



UNR

Trabajo integrador
final

Disputas discursivas en la clínica de las adicciones y de los consumos

problemáticos Ensayo

Gonzalo Ríos

Legajo: R-5540/9

DNI 36.656.843

Docente responsable: Ps. Miranda Arfeliz

2024

Índice

Índice	1
Resumen	2
Palabras claves	2
Introducción	3
Leyes	3
Paradigmas	6

Psicoanálisis.....	9
Conclusión.....	15
Referencias bibliográficas	16

Resumen

El presente ensayo aborda las disputas discursivas en la clínica de las adicciones y consumos problemáticos, en el contexto de las normativas jurídicas argentinas. El problema central radica en la colisión entre leyes que promueven la dignidad del paciente, como la Ley N° 26.529 y la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, y las prácticas clínicas que a menudo se adhieren a enfoques reduccionistas. La premisa del trabajo sostiene que la adecuada implementación de estas leyes puede transformar la experiencia del paciente, aunque se enfrenta a resistencias institucionales que perpetúan paradigmas que resultan iatrogénicos. A lo largo del desarrollo, se analizan momentos clave en los que se evidencian las tensiones entre la legislación y su aplicación, así como la influencia de los discursos sociales y culturales en la construcción de la identidad de los sujetos. Las conclusiones destacan la necesidad de repensar las prácticas clínicas, enfatizando el impacto negativo de los estigmas asociados a las etiquetas como *adicto*. Asimismo, se resalta la importancia de valorar la singularidad de cada individuo en el tratamiento, promoviendo su derecho a ser escuchado y reconocido, en lugar de ser reducido a una mera etiqueta psicopatológica. **Palabras claves**

Adicciones – Consumos – Psicoanálisis – Clínica

Introducción

En el contexto actual de la creciente complejidad del abordaje clínico de las adicciones y los consumos problemáticos, se plantea un desafío crucial que subyace en la intersección entre el marco jurídico y las prácticas clínicas. El presente trabajo, busca argumentar cómo la legislación Argentina, en particular la Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente y la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, se inserta en la práctica clínica, generando efectos tanto en el tratamiento como en los procesos de subjetivación de los pacientes. El problema central que se delimita radica en la colisión entre normativas que abogan por la dignidad y los derechos del paciente y prácticas aún arraigadas en enfoques reduccionistas, punitivos e, incluso, manicomiales.

Las categorías conceptuales que guiarán este análisis incluyen el marco jurídico, los derechos humanos, la salud mental y el psicoanálisis, al tiempo que las categorías de análisis se centran en las tensiones entre las leyes y su aplicación práctica, así como las resistencias que emergen en el ámbito clínico. Desde una postura epistemológica crítica, se sostiene que la comprensión de las adicciones no puede ser reducida a un modelo

único; en cambio, debe ser abordada desde una perspectiva integral que reconozca la complejidad del sujeto en su contexto social, histórico, cultural y económico.

La premisa fundamental de este trabajo es que la aplicación efectiva de las leyes mencionadas puede transformar la experiencia del paciente, facilitando su acceso a una atención digna y respetuosa. Esta transformación, sin embargo, enfrenta obstáculos significativos en la resistencia al cambio de paradigmas dentro de las instituciones de salud. La fundamentación de la relevancia de lo aquí planteado radica en la necesidad de repensar las prácticas clínicas en el marco de un sistema que aún perpetúa abordajes punitivos y estigmatizantes.

La pregunta que surge bajo este aspecto es: ¿puede una ley, llevada a la praxis, generar efectos clínicos? ¿Puede la clínica generar efectos políticos? ¿Habría una conjunción entre ambos? Estas preguntas, a su vez, ¿podrán responder al interrogante de por qué habría tantas resistencias en los cambios de paradigmas?

Leyes

Dentro del sistema jurídico de nuestro país se encuentran leyes que nos otorgan un marco legal encuadrando normativamente las intervenciones que se pueden, o no, realizar sobre la atención en salud en general. El alcance y la eficacia de dichas intervenciones dependerá de las interpretaciones que se realicen de las leyes y de los discursos que se generan, y a su vez generados, en torno a ellas. Esto produciría disputas en torno a los abordajes de presentaciones clínicas complejas, específicamente como lo son las de consumos problemáticos, las adicciones y el consumo de sustancias.

Una de las leyes a estos fines, y la principal, es la ley N° 26.529, del año 2009, de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Esta sería la que regiría fundamentalmente cualquier praxis, ya que la misma en su artículo 2, establece los derechos que poseen todos los ciudadanos al momento de recibir atención sobre su salud, constituyendo como derechos esenciales la asistencia sin discriminación, el trato digno y respetuoso, la intimidad, la confidencialidad, la autonomía de la voluntad, entre otras.

