



## LA PSICOLOGÍA DINÁMICA EN EL TRATAMIENTO DE LA FARMACODEPENDENCIA: CONCEPTUALIZACIÓN Y METODOLOGÍA EN CONSULTA PRIVADA E INSTITUCIONAL

**Oscar Darío Bohórquez Marín**

Licenciado en Pedagogía Reeducativa

Psicólogo

Especialista en docencia investigativa universitaria

Magister en drogodependencias

Docente de los posgrados de Farmacodependencia y Adicciones

Acercarse al concepto de farmacodependencia sin antes asumir una postura clara y aceptada por una comunidad académica o científica, puede derivar en la generalización de terminologías o explicaciones buenamente intencionadas por cada autor, grupo o institución, sin que se exprese con precisión un concepto de drogadicción. Por ello, conviene citar en este caso a la Organización Mundial de la Salud que considera droga (sinónimo de fármaco) a toda sustancia que introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones. (OMS1969). Posteriormente en 1982 la OMS delimitó cuales serían las sustancias que producían dependencia y declaró como droga de abuso. Aquella de uso no médico con efectos psicoactivos y susceptible de ser administrada. (Capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento).

La farmacodependencia se ha convertido en un problema da salud pública, un problema político, en un problema educativo, en un problema social, un problema cultural. Y en un problema individual que atraviesa mente, cuerpo y comportamiento. La psicología como disciplina social con influencia en el área de la salud, ha asumido la responsabilidad que intrínsecamente le

supone la farmacodependencia, en tanto es un comportamiento de los seres humanos. Pero la atención que le ha brindado a esta problemática multicausal y multidimensional, se está quedando confinada a la mirada clínica tradicional con la que se atienden las diversas situaciones humanas.

Una vez aceptado el fenómeno de la farmacodependencia como un problema de salud pública que compromete el estado psicológico de quien la consume, es de carácter obligado por la Psicología como disciplina que estudia el comportamiento humano, hacer la reflexión conceptual y epistemológica del origen, curso, evolución y tratamiento de la farmacodependencia, así como del desarrollo de programas de promoción y prevención.

La psicología desde sus inicios ha venido involucrándose en todos los aspectos que conciernen a la mente humana y, no podía ser ajena a los efectos generados por el uso de sustancias psicoactivas; sin embargo, es de aclarar que los principales registros de tratamientos para las toxicomanías se dan en el año de 1.952 y desde la influencia de la misma psiquiatría con el Dr. Maxwell Jones-, además de la experiencia recogida en institutos psiquiátricos, donde colegas suyos operaban desde 1.946 con un modelo de internamiento similar para enfermos mentales, los equipos clínicos permiten que los pacientes asuman un papel protagónico al encarar responsabilidades y actividades en el proceso terapéutico. (Orozco F. 2006)

De igual manera, se dieron otros modelos teóricos que explicaron las conductas adictivas, es el caso de las teorías psicodinámicas; ya en su tiempo Freud había tomado interés por el tema y había visto en los trastornos adictivos manifestaciones regresivas marcadas por la compulsión de repetición... (Mino Annie 2000).

Cada día aumenta el consumo de sustancias psicoactivas a nivel mundial, en ese sentido, la Organización de Naciones Unidas advirtió que el consumo de droga está subiendo en todo el mundo, pero especialmente en América Latina. Y particularmente reporta que en Colombia y Afganistán se registró durante el último año un aumento en la producción de amapola y cocaína, Informe Mundial sobre las Drogas 2008, (El Espectador 08-2009). Situación que exige

aumentar los procesos de promoción, prevención e intervención frente a las adicciones.

La psicología como campo disciplinar que se ha venido fundamentando paulatinamente a partir de estudios rigurosos sobre los asuntos que le son propios, no puede dar más largas a la situación en cuestión y continuar problematizando entre las diferentes concepciones teóricas, sobre las explicaciones y formas de intervención descalificadoras entre una corriente psicológica y otra. Por el contrario, debe hacer un esfuerzo por integrar acciones concretas que generen transformación y sirvan de punto de referencia para trabajo de erradicación o atención a la proliferación de este fenómeno que se torna en problema de salud pública, que afecta a todos los colombianos. Drucker (2007) señaló que las estadísticas de consumo en Colombia son tan preocupantes que nos deben tocar a todos en el sentido de desarrollar una actitud propositiva.

Hoy día el fenómeno de la farmacodependencia ha tomado distancia de las amplias explicaciones monodisciplinares, algunas de ellas: biológicas, filosóficas, antropológicas, pedagógicas y psicológicas. Cuando se acepta el contenido multi causal y multidimensional del fenómeno, se exige por tanto, asumir posturas sistémicas, que sin perder la identidad, filosofía y sustentación teórica de cada disciplina, se pueda hacer una integración explicativa para comprender la farmacodependencia; y en ese sentido comprender que los tratamientos ineludiblemente se deben integrar y complementar. La farmacodependencia le está ganando la carrera a la ciencia.

Partiendo de estas consideraciones, ese estudio se interesó en reflexionar la participación que ha tenido la Psicología como disciplina corresponsable en la atención e intervención al fenómeno de la farmacodependencia. En ese propósito, se entrevistaron 15 psicólogos de la ciudad de Medellín para que compartieran las experiencias psicoterapéuticas en el campo de la farmacodependencia. De los profesionales invitados se acordó una selección de cinco profesionales por corriente psicológica, bien sea por formación en esta o, porque se identifique con ella y sienta allí las bases para el tratamiento.

