

VI CONGRESO ESTATAL DE EDUCACIÓN SOCIAL

“Nuevas Visiones para la Educación Social, experiencias y retos de futuro”

1

Comunicación defendida dentro del Eje temático 2:

“Método y herramientas de investigación e intervención en Educación Social”

El trabajo en el área de drogodependencias: consideraciones actuales

The Work in the area of drug addiction: current considerations

Pablo Villarino Torrado, Cruz Roja Española en Ourense. Programa de atención a drogodependientes en Instituciones Penitenciarias ¹

Resumen:

Cuando hablamos de la drogodependencia como problema social, familiar y personal solemos pensar en la imagen social que ha predominado en los últimos 20 años o más: una persona marginal, con graves problemas de salud y muy deteriorada personal y socialmente. Sin embargo, el perfil de los drogodependientes ha ido variando y actualmente incluye a jóvenes, politoxicómanos con cocaína o cannabis como sustancia principal, procedentes de familias normalizadas y con un estilo de vida integrado a nivel social y laboral, o al menos tan integrado como la media de su generación.

1 Para contactar: torrado@cruzroja.es , ellauc@hotmail.com .Cruz Roja Española en Ourense, C/Díaz de la Banda, 40, 32004 Ourense.

RES es una publicación digital editada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Educadoras y Educadores Sociales (CGCEES). La *Revista RES* forma parte del proyecto EDUSO y se integra en el Portal de la Educación Social, <http://www.eduso.net/res>. Correo electrónico: res@eduso.net. ISSN: 1698-9097.



Se permiten la reproducción, distribución y la comunicación pública, siempre que se cite el título, el autor y el editor; y que no se haga con fines comerciales.

El ser humano se comunica a través del lenguaje pero también, a un nivel menos racionalizado, a través de sus actos y sus síntomas. La persona con problemas de drogodependencia tiene un lenguaje emocional muy pobre que no le sirve para expresar su malestar. Lo único que se puede concretar es la conducta, de manera que el consumo sustituye al lenguaje. De esta forma, la sustancia y sus efectos desplazan a la persona del primer plano de la problemática y de las intervenciones, ocultando todo lo que tiene que ver con los significados.

Cada persona interpreta la realidad desde su punto de vista, desde su identidad, que determina la forma en que siente, piensa y actúa. La drogodependencia constituye una forma de ser y estar en el mundo y en la sociedad. Abordar el problema de la drogodependencia como un problema de identidad nos permite mantener al sujeto en el punto central de las intervenciones.

El lenguaje, los actos y las relaciones son las herramientas de que disponemos para la intervención en el ámbito social. En este sentido la relación se encuentra presente de manera permanente y debe ser considerada en la relación profesional.

Palabras clave: Drogodependencia- identidad- aspecto relacional- intervención social

Summary:

When talking about drug addiction as a social, familiar and personal problem, we use to think of the image that dominated over the last 20 years or more: a marginal individual with main health problems and personally and socially damaged . However, drug addicts profile has been changing and nowadays includes young polydrug addicts with cocaine and cannabis as main sustance of consumption, coming from normal families and having an integrated way of life at the social and labor level, at least as integrated as the average of their generation.

Human being communicates through language, but also, at a less racionalized level, through their acts and symptoms. Drug addicts have a poor emotional language that does not allow them to express their discomfort. The only thing that can be specified is behavior, so that consumption substitutes language. Hereby, substance and its effects swing person from the problem's and intervention's foreground , concealing everything that have to do with meanings.