Bajo esta perspectiva, se puede interpretar que, si se tuvo que generar una ley para que las personas que reciben atención sobre su salud tengan un buen trato y respetuoso, es porque muchas veces se carecía de ello. Es así como se puede tomar una postura profesional al momento de trabajar, ya que suele suceder que personas que arriban a una guardia del hospital general por intoxicación aguda, por ejemplo, reciben un trato hostil culpabilizando al propio paciente por su cuadro de intoxicación. El hecho de que haya una ley que tenga que abogar por el trato digno y sin discriminación es porque

este tipo de prácticas se siguen replicando en un trato punitivo, más aún cuando se trata de consumos problemático y adicciones, que es un campo marcado por el maltrato relacionado a la estigmatización y la exclusión. Esto hace que, muchas veces, las personas sean expulsadas del sistema de salud.

La puesta en práctica de esta ley sería capaz de generar efectos necesarios para la atención de la salud sobre los pacientes, ya que el hecho de que esté predispuesto a volver y recibir atención en el mismo lugar debido a que obtuvo un buen trato, cordial y respetuoso, es capaz de generar determinada adherencia y esbozar el inicio de la demanda que se requiere para el comienzo de un tratamiento intensivo. Cabe interrogarse acá cuándo, tristemente, se empezó a institucionalizar el maltrato en relación con los padecimientos.

Por otro lado, la mencionada ley promulga también el consentimiento informado, que, si bien la intencionalidad política se dirige hacia la autonomía de la voluntad del paciente, dicho fundamento dista de haber quedado en una mera cuestión burocrática, ya que esta praxis no queda exenta de efectos clínicos y políticos. Si el paciente recibe información clara y precisa sobre los procedimientos propuestos con la especificación de los objetivos perseguidos en su plan terapéutico, también es capaz de ser partícipe en el proceso de atención de su salud y teniendo una mayor implicancia sobre su tratamiento, no quedando en una posición de pasividad recibiendo lo que piensan para él, sino que también forme parte del planeamiento de las estrategias que le competen plenamente.

Por otro lado, en el año 2010, se promulgó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Es la ley que vino a reivindicar los derechos de los pacientes y de sus padecimientos, asegurando el derecho a la protección de la salud mental y el pleno goce de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental. En la misma, en su artículo 3, se reconoce a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ley 26657 de 2010. Ley Nacional de Salud Mental. 2 de diciembre de 2010. B. O. N° 32041).

En principio, ya se expresa la complejidad al momento de trabajar en salud mental, ya que no se está haciendo referencia a una mera cuestión biológica ni psicológica, sino que va a estar ligada también a otros factores como lo socioeconómico, lo histórico, lo cultural y, principalmente, los derechos humanos. De esta manera es que se supone un quiebre de paradigma, porque emergen nuevas formas de problematizar la salud mental con relación a lo histórico-social, y no implican solamente el encierro y las lógicas manicomiales como se venían dando hasta ese momento.

Estos puntos de la ley en su praxis ciertamente pueden estar destinados a producir un movimiento en la posición subjetiva del paciente y generar efectos clínicos. El hecho de que la persona tenga conocimiento de los derechos de los cuales puede y debe gozar por el hecho de ser humano y ciudadano, su posición claramente no va a ser la misma.

La ley de Derechos del Paciente se puede leer como un antecedente a lo que viene a plantear la Ley Nacional de Salud Mental en cuanto a lo concerniente a los derechos humanos de las personas que acuden al sistema de salud por un padecimiento, ya que hace foco en cumplimiento de dichos derechos y, en cierto punto, una ley vino a ratificar a la otra para darle mayor peso, junto con un paquete de leyes que se promulgaron en ese momento histórico, conocidas como el paquete de leyes 26.000.

En lo concerniente a los problemas de consumos, en el artículo 4 dicha ley indica que “las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud” (Ley 26657 de 2010. Ley Nacional de Salud Mental. 2 de diciembre de 2010. B. O. N° 32041), asegurando así que las personas con dicha problemática específicamente puedan ejercer su derecho de acceso a la salud sin ser penadas como aún suele suceder.

Esto resulta relevante, debido a que, a partir de la promulgación de esta ley, la atención de las personas que tienen problemas con el consumo de sustancias ilegales pasó del ámbito penal al ámbito de la salud. De igual manera, esta ley sigue coexistiendo con la Ley Nacional N° 23.737, que fue promulgada en el año 1989, denominada Tenencia y Tráfico de Estupefacientes, la cual criminaliza el consumo de sustancias que se determinaron aleatoriamente como ilegales.

En el artículo 14 de la mencionada ley, indica una pena económica y privativa de la libertad en caso de tenencia para el consumo personal. Esto refleja una colisión normativa en el sistema jurídico, dado que por un lado se propone abordar el consumo problemático con la complejidad que convoca la salud mental con enfoque en los derechos humanos, y por el otro lado se sanciona la tenencia personal con pena privativa de la libertad, con relación a una ley vetusta que también impone una pena económica en australes. En este sentido, es que la Ley Nacional de Salud Mental vino a humanizar las prácticas en un campo que aún hoy es punitivo y manicomial.