En el proceso de análisis de la información se hizo el propósito de recoger o categorizar las experiencias contadas para presentarlas por corriente o escuela, así, las ideas principales se reúnen en: conceptos básicos desde donde comprenden la farmacodependencia, modalidades, métodos y técnicas de intervención, eficacia de los procesos de tratamiento y finalmente, el proceso de recaída de los pacientes que llegan a la consulta.

Es de advertir, que el contenido que se presenta a continuación, se integró por corrientes psicológicas; no por ello, estas ideas representan la concepción teórica y psicoterapéutica de cada corriente de la psicología, en la comprensión del fenómeno de la farmacodependencia. Esto es un ejercicio que intenta ordenar las experiencia psicoterapéutica, con miras a reflexionar la participación disciplinar en la lucha contra la enfermedad del siglo XXI que cobra más vidas humanas.

Los psicólogos dinámicos entrevistados plantearon una serie de conceptos teóricos desde los cuales han venido comprendiendo el fenómeno de la farmacodependencia en los sujetos. Estas consideraciones fundamentan su intervención.

Al respecto conviene decir que, todos los psicólogos dinámicos dieron cuenta de los autores clásicos del psicoanálisis como son Sigmund Freud y Jacques Lacan, citando de ellos algunos aspectos generales que permiten comprender el fenómeno de la adicción. De igual manera, han expresado las conceptualizaciones y reconceptualizaciones que a partir de la praxis profesional han venido obteniendo.

Es así como, en 1930 Freud al principio de sus escritos en *El malestar de la cultura*, planteaba la toxicomanía como un recurso más a la angustia de un mito. Mientras que en 1971 Lacan planteaba el consumo de la toxicomanía como un síntoma más, como puede ser un síntoma o una enfermedad psicosomática.

[...] a las comunidades terapéutica pueden llegar personas con una de las tres estructuras propuestas por Lacan, psicóticas, perversas o neuróticas. Puede llegar un neurótico, un psicótico o un perverso; la pregunta es, si existe la posibilidad de hacer un tratamiento o un psicoanálisis a estas tres estructuras. (Patricia Duque, entrevista personal, noviembre de 2009)

De igual manera la entrevistada considera que:

En el caso de los neuróticos la toxicomanía es vista como una elección responsable, cuando una persona en su situación particular a optado o elegido por una comunidad terapéutica, es un acto responsable, aquí la intervención psicológica bajo una mirada psicoanalítica hace un tratamiento a un síntoma desde una postura. Sobre el neurótico que llega con un consumo de sustancias psicoactivas, considera que es el producto de la sociedad, del maltrato, del dolor, del ambiente sicosocial, la predisposición o la adicción particularmente. (Patricia Duque, entrevista personal, noviembre de 2009)

Lo que daría sentido a la afirmación de Mino Annie (2001), [...] la adicción sería una forma de automedicación que tendría como fin aliviar o controlar sufrimientos emocionales intolerables.

Otros consideran que la condición particular del sujeto con relación a la droga, puede pensarse desde la pulsión en relación a un sujeto que establece una relación con el objeto droga, no es solo de sustancia, sino de algo que lo ata en su existencia y que lo atrapa en su deseo.

La droga le ayuda al drogadicto a hacerse a una «identidad» en la medida en que hay una «identificación» con el objeto-droga. «Ser alcohólico» o «ser drogadicto» es tener ya asegurada una identidad, un lugar en el mundo. Decir «soy drogadicto» o «soy alcohólico» es una forma de presentarse ante la sociedad, y de hecho, así se presentan los sujetos que pasan por una comunidad terapéutica, llámese esta Alcohólicos Anónimos o Adictos Anónimos: «me llamo fulano de tal y soy alcohólico» (Bernal, 2006)

El yo ligado a la pulsión, el sujeto está atado al objeto droga y es particular para cada sujeto, que establece históricamente la relación con la droga ligado a la pulsión. El sujeto establece una relación existencial con la droga más allá de lo social.

Desde ahí, se puede pensar que lo social esta estructurando en la relación del sujeto con la droga, que va mas allá de que sea de buena familia, que tenga un modelo de identificación alcohólico o que tenga una herencia de consumo.

[...] el problema es como el sujeto se posesiona frente a eso, qué satisfacción le produce, que consigue con eso y por qué no puede desligarse de eso, es una posición llamada manía, es una posición netamente estructural desde la

neurosis, psicosis o la perversión ligado a la droga, desde una posición subjetiva atravesada por la pulsión tanática de muerte. (Fabián Orozco, entrevista personal, noviembre de 2009)

No obstante, el mismo psicólogo sostiene que,

Cuando se tiene una relación existencial con la droga, es una relación que lo sostiene, y desde ahí es pulsión de vida, uno podría pensar, cuando establece estas relaciones clínicas con los pacientes, ¿Qué es lo que lo lleva a consumir? Y el sujeto siempre dice: hay algo que yo encuentro ahí que no me lo da otra relación existencial. La droga liga al sujeto a consumir. (Fabián Orozco, entrevista personal, noviembre de 2009)

Las afirmaciones anteriores generan una disyuntiva que implica comprender como la relación que el sujeto tiene con la droga puede ser un asunto pulsional tanática; porque la droga acaba y finalmente lleva a la muerte, pero que a su vez le posibilita al sujeto establecer una relación que le da sentido a la vida, desde la cual se vincula y le permite vivir.

