonces no es la sustancia en sí misma, sino que tiene que ver con una construcción subjetiva que es apuntalada en una droga determinada.

Los dispositivos que funcionan como comunidades terapéuticas ofrecen un tratamiento en donde la centralidad del problema está dada por la droga, sacando del foco al sujeto y su palabra. “En nombre de la droga, tiene lugar la supeditación de la toxicomanía a lo médico” Vera (1988, p. 39). Así, aunque no hay información precisa de estas instituciones sobre cómo funcionan, sabemos que se le demanda al sujeto que deje de consumir como condición para realizar un tratamiento, y muchas veces también para poder iniciarlo.

Sobre la abstinencia plantea Vera (1988) es paradójica por sí misma dado que se le demanda al paciente que deje de presentar su síntoma para poder iniciar un tratamiento, y resulta interesante que la abstinencia signifique “conservar distancia”, entonces no tiene que ver con perder al objeto (lo que implicaría hacer el duelo) sino mantenerse alejado (Vera,1988).

Sobre tal insistencia en esta prohibición habría que recordar que para el psicoanálisis aquellos placeres más deseados serían los que necesitan las más fuertes prohibiciones, como lo plantea Freud (1913) en “*Tótem y Tabú*”. Prohibición que en estos tratamientos podemos leer como “el todo o la nada” en el sentido de que o el sujeto está enteramente *fisurado* tomando un término usado por Real (2014) o, en el otro extremo, en abstinencia lo más alejado posible del objeto droga y a todo lo que el refiera, lo que no

permite ninguna otra posibilidad de hacer con él (los) objetos. La pregunta sería ¿El problema del sujeto es la droga?.

Me interesa traer aquí un ejemplo usado por Vera (1988) en *“Toxicomanía y Psicoanálisis”* sobre un paciente a quien realizó psicoterapia en un centro de adicciones. Según relata tenía la idea de que a medida que su paciente avanzará en el tratamiento iría disminuyendo su consumo, sin embargo había pasado más de un año y el paciente seguía consumiendo al mismo ritmo que al comienzo. Relata entonces:

“Estaba en ese desconcierto cuando un día, hacia fines del segundo año de tratamiento, vi llegar a mi paciente en un estado de gran perturbación. Subimos al consultorio, y cuando todavía no me había sentado lanzó: *“¡ya no es como antes!”*” (Vera, 1988, p.41)

El paciente le cuenta que tomó una dosis de heroína y “no era como antes” creía que lo habían estafado y volvió a comprar otra dosis, la tomó y volvió a experimentar lo mismo que la primera vez. Lo que expone el autor es que el objeto droga fracasó para este paciente y que esto no tenía que ver con una “voluntad” ni del paciente ni del psicoanalista, sino que la remisión del síntoma tuvo que ver con un efecto del arduo trabajo del paciente, con una modificación debida a la “recomposición pulsional y fantasmática que había provocado en él la terapia” (Vera, 1988, p. 41).

Este ejemplo resulta interesante en tanto demuestra que hay otras formas posibles de trabajar más allá de la idea de la abstinencia. En este caso, la remisión del síntoma sucedió como efecto, no como el objetivo del trabajo terapéutico (Vera, 1988, p.41).

Sobre esto Marcelo Real (2014) expone que el psicoanálisis no tiene que ver con un tratamiento de rehabilitación, no demanda al sujeto que deje de consumir (ni para transitar por un análisis ni para el fin del mismo) de la misma forma que no busca reducir los riesgos del consumo. Aclarando que esto no se traduce en un desentendimiento del psicoanalista del tema, de hecho puede acompañarlo en su “proceso de rehabilitación” (Real, 2014). “En ocasiones, puede tener como efecto de un análisis que alguien deje de consumir, o pase a consumir de otra manera, o a hacer otra cosa con su consumo, pero ese no es el objetivo.” (Real, 2014. p.49)

Por su parte Nancy Calisto (2018) menciona la necesidad de alejarse de los prejuicios sobre “lo que son” o “lo que hacen” las personas que consumen sustancias psicoactivas, para no obturar la escucha del discurso y poder tener una mirada hacia los sujetos que consumen como sujetos que sufren, como cualquier otro sujeto, y que encuentran en esa sustancia una forma de tramitar ese sufrimiento.