Por último, existe una propuesta superadora a estos fines. La Ley Nacional N° 26.934, denominada Plan Integral Para el Abordaje de Consumos Problemáticos, fue creada en 2014 pero aún no está reglamentada. La misma indica en su artículo 2 que los consumos problemáticos son “aquellos consumos que —mediando o sin mediar sustancia

alguna— afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales” y que “pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas —legales o ilegales— o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud” (Ley 26934 de 2014. Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos. 29 de mayo de 2014. B. O. N° 32894).

Se puede entender esta ley como un progreso debido a que define integralmente el concepto de consumo problemático, diferenciándolo del simple consumo y descentrándolo de las sustancias. Remarca que cualquier tipo de consumo, incluso a los juegos y las tecnologías, que no sólo dañen tu salud física, sino también tus vínculos de forma crónica. Claramente, se propone un movimiento de un paradigma médico hacia un paradigma de la complejidad, proponiendo un abordaje de manera integral incluyendo también, entre otras cosas, el trabajo territorial, no como una estrategia, sino como una condición para el abordaje.

En definitiva, resulta indispensable reconocer que el sistema jurídico brinda los cimientos éticos para el ejercicio profesional, no estando exento de conflictos al momento de llevar a cabo la práctica diaria. Eso sucedería no sólo entre diferentes instituciones que poseen variadas concepciones que pujan entre sus interpretaciones de las leyes, sino que, incluso, sucede intra institucionalmente en la salud, generando incluso más tensiones aún que, en cierto punto, responderían a una resistencia a los cambios de paradigmas. La pregunta que insiste acá es ¿por qué aún existen resistencias al cambio de paradigmas y a qué intereses responden?

Paradigmas

Al momento de pensar las intervenciones, ya sea entre las cuatro paredes de un consultorio, dentro de una organización, e incluso en el territorio o a nivel institucional, cualquier profesional de salud se posiciona, al mismo tiempo, sobre diversos paradigmas que le van a dar un marco desde el cual intervendrá para trabajar con personas cuya presentación es su problemática con el consumo. Este posicionamiento no sólo genera tensiones intra e interinstitucionales, entre personas y/o trabajadores, sino que genera tensiones incluso en uno mismo, ya que se despliega por diferentes paradigmas simultáneamente.

De acuerdo con Thomas Kuhn (2004) se entiende a un paradigma como un conjunto de valores, premisas y creencias que le van a dar una determinada mirada de la realidad a la persona que lleve a cabo su labor profesional, así como también métodos y técnicas específicas que serían consideradas válidas dentro de dicho paradigma. Es así que, de esta forma, se van a sustentar las estrategias planeadas y los objetivos de los

tratamientos que se propongan en virtud de la posición que se tome, en mayor o menor medida,

deslizándose por las perspectivas de diversos modelos.

Es en este sentido que Edith Benedetti (2015), siguiendo a Helen Nowlis (1975) en su libro *La Verdad Sobre la Droga*, señala distintos paradigmas en relación con el consumo de sustancias que se fueron dando a lo largo de la historia, teniendo como eje tres elementos: el lugar de la sustancia, el lugar del sujeto y el entorno. En virtud de la comprensión de dichos elementos, desarrolla diversos modelos y estrategias de abordajes como el modelo ético-jurídico, el modelo médico-sanitario, el modelo psico-social y el modelo socio cultural.

El primero, modelo ético-jurídico, como su nombre lo deja entrever, está basado en intervenciones punitivas a través de valoraciones éticas y también morales, donde el eje va a estar puesto en si la sustancia consumida es legal o ilegal y no se centra en el malestar del sujeto. Si bien se puede pensar estos tipos de abordajes como uno de los primeros en sentido histórico y cronológico con relación a intervenciones sobre problemáticas de consumo, hoy en día se siguen practicando. No sólo del lado del sistema penal que hostigan y condenan a los consumidores, sino que siguen existiendo en la actualidad profesionales e instituciones que trabajan a través de valoraciones éticas y prácticas de castigo. Por lo general son las instituciones religiosas las que se posicionan desde este paradigma.

El médico-sanitario, es un modelo que se enfoca en el consumo de sustancia como si fuese una enfermedad. Por supuesto las intervenciones van a ir en línea de la prevención del contagio, tanto del consumo como de la transmisión de enfermedades. De este modelo surgieron las tan conocidas estrategias de reducción de riesgos y daños que, si bien actualmente tienen otro tipo de acepciones, dichas intervenciones surgen para la

prevención del contagio de enfermedades infectocontagiosas cuando el consumo de sustancia se practicaba mayoritariamente por vía inyectable. Además de una estrategia de salud, también lo fue en sentido económico reduciendo los costos de los tratamientos de enfermedades asociadas a dicha práctica. Aun así, en la cotidianidad podemos ver prácticas sustentadas sobre este paradigma cuando se aborda un tratamiento solamente por la vía farmacológica suplantando una droga por otra, ya sea para evitar la abstinencia o los trastornos psicósomáticos causados por el consumo de sustancias.