Sin embargo, aquí vale la pena hacer una pequeña digresión sobre dicha afirmación,

[...] se han resaltado los déficits en términos de capacidad de autorregulación emocional y afectiva y de incapacidad para establecer una autonomía funcional. Estos elementos revelan una imagen de sí mismo problemática, puesta de manifiesto con frecuencia por sentimientos de autoestima devaluados y por conductas de fracaso. El abuso de sustancias aparece, por tanto como una estrategia que tiene como objetivo impedir la fragmentación de la personalidad y la irrupción de afectos incontrolables. (Mino Annie, 2001)

Desde una perspectiva psicoanalítica el adicto en su existencia, hace una elección tiene que ver con pulsiones que le apuestan a lo riesgoso, a lo mortífero, a lo agresivo, a lo que vulnera al otro a lo que rompe el lazo social, a lo que rompe la ley, a lo que desestructura la familia; entonces, si el sujeto le apuesta a eso, la conclusión de su existencia va a ser a lo que él se aventure.

[...] el toxicómano es definido como aquel que ha establecido una relación particular con la droga, en la medida en que todos los aspectos de su existencia han sido subordinados al consumo reiterado de una o varias clases de sustancias, y cuya relación de tipo existencial está caracterizada por la autodestrucción progresiva, crisis de valores, vacío existencial y ausencia de sentido de vida. (Orozco, 2006)

[...] hay un asunto existencial, los seres humanos no vivimos solos; por ello, un sujeto solo no es capaz de producir el cambio y tejer distinto la existencia, necesita empezar a construir la existencia a partir del reconocimiento de esos determinantes que tenía. Desde la dinámica tienen mucho que ver la estructuración del sujeto y el psiquismo humano, el aporte del inconsciente, en la dinámica de la adicción el ello es lo pulsional. De tal manera que en la terapéutica -dinámica-psicoanalítica- toda intervención trata de que ese proyecto existencial apunte a elecciones vitales, a un estilo de vida saludable y a todo aquello que apunte que genere en su vida la salud mental y el bienestar. (Cesar Jaramillo, entrevista personal, octubre de 2009)

Con el ánimo de comprender un asunto muy importante del psicoanálisis y de la dinámica sobre cómo opera el principio de placer y como se mueve entre el placer y el displacer, se retoma la siguiente cita.

Todos los seres humanos nos movemos entre dos principios, el principio del placer y el principio de la realidad; el principio de placer tiene jalonamientos positivos y negativos cuando yo me doy un placer a mi mismo o con otro y ese placer me enriquece, y está el displacer, que es cuando en el placer hay una cantidad de dolor que está articulada allí, y hay otro que son los placeres que van hasta el extremos de un sufrimiento doloroso, que es lo que el psicoanálisis conoce como el goce, tendencia masoquista". Cesar Jaramillo, entrevista personal, octubre de 2009)

A lo anterior (Fabián Orozco, entrevista personal, octubre de 2009) parafraseando a Lacan, dice que "con el concepto de goce, lo contrario entre el sadismo y masoquismo, yo gozo sufriendo, el sujeto sabe que le duele, sabe que le produce mucho daño, pero sabe también que le produce mucho placer. Es la típica relación de pareja donde el otro está atrapado en el goce del sufrimiento pero no es capaz de desconectarse". El goce tiene que ver con las relaciones que establece un sujeto deseante con un objeto deseado, y el monto de satisfacción que él puede experimentar del usufructo de dicho objeto. (Bernal, 2006)

[...] el sujeto adicto no ha podido construir un deseo propio, su lugar como sujeto psicológico, que en condición de dependencia, no tiene una palabra propia, siempre está en función de un otro, en este caso particularmente una sustancia. Se explica de alguna otra manera desde la perspectiva Psicodinámica una sensación de vacío que desde esta perspectiva sabemos que es un vacío afectivo, pero que para el adicto entra allí a jugarse una sensación de vacío físico, el cual intenta él llenar con un objeto físico la droga, ilusoriamente él intenta llenarla poniendo adentro una sustancia y ha puesto en un círculo de dependencia la sustancia con la ilusión de sentirse bien, luego sale del efecto, aparecen unas consecuencias mucho más desagradables para él. (Norman Moreno, entrevista personal, octubre de 2009)

Vacío que podría llenar desde el consumo de sustancias psicoactivas para experimentar una satisfacción, alivio o sensación de solución. “[...] ellas tienen la paradójica función de darle solución a algo muy molesto que es constitutivo del ser humano, y por esta razón resulta terapéutica. La droga tiene un efecto terapéutico en tanto que alivia de la angustia que hace parte de la vida de los seres humanos, la angustia de existir”. (Bernal, 2006)

La psicología dinámica trabaja sobre el sustrato yoico, para identificar lo que está ocurriendo con la persona, sus conflictos, sus problemáticas, los cuales se convierten en un síntoma, y se empieza a identificar el papel que juega, la droga en el individuo, para que sirven, que le regula, que le posibilita y que le destruye. El ese sentido, trabaja con el YO, sobre las formaciones del inconsciente, sobre el efecto de esas formaciones inconscientes, o sea el síntoma, desde ahí se construye, finalmente lo que se trata es de trabajar sobre el YO, unos mecanismos de defensa”. Y termina diciendo que “el ser humano siempre tiene unos mecanismos de proyección para defenderse de una cantidad de cosas, esos mecanismos de defensa se van detectando para establecer el dispositivo de intervención, de esta persona que proyecta, niega, condensa o desplaza. (Walter Cuartas, entrevista personal, octubre de 2009)

