

Autorización del uso de «esketamina» para el tratamiento de la depresión mayor

1 Mayo 2023

Contenidos

Introducción	2
Clínica del «vacío»	3
¿«Adicción» o «toxicomanía»?	3
Patología Dual	5
Las adicciones como síntoma social	6
El sujeto toxicómano	7
Recaída y sobredosis	8
Síndrome de desgaste profesional (burnout) en el trabajo en toxicomanías	9
Adolescencia y fuga paradójica	10
Comunicación y lenguaje del sujeto toxicómano	11
El lugar de las instituciones en las toxicomanías	12
Conclusiones	12

Carlos Ledesma Lara

Dr. en Filosofía. Psicoanalista

Ldo. en Psicología Clínica

<https://psique3.org/blog/>

clesdesma@psique3.org

Doctorando en Medicina y Cirugía. Psiquiatría

Universidad Autónoma de Madrid

ÄSIS

Asociación Española de Acompañamiento Terapéutico

<https://www.aasis.org>

Adicciones, Toxicomanías, Patología Dual: algunos apuntes conceptuales

Introducción

El objeto de este texto es destacar algunos usos terminológicos en los manuales de clasificación psiquiátrica vigentes y en el lenguaje clínico cotidiano. Entre ellos el empleo del término “**adicción**” en lugar de “**toxicomanía**”, a lo que agregaremos un breve comentario sobre la categoría denominada “**patología dual**”.

Toda intervención clínica en salud mental estará condicionada por el marco epistemológico que la contenga. Esto implica, entre otras cuestiones, la concepción de las dimensiones de “**salud**” y “**enfermedad**”, así como las de “**signo**” y “**síntoma**”. Por tanto, las estrategias terapéuticas para el abordaje de las problemáticas psicopatológicas no podrán ir separadas de sus presupuestos conceptuales o ideológicos.

A diferencia de las ciencias positivas basadas exclusivamente en datos y **pruebas** (*evidence*),¹ las disciplinas cuyo objeto es el malestar psíquico no deberían renunciar al aporte de la interpretación analítica y existencial que proviene del pensamiento filosófico.

En ese sentido la psicopatología, más allá de un reduccionismo ontológico, es una disciplina conjetural que estudia los síntomas psíquicos mediante la expresión fenoménica de actos de habla y de conducta, elementos que se producen y manifiestan en el contexto de narrativas y de valores.²

Consideramos que la terminología que se utilice a la hora de abordar una psicopatología influirá en el devenir de su tratamiento, en la relación clínica y por tanto en el propio paciente.

El discurso filosófico acerca de la existencia humana y el discurso médico-psiquiátrico acerca de la “locura” no deberían ignorarse mutuamente ni permanecer ajenos entre ellos, como sucede habitualmente, puesto que comparten un mismo objeto con diferentes denominaciones, a saber, la *psique* humana y sus manifestaciones que no pueden reducirse a un índice taxonómico.

¹ **Desviat, Manuel.** «Psiquiatría y evidencia. Los límites de la función del clínico», en Baca, E. y Lázaro, J. (eds.), *Hechos y valores en psiquiatría*. Madrid : Triacastela, 2003. págs. 215-230.

² **Baca, Enrique.** *Teoría del síntoma mental. Una introducción a los fundamentos empíricos de la psicopatología*. Madrid : Triacastela, 2007. pág. 213.

Clínica del «vacío»

Podemos considerar como *clínica del vacío*³ aquella donde se despliegan problemáticas narcisistas vinculadas con el consumo, la compra, ingesta o rechazo de objetos, sean estos tóxicos o no, como ocurre en *anorexias, bulimias, toxicomanías, alcoholismo y adicciones comportamentales*.

Esta perspectiva destaca que el sujeto aloja un vacío que pretende llenar con el consumo de objetos que el *discurso capitalista* le ofrece. Dicho discurso lo impulsa a colocarse en una posición desde donde no siente pudor alguno en exhibir el propio *goce*, mientras fusiona y confunde los objetos de consumo con objetos de deseo. Afirmaba Lacan que el *discurso capitalista* es el más astuto que jamás se haya tenido, pero que a su vez está destinado a colapsar porque es insostenible⁴ —y agregamos, insostenible tanto para el sujeto como para las sociedades, ya que dejándose llevar por su empuje ambos se condenan al derrumbe.