En el modelo psico-social cambia la perspectiva. El eje del análisis está puesto ya en el vínculo que el sujeto construye con la sustancia. Bajo este paradigma se empieza a pensar que hay consumos que son problemáticos y otros que no. Las estrategias están

pensadas sobre el entorno del sujeto, como la familia, amigos y el barrio donde vive. De esta forma aparecerán estrategias de prevención inespecífica en los territorios donde se estima que hay mayor cantidad de consumo de sustancias y donde se encuentran más expuestos a estas prácticas. Si bien trabajar bajo este paradigma puede tener una apertura más amplia en cuanto a las posibles intervenciones, no deja de escucharse hoy en día el clásico discurso del consumo a causa de la mala junta y el intento de separación del sujeto de su círculo afectivo pensando que su problema se debe exclusivamente a los lazos sociales que sostiene y el entorno donde se encuentra. En tal sentido, es pensar en un sujeto pasivo con una psiquis afectada por componentes externos que le causan el malestar.

Finalmente, el modelo sociocultural considera al consumo problemático como un fenómeno social, poniendo su eje allí y ya no tanto en lo psicológico. De esta forma se diferencia del modelo anterior. En contraposición a los modelos anteriormente mencionados, acá se plantea una perspectiva superadora, porque va a retomar algunas concepciones de los modelos anteriormente descritos y va a problematizar la relación del sujeto con la sustancia teniendo en cuenta el contexto social y cultural, sin quedar reducido solamente a que es un fenómeno del malestar en la cultura, aunque claramente lo cultural tiene gran implicancia en lo que es el consumo en general, sea de sustancias o cualquier otro tipo de objeto.

Es así como cuando se despliegan estas tensiones es difícil pensar que una misma persona, un equipo de trabajo o una organización pueda tender solamente hacia uno de los modelos mencionados, sino que habitarían varios al mismo tiempo, y creo es ahí donde radica la complejidad que se requiere para abordar las problemáticas en salud mental. Al fin y al cabo, el interrogante está en si estas tensiones terminaran siendo necesarias para que un campo tan complejo no quede reducido a una sola perspectiva de trabajo.

Inclusive, desde estos mismos paradigmas se acompañaría a cada sujeto en su singularidad, considerando la pertinencia de estos en el momento en que se encuentra quien padece sin entorpecer ni idealizar ningún modelo, sino deteniéndose a analizar el momento y la singularidad de quien inicia un tratamiento. Incluso, dentro de dicho tratamiento puede suceder que en un momento sea necesario tomar decisiones dentro del paradigma médico-sanitario, donde el sujeto necesite un resguardo y otro tipo de sostén que implique una internación y tratamiento farmacológico, y luego optar por un abordaje psicosocial, trabajando con la familia y su entorno, intentando en estos movimientos conmover la posición subjetiva del sujeto. En definitiva, se trataría de pensar lo posible para un sujeto y no lo ideal de un modelo.

Psicoanálisis

Sigmund Freud, fundador del psicoanálisis, ya en 1930 escribía en referencia a las adicciones como un efecto derivado del malestar en la cultura. Precisamente, en el libro *El malestar en la cultura*, afirma que el objetivo de la vida es alcanzar la dicha, conseguir felicidad y mantenerla. Para lograr esto, existiría una meta negativa y otra positiva. La primera consta de evitar el dolor y el displacer, y la segunda, de vivir la mayor cantidad de momentos intensos de placer. Él mismo dice que el método más tosco, pero más eficaz es la intoxicación, que brinda sensaciones de placer directas al organismo, pero que altera los sentidos normales (Freud, 1992). Si bien Freud escribió esto hace ya casi cien años, la cultura actual se presenta como un imperativo al placer y el disfrute sin límites. La satisfacción inmediata, el *ser feliz* y el placer, hoy en día, en muchos casos deja de ser un deseo y se expresa como mandato, invalidando y rechazando lo humanizante, y sumamente necesario, de habitar y transitar las diversidades de emociones.

Este imperativo, como menciona Edith Benedetti (2024), es impuesto por el discurso capitalista mediante dispositivos de enunciación mediática. Esto se daría con la colaboración del discurso, ya bastante conocido, de la autoayuda y autosuperación, que se repliegan en una práctica solitaria, como si no existieran otros ni lazos sociales que funcionen de sostén para tolerar el malestar que implica el hecho de estar inscriptos en una cultura y en una sociedad, teniendo que soportar cada vez más en soledad las exigencias de este precepto. La autora mencionada, pone este discurso en relación con el imperativo del consumo de cualquier objeto sin restricciones y sin que refiera a ninguna significación, remitiendo a las presentaciones complejas que la época en que vivimos nos manifiesta, donde lo instantáneo y la actualidad extrema no tolera el intervalo y hace que emerjan nuevas formas de malestares en la cultura actual (Benedetti, 2024)

En el libro inicialmente citado en este apartado, Freud (1992) supo denominar a los tóxicos como “quitapenas”, con los cuales es posible abstraerse de la presión de la realidad y brindarían la posibilidad de refugiarse en un mundo propio. Pero, esa misma propiedad que brinda, es la que suele darle también su carácter peligroso y dañino para la persona.