Desde la perspectiva de la psicología dinámica, según esta exploración realizada con psicólogos experimentados se llega a las siguientes conceptualizaciones. El sujeto adicto no se considera como tal, no existe un sujeto adicto, existe un sujeto en relación con un objeto, es una persona con dificultades de dependencia, con una cantidad de conflictos relacionales dentro de ellos hay uno con un objeto que se llama droga. No obstante, el sujeto en algún momento de la vida ha decidido ser así. “Y por ser una elección del sujeto, es también su responsabilidad”. (Bernal, 2006)

El sujeto que consume drogas psicoactivas no se puede explicar por fuera del fenómeno social actual de este país. Cualquier sujeto de este tiempo puede volverse adicto a una droga, independientemente de que tenga conflictos familiares de traumas infantiles, abandono de los padres, etc. La realidad muestra que el problema es cada vez más común, cercano y masivo. En este sentido, se puede intuir que en la relación del sujeto con lo social, se tejen otras dinámicas que van más allá de la simple socialización e interacción humana.

El anclaje de un individuo en la drogodependencia resulta de la combinación de tres factores: la disponibilidad de las sustancias; un alejamiento del compromiso social de no utilizarlas; y en fin una tensión o una privación de

rol, es decir, una dificultad de orden personal o sociocultural a interesarse por roles socialmente valorizados. (Winick citado por Mino Annie 2001)

El consumo de sustancias psicoactivas hace mucho tiempo dejó de ser un problema de individuos. Las drogas siempre han existido en las culturas primitivas, la droga siempre ha estado en la comunidad, pero nunca había sido un problema y nunca había sido masivo el consumo ni mucho menos por fuera de los rituales de la comunidad. Ahora el consumo es individual.

Las preguntas emergentes son ¿el sujeto qué quiere con su existencia, para donde va, cuál es la posición subjetiva frente a la existencia, dónde se da la ruptura de lo subjetivo con lo social?. También puede pensarse que desde la percepción moral puede ser que un sujeto consumidor de sustancias psicoactivas tiene problemas con sus funciones yoicas, integradoras de fortalecimiento de mecanismo de defensa y tiene problemas y debilidad superyoica, desde la culpa.

Parece ser que el sujeto para poder pasar la frontera de la toxicomanía tendrá que encontrar en su existencia algo que le proporcione mayor satisfacción, como puede ser una relación de pareja, un trabajo u otra sustancia que lo sostenga.

En mi experiencia profesional he encontrado que existen sujetos que nunca salen de las comunidades terapéuticas, dejaron de consumir pero están ligados y son obsesivos trabajadores o siguen consumiendo por ejemplo cigarrillo o mucho tinto o una vida sexual supremamente activa, notamos que esa pulsión sexual como una energía constante como la define Freud, el sujeto necesita estar en una posición compulsiva repetitiva para sostenerse. (Fabián Orozco, entrevista personal, octubre de 2009)

El goce también aparece ligado, aunque no se lo mencione explícitamente, a las actividades repetitivas de la pulsión sexual, como sucede, por ejemplo en el chupeteo del seno materno, una vez que se ha satisfecho la necesidad orgánica de alimento, es decir, el niño goza de chupar, lo que marca su entrada en el autoerotismo. El sujeto toxicómano se asemeja bastante a esta imagen del chupeteo del seno por parte del niño; de hecho, es en la toxicomanía donde mejor se observa esa compulsión a la repetición de una experiencia que le brinda al sujeto una cierta satisfacción. (Bernal, 2006)

La psicología dinámica trabaja es sobre la formación del inconsciente como acto y consecuencia de lo que es el individuo. Y desde la psicología esta, se concibe el tratamiento a las adicciones básicamente desde dos modalidades; la consulta privada o clínica individual y la clínica grupal o intervención institucional.

En la clínica individual fundamentalmente se hace una escucha activa de lo que está sucediendo en ese momento puntual de la vida del sujeto y de tratar de entender el papel que juega la sustancia en su historia de vida. La intervención desde la clínica individual parte siempre de la demanda del individuo; desde el deseo, y en ese sentido si una persona solicita una consulta, es porque está haciendo una propuesta de recuperación para resolver el porqué de los interrogantes en su vida. En estos casos se puede plantear una intervención desde la psicoterapia de orientación analítica, más orientada hacia el psicoanálisis, con mayor silencio del terapeuta, esta terapia puede ser muy efectiva, porque posibilita devolverle al otro el lugar de la pregunta y el lugar de la elaboración, ya que el paciente toma una posición frente a su existencia al hacer insight.

En la psicoterapia de esclarecimiento el terapeuta se ubica en un yo que no es tan auxiliar sino que permite al otro que elabore ante la propia pregunta. En la psicoterapia de apoyo, el yo auxiliar, es un yo de contención, muy asistencial, cuando el sujeto necesite el terapeuta está ahí. Muy útil cuando el sujeto está depresivo, melancólico y con tendencia al suicidio.

La asociación libre busca intencionadamente un objetivo valorando los cambios y las modificaciones que van surgiendo en el individuo a nivel interno que son el producto de todo el bagaje del afuera. El método clínico de la escucha basado en la asociación de las manifestaciones del inconsciente, buscan el significado y el sentido simbólico de la palabra del otro.