Every person interprets the reality from his point of view, from his identity, that determines the form in which he feels, thinks and acts. Drug addiction is a way of being and being in world an society. To approach the problem of the drug addcition as a problem of identity allows us to mantain the subject in the central point of the interventions.

the Language, the acts and the social relations are the tools to be used to intervene in the social area. In this way, the relationship is constantly present and must be considered in the professional relation

Key words: Drug addiction- identity- social relation- social intervention

El aspecto relacional y la identidad en el trabajo en el área de drogodependencias

Cuando hablamos de la drogodependencia como problema social, familiar y personal es hasta cierto punto inevitable pensar en la imagen social que ha sido predominante durante los últimos 20 años o más. Tendemos a pensar en una persona marginal, con graves problemas de salud y muy deteriorada personal y socialmente. A pesar de esta imagen que se mantiene un tanto inamovible en el imaginario social el perfil de la persona con problemas de drogodependencia ha ido evolucionando con el paso de los años. Las sustancias, las formas de consumo, el lugar social que ocupa la persona que consume ha ido siguiendo un recorrido hacia una apariencia de una cierta normalización social, al menos en lo relativo a algunas sustancias y a algunos comportamientos de consumo. En este sentido, por ejemplo, se observa que el perfil de personas que están ingresando actualmente en las prisiones incluye a jóvenes de alrededor de los 20 años, consumidores principalmente de cocaína, procedentes de familias normalizadas y con un estilo de vida integrado a nivel social y laboral, o al menos tan integrado como la media de su generación. Integrados al menos en apariencia, ya que la prisión es un lugar al que la sociedad designa como lugar para la reclusión de los no adaptados al funcionamiento social, y entonces la cuestión de la normalización social de este perfil de consumidores y las familias de las que proceden abren un interrogante, especialmente si tenemos en cuenta que la prisión no es precisamente el lugar en el que



se detectan los cambios sociales y las demandas de atención en primer lugar sino que habitualmente uno llega a ella después de una trayectoria.

También la conceptualización de los tratamientos (y la ideología que subyace a ellos) ha ido evolucionando. Si bien en un principio el único objetivo posible y aceptado era la abstinencia, las intervenciones con objetivos más flexibles se han ido incorporando progresivamente a la conceptualización de los tratamientos, entre otras, cosas por tres circunstancias que no se esperaban:

- Un porcentaje importante de personas con problemas de adicción a sustancias no consiguen mantenerse en abstinencia durante períodos prolongados
- Un cierto número de personas consumidoras han expresado reiteradamente a lo largo de los años su deseo de no abandonar el consumo
- El consumo de sustancias se ha ido extendiendo por la sociedad en formas más evidentes o más sutiles que llevan a un efecto de una cierta normalización social del consumo (normalización en el sentido de que a casi nadie sorprende hoy día ver a alguien liándose un porro o el movimiento de entrada y salida de los baños de los pubs cualquier noche del fin de semana... pero tampoco las borracheras de fin de semana, y cada vez los fines de semana empiezan antes). No en vano España ocupa un lugar destacado entre los países europeos consumidores de cocaína y cannabis en los distintos informes internacionales.
- Los cambios en los enfoques de tratamiento han producido también modificaciones en la forma de entender el objetivo y los procesos de tratamiento. Actualmente se puede entender el tratamiento como un fin en sí mismo, por ejemplo cuando nos marcamos como objetivo que el paciente se mantenga abstinento o que permanezca en un programa de mantenimiento con metadona, o podemos considerarlo como un medio necesario para un fin que va más allá del propio tratamiento, por ejemplo, la abstinencia como medio para conseguir la integración del sujeto en la sociedad. A esto hay que añadir la consideración del llamado “*proceso de reinserción social*” como un elemento más de la estrategia terapéutica que incluye abordar desde el principio la estructura de la relación social y la posibilidad de incorporación al mercado laboral. En este sentido resulta llamativo que las personas con problemas de

drogodependencias con una trayectoria de algún tiempo expresan la aspiración de “tener una vida normal, como todos los demás”, “tener un trabajo y una familia”. Estos objetivos hacen referencia a la socialización, a la vinculación, a la satisfacción emocional y al sentido de utilidad en la vida. Lo que ocurre es que habitualmente la persona en tratamiento deposita en el empleo la fantasía de resolución de toda su problemática: si tengo empleo tendré una familia tengo una familia no consumiré→ si no consumo todo me irá bien (e incluso podré consumir de vez en cuando). Así la *reinserción* se configura para la persona como la solución y al mismo tiempo la señal de recuperación de su problemática. Comprobamos en demasiadas ocasiones que la realidad suele ser otra y que el proceso de reinserción resulta un reto demasiado exigente para un número importante de nuestros usuarios.