El hecho de pensar las sustancias como quitapenas, implica habitar un cuerpo intoxicado y anestesiado capaz de inhibir las emociones y los procesos psíquicos, históricos y socioculturales, que serían vitales para la existencia.

El vivir no está exento de malestares, padecimientos, problemas y desasosiegos, pero necesitan un cuerpo perspicaz y capaz de captar, percibir y lidiar con las complejidades que se presentan. Si bien a veces es necesario un repliegue en el mundo propio para habitar la introspección, también es importante encontrar en el otro y en otros, el sostén necesario para poder hacerlo.

A lo largo de estos cien años, los discursos psicoanalíticos que se fueron sucediendo, fueron mutando en un intento de abordar y construir una posición sobre el consumo de sustancias, otorgándole una identidad propia a una práctica que en sí es heterogénea. Es en este sentido que insiste la pregunta de Sylvie Le Poulichet (2019): “¿por qué un uso de productos por ciertos individuos puede legitimar una atribución psicológica de significación o fundar una organización psicopatológica autónoma?” (p. 27)

Incluso, no sólo cambió el discurso sino también las formas de nombrar y referirse a esta problemática que se presenta tan compleja en la cotidianidad. La forma de nombrar y las diferentes formas que se fueron dando de nominarlos, también tienen sus efectos y fueron modificando la concepción del consumo y de las adicciones y, por supuesto, la forma de trabajar con ello. En este sentido, es que se entiende el lenguaje y sus expresiones con un carácter performativo, que implicaría realizar en el mismo acto de enunciación (Austin, 1998). Es por ello por lo que no es lo mismo nombrar esta problemática como toxicomanía, adicción, consumo problemático o, incluso, problemas con el consumo. No es lo mismo que un sujeto sea adicto, y nombrado como tal, a que posea un consumo que le trae problemas, a que tenga problemas con un consumo en particular. Si hay algo que nos enseña el psicoanálisis es que los efectos que se generan a través de lo que nombramos no son los mismos en la historia singular del sujeto. Poder renombrar, también, es un gesto que brinda la posibilidad de vaciar de sentido aquello que se intenta patologizar, estigmatizar e individualizar.

Alejandro Ariel (2004) realiza una diferencia entre lo que sería una persona adicta, un consumidor y aquellos que están en una *zona de prueba*. Para el adicto, el consumo es tema de su existencia y su práctica diaria cobra sentido a partir de ello. Dentro de esta clasificación, se entiende que no harían otra cosa más que consumir o, si lo hacen, no tiene ningún otro sentido más que para seguir consumiendo, además de que su día se organiza en torno al consumo. No hay una estructuración cotidiana referenciando un antes o después de trabajar, un después de almorzar o cenar, o después de ir a hacer las compras, sino que hay un ordenamiento diario en torno al momento del consumo. Es un antes de consumir, un después de consumir o cuando consume.

Por otro lado, nombra al consumidor como aquellos que hacen uso de la sustancia como una estrategia para simular una buena salud. Los que clasifica dentro de esta categoría harían de la sustancia una herramienta necesaria para ir a trabajar, para juntarse con amigos, para salir, etc. Si bien consumirían diariamente, mantienen su vida social, su trabajo y sus vínculos.

Por último, están los que él menciona como los que se despliegan por una *zona de prueba*, siendo aquellos que realizan un consumo comunitario como una práctica con

valor enigmático, estos serían los que consumen para experimentar o como una práctica entre amigos. Acá es donde Alejandro Ariel (2004) indica que deben ubicarse las estrategias de

prevención, como una práctica en la cual se debe brindar la posibilidad de hacer lugar en la escena al sujeto.

Este *dar lugar* que se menciona, en lo cotidiano se daría en una escena, ya sea institucional, en el consultorio o en el territorio, donde se le ofrece un nombre al sujeto. Por este motivo, es que anteriormente mencionaba que no da igual cómo se lo denomine al sujeto que consume, porque, en coincidencia con el autor, surge el interrogante de qué es lo que pasa cuando en ese lugar que se da, lo nombran remarcando los defectos, de forma despectiva, persecutoriamente o, incluso, ni lo nombran, quedando excluidos directamente. ¿Qué lugar se les da? ¿Qué lugar les queda? Suele decirse, incluso, que los adictos desconfían y descontinúan los tratamientos, ¿no será esto un efecto del lugar el cual históricamente se los esperó en su relato?

Esto, una vez más, no carece de efectos en la clínica, porque ese nombre que se le da le otorga una identidad, y muchas veces las personas entran al sistema de salud con una carta de presentación que, tal vez, no les pertenece. Si entramos en este discurso y no lo recibimos críticamente no se le daría lugar al sujeto.