En la psicología dinámica el rotulo no es importante, pero si da un orientación, no es lo mismo intervenir a una persona con una neurosis que con psicosis, hay que determinar cuál es la estructura clínica para desarrollar la técnica, y a partir del diagnostico establecer los dispositivos terapéuticos, y empezar a trabajar los focos tales como: la resignificación de las dificultades filiales, parentales, la relación con el otro, la relación con el mundo, la relación con sí mismo y el papel que juega la droga". (Walter cuartas, entrevista personal, septiembre de 2009)

Adicionalmente, a esto es importante considerar que al momento de realizar el plan de tratamiento se hace necesario realizar un diagnóstico al sujeto, que permita determinar el patrón de consumo.

A partir de lo anterior, es posible desarrollar un plan de intervención que incluya una o varias técnicas, según sea la necesidad como pueden ser: la entrevista directiva, la asociación libre, la escucha analítica la interpretación de los sueños en lo referido a los símbolos, los dibujos, las pruebas proyectivas y muy especialmente las técnicas de afrontamiento que refuerza las funciones yoicas. Sin embargo se debe de tener en cuenta que, "no es la técnica en sí lo que más importa sino los efectos cartárticos que pueden producir en el sujeto". (Fabián Orozco, entrevista personal, noviembre de 2009)

Siguiendo esta misma línea de ideas se encontró que en la utilización de los diferentes métodos y técnicas, siempre hay que particularizar en las necesidades del sujeto y orientar la psicoterapia desde un presupuesto teórico básico. Incluso algunos psicólogos entrevistados aceptan que se concibe la posibilidad de la interconsulta con otro colega desde una mirada distinta o al psiquiatra, en función del trastorno que presente el sujeto. La realización de asambleas familiares, la intervención a cualquier persona que se considere coadicta, ya que desde ellos se sostiene el síntoma.

En la clínica grupal o intervención institucional la psicoterapia dinámica trabaja con unos dispositivos muy amplios que a su vez abundan en técnicas. Aunque en el contexto institucional se hable de clínica grupal no se excluye para nada la asesoría e intervención individual, en lo individual es muy importante desarrollar terapia del esclarecimiento y orientación analítica. Por lo tanto, en la primera entrevista se debe buscar como activar la función del

YO. Y se interviene con diferentes técnicas a partir de los conflictos no resueltos.

En la psicoterapia institucional cobra un sentido muy importante la utilización y la aplicación de técnicas grupales apoyándose en métodos y técnicas de la psicología humanista y de herramientas pedagógicas. Véanse algunas:

Las técnicas socioeducativa que son básicas cuando un sujeto comienza a enfrentarse en los primeros momentos de su tratamiento que es conocer que sucede en las adicciones.

La prevención es una experiencia puntual y eso no produce cambios culturales por que los cambios en estos temas son de representaciones sociales y esos cambios de representaciones sociales son cambios de procesos que se demoran décadas.

El sociodrama cuando hay una representación que toma una dinámica social y de eso se aprende. El psicodrama cuando se trabaja terapias que tocan lo subjetivo, la primera toca los contextos colectivos grupales de representaciones más sociales esta mas ya toca el plan de las representaciones individuales.

El grupo operativo, el grupo operativo es una técnica que se origina en el psicoanálisis y que se vuelve técnica en estos momentos de gran valor para trabajar con adicciones.

Terapias alternativas con efectos psicológicos como la ludoterapia, la biodanza y las constelaciones familiares,

Una de las herramientas que ofrece el humanismo sobre todo a nivel grupal e individual sobre todo de la gestalt, me parece que la gestalt tiene herramientas muy interesantes que pueden conversar de cerca con el usuario, con la propuesta Psicodinámica. (Norman Moreno, entrevista personal, octubre de 2009)

Partiendo de la definición de la Organización Mundial de la Salud O.M.S. donde nombra el consumo de sustancias psicoactivas como un problema de

salud grave, se establecen todos los dispositivos terapéuticos para llegar a la intervención. Para eso, hay que tener claro como es el YO de esa persona, si es un yo fortalecido o si es un yo débil. Y mirar si el consumo está relacionado desde el deseo, la necesidad o desde las prohibiciones que controlan al individuo. Esto, permite comprender que las metodologías y técnicas que se utilizan en el tratamiento a sujetos con adicción a sustancias psicoactivas, exigen tener un soporte teórico, una intencionalidad y direccionalidad, así como un uso controlado y evaluado.

La posibilidad de hacer uso de técnicas de intervención de otras corrientes psicológicas o de otras disciplinas se sustenta desde la complejidad misma de la adicción en un sujeto con diversidad de situaciones psíquicas, sociales y comportamentales. Los diferentes métodos han permeado la intervención psicoterapéutica, pues hoy día hay que intervenir con las personas de otra manera, ya no es usted el paciente allá y el terapeuta aquí.

La eficacia desde el criterio de productividad consiste en llegar a cumplir los objetivos lo cual es muy complicado porque se mide es en el uno a uno.