Cuando se habla del trabajo en el ámbito social se suele utilizar la palabra intervención. Intervención en el sentido de actuar, de realizar algo que influye en el desarrollo de un suceso. Se trata, por tanto, de un elemento activo que busca producir cambios, pero no cualquier cambio sino aquellos que produzcan un efecto terapéutico en el sentido de mejora, beneficio o curación en el nivel que sea.

Lo propio del ámbito social es que las herramientas con la que se pretenden esos cambios son las palabras, las acciones y las relaciones. Este último aspecto es de especial relevancia ya que matiza a los otros dos, en numerosas ocasiones es la relación la que determina en última instancia el sentido que una persona atribuye a lo que le dicen o interpreta las acciones que observa de los otros.

El aspecto relacional está presente de forma constante e inevitable en cualquier contexto humano, incluso en una situación de una persona sola el otro está presente a través de la ausencia. También está presente en la definición que una persona hace de sí misma, de su identidad, definida frente a la identidad de los otros. Y, por supuesto, está presente en el contexto profesional, actuando en la interacción entre los profesionales y también en las intervenciones con las personas con las que se trabaja.

Retomando el tema de los tratamientos, una de las cosas que me gustaría señalar es que plantearlos como fin o como medio supone elegir entre abordar al drogodependiente

como un objeto sobre el que se interviene o como un sujeto con el que se interviene. Esta frase, *intervenir con el sujeto* se puede escuchar actualmente repetido como un mantra en numerosos contextos y ámbitos de trabajo pero conviene que nos detengamos un poco a pensarlo. Trabajar con la persona implica respetar sus ritmos y sus objetivos, que pueden no ser totalmente coincidentes con los que nosotros consideramos como adecuados dentro de nuestra ideología profesional o personal. Implica también ayudar a que la persona diga lo que tiene que decir, o incluso ayudar a la persona a que desarrolle la capacidad de decir y elaborar lo que le sucede, hablar para significar lo sentido, para poder pensar. Es en este punto donde tenemos que tener especialmente en cuenta que los aspectos formales y técnicos deben ir acompañados de una consideración de los factores terapéuticos y vinculares.

El ser humano se comunica a través del lenguaje pero también, a un nivel menos racionalizado, a través de sus actos y sus síntomas. Las estrategias dirigidas a los síntomas se han mostrado insuficientes para la curación del sujeto, ya que ofrecen una solución aparente pero que no resuelve el problema que lo ha motivado, produciéndose entonces la recaída en el síntoma o la expresión de la problemática a través de un nuevo síntoma.

Solemos establecer la comunicación con las personas con problemas de drogodependencia con las que trabajamos a partir de lo que ellos nos dicen, y nos dicen lo que les preguntamos. Los temas sobre los que solemos centrarnos los profesionales a la hora de hacer nuestra historia clínica y social son, por ejemplo:

- Frecuencia de consumo y dosis
- Historia de tratamientos
- Medicación que toma actualmente
- Períodos de abstinencia
- Circunstancias de inicio del consumo
- Dificultades en la relación con la familia a partir de los consumos
- Estructura funcional del consumo: antecedentes, pensamientos, consecuencias...
- Objetivos (“vida normal”, “dejar de consumir”...)
- ...

En cambio, ellos no suelen hablar y nosotros no solemos preguntarles por temas como:

RES es una publicación digital editada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Educadoras y Educadores Sociales (CGCEES). La *Revista RES* forma parte del proyecto EDUSO y se integra en el Portal de la Educación Social, <http://www.eduso.net/res>. Correo electrónico: res@eduso.net. ISSN: 1698-9097.