La vivencia de *vacío*, punto más íntimo de toda existencia humana, requiere ser acogida, soportada por ella en cada momento que se manifieste. Mientras el vacío interpela, el discurso capitalista, al acecho permanente, aprovecha los momentos de vulnerabilidad para invadir la intimidad de los sujetos e interrumpir la elaboración de ese vacío ofreciéndoles *objetos-mercancía* para llenarlo.

¿«Adicción» o «toxicomanía»?

En el campo de los trastornos por abuso de sustancias prevalece el término *adicción* sobre el de *toxicomanía*. Las sucesivas ediciones de los manuales de clasificación DSM y CIE no utilizan los términos *toxicómano* y *toxicomanía*. Estos han sido desplazados progresivamente en el lenguaje clínico por los de *drogodependiente* y *drogodependencia*, por considerar, como afirman algunos autores, que tienen menos connotaciones morales y legales y permiten un uso científico más específico. Estos términos a su vez están siendo sustituidos por el de *adicción* y *adicto*.⁵

³ **Recalcati, Massimo.** *Clínica del vacío. Anorexias, dependencias, psicosis*. Madrid : Síntesis, 2008. pág. 287.

⁴ **Lacan, Jacques.** Conferencia «Del discurso psicoanalítico», dictada en la Universidad de Milán el 12 de mayo de 1972. [ed.] Inédita. Milán : s.n., 1972.

⁵ **Vallejo Ruiloba, Julio.** *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Barcelona : Elsevier - Masson, 2015. pág. 392.

La reciente edición del DSM-5 ha presentado varios cambios con relación a la clasificación del trastorno por consumo de sustancias. El más relevante, desde una conceptualización dimensional, es la desaparición de las categorías “abuso” y “dependencia”. Estas categorías pasan a aplicarse a cada una de las sustancias, algo que, como valoran algunos autores,⁶ podría generar cierta confusión entre los agentes judiciales. En los *Trastornos no relacionados con sustancias* se mantiene el juego patológico pero se excluyen por el momento otras *adicciones comportamentales*, como el trastorno de juego por internet que aparece en el apartado *Afecciones que necesitan más estudio*.

Consideramos que el término *toxicomanía* da una mayor relevancia al acto patológico del sujeto, sea con la intención de procurarse una sensación a priori de placer o de suprimir un dolor físico o anímico. De este modo el término resalta el acto *maníaco* (del griego, “manía”, según el diccionario de Nebrija, “locura” o “furor”; el mismo origen tiene el término “manicomio”, del griego *μανία* “manía”, “locura” y *κομέω* “cuidar”, literalmente “cuidar la locura”).⁷

Teniendo en cuenta la hegemonía fáctica de los manuales diagnósticos, este apunte no pretende limitarse a señalar una simple cuestión terminológica. Recordemos que Freud, al referirse a las críticas que recibió sobre el empleo del término *libido* en su teoría de las pulsiones humanas, señaló que cuando se cede en las palabras se termina cediendo en las cosas.⁸

El término *toxicomanía* resalta el acto *maníaco* del sujeto a intoxicarse, aunque su empleo tiene mayor utilidad principalmente para los propios trabajadores sanitarios para abordar y construir un caso clínico. Señala Vallejo Ruiloba⁹ que la progresiva aceptación de la existencia de conductas patológicas, como el juego, las compras maníacas, la telefonía móvil, el uso compulsivo de videojuegos e internet, que producen dependencia sin la intervención de sustancias químicas exógenas, ha revitalizado el término *adicción*.

⁶ **Portero Lazcano, G.** DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias: ¿son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? [En línea] http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062015000200002&lng=es&tlng=es.