Tanto desde otras disciplinas como desde el propio psicoanálisis, se intentó generar una teoría sobre las adicciones que dieron lugar a un discurso que terminó muchas veces por otorgarle una característica de omnipotencia a la sustancia y anulando la posición del sujeto. Fue un campo que se llenó de diversas discursividades y a tal sujeto se lo terminó montando en una escena ya armada con muy poca posibilidad y capacidad de movimiento en una suerte de destino marcado. Fue así que, como menciona Le Poulichet (2019) se armaron diversos discursos, como los desarrollados hasta acá: morales, humanistas, médicos, jurídicos, psicológicos, psicoanalíticos, etc. que trazaron una figura psicosocial del adicto que erigió un imperativo de representación del sujeto.

Ignacio Lewkowicz (1998), desarrolla la cara social de esta problemática, y menciona que si hoy en día podemos referirnos a la figura del adicto, se debe a que existe un tipo de subjetividad socialmente instituido. Esta figura no existió en todas las épocas. En la antigüedad, si una persona consumía mucho opio, por ejemplo, no era sentenciado

como adicto ni lo perseguían como tal, porque no había un discurso jurídico que lo condene, ni un discurso médico que lo patologice, ni un discurso social que lo estigmatice. Antes no estaba tomado por la red discursiva e institucional que hoy da

existencia al adicto.

En este sentido, el autor menciona que hay prácticas que están instauradas socialmente que dejan marcas y que, a su vez, se irían creando enunciados para poder darle sentido a esas marcas, constituyendo de esta forma un tipo de subjetividad instituida socialmente. Incluso, cuando estas prácticas se estandarizan, dan lugar a lo que Lewkowicz (1998) menciona como dispositivos de producción de subjetividad.

Hoy en día, estos dispositivos son las instituciones que nombran a los sujetos por sus prácticas, generando subjetividades e identidades. Acá es donde se disputarían nuevos campos de enunciación en relación con los consumos problemáticos y surgen, por ejemplo, como sucede actualmente, una nueva nominación: el ludópata. ¿Esto no es acaso un nuevo intento de volver a diagnosticar, individualizando la problemática? ¿No es acaso un recorte que vuelve a patologizar hoy en día a un grupo social específico, que serían los adolescentes?

El mayor interrogante que cabe destacar acá, en línea con lo que se viene planteando a lo largo de este trabajo, es qué oportunidades clínicas hay con un sujeto cuya subjetividad está instituida ¿qué puede hacer el psicoanálisis allí? Ya que, por lo visto, según algunos discursos, se trata de sujetos que irían alterando consecuentemente de objeto de consumo sin probabilidad ni capacidad de movimientos en su posición subjetiva.

La respuesta a esto, Lewkowicz (1998) la da a través del concepto de *envés subjetivo*. En esta subjetividad instituida mediante prácticas que dejan marcas a las cuales se les da sentido a través de discursos, hay una contraparte, un *plus*, que son los efectos secundarios e invisibles que dejan dichas marcas. En cierto punto, sería la parte singular y propia de todo lo que se instituye en el sujeto. Es así que, como hay prácticas que instituyen, hay otras prácticas que pueden lograr engendrar lo otro, ese *envés*, el cual brinda la posibilidad de generar un movimiento subjetivo. A esta operación el autor las denomina *subjetivación*, que sería una práctica crítica sobre la subjetividad instituida, una operación sobre las operaciones. Acá es hacia donde apunta el trabajo clínico.

Es en este punto que, para dar paso a este trabajo clínico, donde el sujeto pueda hacer una operación crítica sobre el resto de las operaciones que recayeron sobre él y se le otorgó una identidad, se le tiene que dar lugar, dar lugar a la palabra, pero no una palabra cualquiera, sino aquellas que conllevan la marca de la historia: a su palabra, la del sujeto. Ya que no por el simple hecho de consumir les pasa a todos exactamente lo mismo, no todos tienen el mismo padecer ni padecen de la misma forma. Como menciona Le Poulichet (2019), tendría que haber un principio básico en la clínica psicoanalítica con este tipo de presentaciones, y es que se tengan en cuenta únicamente

los acontecimientos, los decires

que surgen dentro del campo transferencial. Esto es lo único que puede contribuir a fundar una clínica, ya sea con adicciones, cualquier otro tipo de problemática o cualquier padecer en general.

Pero, en este dar lugar a la palabra, se dificulta a veces por el hecho de que en la clínica con este tipo de presentaciones, se le ofrece un lugar ahí donde el sujeto ha depositado una certeza de goce en la sustancia y donde encontró, en cierta medida, una solución o una manera de lidiar con su angustia (Paragis y Michel Fariña, 2023). Es por ello que desde el psicoanálisis, hoy en día, no se hace referencia a las adicciones como una estructura, como se ha llegado a plantear, sino, como menciona Alejandro Ariel (2004), que forman parte de las estrategias no neuróticas para enfrentar el miedo y, agrego, no solamente el miedo, sino la angustia, la falta de certeza y muchas veces para poder sostener el mandato de la felicidad. Por lo tanto, podemos pensarlo como un recurso que fue construido por el sujeto frente al fracaso de la producción de neurosis (Alejandro Ariel, 2004).

