

Representaciones sociales de psicólogos sobre el consumo de drogas, consumidores y tratamientos.

“El juicio psicológico”

Social representations of psychologists on drugs consumptions, consumers and treatments.

“The psychological judgment”

Tomás Gaete¹

Resumen

La presente investigación pretende aportar al conocimiento y entendimiento de las drogodependencias a través de un análisis descriptivo de las representaciones sociales que psicólogos insertos en programas de prevención, tratamiento y rehabilitación portan sobre el consumo de drogas, implicando también las representaciones que configuran del sujeto adicto y de los tratamientos de drogas. El problema es que la drogadicción se ha tornado una cuestión no sólo de salud mental, sino también un asunto de seguridad ciudadana, dándole al drogadicto una connotación doble: la de enfermo y la de delincuente. Este arbitrario cultural del adicto no puede ser ajeno al contexto terapéutico, por lo que es posible que las prácticas de prevención, tratamiento y rehabilitación ejecutadas por psicólogos, respondan a este modo social de representarse al sujeto adicto.

Palabras clave: Consumo de drogas, tratamiento, psicólogos.

Abstract

The present research is intended as a contribution to the knowledge and understanding of drug dependence through a descriptive analysis of the social representations that psychologists have that are inserted in programs of prevention, treatment and rehabilitation of drug consumption. It involves, as well, the representations that are developed of the addicted subjects undergoing drug treatment. The problem lies in the fact that drug addiction not only has become a question of mental health, but of citizen

¹ Universidad Alberto Hurtado. tgaete@gmail.com.

security, which gives the drug addict a double connotation: that of patient and delinquent. This cultural arbitrary concept of the addict lies within the therapeutic context. For this reason it is possible that the practice of prevention, treatment and rehabilitation exerted by psychologists, respond to the social connotation of the addicted subject.

Key words: Drug consumption, psychological treatment.

Introducción

A comienzos del año 2007 la prensa chilena destacó el hecho de que los jueces ya no estaban condenando a los infractores de la Ley de Drogas. Luego de su paso por tribunales, el consumidor en cuestión era ahora *persuadido* a asistir a un tratamiento terapéutico de rehabilitación. En otras palabras, de un problema con la ley, el individuo pasó a tener un problema de salud mental. He aquí un simple y breve ejemplo de cómo el consumidor de drogas debe lidiar con una doble definición: la de enfermo y la de delincuente.

Ser “dependiente” a una droga es visto como un trastorno mental o de personalidad, un descontrol de los impulsos y una predisposición a otros trastornos psicológicos. Por ejemplo, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (2002) incluye la dependencia a sustancias en su clasificación de trastornos mentales, y el mismo Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) la considera como una enfermedad incurable (2004a). Si además el consumidor es dependiente a una droga ilegal, este sujeto no sólo se desviará de una norma social y sanitaria, como un depresivo o un obeso, sino que también lo hará de una norma jurídica (norma que sanciona casi cualquier relación con algunas drogas), lo que introduce la dificultad de conjugar un imperativo de cura, que podríamos asignarle a los dispositivos terapéuticos, con un imperativo de control, propio de los dispositivos legales. Como lo señala Le Poulichet (1987), “estas circunstancias colocan a todo clínico en un límite de su práctica y de su ética, aunque no tenga la intención de intervenir en un nivel jurídico. Es cierto que no todas las toxicomanías son ilegales, pero este marco jurídico, así como la imagen social del toxicómano, no dejan de ser determinantes para el pensamiento de una clínica de las toxicomanías” (p.46). En efecto, el alcohol es legal, y aunque el alcoholismo pareciera ser un problema distinto a la drogadicción, no existe mucha diferencia en su tratamiento.

En rigor, las drogas no podrían ser prohibidas, puesto que no son más una amenaza que una oportunidad, considerando el concepto del *pharmakon* griego. Esto sugiere la posibilidad de “aceptar la propia

definición del sujeto sobre lo que es una droga peligrosa y su conveniencia” (Szasz, 1992, p.67). Aunque no vamos a adentrarnos en el ya problemático concepto de *pharmakon*, diremos, sin embargo, que su *división* entre lo bueno y lo malo impone a los sujetos una moral. Pareciera ser que en relación al consumo de drogas existe una lucha moral en contra de la autodisciplina y la autorresponsabilidad, lucha que no se extiende a otras formas de conducta, al menos no tan explícitamente. La prohibición de una conducta que atañe a un sujeto en relación a sí mismo implica negar esa relación. La disciplina se impone y la responsabilidad se coarta. El sujeto queda dividido, a merced de la fuerza del discurso experto, asimilándolo y reproduciéndolo.

El considerar el consumo de drogas como algo malo en sí mismo o por entero indeseable, dificulta la consideración clínica de que lo fundamental es lo que el paciente dice, y no lo que el terapeuta piensa que el paciente debería decir. El tratamiento de drogas que pretenda realizar un trabajo psicoterapéutico (y no sólo un trabajo médico de desintoxicación) debería considerar que no existe una correlación necesaria entre el hecho y lo dicho (Miller, 1987), y que “lo esencial es (...) localizar el decir del sujeto (...), la posición que aquél que enuncia toma con relación al enunciado” (p.39). Si los tratamientos de droga sólo responden al *hecho* de que consumir drogas es malo, en cierto modo restringen la dimensión del *decir* del paciente, obscureciendo su posición subjetiva y evitando un posible conflicto entre el *deseo* del paciente y la *deseabilidad* social.

El consumo de drogas, claramente, no escapa a los dispositivos de poder que se ejercen sobre la vida de las personas, cayendo también en la censura (prohibición), exclusión (pérdida de empleo, desconfianza social) y degradación (enfermos). Lo significativo de todo esto, como señala Foucault, es que siempre la relación entre el poder y los placeres se da de modo negativo: “el poder nada ‘puede’ sobre (...) los placeres, salvo decirles no” (Foucault, 1976, p.101). Para evitar que la población consumiera cierto tipo de drogas consideradas perniciosas para la salud, la única solución fue despojarla de ese derecho básico, no restringiéndolo, sino que, a través del uso del poder, simplemente negándolo. Pero esta

negación sólo es posible en la medida que se entienda como el resultado de una actitud a favor de la vida.

No es extraño que, por ejemplo, las definiciones de *adicto* y de *droga* que circulan en los discursos de voces *autorizadas* sean tan dispares. Ello teniendo presente que se está tratando de definir un problema que es más bien ético con argumentos “médico-legales”.