Se permiten la reproducción, distribución y la comunicación pública, siempre que se cite el título, el autor y el editor; y que no se haga con fines comerciales.

- Su sexualidad
- Su malestar profundo
- Su grado de integración personal
- Su vivencia de los vínculos (actuales y pasados) –sólo registramos los que nos parecen relevantes en relación con el comportamiento de consumo y los calificamos como positivos y negativos
- Su historia de apego
- La familia como sistema de vínculos –o cuando la tenemos en cuenta, la abordamos solamente desde el punto de vista de víctimas de su adicción y sufridoras de su desestructuración-.
- Sus fantasías, deseos, proyecciones en el futuro...
- Su identidad: su respuesta a la pregunta: ¿quién soy? ¿Cuál es mi lugar en el mundo?

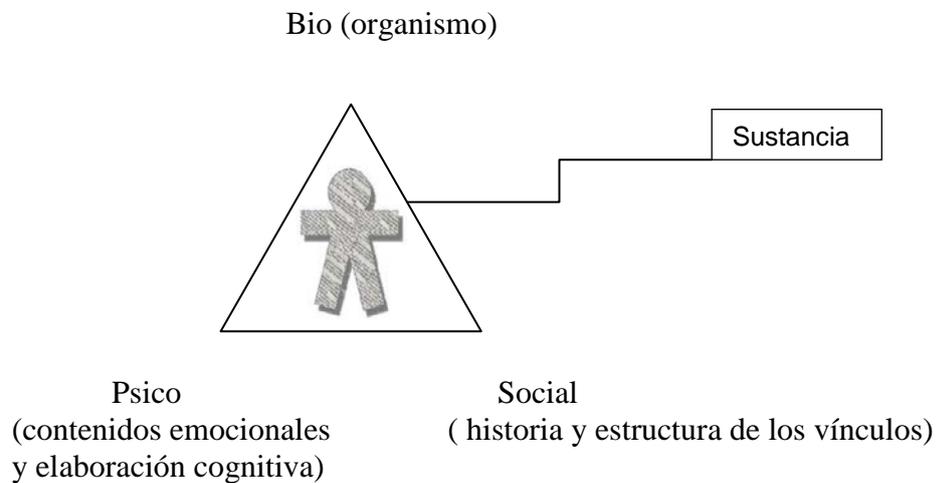
No preguntamos porque ellos no saben responder, porque no nos parecen aspectos relevantes, porque nos resulta difícil, o porque sentimos que se trata de preguntas demasiado íntimas... pero son aspectos que es necesario conocer y es el profesional el que debe ayudar al paciente a pensar en todo esto que supone, en definitiva, reflexionar sobre sí mismo.

Les preguntamos, entonces, y pueden hablarnos, de todo lo que rodea el comportamiento del consumo, el síntoma. Pero lo que no pueden decir y, por tanto, no pueden pensar, y lo que a los profesionales también nos cuesta pensar a veces, son los significados. Qué significa para el sujeto ser un consumidor, qué sentido tiene para él ocupar ese lugar. La persona con problemas de drogodependencia no puede decir lo que siente y lo que le pasa porque tiene un lenguaje emocional muy pobre que no le sirve para expresar su malestar, un malestar sin nombre al que se refiere como “nervios”, declarando que “estoy mal”, “no sé lo que me pasa”, “no quiero consumir pero al final lo hago”. Todo aparece intoxicado por una sensación de vaguedad, de imposibilidad de precisar, de aclarar o definir, en seguida se embota el pensamiento (el del paciente y el nuestro). Lo único que se puede concretar es la conducta, el síntoma que señala la existencia del malestar y que llega a ocupar todo el espacio. También está presente el aspecto relacional, cómo se sitúa la persona frente al profesional. Es frecuente observar que el consumo de sustancias lleva asociado un consumo de recursos y profesionales con los que se establece una relación que es también funcional y sobre la que se



expresan las dificultades de vinculación.