En farmacodependencia no hay una terapia que garantice cien por ciento la eficacia, y mucho menos el psicólogo solo, la eficacia de la psicología dinámica tiene que ir acompañada por otros saberes, entre ellos la pedagogía. Para hablar de eficacia hay que hacer un trabajo interdisciplinario. (Walter Cuartas, entrevista personal, septiembre de 2009)

La comunidad terapéutica o los medios institucionalizados, pueden tener un poco de eficacia mientras el sujeto está allí, porque hay contención. Siempre y cuando se plantee la eficacia solo desde la farmacodependencia y no desde la transformación del individuo a nivel interno. En la farmacodependencia son cosas muy precisas, muy conductuales que son completamente válidas, pero que el individuo no las alcanza a terminar un proceso completo. Sin embargo, “en el caso de los sujetos que se recuperaron gracias a la intervención, pudieron haber aparecido una cantidad de factores externos a la intervención psicológica, que no se controlan y que tuvieron que ver con que la persona dejó el consumo, por ello es complejo afirmar que el tratamiento ha funcionado”. (Norman Moreno, entrevista personal, septiembre de 2009)

En estos tratamientos el sujeto aprende a vivir de otra manera, crea otros hábitos de subsistencia que lo contienen ya que el drogadicto está atrapado en su estructura, es posible que deje de consumir, pero lo que hace desde la sublimación pulsional, volviéndose un trabajador intenso o un adicto a otras cosas intensas. El sujeto está atrapado en la compulsión, el problema de la neurosis es que el sujeto está atrapado compulsivamente y de manera obsesiva. El sujeto sublima eso y esa sublimación pulsional es lo que le permite seguir viviendo, si se hace ruptura el sujeto hace un desplazamiento de un goce por otro. (Fabián Orozco, entrevista personal, octubre de 2009)

En general para dar cuenta de la eficacia del tratamiento psicológico desde la clínica dinámica, si el adicto está en una fase funcional del consumo, es decir cuando el sujeto tiene asideros existenciales, familiares, laborales, educativos, sociales que le pueden causar un motivo para poder darle un giro a su existencia. Cuando el sujeto ha pasado a la fase disfuncional en todas sus dimensiones, donde empieza la despreocupación en el trabajo, en la academia, problemas de pareja, choques familiares, etc. entra en la fase disfuncional del consumo. En este momento la sicoterapia sola no funciona, no es eficaz. “Cuando el sujeto pierde el control, cuando consume porque hay una “necesidad” un impulso para consumir y no hay control, necesita de un contexto que lo sujete, ahí es válida la experiencia de los tratamientos institucionales, los cuales deben ir articulados de acuerdo al nivel de afectación del consumo en el sujeto”. (Cesar Jaramillo, entrevista personal, octubre de 2009)

En las comunidades terapéuticas, puede haber más alta probabilidad de que alguno si haya dejado el consumo. Cuando se trabaja de manera individual dependes mucho de la prolongación del proceso y de que la persona sea constante, eso bastante difícil, explica (Norman Moreno, entrevista personal, octubre de 2009). Aunado a esto, en las evaluaciones realizadas a algunos tratamientos,

[...] se encontraban dificultades en la articulación a un dispositivo de escucha y trabajo psicoterapéutico, puesto que los pacientes encuentran las alternativas y respuestas en dicho espacio de saber obturando las posibilidades de acceso del psicólogo, además de dificultarse la continuidad de los procesos psicoterapéuticos por la rotación de la población. (Orozco, 2006)

En su mayoría los psicólogos dinámicos entrevistados coinciden que aunque la consulta privada da muchos elementos individuales del sujeto a

partir del discurso de este, es indiscutible que en la comunidad terapéutica está todo, está el sujeto en una dinámica cotidiana como un espacio micro social. Convive a través del juego, la alimentación, la dormida, el aseo. En este sentido, la terapia clínica grupal, da una visión mayor del sujeto con relación a la consulta privada, donde puede haber un sesgo que se escapa a la mirada del terapeuta; por otro lado, “el comportamiento institucional rompe con la posición del discurso del sujeto que puede ser mitómano o histérico”. (Fabián Orozco, entrevista personal, noviembre de 2009)

En contra posición a lo anterior, “en el caso de las comunidades terapéuticas hay personas con muchos problemas diferentes, lo que puede reducir la eficacia, en tanto que no puede particularizar, mientras que en la consulta individual privilegia lo subjetivo”. (Patricia Duque, entrevista personal, noviembre de 2009) Sumado a esto, se puede pensar que las personas que eligen un tratamiento ambulatorio tienen unas estructuras muy conservadas que pueden facilitar el proceso de recuperación, lo que se constituye en eficacia.

Varias de las apreciaciones suministradas por los psicólogos entrevistados se recogen en que la recaída no es desde la droga, es desde la estructura, el sujeto tiende a recaer así mantiene la posición compulsiva frente a un acto. La adicción es un asunto estructural neurótico, psicótico, perverso, desde la estructura del psicoanálisis el sujeto siempre está recaído. El sujeto siempre se mantiene en un acto compulsivo que contenga su existencia. La recaída no existe en la medida que el sujeto logre desplazar el objeto, pero sigue siendo un acto de ligazón que él a continuación desplazó. El ideal de éxito de cualquier trabajo psicoterapéutico no es lograr que el sujeto desplace el síntoma aferrándose a otra cosa, sino que aprenda a vivir con ella haciendo insight y elaborando lo que vive, comprendiéndolo y adquiriendo los mecanismos que lo contengan, él tiene que regularse socialmente, y se regula a partir de la culpa.