Un ejemplo muy representativo es el concepto de *estupefaciente*. Aunque intentó ser definido farmacológicamente (con el fin de clasificar un grupo de drogas), “tras varias décadas de esfuerzos por lograr una definición ‘técnica’ del estupefaciente, la autoridad sanitaria internacional declaró el problema insoluble por extrafarmacológico, proponiendo clasificar las drogas en lícitas e ilícitas (concretamente, ‘por no conciliarse los datos biológicos con las necesarias medidas administrativas’)” (Escohotado, 1989, p.21), según expuso el jefe de la división de toxicología de la OMS en 1963. Esto es preocupante si consideramos que sobre estas “necesarias medidas administrativas” se fundamentan los conceptos psiquiátricos y psicológicos de adicción y dependencia (con sus derivados) que aportan el supuesto saber teórico y a la justificación terapéutica para intervenir no sólo en sujetos adictos, sino que en la sociedad entera.

No olvidemos tampoco que la entidad más importante en nuestro país relacionada con el fenómeno drogas lleva en su nombre el mencionado concepto de estupefaciente. ¿Sobre qué definición de estupefaciente funcionará el CONACE (Consejo Nacional para el Control de *Estupefacientes*)?

Por su parte, el DSM-IV (2002) ni siquiera hace mención del término estupefaciente. Más bien se inclina por otros conceptos. De esta manera nos encontramos con que “los trastornos relacionados con sustancias incluyen los trastornos relacionados con la ingestión de una droga de abuso (incluyendo el alcohol), los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos. En este manual el término sustancia puede referirse a una droga de abuso, a un medicamento o a un tóxico” (p.181). Cuándo una sustancia es una droga de abuso, un medicamento o un tóxico, queda a criterio de quien quiera definirla como tal. Por supuesto

que esta diferenciación es sólo contingente y responde a la calidad legal de las sustancias: la cocaína, que alguna vez fue medicamento, de seguro ahora es una droga de abuso o un tóxico. Esta diferenciación tiene el problema de expresarse en niveles lógicos distintos que dependen de variables diferentes, lo que aparece como muy conveniente para ajustarse a las disposiciones legislativas relacionadas.

¿Y el alcohol? Es legal y se incluye dentro de las drogas de abuso, pero al parecer por descarte; claramente no es un tóxico, mucho menos un medicamento. ¿Qué es lo que hace al alcohol ser una droga de abuso? Seguramente una estadística que señala que mucha gente abusa del alcohol. Después de todo, es de las pocas drogas que aún se pueden consumir libre y recreacionalmente. Es por lo menos sugerente, entonces, que ni el alcohol ni cualquier otra droga no sean más una droga de abuso que una droga de *buen-uso*, y lo mismo para los medicamentos y los tóxicos. No puede ser la droga la que define su intención abusiva o curativa, es el consumidor quien lo hace. Pero el consumidor está tan sometido a las caprichosas elaboraciones conceptuales como lo está la droga.

¿Cuál es el problema actual con las drogas? ¿Qué las transforma en objetos tan perturbadores? Es muy probable que la *des-socialización* a la que ha sido sistemáticamente sometida (por medio de leyes represivas, de la estigmatización del drogadicto, de la vinculación con la delincuencia, etc.), haya hecho de la droga un objeto semejante a un virus del cual las personas se contagian, y del drogadicto un personaje peligroso.

La siguiente es, por ejemplo, la opinión del legendario literato William Burroughs (1959), plasmada en la introducción de su libro *El Almuerzo Desnudo*, en el que se refiere a la adicción como a una *Enfermedad*. Dice: "La droga es el producto ideal... la mercancía definitiva. No hace falta literatura para vender. El cliente se arrastrará por una alcantarilla para suplicar que le vendan... el comerciante de droga no vende su producto al consumidor, vende el consumidor a su producto. (...) Estás dispuesto a mentir, engañar, denunciar a tus amigos, robar, hacer lo que sea para satisfacer esa necesidad total, de posesión total, imposibilitado para hacer

cualquier otra cosa. Los drogadictos son enfermos que no pueden actuar más que como actúan. Un perro rabioso no puede sino morder” (p.9).

¡Pero qué distinta era la opinión sobre la droga tiempo atrás! Sin la mediación del narcotráfico como lo conocemos hoy en día, que enluta la milenaria relación entre seres humanos y drogas, es posible contemplar una disposición completamente distinta hacia estas sustancias. La degradación que Burroughs describe con especial pesimismo, ¿es atribuible a la droga o a la inescrupulosa manipulación comercial de la que es objeto? La defensa que *Sganarelle* hace del tabaco en el “Don Juan” de Molière, nos recuerda la función cultural y social que poseían la mayoría de las drogas, algo cercano al “don” que describe Bataille (1933) en La Noción de Gasto (y que actualmente sólo se observa incipientemente en relación al consumo de drogas como el tabaco, la marihuana o el mate). Aclaremos este punto citando precisamente el pasaje inicial de la obra de Moliere:

“Diga lo que quiera Aristóteles y toda la filosofía, no hay cosa que iguale al tabaco; en él cifran su pasión las personas bien nacidas, y quien vive sin tabaco no merecería vivir. No sólo despeja y alegra el cerebro humano, sino que además ilustra las almas en la virtud, y por medio de su poder llegan los hombres a ser gentes honorables. ¿No advertís cómo, desde que cualquiera se halla en posesión de un poco de tabaco, lo ofrece con corteses modos a cuantos le rodean y lo presenta a diestro y siniestro en todo momento? Ni aun aguarda a que se lo pidan, sino que se anticipa a los deseos de los demás; tan cierto es que el tabaco inspira sentimientos caballerescos y caritativos a cuantos lo usan” (Molière, 1982, p. 91).

Esto era tan cierto para el tabaco como para otras drogas (el peyote en los indios norteamericanos y la coca en los sudamericanos, por ejemplo; y en nuestros días el alcohol sigue manteniendo esa forma de intercambio y regulación, al igual que la marihuana, razón que podría favorecer su consideración como una droga menos dañina). ¿Qué sentido tendría perseguir una droga que por su modo de uso se regula socialmente y motiva la solidaridad y la integración? ¿Qué sentido tendría quitar esa posibilidad por medio de la represión policial?