Desde un enfoque meramente descriptivo, podemos decir que el consumo problemático de drogas o medicamentos, al igual que otros comportamientos problemáticos, parten de la base de la exposición voluntaria del sujeto a comportamientos y experiencias que suponen un riesgo para su vida a corto, medio o largo plazo. Y me refiero, siguiendo el conocido modelo biopsicosocial, a riesgo para su vida biológica (sobredosis, infecciones, enfermedades, accidentes...), su vida psicológica (depresión, trastornos relacionados con el uso de sustancias, desvalorización, suicidio...) y su vida social (pérdida de los lazos familiares y de relación, aislamiento, reclusión en el clan).



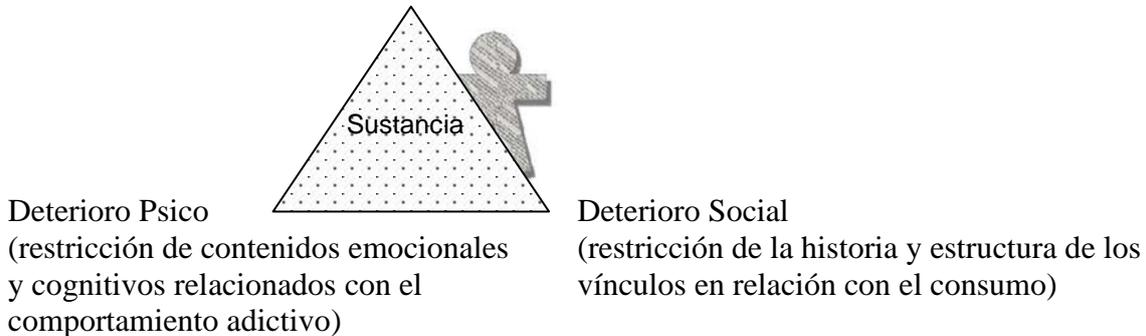
Si nos centramos en los efectos de la sustancia y los colocamos en un lugar central del tratamiento tenemos que la ingestión de sustancias tóxicas o medicamentos en una cantidad tóxica:

- intoxica el cuerpo
- embota el pensamiento
- anestesia lo emocional
- ataca los vínculos, el aspecto relacional

Desde la óptica de consumo, lo biológico se entiende como el efecto de la sustancia sobre el organismo, como desequilibrios químicos cerebrales, como deterioro debido al consumo continuado, como vulnerabilidades genéticas... Lo psicológico aparece como motivación para consumir o no consumir, ansiedad producida por el no consumo, debilidad, inmadurez, falta de personalidad, falta de autoestima o asertividad, etc. Y lo

social se observa desde una perspectiva más enfocada en las consecuencias que el consumo tiene para el entorno familiar y social. El esquema nos quedaría ahora de esta otra forma:

Deterioro Bio: efecto de la sustancia sobre el organismo



En este punto llegamos a un acuerdo implícito: orientarnos, ellos y nosotros, al problema del consumo abandonando el problema del sujeto, que es observado a través del prisma del consumo que ocupa el lugar central. Así, el consumo sustituye al lenguaje, el drogadicto habla a través del consumo, habla de su incapacidad para vivir, para soportar la frustración de los límites, habla de su vacío vital que acaba siendo un vacío mental a medida que el grado de intoxicación se cronifica. Cuando se entra en interacción con drogodependientes cronificados, se podría decir que llega un punto en el que da igual la sustancia, y lo que llama la atención es siempre la ausencia, el no estar en la actividad mental, no estar en la relación y tampoco en el cuerpo.