⁷ **Corominas, Joan y Pascual, José A.** Diccionario Crítico Etimológico Castellano e Hispánico. Madrid : Gredos, 1984. pág. 812. Vols. G-MA.

⁸ **Freud, Sigmund.** «Psicología de las masas y análisis del yo». Madrid : Biblioteca Nueva, 2007. Vol. 7.

⁹ **Vallejo Ruiloba, Julio.** Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Barcelona : Elsevier - Masson, 2015. págs. 385-386.

La búsqueda y el consumo *maníaco* de una sustancia junto al estrago que esta pueda llegar a ocasionar dan estatuto patológico a la adicción. A través del *objeto-droga* el adicto rompe el vínculo social que puede beneficiarlo y establece otros que lo conducen a un laberinto. El consumo maníaco de una mercancía (sea esta una sustancia tóxica o no) es un acto narcisista que puede resultar mortífero en busca de una satisfacción paradójica. El *principio del placer* se narcotiza, la *pulsión de vida*, el *deseo ético* de reconocimiento y la propia vergüenza son arrasados por la *pulsión de muerte*. El sujeto intoxicado termina exhibiendo grotescamente su derrumbe, que en ocasiones puede ser irreversible.

Patología Dual

A la presentación simultánea de patología psiquiátrica y adictiva, que interactúan modificando el curso y evolución de cada una de ellas, se la categoriza como *patología dual*. Se estima que tanto la patología psiquiátrica como la adictiva pueden ser causa o resultado de la otra^{10 11}, es decir, el trastorno psiquiátrico puede ser efecto del consumo adictivo o previo al mismo.

Entre los estudios epidemiológicos uno de los más citados indica que con relación a trastornos psicopatológicos específicos, las tasas de comorbilidad con algún trastorno por abuso de sustancias, al menos una vez a lo largo de la vida, fueron en los trastornos esquizofrénicos del 47%, en los trastornos de pánico del 35,8%, en los obsesivo compulsivos del 32,8%, en los afectivos del 32% en trastornos de ansiedad del 23,7% y en el trastorno antisocial de personalidad hasta un 83,6%.¹²

Dicha estudio concluye que la tasa de comorbilidad del trastorno mental asociado al trastorno por abuso de sustancias fue del 29%, con una probabilidad de un trastorno por abuso de sustancias 2,7 veces superior a la población sin trastorno mental. En el caso de abuso de alcohol 36,6 %, y la tasa de comorbilidad de trastorno por abuso de otras sustancias asociado a trastorno mental fue del 53,1%.

¹⁰ Vallejo Ruiloba, Julio. *Op. cit.*

¹¹ Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Glosario de términos de alcohol y drogas. [En línea] 2008. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44000/9241544686_spa.pdf?se.

¹² Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA. 1990 Nov 21;264(19):2511-8. PMID: 2232018. [En línea] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2232018/>.

Aceptando que la prevalencia de una patología adictiva que cursa de forma simultánea o secuencial con un trastorno mental puede llegar al 50% ¿podría contemplarse una patología adictiva *pura* sin una problemática psíquica asociada? Parece improbable que el otro 50% no la padezca.

Junto a los efectos tóxicos producto del consumo pueden emerger trastornos psíquicos funcionales. Las drogas pueden producir síntomas propios de cuadros tales como episodios psicóticos, alucinaciones auditivas, visuales. Es decir, desencadenar graves afecciones psiquiátricas que requieren tratamientos mucho más prolongados.¹³ La comorbilidad es la norma, resulta difícil imaginar un sujeto alcohólico o cocainómano que no presente un problema psíquico.

Consideramos que todo sujeto con una conducta adictiva padece necesariamente alguna problemática psíquica o anímica, sea previa o posterior a la conducta adictiva, que requiere ser tenida en cuenta para valorar riesgos como pueden ser comportamiento suicida o daños a otros e intentar implementar y construir un posible tratamiento para el caso.¹⁴

Las adicciones como síntoma social

Las toxicomanías —como toda problemática sociosanitaria— componen una constelación sintomática extremadamente compleja que interroga a los diferentes discursos y saberes sociales, desde el jurídico al médico, del sociológico al económico-político.