Formulación del problema

Este preámbulo nos sirve para introducir el interés de la investigación realizada. El modo en que hemos decidido (o aceptado) regular el acceso a plantas y sustancias de usos inmemoriales, el modo en que decidimos comercializar y legislar a favor o en contra de algunas drogas, no ha sido indiferente al modo en que decidimos consumir drogas *duras* o *blandas*, legales o ilegales. Y por supuesto, tampoco será indiferente al modo en que decidimos asistir o acompañar a quienes consumen drogas de manera “problemática” o fuera de la ley.

Si bien las legislaciones sobre drogas dan una importante referencia acerca de qué es lo que consideramos bueno, malo, peligroso o sospechoso, la “salud mental” también tiene una injerencia importante en el asunto (es innegable que las drogas se inscriben como un capítulo fundamental e incluso fundacional en la Psicología, y tanto más en la Psiquiatría).

En concreto, los tratamientos de drogas reciben a una importante población con problemas asociados a ellas, y sus funciones no pueden ser ajenas a las políticas públicas que consideran el consumo de drogas como indeseable. El problema, entonces, es que la drogadicción, al tornarse una cuestión no sólo de salud mental sino también un asunto de seguridad ciudadana, le da al drogadicto una connotación doble: la de enfermo y la de delincuente. Este arbitrario cultural del adicto no puede ser ajeno al contexto terapéutico, por lo que es posible que las prácticas de prevención, tratamiento y rehabilitación, ejecutadas por psicólogos, respondan a este modo social de representarse al sujeto adicto. En tal sentido es que se propuso como objetivo describir y analizar las representaciones sociales que los psicólogos de servicios de salud ligados a la prevención, tratamiento y rehabilitación de drogodependencias en la Región Metropolitana de Chile elaboran respecto al consumo de drogas lícitas e ilícitas, de los mismos consumidores y de los modos de intervención.

Más precisamente, el sentido de la investigación es mostrar cómo a partir de un evento particular -la judicialización del consumo de drogas debido a la prohibición que recae sobre un número importante de drogas y a la consecuente persecución policial del consumidor-, se fundamenta

un saber sobre el *drogadicto* y se justifican ciertas *acciones terapéuticas* que tienden a reforzar la intención normativa y disciplinaria del control impuesto.

Breve contextualización del problema en Chile. La nueva ley

En el año 2005, el Gobierno de Chile promulgó una nueva ley de drogas, la Ley 20.000, que añadía modificaciones importantes a la antigua Ley 19.366, tales como la presunción de culpa en vez de inocencia (artículo 8). Por supuesto se mantiene la prohibición para un grupo importante de drogas, de las cuales las más emblemáticas son la *Cannabis Sativa* (Marihuana), la Cocaína y la Pasta Base. Pero no son las únicas: también esta el MDMA, el Cacto Peyote, el Ácido Lisérgico (LSD), los Hongos *Psilocibes* y la *Datura Estramonium*, entre otras. En Chile, sin embargo, son sólo las 3 primeras drogas ilegales mencionadas las que causan mayor preocupación, junto con el alcohol y los psicofármacos.

Es importante señalar que la falta de rigurosidad conceptual se observa también en esta Ley: decir que se prohíbe el “Cacto Peyote” es como decir que se prohíbe el “Copete”, la “Marihuana” o la “Falopa”. Peyote es el nombre vulgar de la especie *Lophophora Williansi*, distinción que no aparece en la Ley. Por supuesto que cualquier ley debe velar por su claridad, sobre todo si quiere protegernos de algún peligro. En este caso, el tráfico de la especie *Lophophora Williansi* no está penalizado, mientras que el del Peyote sí, lo que introduce una dificultad interpretativa de gran relevancia. Lamentablemente, éste no es el único error. La Ley también prohíbe los Hongos *Psilocibes*, pero en rigor, esos hongos no existen: los Hongos *Psilocibes* sí. Este nombre (con “d”) se reproduce en la misma Ley y en la mayoría de las investigaciones chilenas revisadas, y claramente puede llevar a confusión. Concordemos en que el error es mínimo, pero inaceptable.

La motivación ideológica de la ley se hace aún más evidente cuando comprobamos que la *Datura Estramonium* (conocida como Chamico) está prohibida, pero frente a la Escuela Militar en Santiago hay algunos

ejemplares bien crecidos. Y por último: hace un tiempo reciente se hizo conocido el caso de un sujeto que vendía semillas de cáñamo por internet. La policía lo detuvo como si se tratara de un gran narcotraficante. La defensa de este sujeto (y he aquí que la Ley se interpreta como mejor convenga) presentó el hecho de que grandes y conocidas cadenas de supermercados venden por kilo semillas de cáñamo, sin ser condenadas ni multadas.

Magnitud del problema en Chile

Oficialmente en Chile se señala al consumo de drogas como “un conflicto que traspasa todas las fronteras y penetra hondamente en todos los sectores de la vida pública, económica y social de los países” (CONACE, 1997, p.3) y que, además, “las personas que sufren problemas relacionados con drogas, suelen tener múltiples necesidades de tratamiento en una variedad de esferas personales, sociales y económicas” (CONACE, 2004a, p.5). La drogodependencia es vista como un problema que en Chile (y en prácticamente todo el mundo) ha ido tomando ribetes de epidemia, lo que es señalado así tanto por parte de la prensa, agentes policiales, políticos, médicos, como por los mismos sujetos afectados por el consumo.

Sin embargo, las cifras que se manejan no parecieran corresponder a esta perturbadora percepción del problema. Digamos que en el año 2004, el 94,2% de la población no consumió droga ilícita alguna. Sólo un 5,8% (505 mil personas) utilizaron drogas ilícitas (Marihuana, Pasta Base, Cocaína), marca que supera al anterior dato de 2002 de 5,4% (476 mil personas), aunque, como señalan en el mismo estudio, la diferencia es estadísticamente no significativa. Destacan que la cifra más alta se alcanzó el año 2000 (6,2%), “que en casi todos los casos fue el año en que se obtuvieron las prevalencias de consumo más altas registradas en la serie” (CONACE, 2004b, p.1).

Otras estadísticas igualmente significativas, indican que en el año 1998 el porcentaje de personas que, habiendo consumido alguna droga dejaron de hacerlo, son de 71,57% para la Marihuana, 66,79% para la Cocaína y de un 64,1% para la Pasta Base; en contraste con un 16% que dejó de consumir Alcohol y un 34,5% Tabaco (CONACE, 1998).