“(…) es necesario un descentramiento del tema del consumo, y de la sustancia, para dar lugar a la escucha de la particular forma de

decir del sujeto, sin olvidar la dimensión del placer que muchas veces acompaña determinados consumos. Muchas veces el consumo nada puede tener que ver con lo que l@ trae a una consulta, y el sujeto no desea modificar nada de ello.”
(Calisto, 2018, p.27)

Como dije al principio de este capítulo, no es la idea demonizar a aquellas instituciones que funcionan como comunidades terapéuticas, pero sí poner en el lente, observar, ciertos entredichos que solo pueden ser vistos al posicionarnos desde la mirada del psicoanálisis. Y finalmente saber que hay otras maneras de hacer y de trabajar que van más allá de la idea de abstinencia, de la prohibición y de la centralidad en la droga en tanto una sustancia “maligna” que por si hace adictos a los sujetos. Hay otras maneras que no descartan al sujeto del problema del consumo de drogas, que no barren con su historia.

Conclusiones finales

“El campo configurado por la problemática de las drogas, se encuentra muy a menudo estriado por prejuicios y flechado por intereses ideológicos” (Fernández, 2000, p.461). En el caso de las instituciones que brindan tratamiento para la adicción a drogas pareciera no ser la excepción. Resulta importante trascender las miradas que patologizan el sufrimiento, que ofrecen recetas y tratamientos estandarizados y atravesados por discursos que vienen a imponer saberes, anulando lo que el sujeto tiene para decir de sí y de su consumo.

Si hay algo que sucede en las comunidades terapéuticas (y en otros tipos de dispositivos para el tratamiento de la adicción) es que lo primero que se hace con un sujeto que consume drogas es decirle que pare de consumir, dejando de lado la escucha de la propia experiencia de consumo y ofreciendo una serie de significantes a los cuales el sujeto se identifica y que vienen a suturar la fisura fundamental (Real, 2014) y calmarlo de su angustia al precio de obturar su propio decir (Calisto, 2018).

Como vimos la abstinencia tiene que ver con mantenerse lejos del objeto y no con perderlo, esto último implicaría un duelo (Vera, 1988). Las instituciones ofrecen identificaciones que a mi entender dejan “atado” al sujeto, porque giran en torno a la adicción y a dos modos opuestos de vincularse con el objeto, quedar totalmente a su merced, “fisurado”, o mantenerse a suma distancia. Lo que no le permite ningún “gris” en dicha forma de vincularse y hacer con el objeto, no hay otras posibilidades que impliquen al sujeto y con las cuales pueda comenzar a responsabilizarse de su consumo.

Si el problema es la droga, entonces el sujeto no está implicado y no tendría nada que ver con su propio consumo, todo se ve reducido a una serie de propiedades de la sustancia que “generan adicción” es frecuente escuchar que determinada droga “es muy fuerte”, “te engancha”, etc. Sin embargo, desde un punto de vista psicoanalítico, sacamos el foco de la droga, para ponerlo en el sujeto. Pero además, concebimos el objeto droga de otra manera. No como la sustancia, sino como aquello que el sujeto constituye alrededor de una o varias sustancias. Es uno más de los tantos objetos con los que el sujeto establece relación.

Por otro lado, resulta paradójico que las instituciones “se amolden” al síntoma del sujeto (Vera, 1988) sustituyendo la dependencia a la droga por una dependencia terapéutica.