Las adicciones constituyen un *síntoma social* que pone en evidencia un padecimiento personal así como las condiciones del malestar en nuestras sociedades que presentan obstáculos, promesas y exigencias ante las cuales los sujetos no siempre pueden responder de la mejor manera. A su vez el *síntoma* (acto de consumo) es un *emergente* que no puede ser considerado de forma aislada sino que tiene valor en el contexto del que lo sufre, es decir, debe intentar ser comprendido en su marco y en su fluir histórico,¹⁵

¹³ **González Menéndez, Ricardo.** Tácticas para vencer las drogas blandas y duras. Consejos de un viejo adictólogo. Santiago de Cuba : s.n., 2017. págs. 65-71.

¹⁴ **González-de-Armas C, González-Roger M, Guerra-Guerra M, Capote-Bueno M.** Depresión y riesgo suicida en pacientes alcohólicos ingresados en el Servicio de Adicciones del Hospital Psiquiátrico de La Habana. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana, 17(3), e181. [En línea] <https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/181>.

¹⁵ **Baca, Enrique.** *Op.cit.*

sabiendo de la dificultad extrema de tal tarea debido a la limitación de tiempo clínico disponible con los pacientes.

Todo objeto puede devenir adictivo en una sociedad caracterizada por el fetichismo de la mercancía, de este modo todo sujeto es un potencial consumidor *adicto*.

Los medios publicitarios ofrecen permanentemente objetos con la promesas de satisfacer cualquier necesidad. En este sentido el toxicómano está en la delantera de una sociedad concebida para satisfacer de forma inmediata el *principio del placer*, cortocircuitando la palabra, el trabajo, el amor, el deseo, el reconocimiento del otro.

Una vez inmerso en el pantano del consumo el toxicómano termina renunciando a responder por las consecuencias de sus actos y a preguntarse si existe otra posibilidad que no sea la de obedecer al imperativo de consumir.

Si consideramos el consumo como una tentativa de defensa y de huida, encontramos en las toxicomanías síntomas previos tales como *angustia, tristeza, depresión, sentimientos de vacío, pasajes al acto* (gestos autolíticos, autoagresiones), conductas *antisociales*, estados confusionales, entre otros. Cuando emergen, algunos sujetos son llevados por un impulso ciego en busca del efecto tóxico que le provee la droga, para apaciguar el dolor psíquico o físico.

El sujeto toxicómano

El sujeto que recurre a una sustancia con la ilusión de poder superar un malestar o su impotencia ante las exigencias de la vida cotidiana a menudo termina esclavizado a la droga. El adicto vive en un permanente malentendido, racionaliza su patología, construye una realidad diferente similar a los episodios psicóticos, teniendo en cuenta que el eje de un delirio (del latín *delirare* “apartarse del surco”) reside en no responder al juicio de realidad. En la búsqueda maníaca de placer, se daña, en su afán de liberarse de lazos sociales y vínculos familiares simbióticos no resueltos, se intoxica. En su intento de ser, vive como un no-ser, envuelto en una fantasía maníaca y omnipotente, fracasando en su búsqueda de una identidad propia. La intoxicación para resolver conflictos internos desemboca en ocasiones en actos delictivos para procurar la sustancia, estableciendo el adicto un modo psicopático y narcisista de existencia, donde sólo cuenta su propia necesidad.

Para el toxicómano el otro pasa a ser un medio y si éste no responde a sus demandas puede llegar a ponerse extremadamente violento, paranoico. Para el toxicómano el «no» no existe, es im-paciente, incapaz de tolerar las frustraciones, pierde la capacidad de espera, siendo lo habitual que el paciente vaya a consulta por demanda de un familiar.

Cuando un sujeto se intoxica, vive la ilusión transitoria de ser otro, junto a la creencia imaginaria de que el consumo es controlable, que puede dejarlo cuando en cualquier momento: “yo bebo cuando quiero”, cuando en realidad quiere beber (evadirse) siempre. El sujeto tampoco reconoce el daño que va produciéndose a sí mismo y cómo se va convirtiendo en un ser deteriorado, impotente física, sexual y psíquicamente.