Podríamos suponer que estas altas cifras de abandono del consumo de drogas ilegales se deben a eficaces programas de tratamiento a los que se sometieron las personas. Pero no. El mismo informe señala que sólo un 4,7% de dependientes a la Marihuana recibió tratamiento, lo mismo para un 23,5% de dependientes a la Pasta Base y un 7,15% a la Cocaína. Estas cifras tienden a contradecir lo que oficialmente se señala respecto al consumo de drogas como un problema de gran magnitud, confundiendo ese problema con el narcotráfico.

Metodología

Bajo tal consideración es que se planeó analizar los discursos sobre el consumo de drogas de psicólogos que trabajaran en servicios de salud ligados a la prevención, tratamiento y rehabilitación de drogodependencias en la Región Metropolitana. La relevancia de realizar un análisis tal es que permitiría comprender la congruencia o correspondencia entre la representación social respecto a los consumidores de drogas y los fundamentos de las intervenciones de los psicólogos en el área, los que parecieran responder más a valores socioculturales e ideológicos que a concepciones clínicas (esta hipótesis podemos derivarla fácilmente de la revisión teórica).

El muestreo se hizo de manera intencionada, en base a la modalidad *opinática* descrita por Ruiz (2003). De esta manera, los informantes fueron seleccionados de acuerdo a la facilidad de contacto directo, su disponibilidad de tiempo y disposición para ser entrevistados. En algunos casos el contacto fue directo, en otros fue facilitado por un tercero.

Aun así, se tomó en consideración los años de trabajo en el área como una variable relevante para la selección de los casos. De esa forma, se seleccionaron psicólogos con al menos un año de experiencia en el campo de las drogodependencias, tanto en prevención como en tratamiento. Esto permitió cierto grado de seguridad de que los entrevistados tendrían conocimiento de las políticas públicas relacionadas, así como también de trabajo directo con usuarios de los programas de prevención, tratamiento

y rehabilitación (terapia individual, grupos terapéuticos, actividades comunitarias, investigaciones, etc.).

Teniendo en cuenta criterios de saturación, el corpus final quedó compuesto, entonces, por 7 casos: un psicólogo de un programa de prevención, un psicólogo de una institución privada dedicada al tratamiento de drogas, un psicólogo de programas de tratamiento y rehabilitación de drogas en un hospital, y cuatro psicólogos de distintos Consultorios de Salud Mental y Familiar (COSAM) de distintas comunas de la Región Metropolitana. De acuerdo al avance y la experiencia obtenida a partir del trabajo en terreno, es que se dio prioridad a estos últimos, dada la riqueza de la información con que contaban, ya que su trabajo en consultorios públicos contemplaba intervenciones en distintos niveles (prevención, tratamiento -terapia individual, talleres grupales y familiares).

Como perspectiva metodológica se utilizó el modelo del Análisis Estructural para la interpretación de datos. Es éste un método de análisis semántico y estructural del discurso que busca “exceder el contenido manifiesto, inmediato del discurso y a liberar la estructura semántica profunda que tiene como base, el conjunto de elementos centrales y de sus interrelaciones que caracterizan este discurso” (Piret, Nizet y Bourgois, 1996, p.2). Este método de análisis fue elaborado para comprender cómo en la práctica de los sujetos se manifestaba el efecto de lo cultural. “Pero, al mismo tiempo, [el método] pretende describir la lógica propia de lo cultural, en su autonomía y funcionamiento en situaciones sociales en las cuales los sujetos despliegan sus prácticas” (Martinic, 1992, p.4). Es, por lo tanto, un modelo compatible con el enfoque de las representaciones sociales.

La situación de las investigaciones sobre drogas en Chile

El estudio realizado por L. Quiroga y P. Villatoro para la CEPAL el año 2003, llamado “Tecnologías de información y comunicaciones: su impacto en la política de drogas en Chile”, señaló que el material más abundante del Centro de Documentación e Información (CDI) del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) corresponde

a investigaciones cuantitativas, “en su mayoría estudios epidemiológicos sobre poblaciones nacionales, escolares, regionales o comunales, y en menor medida estudios cuantitativos sobre percepciones, actitudes y motivaciones vinculadas a las drogas (33.7%)” (Quiroga y Villatoro, 2003. p.19). En contraste, los estudios cualitativos relacionados a investigaciones sobre representaciones sociales y discursos de consumidores sólo representan un 4.1% y las sistematizaciones de experiencias un 4.4% -entendiendo por sistematizaciones “a las prácticas de recuperación y análisis de experiencias de intervención, tanto desde el punto de vista histórico (etapas, fases, procesos) como estructural (reglas, prácticas, procedimientos, cajas de herramientas)” (Quiroga y Villatoro, 2003, p.26). Sin embargo, el estudio también reflejó que un 51,1% de los encuestados (entre los que había un grupo seleccionado de expertos) manifestaba preferencia por estudios cualitativos en drogas (representaciones sociales, análisis de discurso de consumidores).

El estudio además señala que los expertos consultados califican la oferta de productos de investigación en Chile como todavía insuficiente en cantidad, mejorable en calidad, especialmente en lo que dice relación con la elaboración de desarrollos teóricos (Quiroga y Villatoro, 2003). Una de las causas señaladas para explicar esta falta de desarrollo, dice relación con la carencia de espacios para compartir experiencias y falta de medios de difusión de conocimiento. Es decir, habría una necesidad por crear espacios de diálogo interno, entre expertos, que permitieran compartir experiencias, información y conocimiento (Quiroga y Villatoro, 2003).

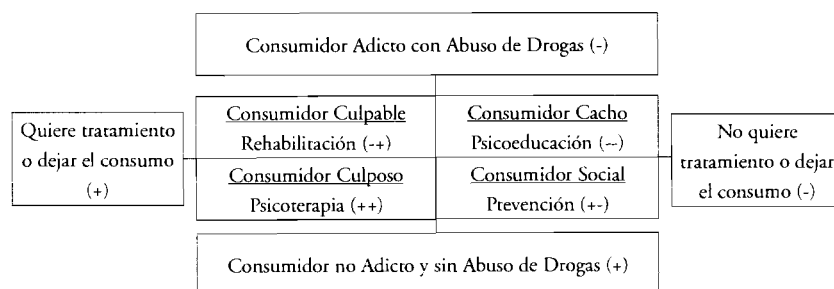
También se señala como causa de este estancamiento en la generación de conocimiento a la falta de participación de las universidades en la producción de investigaciones en el tema drogas. Más importante, tal vez, es que se señale que “las universidades chilenas no han asumido el papel de generación de conocimiento crítico” (Quiroga y Villatoro, 2003, p.25), con poca iniciativa para implementar investigaciones en drogas, involucrándose sólo cuando CONACE les solicita su participación. Esto se traduciría, según la opinión de los encuestados, en una falta de vínculos entre el mundo académico y práctico.