Por este motivo la comunicación a menudo se convierte en un mero intercambio de palabras a través del que se representa una interacción que no tiene impacto. Y es precisamente la parte relacional la que supone en este punto el elemento realmente comunicativo. En este sentido, todas las acciones son potencialmente terapéuticas en cuanto que permiten la exploración de las capacidades, experiencias de satisfacción, enfrentamiento a los límites y a la frustración y la posibilidad de trabajo del aspecto relacional por parte del profesional, independientemente del tipo de actividad que estemos realizando (ocupacional, educativa o específicamente terapéutica)

A veces olvidamos que el individuo se constituye en la relación consigo mismo pero también en la relación con los demás, con el mundo que le rodea. La persona con problemas adictivos surge en un contexto relacional, familiar y social. ¿Qué nos indica con sus síntomas y su hacer el adicto?

En lo familiar, el adicto ocupa un lugar vivido como imposible, como un estar en un lugar que siente que le pertenece y no le pertenece al mismo tiempo, de manera que la visión que tenemos de la familia a través del drogodependiente es siempre una visión de dependencia de la familia, por un lado, y de sacrificio por ella por otro. El consumidor presenta ante nosotros la reinserción familiar como algo mitológico, un ideal a alcanzar después de grandes esfuerzos y sufrimientos (el tratamiento). Pero también sabemos que la familia es el lugar en el que el adicto sitúa una queja, la decepción de no haber sido tratado como él necesitaba o hubiera deseado. Por eso la relación con la familia es muy ambivalente, hay una gran dependencia pero al mismo tiempo hay también una gran exigencia que ni el sujeto ni la familia pueden tramitar. Y de esta forma tanto el drogodependiente como la familia se presentan a veces como mutuamente victimizados. Y el grupo de consumidores, a través de la ritualización del consumo compartido, constituye un clan que supone una sustitución simbólica de la familia.

En cuanto a lo social y lo cultural, en las últimas décadas se ha ido sustituyendo el paradigma de la modernidad por el de la postmodernidad que es la que establece en estos momentos los valores que rigen a nivel social: el presentismo, la importancia de la inmediatez, el culto a la imagen y al cuerpo en su valor de representación y apariencia, el relativismo y el autorreferencialismo, la negación del poder público (yo hago lo que quiero y nadie me puede decir lo que tengo que hacer), la desvalorización del esfuerzo, el hedonismo... “Valores que fácilmente podrían ser incluidos dentro del diagnóstico de psicopatías y trastorno de la personalidad antisocial y límite pues la otredad, es decir, la herida narcisista está en el núcleo de la occidentalidad” (Jáuregui, 2007). Prueba de ello es que justamente estas patologías, junto a los trastornos depresivos, están incrementándose de manera alarmante en nuestra sociedad.

Añadido a estos elementos, podemos recordar que sabemos que la adquisición de comportamientos saludables necesita, además de información, una disposición positiva

–una actitud- hacia el cambio. Esta disposición favorable está condicionada por factores como la ganancia del cambio, el esfuerzo necesario para producirlo, la oportunidad, el refuerzo de los otros... pero en un nivel anterior está determinado por elementos relacionados con el significado profundo de la conducta –la vivencia, la interpretación subjetiva- y también por el papel que juegan en ese cambio aspectos ligados a la identidad del sujeto. ¿Quién soy? ¿Qué soy capaz de hacer? ¿Qué lugar ocupo en el mundo? ¿Cuál es mi expectativa de futuro? ¿Soy capaz de asumir la responsabilidad de mi vida para, a partir de mí, acceder a la relación con el otro?