Ante la pregunta ¿qué pasa con la singularidad del sujeto dentro de este tipo de tratamiento? podríamos comenzar a respondernos que queda obturada, al igual que su

historia, en nombre de otros saberes que ofician de “salvadores” del sujeto y bajo otra autoridad que ya no es la droga, otro amo del que depender esta vez representado por la institución terapéutica.

Sin duda este ha sido un recorte, la pregunta de ¿por qué se hace necesario apelar a todo ese aparato que termina regulando al sujeto en su totalidad? queda aún abierta y se podría indagar mucho más en profundidad en el tema.

Sabemos que el psicoanálisis fue perdiendo influencia a medida que se comienzan a institucionalizar los tratamientos para las adicciones (Fernández Romar, 2000), ahondar ese proceso no es algo de lo que en este trabajo me haya ocupado. Sin embargo no podemos dejar de resaltar el valor de los aportes del psicoanálisis para pensar este tema, permitió en primera instancia poner en duda aquellos postulados que se vuelven las más de las veces “posiciones dogmáticas inamovibles y rituales moralizantes” (Fernández, 2000) dentro de estas instituciones para pensar al sujeto, el consumo de drogas y la adicción desde otros lugares.

No olvidemos que el psicoanálisis concibe al sujeto atravesado por la palabra en tanto el lenguaje es constitutivo del ser humano. El sujeto debe pagar un precio cuando su decir está obturado por otros discursos (psicológicos y hasta religiosos diríamos), que es el de callar su propio decir acerca de su experiencia de dolor. (Calisto, 2018). Que haya sujetos que estén dispuestos a pagar ese precio no es algo que esté en discusión, he escuchado también otras tantas experiencias de personas a quienes estos tratamientos les “funcionan”. Lo que deja otra pregunta abierta, ¿por qué algunos sujetos buscan y recurren a este tipo de dispositivos que los regula totalmente?.

De lo que sí hay certeza es que el psicoanálisis viene a hacer justamente lo contrario, rescatar al sujeto que quedó borrado dando lugar a sus producciones discursivas. Atendiendo a la singularidad de su síntoma en tanto tiene una función específica para él.

Bibliografía.

- Abadi, S. (1984). Adicción : la eterna repetición de un desencuentro (acerca de la dependencia humana). *Revista de Psicoanálisis*. 41(06), pp. 1029-1044.
<http://apa.opac.ar/greenstone/collect/revapa/numeros/archives/19844106p1029.dir/RVAPA19844106p1029Abadi.pdf>
- Alcance y Servicios de la Renadro, (s.f). Junta Nacional de Drogas.
<https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/tramites-y-servicios/servicios/alcance-servicios-renadro>
- Bethania Comunidad Terapéutica. (s.f). <https://ctbethania.uy/tratamiento.html>
- Blajaquis, C. (2011). *Autobiografía*. <https://camiloblajaquis.blogspot.com/2011/>
- Calisto, N. (2018.). Efectos de sentido e identificaciones en usuari@s de sustancias psicoactivas. Tesis de maestría. Universidad de la República, Facultad de Psicología. Colibrí.
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/21991/1/Calisto%2c%20Nancy%281%29.pdf>
- Carmona, J. (1995): Adicciones: la droga no es la sustancia. *Revista Colombiana de Psicología*, 4, 72-75.
<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/29800/15909-48914-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Centro Izcali. Tratamiento y rehabilitación del uso problemático de drogas. (s.f).
<https://izcali.com.uy/internacion/>

Eira, G. (2013). Los procesos de significación en las prácticas relacionadas con el consumo de pasta base. Cuentos de “Gárgolas” y “Latas”. *Athenea Digital*, 13(3), 23-37.
Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/view/291682/380176>

Etcheverry, G. (2022), Cartografía del problema de la producción de lo común en la grupalidad, Tesis de doctorado, Universidad de la República, Facultad de Psicología.
Recuperado de:
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/35887/1/Etcheverry%20c%20Gabriela.pdf>

Facultad de Humanidades y Ciencias de la Comunicación, Universidad de la República, Observatorio Uruguayo de Drogas y Junta Nacional de Drogas, (2012), *Fisuras*, dos estudios sobre pasta base de cocaína en el Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas.