Por último, se señaló también que habría una merma en las oportunidades para el desarrollo de investigaciones con una perspectiva crítica. De acuerdo a los resultados del estudio, “esta dificultad es más notoria para las personas del área tratamiento que trabajan en ONGs y universidades. Esta mirada, que tiene matices, refiere a una agenda de investigación definida desde el Estado, que obstaculiza la generación de conocimiento que no esté en función de los requerimientos de gestión del CONACE, o en una versión más radical, que no sea consonante con el paradigma de reducción de la demanda” (Quiroga y Villatoro, 2003, p.25).

En efecto, no abundan las investigaciones que desarrollen una crítica “radical” a las modalidades de intervención social, penal o terapéutica/sanitaria, siendo, en general, condescendientes con las políticas públicas. En consecuencia, la postura crítica de esta investigación se condice con las inquietudes manifestadas por los expertos, además de responder a la necesidad de estudios cualitativos que profundicen en los mitos y creencias sobre las drogas, mitos que los expertos no tendrían por qué no compartir con la población general.

Resultados

Los resultados del análisis mostraron que en un nivel meramente descriptivo, la judicialización del discurso psicológico, a la cual hicimos referencia, no aparece tan manifestamente, primando, por el contrario, una clara correspondencia entre tipos de intervenciones terapéuticas y tipos de consumidores, es decir, un apego bastante racional a la clínica. Veamos el siguiente esquema:



De esta manera, por ejemplo, aquel consumidor de drogas que presente abuso o dependencia de drogas y que quisiera voluntariamente asistir a tratamiento, le correspondería un trabajo de Rehabilitación (se denomina “Consumidor Culpable”, en tanto que tiene conciencia de los problemas que ha provocado y que está dispuesto a hacer algo al respecto). En el caso de que el mismo consumidor no quisiera dejar de consumir a pesar de todos sus problemas, le correspondería un trabajo Psicoeducativo del Daño (a él lo llamamos “Consumidor Cacho”, utilizando un calificativo recurrente en el discurso de los psicólogos, ya que son otros los que tienen que encargarse de sus problemas). Por otra parte, un consumidor de drogas que no presente abuso de drogas y que, sin embargo, quisiera asistir a tratamiento y dejar de consumir, le corresponde un trabajo Psicoterapéutico (él es un “Consumidor Culposo”, él mismo se adscribe en una lógica normativa: consumir lo hace sentir culpable, aunque no tenga consecuencias por aquello). Si ese consumidor no quisiera dejar de consumir, le correspondería, entonces, un trabajo Preventivo (que abarca desde las leyes hasta las campañas antidroga -acá se consideran las leyes también como prevención; él es un “Consumidor Social”, siempre que no tenga problemas por su consumo).

¿Qué es lo que estas tipologías nos muestran? Simples modos de proceder; de hecho, parece incluso factible la conformación de un protocolo clínico que sistematice la derivación de pacientes según sus características. Sin embargo, también nos muestran cómo en el eje de los que no piensan dejar de consumir, lo que está operando es una especie de poder soberano, mientras que en el eje contrario, operaría un poder disciplinario, basándonos en la descripción que hace Foucault de estos poderes. Tanto la Psicoeducación como la Prevención del consumo de drogas se instalan (en el primer eje) como intervenciones en las que se pone en juego la posibilidad de controlar, de forzar a los sujetos a una disposición particular en relación a las drogas (por eso la reducción de daño es un modelo tan problemático de implementar en las campañas de prevención, puesto que suponen que el individuo consumirá de acuerdo a sus deseos). Estas intervenciones (la Psicoeducación y la Prevención) no consideran subjetividades. Ambas consideran a las drogas como algo malo

y peligroso en sí mismo, sin indagar en la subjetividad de su utilización respecto de lo que se puede hacer con ellas, tal como lo señala Buján (2001). Se impone, en cierto modo, una concepción de bien y de mal. Las campañas de Prevención, por ejemplo, con slogans como “di NO a las drogas”, “estos cigarrillos te están matando”, “la marihuana es la puerta de entrada a otras drogas”, también excluyen la subjetividad de los usuarios. Por el contrario, pareciera ser que la droga adquiere caracteres subjetivos mientras el individuo se considera como un mero objeto a merced de la droga.

Por su parte, la Rehabilitación y la Psicoterapia se instalan como modelos de disciplinamiento y normalización. Quien manifieste su deseo por dejar de consumir ya lo posiciona en un lugar de auto-disciplinamiento. De lo que se encargan los tratamientos es de modelar y normalizar al sujeto. La Rehabilitación y la Psicoterapia sólo se fundamentan desde la culpa con la que llegan los pacientes (recordemos: “Consumidor Culpable y Culposo”), y en la posibilidad terapéutica de avalar dicha culpa (tal como lo hace un juez cuando alguien se declara culpable).

La judicialización del discurso psicológico se entiende en tanto estas intervenciones son una prolongación del discurso judicial. No es necesario que los psicólogos se refieran directamente a las leyes, a la delincuencia, o a la necesidad de control -si bien en cierta medida lo hacen. Basta con que continúen con la lógica normativa y de control y con el arbitrario cultural que se representa al adicto como un enfermo y delincuente, para que emerja una correspondencia entre ser juez y ser psicólogo.

¿Cómo se da esta correspondencia o prolongación? Para responder a esta pregunta es necesario considerar, primero, la dinámica por la cual el adicto se vuelve tal. A pesar de que en el discurso de los psicólogos el adicto pierde sus vínculos sociales, las primeras experiencias consumiendo drogas se enmarcarían dentro de un contexto social. Por una parte está el grupo de pares, que por medio de la presión que ejerce induciría a sus miembros a consumir drogas. Por otra parte está la familia, que otorga modelos de aprendizaje en los cuales el consumo de ciertas drogas sería aceptado. Son causas que bien se pueden generalizar a todos los consumidores. En ese

sentido, el consumo de drogas se instala como la posibilidad de participar en un encuentro con otros que tiene como finalidad la socialización, donde el consumo tiene sólo una función parcial, recreacional, circunscrita a un evento específico.