Cada uno de nosotros interpretamos la realidad, los problemas, desde nuestro punto de vista, desde nuestra identidad. La respuesta a estas preguntas determina la forma en que sentimos, pensamos y hacemos. La respuesta acerca de la identidad se construye a partir de las posibilidades que tenemos de ser, las que marca nuestro lugar de nacimiento, las condiciones económicas, educativas y emocionales de nuestra familia, el lugar que ocupamos dentro del sistema social. Esta construcción de la identidad es un proceso delicado y está muy influido por la necesidad del ser humano de saber por qué suceden las cosas, saber el porqué de nuestros sentimientos y deseos. Así, ante la sensación de malestar, de no tener sitio, la respuesta puede ser el consumo. Y aquí se da un fenómeno paradójico. La expresión del malestar, su consecuencia, se convierte retrospectivamente en la explicación asumida por todos –persona, familia, sociedad- de la marginalización de la persona. En este proceso el consumo se convierte en lo definitorio del sujeto, en la respuesta a la identidad; la persona deja de ser persona para ser “drogodependiente”. Y los drogodependientes consumen drogas, tienen una vida marginal y algunos cometen delitos para continuar el consumo. La búsqueda de un lugar se completa, por más que el lugar asignado sea un lugar condenado al sufrimiento.

El problema de la dependencia de sustancias se nos presenta entonces como un problema de identidad como sujeto drogodependiente, identidad a partir de la cual se despliegan todos los comportamientos. El “ser drogodependiente” es una forma de ser y estar en el mundo y en la sociedad, un estilo de vida que tiene su origen en una compleja interacción de causas que en los casos más graves suele incluir desestructuración en la familia de origen, experiencias negativas de apego, dificultades

en los procesos de socialización, maltrato físico, psicológico o social, coexistencia de patologías de carácter psiquiátrico –diagnosticadas o no... en definitiva, procesos de maduración y desarrollo alterados, con frecuencia desde una temprana edad. El resultado de esta situación es una persona con dificultades para establecer vínculos afectivos, con baja tolerancia a la frustración, frecuente desconexión emocional, desapego e impulsividad. El consumo y el estilo de vida drogodependiente proporcionan una identidad, que aparece como la única posible para afrontar el malestar experimentado, y un grupo de referencia, lo que conlleva un cierto sentimiento de pertenencia.

Ante la pregunta ¿Quién soy yo? una persona con consumo problemático de drogas puede contestar diciendo “yo soy un drogodependiente”, o tal vez, “yo no soy un drogodependiente”, si se trata de una persona que no asume su problemática, que la niega, como ocurre con frecuencia en la actualidad con los consumidores de cocaína. Pero en cualquiera de los casos, la drogodependencia, por presente o por ausente, es el elemento que define la identidad. Es un fenómeno común que los “drogodependientes” en tratamiento mejoran, al igual que el hecho de que la mejoría no se mantenga durante demasiado tiempo cuando el paciente recibe el alta. Quizá tendríamos que pensar que la respuesta a la pregunta acerca de la identidad varía durante el tiempo de tratamiento de “soy un drogodependiente” a “soy un drogodependiente en tratamiento” o, más brevemente, “soy un paciente”. Y lo propio de los pacientes es mejorar en su problemática, de lo contrario no se pondrían en tratamiento.

Pero ¿cuál es la respuesta a la cuestión de la identidad cuando finalizan el tratamiento? Con frecuencia se observa que la simple entrada en un entorno controlado –prisión, comunidad terapéutica, centro ambulatorio, etc.-, incluso sin ninguna intervención específica añadida, puede suponer una reducción o incluso un período de abstinencia temporal para un importante número de sujetos con problemas de consumo en el exterior. Se trata, por tanto de una buena oportunidad para iniciar intervenciones dirigidas a fundamentar y consolidar ese proceso de mejoría, evitando el riesgo de creer que ya está todo el trabajo hecho porque la persona lleva un cierto tiempo sin consumir. Nuestros usuarios nos dicen que estando en un entorno controlado han mejorado,



independientemente del tipo de entorno que fuera, pero al salir a un entorno abierto han vuelto al estilo de vida anterior. El entender la drogodependencia desde la perspectiva de la identidad permite un trabajo basado en la producción de cambios internos sobre los que puedan apoyarse las intervenciones más comportamentales, partiendo siempre del supuesto de que lo que me siento capaz de hacer y lo que hago está determinado por lo que creo que yo soy.