Es así, que Paragis y Michel Fariña (2023), retomando a Lacan en su escrito *Acerca de la causalidad psíquica* mencionan que lo que el sujeto pretende en estas presentaciones es anular los efectos del Otro, que es precisamente de quien recibe la palabra. Entonces, se trataría de una clínica psicoanalítica que no está fundada mediante formaciones del inconsciente, sino que aparecerían resistencias que detienen el despliegue del saber inconsciente porque acarrea la marca de lo pulsional.

Es por ello que estos mismos autores, que realizaron una investigación sobre las adicciones desde el discurso psicoanalítico, refieren a Freud cuando teoriza sobre la masturbación como la adicción primordial y las otras adicciones que se podrían llegar a poseer, cobrarían vida como sustituto de ella. Entonces, bajo esta perspectiva, la adicción sería sustituto de un puro autoerotismo, sin sentido alguno, que no se articula con la fantasía o la palabra. (Paragis y Michel Fariña, 2023).

Es en este punto donde en la clínica psicoanalítica emerge y persiste el interrogante. Entonces, ¿cómo dar lugar a la palabra ahí donde se presenta un goce no regulado que no está mediatizado por la palabra, sin significación, sin sentido?

Rodríguez Ponte (1996) trabaja con una tripartición desde el psicoanálisis, pero no con el tríptico de neurosis, psicosis y perversión, sino de neurosis, “neurosis” y neurosis de transferencia. La primera es la neurosis del hablar común, la de la vida cotidiana, la que creemos tener la mayoría y estamos más o menos bien o mal. En la “neurosis”, entre comillas, ya operaría un saber, un plus que hace que el padecer anterior no se juegue en cualquier parte, sino en algunas partes en especial, que serían los síntomas. Y las

neurosis de transferencia entra en cuestión lo que desarrolla en este texto, que es lo que quiere decir hablar.

El mismo autor, retoma a Lacan e indica que en ese hablar, hay algo de lo que se quiere decir y que no se dice, ya sea en el habla cotidiana, en una conversación ordinaria donde se interrumpe el orden del discurso porque, por ejemplo, la otra persona sigue hablando de lo que le pasó o cambia de tema (Rodríguez Ponte, 1996). Esto es lo que no pasaría en el análisis, ya que el analista en vez de interrumpir, calla y deja que se diga lo que queda por decir. Aun así, estando en análisis hay algo asimismo de lo que queda por decir y no se puede porque directamente no está en la disposición consciente del hablante; pero también hay algo que no se podrá decir porque en todo discurso hay algo que jamás pasará al orden de la palabra, que es diferente a lo inconsciente reprimido (Rodríguez Ponte, 1996).

Entonces, si bien la posición del analista es la posición del oyente discrecional, como dice Lacan (2023) y el oyente tiene el poder de decidir quién habla, está en dicho oyente la decisión y la perspicacia de escuchar a un sujeto instituyente o a un objeto instituido. Si se espera al paciente con consumos problemáticos, ya pensando que su problema es el consumo y que se trabajará con un sujeto adicto, que es el tipo de subjetividad instituido socialmente, no se daría lugar a escuchar al sujeto.

Es en este punto, donde cabe preguntarse cómo esperaríamos uno al paciente, si se lo espera con las características retratistas de un sujeto adicto o si se le da el lugar a la palabra, a que pueda tomar una posición en la cual se habilite a que empiece a decir algo, donde podría hablar de un modo diferente y decir lo nuevo. ¿Los esperamos aguardando que se despliegue por las mismas preposiciones ya instituidas o les damos el derecho a sorprendernos?

Marcelo Percia (2021) menciona el derecho al poco saber, que no es un saber poco, ya que eso sería negligencia, sino que se trata de una posición de los profesionales en la cual tienen noción de lo ilimitado del saber, que no se sabe todo; y esta posición comienza dando lugar a la palabra, una palabra que no es nuestra y que no precipita un saber preestablecido. Percia (2021) aclara que el *poco* no se refiere a un adverbio de cantidad, no designa una escasez, sino que es una cualidad clínica.

Aun así, en el abordaje y en la clínica de los consumos problemáticos, ya sea desde el psicoanálisis o desde otras corrientes y disciplinas, siempre se precipitó una conclusión que, como indica Le Poulichet (2019), fue una construcción en apuros y, por lo general, la antelación de un saber preestablecido producto de la impaciencia que surgiría desde el lugar de la resistencia del analista (Ariel, 2004). Este mismo es, en realidad, quien debería mantener el silencio, pero no un silencio mudo, sino uno que

implicaría principalmente la regla de la abstinencia. Este silencio es hablar, pero con el lenguaje del otro, sin interponer las propias interpretaciones.