La funcionalidad del consumo inicial sería la de ser aceptado en un grupo, ser incluido (o evitar ser excluido), y ese vínculo se lograría a través del compartir droga. Esta es también la función del “consumo social” (en eventos sociales, por ejemplo). El consumo de drogas en un encuentro con otros, mantiene la ventaja de suscitar una regulación grupal, aun cuando el consumo pudiera ser excesivo. Pareciera ser que esta regulación no pasa necesariamente por la moderación de la ingesta, sino que por mantener un vínculo con otros que circunscriba y condicione el consumo a ser una actividad grupal, en un contexto de aceptación social. Esto permitiría mantenerse funcional en otras esferas de la vida, tales como lo familiar, lo laboral, lo afectivo, lo intelectual.

Si bien los factores que influyen en el inicio del consumo son fácilmente generalizables, los que influirían en la manifestación de una dependencia a sustancias parecen ser difíciles de identificar. Por alguna razón, ese consumo que en un momento se condicionaba al encuentro social, puede perder su funcionalidad vinculante a un grupo, donde la droga es sólo un objeto parcial. El consumo, entonces, comienza a hacerse en solitario o apartado, se deja de compartir y es el individuo quien pasa a *regular* por sí mismo las condiciones del consumo.

La droga pierde su principal y tal vez único valor socialmente aceptado, que sería precisamente el de ser un objeto de uso social. Asimismo, el consumo de drogas pierde su valor como medio para lograr la socialización, y pasa a ser sólo un fin. Carecer de una motivación para consumir y aun así hacerlo, permite pensar en una adicción instalada. Consumir por consumir dejaría de considerar la mediación subjetiva y voluntaria entre un sujeto y su acción. Resumiendo: la droga como objeto de uso social permite la inclusión a un grupo y la regulación externa del consumo. El fin del consumo no sería sentir placer, sino que sentirse perteneciente a un colectivo. Si alguien contraviene esa disposición

cultural y consume “egoístamente”, sólo puede deberse a que es un adicto, ya que carecería de una función racional: consumiría sólo porque tiene que hacerlo. He aquí un primer elemento a considerar en la comprensión de la judicialización del discurso psicológico.

Ahora, para comprender mejor la manifestación de una adicción, es necesario introducir otro aspecto del consumo de drogas. El análisis de discurso muestra cómo éste puede ser considerado como un síntoma de la adicción, el que tendría su etiología en la falta de límites, de autoridad, de educación y de control. Algo falta en quien se vuelve adicto, algo de orden cultural y normativo que lo lleva precisamente a desatender las regulaciones sociales. En ese sentido, para comprender el consumo de drogas como síntoma, es necesario considerar que el deseo de consumir ejerce una imposición ineludible para el adicto.

En este punto, el análisis estructural nos permite establecer una interesante comparación entre adicción y neurosis. Si el síntoma del consumo de drogas permite la evasión de exigencias sociales, permite olvidar los problemas y genera la sensación de goce cuando debiera sentir malestar, el síntoma neurótico es todo lo contrario. Precisamente, es la imposibilidad de evadir lo que lo constituye como síntoma, la incapacidad para olvidar los problemas que se repiten una y otra vez, y sólo genera malestar cuando se tiene todo para sentir placer.

En tal sentido, la función del síntoma para el adicto será muy distinta que para el neurótico. Mientras que el adicto, por medio del consumo de drogas evita pensar y elude todas sus responsabilidades, el neurótico, por medio de sus síntomas, se cuestiona constantemente qué es lo que hace mal. Así, mientras el síntoma para el adicto lo lleva a sentir placer, para el neurótico significa un gran malestar que lo motiva a intentar cambiar. El adicto obedece a sus deseos y así puede liberar angustia; el neurótico obedece a su angustia y reprime sus deseos. El adicto es adicto y no quiere cambiar, confirmando su identidad a través del síntoma; el neurótico está neurótico y quiere cambiar, cancelando su identidad a través del síntoma. Vemos aquí un segundo elemento que situará al tratamiento

de drogas como una prolongación de la acción judicial. Volveremos sobre este punto.

Aquí es interesante recalcar que la droga no es un objeto de intercambio (como lo ha sido históricamente), si bien casi todo consumo comienza por una dinámica social: la presión del grupo de pares, modelos de aprendizaje familiar, etc. Por el contrario, la droga es un objeto de *identificación* (en el sentido de que por la droga se define la personalidad de un individuo -el adicto es adicto. En cierta medida es lo que podría ocurrir con las agrupaciones de Alcohólicos y Narcóticos Anónimos: borrar la identidad del individuo por la del grupo, lo que puede tener ciertas ventajas). El así llamado consumo social es una forma de protegerse no sólo del peligro de la droga, sino también de las disposiciones socioculturales hacia los consumidores solitarios (por eso no es tan importante la cantidad de droga, sino la modalidad en la que se consume para definir cuándo se es adicto). Así, el consumo de drogas que sólo pretenda la consecución de placer tenderá con fuerza a valorarse negativamente y servirá de aliciente para considerar ese objetivo como una evasión de las responsabilidades y una desavenencia con las regulaciones sociales.

La sociedad, entonces, desvincula a quien consume drogas por placer y para eludir responsabilidades, alejándose de él, marginándolo, señalándolo como enfermo, disolviendo sus lazos sociales, etc. El objetivo de la desvinculación sería que el adicto tenga consecuencias negativas por su consumo; la evidencia es que mientras el adicto no deje de ser adicto se lo mantendrá apartado.

El hecho es que el adicto se mantiene al margen de lo social (sin trabajo, sin familia, sin casa, sin amigos, sin educación, sin afecto). El caso opuesto es el del individuo que reprime sus deseos, pospone su satisfacción, se somete a la cultura y por lo mismo llega a sentir malestar (individuo bien descrito en *El Malestar en la Cultura*, de Freud (1986), en el año 1930). Para estos individuos es necesario sentirse vinculados, lograr ver los beneficios de aquello: tener familia, trabajo, educación, reconocimiento, en definitiva, ser “bien vistos”. Y por lo mismo, este individuo, cuando

su malestar aumenta, no se subleva contra su cultura, sino que contra sí mismo, lo que lo motiva, por ejemplo, a consultar un psicólogo.