El tóxico produce una supresión artificial de los conflictos anímicos. Pero cuando el efecto desaparece, los afectos de angustia y vacío reaparecen, la depresión melancólica resurge con características cada vez más devastadoras para el sujeto, que, bajo la creencia de que no está tomando la dosis letal, se insensibiliza (tolerancia) cada vez más. El acto de consumo comporta un impulso impostergable que manifiesta la impotencia de soportar la frustración.

Recaída y sobredosis

Un momento crucial en el tratamiento es cuando el sujeto, luego de cumplir con las premisas de un tratamiento, recibe el alta y debe volver a enfrentarse a la realidad exterior de la que huyó. En no pocos casos se produce el fenómeno de *recaída*. En realidad, si el sujeto vuelve a consumir, lo que sucedió en ese intervalo fue una suspensión temporal del consumo y luego, al no poder soportar los límites y exigencias de la vida cotidiana y los vínculos sociales, vuelve a refugiarse en la sustancia.

Se habla habitualmente de comúnmente de *recaída* y *sobredosis*, tanto en el ámbito de la atención sociosanitaria como en el lenguaje común. Quisiéramos hacer algunos comentarios respecto al uso de estos términos y del por qué estimamos que describen parcialmente la situación. La *recaída* se refiere cuando un sujeto que, habiendo pasado por un periodo de su vida recurriendo frecuentemente a la ingesta de drogas, sean estos fármacos legales o drogas prohibidas, y una vez realizado un tratamiento para frenar el consumo de estos, recurre nuevamente a los tóxicos. La recaída refiere a la conducta, esto es, al acto de consumir, pero en el psiquismo la problemática que llevó al sujeto a consumir esas sustancias no se llegó a resolver o apaciguar, motivo por el que el sujeto

recae: uno de los errores habituales en la práctica clínica, que la *recaída* pone en evidencia, es considerar que un sujeto por el sólo hecho de no consumir está curado.

Por su parte, con el término *sobredosis* se hace referencia habitualmente a una situación clínica límite producida por un exceso de consumo de sustancias. Es habitual escuchar que un sujeto «murió por sobredosis», como si fuera esa última dosis la que lo mató, sin tener en cuenta toda la historia previa de consumo y derrumbe. El término sobredosis debería ser aplicado a aquel sujeto que *nunca* ha consumido, al menos con frecuencia e intensidad y se excede una noche y fallece, ya que al que habitualmente consume no lo mata una *sobredosis*, sino que se viene matando desde hace tiempo.

Síndrome de desgaste profesional (burnout) en el trabajo en toxicomanías

La toxicomanías quizá sea una de las problemáticas psicopatológicas que mas frustración y desgaste genere en los trabajadores sanitarios. El sujeto toxicómano aparenta ser incansable (e insaciable) de ahí la similitud, en ciertos casos, con las psicosis. Los pacientes no adictos a sustancias químicas exógenas parecen tener menor fuerza, salvo en las neurosis obsesivas, aunque estas agotan menos al profesional, pese a la monotonía narrativa de los pacientes obsesivos. En estas patologías el que se agota mayormente es el propio paciente, su sufrimiento es más silencioso, más íntimo; sin embargo la manía a la intoxicación es más impúdica, y el trabajador sanitario, los allegados y sobre todo los familiares del paciente sufren sus efectos, terminan impotentes en el intento estéril de poder frenarlo.

El paciente toxicómano interpela de tal manera al psicoterapeuta que lo puede hacer llegar a hacer dudar de sus propias capacidades como profesional, las *recaídas* pueden generar sentimientos de derrota y abatimiento en el terapeuta, en el equipo de atención y sobre todo en los familiares. Las situaciones de discontinuidad y abandono de los tratamientos son frecuentes. La baja adherencia a los programas terapéuticos es manifiesta y el establecimiento de una mínima alianza clínica con el paciente resulta una tarea ardua que requiere una atención específica y coordinada por parte de todo el equipo terapéutico.