<https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/fisuras-dos-estudios-sobre-pasta-base-cocaina-uruguay-ano-2014>

Fernández Romar, J. E. (2000). Estrategias de rehabilitación de adictos a drogas ilegales: Resumen del informe final de la investigación realizada durante 1988. En *V Jornadas de Psicología Universitaria*, (pp. 457-461).

Fernández Romar, J. E. & Curbelo Arroqui, E. Proceso de institucionalización de los tratamientos comunitarios de usos problemáticos de drogas en Uruguay (2005-2019). *Fronteras* 15 (2): 138-150, agosto-diciembre 2020.

Freud, S. (2012) “Tótem y tabú”. *Obras completas*, Ed. Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1913).

García, J. (2016). ¿Cuáles cuerpos? *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. (123). 13 - 169.

<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/201>

Goffman, E. (2001) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Naciones Unidas y Ministério da Economia, (2021). Alternativas de cuidado a usuários de drogas na América Latina: Desafios e possibilidades de ação pública. doi: <http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-018-9>

Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la República, (2016), *Guía Más información, menos riesgos*. 11^a edición.

https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/guia_masinfoV11_2016_web.pdf

Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la República, (2019), *Info Drogas Más Información Menos Riesgos*, 12^a edición.

<https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/GuiaInfodrogas2019.pdf>

Junta Nacional de Drogas y Observatorio Uruguayo de Drogas, (2019), *Personas, calle, consumos: dos estudios sobre el uso de pasta base en Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas*.

<https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/personas-calle-consumos-dos-estudios-sobre-uso-pasta-base-uruguay>

Junta Nacional de Drogas. (s.f). Hoja de Información del centro Chanes.
<https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/2021-10/Chanaes%20-%20hoja%20de%20informaci%C3%B3n.pdf>

Kornstanje. M. (2008). Victor Turner y sus aplicaciones a los estudios de drogadicción.
Revista Digital Universitaria, 9 (8), 3-12
<https://www.revista.unam.mx/vol.9/num8/art59/art59.pdf>

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

Organización de los Estados Americanos, Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas, y Observatorio Uruguayo de Drogas. (s.f). Proyecto sobre cocaínas fumables en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay: La oferta de atención y tratamiento para personas con uso problemático de drogas en Uruguay: Alcance, características y guía de recursos.
https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/2018-01/Ofer_ferta_tratamiento_Uruguay_OUD_2015.pdf

Organización Mundial de la Salud (1969), Comité de expertos de la OMS en Farmacodependencia: 16° informe, n° 407, pp. 1-30.
https://ecddrepository.org/sites/default/files/2023-05/who_trs_836_spa.pdf

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2010). Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias. Manual para uso en la atención primaria.
<https://iris.who.int/handle/10665/85401>

Real, M. (2014). Fisuras: La dimensión del (sin) sentido y el consumo de pasta base. Tesis de investigación para acceder al grado de Magíster en Psicología Clínica. Recuperado de:
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/4370/1/Real%20Mar>

celo.pdf

Schneidermann. E. (2013). Una aproximación poliédrica al fenómeno “adicciones”. Tesis final de grado. Facultad de Psicología, Universidad de la República.

Uruguay (2013, septiembre 17). Decreto nº 274/013: Aprobación de la Reforma en el marco regulatorio para los establecimientos especializados en la atención y el tratamiento de “usuarios problemáticos de drogas”.

<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/274-2013>

Uruguay (2017, diciembre 13) Ley nº 18.211: Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>

Vera, E. (1988). Drogas, psicoanálisis y toxicomanía. Las huellas de un encuentro, Paidós.