El adicto, en cambio, si siente malestar, volverá a consumir para sentir placer, en contra de toda deseabilidad social, lo que introduce el problema de la voluntad del adicto de ser marginado. Aquí se vislumbra un punto importante en el discurso de los psicólogos. El psicólogo desestimaría el diagnóstico porque de esa manera no enjuicia a un sujeto por lo que es, o por lo que un sujeto decidió ser, evitando así caer en juicios morales. Sin embargo, el psicólogo enjuicia por lo que ese sujeto no es, o por lo que ha dejado de ser. Al adicto no se le juzga por ser adicto, sino por no ser otra cosa: buen hijo, buen padre, buen trabajador, buen vecino (de ahí nace, en parte, el título de esta investigación). De esa manera, el diagnóstico pierde su valor cuando su descripción se entiende desde su negativo: ser adicto es no ser otra cosa. El adicto es representado como un individuo al que le falta algo: educación, afecto, responsabilidad, límites, trabajo, dinero, vínculos; sólo se queda con las ansias de drogarse. Así, no se necesitaría de un diagnóstico psicopatológico de la dependencia a sustancias, ya que el tratamiento de drogas no está dispuesto para responder al estado de dependencia, sino que para promover un nuevo estado.

La representación del adicto lo sitúa no sólo como un individuo que no tiene real conciencia del daño que provoca (a él y a otros) y que además ha franqueado todo lo socialmente permitido. El adicto propiamente tal es el que más ha perdido en los ámbitos social y valórico, y el que menos consciente es de su “enfermedad” y, por lo tanto, el que más evade el malestar y goza impunemente, sin culpa. No es entonces el diagnóstico lo que dará las indicaciones del tratamiento, sino el rechazo que logre provocar el adicto en su entorno y que autoriza a intervenir (aclaremos que la tipología descrita anteriormente no define abuso de drogas por cantidad, sino que por las consecuencias a nivel social y económico del consumo).

El diagnóstico de drogodependencia, adicción, alcoholismo, etc., se instala como un enjuiciamiento de índole moral que no aporta al proceso de mejora del paciente, sino que sólo favorece al estigma. Esto ocurre porque la adicción pertenece al orden del “ser”, y no del “estar” o del “tener”. El

sujeto *es* adicto (*ser total*), no *está* adicto, a diferencia de otro sujeto que *está* deprimido (*estar parcial*), y no *es* deprimido.

De esta manera, el adicto se constituye como un individuo liberado de responsabilidades, dedicado al goce. Su contraparte es el individuo reprimido por las exigencias, dedicado al trabajo y la familia. Más que dos opciones de vida, estas figuras representan una relación particular con la estructura sociocultural y una articulación dialéctica entre las posibilidades de *inclusión y exclusión social*; y bajo una perspectiva clínica, representan una articulación entre las posibilidades de subjetivación y des-subjetivación. Así, se observa claramente cómo la dinámica del ser adicto está en constante tensión entre dos acciones: una, liberarse activamente de las exigencias impuestas típicamente a los adultos (formar una familia y trabajar) y otra, ser excluido, ser apartado de lo social pasivamente.

En ese sentido, la llegada de un paciente adicto a tratamiento se da en condiciones que permiten al psicólogo continuar con la acción social de mostrar el daño, hacerlo consciente de las consecuencias que está teniendo (semejante a un deber moral), con el objetivo ahora de culpar, restringir, disciplinar y subjetivar. Esta culpa tendría la función de re-vincular al adicto, favoreciendo que su conducta ahora se motive teniendo presente a los demás. La culpa y el sentido de la responsabilidad son finalmente un modo de promover una actitud solidaria para con otras personas. Esto permitiría la subjetivación. A través de moldearlo como objeto se rehabilita como sujeto.

Conclusiones

A partir del discurso de los psicólogos podemos ver que es en el tratamiento de drogas donde se ponen en juego todas las proscripciones de la que es objeto la droga: ni el encarcelamiento logra tanta prohibición como el tratamiento. De hecho, las cifras del CONACE muestran que alrededor del 70% de quienes fueron sometidos a desintoxicaciones privativas de libertad recayeron una vez libres. No se puede desconocer, entonces, la relación entre la institución judicial y la institución de salud mental en tanto ambas operan, en relación a las drogas, como un discurso normativo

y moral. Por una parte, las prohibiciones facilitan que el adicto se considere como estando fuera de la ley, aunque no viole necesariamente ninguna de ellas: al adicto se le puede castigar moralmente por consumir una droga ilegal, aun cuando su consumo se enmarque dentro de la legalidad. Por otra parte, las regulaciones sociales facilitan que el adicto se considere como estando fuera de la cultura, aunque no viole necesariamente ninguna de esas regulaciones: al adicto se le puede culpar por el riesgo al que se expone.

En tal sentido, evoquemos otro hecho de esencial relevancia para la clínica de la drogadicción. El adicto siempre tendrá culpa de hacerle daño a otro (lo que para la justicia se tipificaría como crimen o delito). Aun cuando no haya otras personas, siempre está ese *otro* que es *uno mismo*. La educación de la que es objeto el adicto logra des-subjetivarlo completamente de su propio cuerpo. La educación del daño es respecto a un cuerpo otro, un cuerpo del cual el adicto no tiene consciencia, puesto que negligentemente lo expuso a un daño irreparable. De esta manera, la culpabilización del adicto no necesita de evidencia real: el daño puede no existir, pero el riesgo al que se expuso a sí mismo ya lo incrimina.

Estas comparaciones entre las instituciones “Salud Mental” y “Justicia”, por supuesto que no son originales. Baste señalar la claridad histórica de M. Foucault y el radicalismo de T. Szasz para introducirse en este problema. Permitámonos citar, entonces, a Szasz (2003) para ejemplificar, según su opinión, cómo la Psiquiatría ofrece la posibilidad de separarnos de quienes consideramos molestos o peligrosos: “¿Cómo hacen eso los Psiquiatras? Aliándose con el aparato coercitivo del Estado y declarando a los individuos ofensivos como mentalmente enfermos y peligrosos para ellos mismos y otros. Este mantra mágico nos permite encarcelarlos en una prisión que llamamos ‘Hospital Mental’. Ostensiblemente, el término ‘enfermedad mental’ (o ‘psicopatología’) nombra una condición patológica o enfermedad, de modo similar a una diabetes; en realidad, eso señala una táctica o justificación social, permitiéndole a miembros de la familia, cortes, y a la sociedad como entidad, separarse a ellos mismos de individuos que

exhiben, o son acusados de exhibir, ciertas conductas identificadas como ‘peligrosas enfermedades mentales’” (Szasz, 2003, pp.376-377).