Finalmente, retomando la investigación de Paragis y Michel Fariña (2023) se espera que el análisis posibilite que el sujeto se replantee su relación con su goce, pero esto no implica que se pretenda un acotamiento de este, sino un tratamiento posible. **Conclusión**

Este trabajo se inscribe en uno más de la serie de los trabajos que hablan de adicciones y de consumos problemáticos. Sin embargo, se escribe desde un enfoque crítico que evita el reduccionismo, proponiendo un análisis que considera no sólo los aspectos individuales del consumo, sino también el contexto social, cultural y jurídico que rodea a los sujetos, que a su vez los produce y los nombra otorgándoles una identidad que formará parte de su subjetividad. La complejidad de este fenómeno exige una mirada que trascienda las explicaciones simplistas y que reconozca la singularidad de cada individuo, entendiendo que detrás de cada consumo problemático hay una historia y un conjunto de circunstancias y vivencias únicas.

El reconocimiento de la relación entre las leyes y las prácticas clínicas es fundamental para avanzar en el abordaje de estas presentaciones. La aplicación efectiva de normativas como la Ley N° 26.529 y la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 puede transformar la experiencia del paciente, garantizando su acceso a una atención digna y respetuosa. Sin embargo, este proceso está plagado de resistencias que reflejan una lucha entre paradigmas, donde aún persisten enfoques punitivos y estigmatizantes que dificultan la implementación de prácticas más humanas y comprensivas.

Además, es esencial destacar que la forma en que se nombra y se conceptualiza a los individuos que enfrentan problemas de consumos tiene un impacto directo en su tratamiento y en su experiencia dentro del sistema de salud. La tendencia a etiquetar a las personas como "adictas" o "problemáticas" puede contribuir a perpetuar un ciclo de estigmatización y exclusión, limitando sus oportunidades de bienestar. Por lo tanto, resulta imperativo que se adopte un enfoque que valore la palabra del sujeto.

Es acá y hoy donde debería imperar, como dice Marcelo Percia (2021), el derecho a la irreductibilidad. En palabras de él:

La vida no puede reducirse a un compendio de explicaciones. Que ninguna existencia puede quedar ceñida a diagnósticos, clasificaciones, desciframientos, ejecutados por un poder [...] las potencias de lo vivo residen en la indeterminación y en la inconmensurabilidad. [...] Padecemos reducciones espantosas realizadas a través de lenguas triunfantes, géneros, clases sociales, territorios colonizados (Percia, M. 2021, p. 16).

Esta afirmación nos invita a reimaginar el abordaje de este tipo de presentaciones clínicas en un marco que no solo reconozca la complejidad del sujeto, sino que también abrace su derecho a ser irreductible.

Referencias bibliográficas

Ariel, A. (2004). Programa de prevención y asistencia de las adicciones. En *Jornadas herramienta de prevención en atención primaria*. Universidad Nacional de Rosario.

Austin, J. L. (1998). Emisiones realizativas. En Valdés Villanueva, L. (Ed.), *La búsqueda del significado* (pp. 415-430). Tecnos Universidad de Murcia. Benedetti, E. (2015). *Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático*. Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.

Benedetti, E. (2024) *¿Qué puede el hospital?* Teseo.

Freud, S. (1992). *El malestar en la cultura*. Amorrortu.

Kuhn, T. S. (2004). *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica.

Lacan, J. (2023) *Seminario 10: La angustia*. Paidós.

Le Poulichet, S. (2019). *Toxicomanías y psicoanálisis. Las narcosis del deseo*. Amorrortu.

Lewkowicz, I. (1998). Subjetividad adictiva: un tipo psico-social instituido. Condiciones históricas de posibilidad. En Dobón, J. y Hurtado, G. (comp.), *Las drogas en el siglo... ¿Qué viene?* Datavisión.

Ley de Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos (PLAN IACOP) (Ley 26.934/2014, 30 de abril). Boletín Oficial del Estado, N° 32.894, 2014, 29 de mayo.

Ley Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud. (Ley 26.529/2009, 20 de noviembre). Boletín Oficial del Estado, N° 31.785, 2009, 20 de noviembre.

Ley Nacional de Salud Mental. (Ley 26.657/2010, 25 de noviembre). Boletín Oficial del Estado, N° 32.041, 2010, 3 de diciembre.

Ley Tenencia y tráfico de estupefacientes. (Ley 23.737/1989, 21 de septiembre). Boletín Oficial del Estado, N° 26.737, 1989, 11 de octubre.

Paragis, M. P., & Fariña, J. J. M. (2023). *Adicciones: lo pulsional en los escollos de la transferencia*. Revista De Psicología, Vol. 23 N° 1, (pp. 53–71) <https://doi.org/10.24215/2422572Xe160>

Percia, M. (2021). *Derechos: después de los manicomios*. Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.

Rodríguez Ponte, R. E. (1996). Lo que quiere decir hablar. En *Seminario Fundamentos de la Transferencia*. Escuela Freudiana de Buenos Aires.