[...] el toxicómano no es un perverso, ya que la perversión supone el uso de las particularidades del fantasma. El fantasma, en el psicoanálisis, es la manera singular que tiene un sujeto de gozar o hacer uso de un objeto que satisface la pulsión sexual, y cuando se habla de fantasma hay que incluir en él a la castración. La perversión supone el uso del fantasma –es la estructura donde mejor se puede ver esto–, en cambio en la toxicomanía hay un uso del

goce por fuera del fantasma. Es una especie de cortocircuito, dice Laurent, en el que la ruptura con el “pequeño pipí” tiene como consecuencia que se puede gozar sin fantasma. (Laurent, 1988. citado por Bernal, 2006)

Sin embargo, hay otras posiciones que plantean que si los sujetos recaen es porque los procesos están mal hechos, no están sirviendo las intervenciones. Si el sujeto recaer no se puede seguir buscando la responsabilidad de la recaída en el mismo sujeto, el terapeuta también tiene responsabilidad, aunque desde la perspectiva Psicodinámica y psicoanalítica el psicólogo es el menos responsable del proceso. Pues cuando el psicólogo acepta un contrato con un paciente tiene la responsabilidad de garantizar que el proceso sirva, con el concurso de que él quiere estar aquí, que quiere poner todo su empeño en el proceso.

Para disminuir los procesos de recaída se sugiere hacer una evaluación permanente de los conflictos de ese individuo, tomando el modelo de Prochaska y Di Clemente, (1983) de pre-contemplación, contemplación y acción, como una etapa de mantenimiento, donde se mira desde el mismo criterio dinámico las habilidades para la vida, las capacidades del individuo para asumir estrategias de afrontamiento. De igual forma mirar cuáles son las conductas, los factores de riesgo y de protección y cuál es la modificación de ellos a nivel dinámico y estructural, observar que lo toca, que lo mueve, que lo hace vulnerable y mantener el trabajo permanente sobre este individuo, esto tiene que tener un límite para que no se esclavice frente a un psicólogo o una propuesta de tipo terapéutico.

En general se carece de elementos de medición que permita realizar un seguimiento. Hay sujetos que están en un proceso terapéutico de uno o varios años y no vuelven porque se siente bien, el ejercicio profesional no obliga a nadie a quedarse, pero la gente es la que toma la decisión, continuar o no. Eso sucede la mayoría de las veces en el trabajo con farmacodependientes, no siempre se lleva proceso a feliz término, son procesos que duran algunos meses o incluso en los más duraderos, con el tiempo la gente no vuelve y se queda el terapeuta sin saber que paso.

[...] lo mismo sucede en comunidades terapéuticas, tienen unos tiempos de tratamiento ya definidos, incluso unas fases que se establecen y después de ese tiempo hacen unas ceremonias de graduación donde supuestamente el

muchacho ya está curado y se re- integra a la sociedad, pero difícilmente la gente hablan de los fracasos de las recaídas o de que paso después de esas graduaciones porque ese seguimiento no se hace. Muchas veces se queda solo en lo que se alcanza a escuchar de los mismos usuarios de la comunidad terapéutica, que contaban quien recayó porque anda por la calle. El fracaso es muy alto. (Norman moreno, entrevista personal, octubre de 2009)

Finalmente, después de esta larga y rigurosa experiencia investigativa se concluye varias cosas, que si bien pueden llegar a ser refutables, también advierten de las fortalezas y vacíos existentes en torno a este entramado:

Los psicólogos dinámicos comprenden la adicción desde el vínculo que establece el sujeto con la droga, a través del cual sustituye un objeto por otro encontrándole sentido a la existencial.

Los psicólogos que realizan psicoterapia con farmacodependientes poseen diversos conceptos, desde donde comprenden el fenómeno de la adicción a sustancias psicoactivas. Aun así, se evidencia poca unidad conceptual por corrientes, lo que puede derivar en diversidad de itinerarios a la hora de intervenir. Situación que puede generar ambigüedad disciplinar en la intervención.

Los psicólogos dinámicos adicionalmente a sus técnicas, se apoyan en algunas técnicas psicoanalíticas, de igual manera emplean algunas de la psicología humanista, principalmente en la clínica institucional.

Es un imperativo que en la intervención clínica con farmacodependientes, el terapeuta genere un vínculo empático con el paciente, pues esta sería la primera estrategia que posibilita el ambiente necesario para el desarrollo del proceso terapéutico.

La mayor eficacia en el tratamiento con farmacodependientes, se logra en la clínica institucional; indicando que en esta se produce una propuesta interdisciplinaria que enriquece y recrea el proceso, asociado a esto la amplia variedad de los métodos utilizados dentro de las instituciones.

Los niveles de eficacia en los tratamientos psicológicos con farmacodependientes, no se han podido evidenciar de forma rigurosa, ni en la

clínica privada ni en clínica institucional. En la primera por razones de abandono prematuro del proceso bien sea por razones económicas o por que el paciente considera estar bien. Pocos psicólogos han llevado a feliz término un proceso completo. En la segunda por la deserción del proceso, por la oferta interdisciplinaria que no permite establecer con claridad la eficacia desde lo psicológico.

La recaída o reincidencia del consumo de drogas, durante el proceso terapéutico o después de su finalización, se asume como parte del tratamiento. El argumento está en que si un sujeto recae es porque aun existen tensiones que faltan por revisar e intervenir; por lo tanto, es importante reformular el tratamiento después del evento de recaída.

Las instituciones que ofrecen tratamientos a farmacodependientes, carecen de un dispositivo de seguimiento post-institucional, que permita evidencia las estadísticas y la cualidad en la recuperación total o parcial de los usuarios.

Todo esto exige ajustes a los sistemas tradicionales de atención e intervención de los procesos de la farmacodependencia, para lo cual se considera que:

En el tratamiento psicoterapéutico dirigido a farmacodependientes es importante consolidar los referentes teóricos que pueden ayudar a explicar el consumo de drogas y a partir de ello, diseñar un plan de intervención que de respuesta a lo general del consumo y a lo individual del paciente.