El desafío de las toxicomanías es similar al de aquellas psicopatologías donde el deseo del sujeto para con el mundo ha sido destituido y reemplazado por una relación espectral con un objeto tóxico y con su propio cuerpo.

Es habitual observar el modo en que el toxicómano, en frecuentes ocasiones, intenta sabotear el trabajo terapéutico, por ejemplo pidiendo concesiones. Por lo general, quiere que le dejen hacer lo que él quiere; cualquier medida terapéutica que vulnere su narcisismo o que signifique un límite a su *goce* paradójico, es resistida de todas las maneras posibles.

La premisa hipocrática de establecer un diálogo clínico con el paciente tiene la particularidad de parecer imposible. El sujeto toxicómano solo parece escuchar la llamada del objeto que circula alrededor del vacío que sustituye a la palabra, siendo la sustancia la que materializa ese vacío. Por ello las políticas estatales que promueven la legalización de drogas «blandas» —porteras de entrada a otras más «duras»¹⁶ —parecen ignorar esto, al considerar que el objetivo es tratar los estragos del tóxico sometiendo a este a las leyes del mercado «legal», como ocurre con alcohol y el tabaco.

Adolescencia y fuga paradójica

La conducta adictiva observable encubre un conflicto psíquico. La adicción no depende exclusivamente de la sustancia, sino fundamentalmente del sujeto y sus vicisitudes. En la constitución del psiquismo del toxicómano, algo falló quedando el sujeto indefenso y sin respuestas ante las exigencias de la sociedad, optando por un camino corto, el que conduce a la droga, en la que cree poder encontrar un espacio de dominio y poder, pero del que termina siendo esclavo.

En una entrevista previa la madre de un muchacho adicto a las drogas, comparándolo con otro hijo, afirmaba delante de aquél que “era muy influenciable” y por ello se “dejaba llevar por las malas compañías”. Que duda cabe que influenciables somos todos. Y que ese muchacho también lo fuera le abría la puerta a la posibilidad de optar por otras opciones en lugar del callejón de la droga.

Es habitual gestos emancipatorios y de rebeldía en la adolescencia que en ocasiones resultan una fuga paradójica de las pautas y valores que representa la institución familiar. El adolescente se desvincula de las normas sociales en un intento de situarse, a modo de defensa, en un lugar inaccesible al gobierno del otro. Se refugia en la sustancia con la

¹⁶ **González Menéndez, Ricardo.** Marihuana. Posibles beneficios vs. tragedias cotidianas. La Habana : Academia, 2017. pág. 120.

pretensión *inconsciente* de dar respuesta a un interrogante, una respuesta precaria a una pregunta que no puede formular.

El periodo de la adolescencia implica una ruptura con el aparente equilibrio obtenido en las etapas infantiles. Los cambios biológicos y corporales incrementan la angustia, produciéndose en esta etapa crucial una sucesión de pérdidas y duelos: desde el duelo por la pérdida del cuerpo infantil, a la pérdida de la identidad y los roles de la infancia, así como el desvanecimiento de los padres que imaginó que tuvo o la pérdida de los reales.

El adolescente intenta resolver sus conflictos mediante la adhesión a sustitutos, objetos o grupos de pertenencia que pasan a formar una «familia» paralela. El trabajo terapéutico con adolescentes requiere, idealmente, un análisis de la familia del adicto, de los vínculos padre-madre, madre-hijo, del lugar que ocupa el padre en su función reguladora de límites y contención, de la función materna y del lugar que el hijo ocupa en el núcleo familiar, lugar que quizá nunca llegó a tener o no supo ocupar.

Comunicación y lenguaje del sujeto toxicómano

La clínica muestra que aquellos que incorporan las drogas a su reducido repertorio de repuestas a las exigencias de la vida terminan pareciéndose entre ellos tanto en el aspecto físico, como en el anímico y el verbal. El sujeto toxicómano entra a formar parte de un territorio donde las modalidades de comunicación se reducen y su discurso se empobrece.