Para Szasz, la relación que la Psiquiatría establece con sus pacientes es esencialmente coercitiva. La Psicología, sin embargo, no se incluye usualmente en esta discusión como una disciplina *coercitivamente normativa*. Tampoco es nuestra pretensión hacer una reflexión del papel histórico de la Psicología en la instauración de la “enfermedad mental” como posible elemento de coerción social. De todos modos, sigue siendo sugerente que, para la Psicología, los tratamientos de drogas representen una atractiva posibilidad de tener cierta cuota de poder. De esa forma, en los tratamientos de drogas, el psicólogo emerge como la figura que introduce la culpa, la disciplina, la educación; en una palabra, la cultura. Si la labor del psicólogo ha sido clásicamente, en un sentido lato, la de *comprender y liberar* al paciente (ya sea de la represión o de sus ideas irracionales, por ejemplo), el adicto otorga la posibilidad de *controlarlo* y de no tener que comprenderlo, sino, por el contrario, de hacerlo comprender.

Precisamente, esta suposición de que al adicto no es necesario comprenderlo, se fundamentaba en que el tratamiento mantenía como imperativo que el paciente dejara de ser adicto aspirando a ser un “sujeto social ideal”. En otras palabras, al adicto no se le comprende más allá de lo necesario para hacerlo un objeto moldeable y educable, que aspira a ser un sujeto disciplinado y responsable -misma pretensión atribuible al sistema judicial. De cierto modo, se ha teñido recíprocamente un imperativo de control con un imperativo de cura, lo que, por supuesto, sólo desembocará en acciones coercitivas maquilladas como iniciativas terapéuticas. La pregunta ya se vislumbra: ¿es la figura patológica del consumo de drogas independiente de su figura penal? Mientras castigo y tratamiento sigan invocando el mismo tipo de lógica normativa, no habrá mejor argumento para responder negativamente.

Mientras la cárcel evita que el cuerpo escape a sus ánimos, el tratamiento evita que los ánimos escapen al cuerpo (Escohotado, 1989), configurando e interiorizando una especie de prisión mental. En ese sentido es que para los tratamientos de alcohol y drogas se hace necesario disponer

de tantas estrategias de intervención: terapias individuales, grupales, familiares, talleres recreativos, de reinserción sociolaboral, de prevención de recaídas, visitas domiciliarias, llamadas telefónicas de rescate, controles psiquiátricos y médicos, y seguimientos posteriores al alta. Todo esto sobre la base de que el adicto no puede seguir trabajando, no puede manejar dinero, no puede ver a sus amigos, no puede salir solo y, por supuesto, no puede consumir drogas, excepto sus medicamentos.

Bibliografía

BATAILLE, G. (1933). *La parte maldita, precedida de la Noción de Gasto*. Barcelona: ICARIA.

BUJÁN, J. (2001). El abordaje de la drogadicción. En: M. VENTRE (comp.), *La drogadicción: una mirada institucional* (41-59). Buenos Aires: Lugar Editorial.

BURROUGHS, W. (1959). *El almuerzo desnudo*. Barcelona: Anagrama.

CONSEJO NACIONAL PARA EL CONTROL DE ESTUPEFACIENTES (CONACE) (1997). *Segundo Informe Anual Sobre la Situación de Drogas en Chile*. Santiago, Chile.

CONSEJO NACIONAL PARA EL CONTROL DE ESTUPEFACIENTES (CONACE) (1998). *Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile*. Obtenido el 30 de Marzo de 2007, desde www.conacedrogas.cl/docs_obs/est_pobla_general/poblacion_general_1998.pdf.

CONSEJO NACIONAL PARA EL CONTROL DE ESTUPEFACIENTES (CONACE) (2004a). *Lineamientos técnicos: tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas*. Santiago, Chile.

CONSEJO NACIONAL PARA EL CONTROL DE ESTUPEFACIENTES (CONACE) (2004b). *Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile*. Obtenido el 5 de Mayo de 2007, desde www.cicad.oas.org/oid/MainPage/CONACEestudio2005.pdf.

ESCOHOTADO, A. (1989). *Historia General de las Drogas, Tomo I*. Madrid: Alianza.

FOUCAULT, M. (1976). *Historia de la Sexualidad. 1- La voluntad del saber*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.

FREUD, S. (1986). *El Malestar en la Cultura*. En S. FREUD, *Obras Completas, Volumen XXI*, (57-140). Buenos Aires: Amorrortu.

LE POULICHET, S. (1987), *Toxicomanías y psicoanálisis: las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu.

MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM-IV) (2002). Barcelona: Masson.

MARTINIC, S. (1992). *Análisis Estructural. Presentación de un método para estudio de lógicas culturales*. Documento de trabajo. Centro de Investigación y desarrollo de la Educación (CIDE).

MILLER, J. (1987). *Introducción al Método Psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.

MOLIÉRE (1982). *Don Juan*. Madrid: Compañía Ibero-Americana de Publicaciones.

QUIROGA, L. y VILLATORO, P. (2003). *Tecnologías de información y comunicaciones: su impacto en la política de drogas en Chile. Extracto del informe final CEPAL/CONACE*. Santiago, Chile: CEPAL - Naciones Unidas.

PIRET, A., NIZET, J. y BOURGOIS, E. (1996). *Análisis Estructural: un método de análisis de contenido*. Bélgica: Boeck Université.

RUIZ, J. (2003). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

SZASZ, T. (1992). *Nuestro Derecho a las Drogas*. Barcelona: Anagrama.

Szasz, T. (2003). Psychiatry and the control of dangerousness: on the apotropaic function of the term "mental illness". *Journal of Social Work Education*, 39, No.3, 375-381. Obtenido el 15 de Abril de 2007, desde la base de datos EBSCOHost Academic Search.

Fecha de Recepción de artículo: 19 de Octubre 2007.

Fecha de Aceptación de artículo: 04 de Enero 2008.