En los tratamientos desde la clínica privada conviene plantearse la posibilidad de adelantar intervenciones interdisciplinarias que incluyan interconsultas, redes inter institucionales y vínculos terapéuticos con grupos sociales de apoyo. De tal forma que el paciente, sea intervenido desde otras miradas disciplinares y la posibilidad de interactuar con su medio ambiente inmediato.

Las instituciones que ofertan tratamiento integral dirigido a farmacodependientes, llevan intrínsecamente una responsabilidad ética,

disciplinar y organizacional y, por lo tanto, deben diseñar un dispositivo especial de seguimiento para sistematizar las experiencias post-institucionales, con el fin de evidenciar el nivel de fracaso y el nivel de éxito obtenido.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bernal, H. (2009). Estructuras clínicas y drogadicciones. *Poiésis*, 18
- Bruner, J. (1982). De la disposition au contexte. En P. Fraisse (Ed.) *Psychologie de demain*. Paris:
- Buber, M. (1923). *Ich und Du*. Leipzig: Inserverlag.
- Friedman, M. (1985). *Dialogue and psychotherapy: healing trough meeting*. New York: Jason Aronson.
- MARTORELL José y PRIETO José. manual "fundamentos de la psicología. Editorial Centro de Estudios Ramón Areces. Colección de Psicología Mayor J. (1992). Modelo biopsicosocial en drogodependencias. En *Revista Proyecto Hombre*. Madrid.
- Maslow. *Journal of Humanistic Psychology*, 22(2). 56-73.
- Masson. Graña J. L. (1994). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Orozco, F. (2006). Una reflexión a la intervención en toxicomanías. *Poiésis*, 11
- Rogers, C. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. (1982). Reply to Rollo May's letter to Carl Rogers. *Journal of Humanistic Psychology*.
- Secades Villa, R. y Fernández Hermida, J.R. (2006). Tratamiento cognitivo-conductual. En G. Cervera, J.C. Valderrama, J.C. Pérez ce los Cobos, G. Rubio y
- Secades Villa, R., García-Rodríguez, O., Álvarez Rodríguez, H., Río Rodríguez,
- SECADES-VILLA, Roberto, et. al. *Fundamentos Psicológicos del Tratamiento de las Drogodependencias*. Universidad de Oviedo. España. 2007

#### CIBER GRAFÍA

<http://www.colombia.com/noticias/autonoticias/2006/DetalleNoticia27172.asp>

<http://www.otorredababel.com/UnedParla/Asignaturas/IntroduccionPsicologia/ResumenManualCapitulo9.htm#3.%20Los%20posulados%20básicos%20de%20la%20psicologia%20humanista>

<http://www.logoforo.com/Breve-Resena-Logoterapia.htm>

<http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1426Humanista>

#### BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- A., Fernández-Hermida, J.R. y Carballo, J.L. (en prensa). El Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo para el Tratamiento de la Adicción a la Cocaína. Adicciones. Bickel, W. K., DeGrandpre, R. J. y Higgins, S. T. (1993). Behavioral economics: a novel experimental approach to the study of drug dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 33(2), 173-192.
- CaparrBs, A. (1984). *La Psicología y sus perfiles*. Barcelona: Barcanova.

- Dewey. J. (1896). The reflex arc concept in Psychology. *Psychological Review*, 3, 357-370.
- Drucker tras inaugurar en Bogotá la Primera Conferencia Nacional sobre el Uso de Drogas Ilícitas en Colombia, organizado por la representación estadounidense.
- Ellis, A. (1980) razón y emoción en psicoterapia. Desclée de brower. Bilbao
- Galanter M. y Kleber H. (1997). Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias de la american psychiatric Pres . Barcelona:
- García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Alvarez Rodríguez, O., Río Rodríguez, A., Fernández-Hermida, J.R., Carballo, J.L., Errasti Pérez, J.M. y Al-Halabi Díaz, S. (2006). Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína. *Psicothema*, 19, 134-139.
- Hunt, G.M. y Azrin, N.H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 91-104.
- Kelly. G. (1969). Humanistic methodology in psychological research. *Journal of Humanistic Psychology*,
- L. Sanz, Manual SET de Trastornos Adictivos. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Martinez. M. (1982). La Psicología Humanista: fundamentacion, epistemologia y método. México: Trillas.
- Petry, N.M. (2001). Challenges in the transfer of contingency management techniques. Comment on Silverman et al. (2001). *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 9, 29-32.
- Perls, P. (1969). Gestalt therapy verbatim. Lafayette. Cal: Real people press.
- Secades Villa, R. y Fernández Hermida, R. (2003). Guía de los tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína (pp.107-139). En M. Pérez, J.R. Fernández-Hermida, C. Fernández e I. Amigo, Guía de Tratamientos psicológicos eficaces. Madrid: Pirámide.
- Secades Villa, R. y Pérez Álvarez, M. (1998). Análisis conductual de los procesos de cambio en Alcohólicos Anónimos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, 98, 883-904.
- Smith D. y Seymour R. (2001). Clinician´s guide to substance abuse. California: Mc Graw-Hill.
- Villegas, B. La psicología humanista: historia, concepto y metodo manual. anuario de psicología~A Núm. 34 - 1986 (1) Facultat de Psicologia Universitat de Barcelona