Su lenguaje comienza a limitarse a gestos, reclamos, reproches, exigencias, reduciendo las relaciones a vínculos elementales de contacto, pobres en contenido, reiterativos, insistentes, donde los actos predominan sobre la palabra o el discernimiento. En todo caso, la palabra en el adicto le sirve para manipular al otro sin reconocerlo como semejante, sino viéndolo como un medio para sus fines e intereses.

El *acto* constituye el lenguaje central del adicto, por tanto el trabajo con estos pacientes requiere la construcción con ellos de un espacio —siempre que el paciente tenga una mínima intención de cambiar, de lo contrario la tarea sería imposible— donde la palabra recupere su valor sobre el acto ciego.

El lugar de las instituciones en las toxicomanías

Las instituciones tienen un tiempo limitado para la escucha del malestar del paciente. No todos los pacientes que llegan a un tratamiento son iguales, pero en general se interviene sobre ellos como si lo fueran. De la misma manera que un mismo antidepresivo no tendrá el mismo efecto en el tratamiento de la depresión que sufren individuos diferentes. No hay una fórmula universal, ni química ni terapéutica, para tratar una problemática psíquica, como sí la puede haber para una problemática somática.

Es difícil valorar el efecto terapéutico que pueda alcanzar la insistencia en decirle a un paciente que deje de consumir drogas, ni tampoco sabemos de la utilidad de advertirle de lo perjudicial que puede resultar consumirlas, de lo que si tenemos certeza es de que el paciente eso ya lo sabe, por ello actúa en consecuencia.

¿Pero cómo trabajar con un sujeto que tras un semblante de dominio, de control omnipotente, encontramos alguien frágil, incapaz de lidiar con la angustia de la existencia? Generalmente hay un tiempo entre los primeros momentos de debilidad, de aproximación al consumo y el reconocimiento de dichos episodios por parte del entorno. A la familia del toxicómano por lo general le cuesta asimilar y aceptar que aquello que han visto fuera de su núcleo le esté ocurriendo a ella y mucho menos que pueda tener influencia en la situación.

Las imprescindibles políticas de prevención comunitaria en ocasiones están orientadas exclusivamente a la propia droga, situándose entre el saber médico y el saber jurídico sobre el tráfico y la tenencia, y no siempre contemplan la subjetividad de la época y lo propio de cada sujeto.

Conclusiones

La terminología que se utilice a la hora de abordar una psicopatología influirá en el devenir de su tratamiento, en la relación clínica y por tanto en el propio paciente.

Así mismo el discurso filosófico acerca de la existencia humana y el discurso médico-psiquiátrico acerca de la “locura” no deberían ignorarse mutuamente ni permanecer ajenos entre ellos, como sucede habitualmente, puesto que comparten un mismo objeto con diferentes denominaciones, a saber, la *psique* humana y sus manifestaciones que no pueden reducirse a un índice taxonómico.

La “toxicomanía” es una enfermedad que termina haciéndose visible en el cuerpo pero que no se limita a él, el cuerpo es el territorio donde se expresa.

La psiquiatría, “única especialidad médica en la que el habla y la escucha son explícitamente consideradas terapéuticas”, tiene como tarea la de reconducir los relatos biográficos del paciente que se han distorsionado y que le han empezado a generar malestar creciente y daños en ocasiones irreversibles. Por tanto, *acompañar* al enfermo a que ponga palabras a su sufrimiento en una narración más o menos coherente forma parte imprescindible de la construcción de su historia clínica¹⁷ más allá de recetarios y protocolos estandarizados,¹⁸ respondiendo de este modo a los principios de la ética médica.

¹⁷ **Lázaro, José.** Entre pruebas y narraciones: objetividad y subjetividad en psiquiatría. [ed.] En: **Baca E y Lázaro J (eds.)**. Hechos y valores en psiquiatría. 1a edición. Madrid : Triacastela, 2003. págs. 117-142.

¹⁸ **Gracia, Diego.** Prólogo a la edición española. En: Beauchamp TL, Childress JF. Principios de Ética Biomédica. Barcelona : Masson, 1999.