Si cuando la persona finaliza el tratamiento la respuesta a la pregunta acerca de la identidad no ha variado probablemente en su regreso a la vida cotidiana la persona sentirá, pensará y actuará de la misma forma que antes y, más temprano que tarde, volverá a su estilo de vida, el suyo, el que mantenía con anterioridad al tratamiento. Y al consumo. Solamente cuando la respuesta a la cuestión de la identidad es diferente se abre la posibilidad que la vida sea diferente. Esto lo vemos continuamente en el tratamiento. Solamente cuando la persona puede empezar a decir “soy una persona con problemas de drogodependencia” resulta que el cambio empieza a representarse como posible. Porque lo que uno es, lo es, y no se puede cambiar. “Yo soy un drogodependiente”, “yo soy un vicioso” son respuestas comunes de las personas que llegan al tratamiento. Y nada más pueden ser...por el momento. Pero llegar a ser una persona con problemas de drogodependencia lo cambia todo, el consumo es sólo una parte pero la persona es mucho más, y es precisamente en ese espacio nuevo que el sujeto puede hundir sus raíces para generar cambios. Comienza a ser posible imaginar una vida diferente. Y se abre la posibilidad de realizarla.

Abordar el problema de la drogodependencia como un problema de identidad nos permite comprender mejor los procesos de ida y vuelta, de mejoría y recaída, que corresponden entonces a momentos de impulso y retracción. Se trata, por tanto, de un proceso de crecimiento en el que las soluciones anteriores son desechadas para buscar otras mejores, siendo precisamente aquí donde se abre la oportunidad para la intervención terapéutica y educativa. Si el tratamiento no aborda estas cuestiones el sujeto actúa ante sí mismo y ante el otro “como si” hubiera cambiado, “como si” hubiera resuelto su problemática. Pero cualquier incremento de malestar que rompa el



frágil equilibrio conseguido supone una vuelta a los comportamientos de riesgo o una recaída en el consumo.

Bibliografía

14

Aguelo Muñoz, F. (2004): Comunidad terapéutica para drogodependientes y relación educativa. *Acciones e investigaciones sociales*, 19 (marzo), 127-144

Bolado Moragues, T. (1999): Toxicomanía: un abordaje psicoanalítico. *Psiquiatría Pública* núm. 11 (3): 104-107. Accesible online <http://www.dinarte.es/salud-mental/pdf113/113caso.pdf>

Cancrini, L. (1991): Los temerarios en las máquinas voladoras. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión

Cirillo, S. (1994): El cambio en los contextos no terapéuticos. Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica

Kalina, E. (1997): Temas de drogadicción. Buenos Aires, Ediciones Buena Visión

Jáuregui, I. (2007): Drogas y sociedad: la personalidad adictiva de nuestro tiempo. *Nómadas, Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, n. 16, 2. Accesible en <http://www.ucm.es/info/nomadas/16/ijbalenciaga.pdf>

López, H. (2003): Las adicciones. Sus fundamentos clínicos. Buenos Aires, Editorial Lazos

Maldavsky, D. (1992): Teoría y clínica de los procesos tóxicos. Adicciones, afecciones psicosomáticas, epilepsias. Buenos Aires, Amorrortu Editores

Ortega Bobadilla, J (2008): Toxicomanías y Psicoanálisis: El Goce del adicto. <http://www.pikeba.com.ar/articulos2/JO-goce-adicto-psicoanalisis-toxicomanias.htm>

Seminario de formación permanente del Instituto Wilhelm Reich-Galicia. <http://www.institutowilhelmreich.com>

Tallaferro, A. (1997): Curso básico de psicoanálisis. México D.F., Editorial Paidós Mexicana

Villarino Torrado, P.; Fernández Díaz, N. (2009): La cuestión de la identidad en la gestión de los riesgos para la salud. Poster presentado en la conferencia internacional Protección de la salud en prisiones: lo que funciona en la prevención y control de las principales enfermedades transmisibles. Madrid, 29-31 de octubre de 2009.

