

# **Universidad Nacional de Rosario**

## **Facultad de Psicología**



**Trabajo Integrador Final**

**“Del tóxico al sujeto”**

Apuesta a la desustancialización del sujeto

Autora: Pregiutti, Camila María

Legajo: P-5089/1

Docente responsable: Diaz, Alberto

Año: 2018

## **Agradecimientos**

A la Universidad Nacional de Rosario, sin la cual no habría sido posible realizar la carrera.

Al Centro Universitario de Marcos Juárez y su grupo humano, quienes me brindaron la posibilidad de transitar los seis años de cursado.

A Alberto Díaz, quien hizo posible llevar a cabo este trabajo con su predisposición y acompañamiento.

Al espacio TIF por acompañar el proceso de escritura, especialmente a Anna Rebecchini, Soledad Ríos y Carla Gaido, quienes facilitaron los encuentros viajando a Marcos Juárez.

## Índice

Resumen.....	4
Palabras clave.....	4
Introducción.....	5
Desarrollo	
• Un primer acercamiento.....	6
• ¿Denominación o dominación? .....	9
• Del tóxico al sujeto.....	12
Reflexiones finales.....	16
Bibliografía.....	18

## **Resumen**

En el presente trabajo fue utilizada la modalidad de ensayo. El interés del mismo surge a partir de una serie de interrogantes fundados en la práctica profesional realizada en el año 2017 en la ciudad de Marcos Juárez, Córdoba, en un centro de rehabilitación de adicciones.

El objetivo del mismo fue realizar un desarrollo sobre la implementación de la ley Nacional de salud mental y adicciones n° 26.657 en el abordaje de adicciones/consumo problemático, exponer las dos principales modalidades de abordaje en acciones y esencialmente considerar aquellos desarrollos donde la propuesta es la de centrar al sujeto.

Creo interesante poder continuar reflexionando sobre dicha práctica, ya que me permite preguntarme por otras formas de concebir la problemática, cuales son las diferentes nominaciones según el marco teórico de donde se sostienen con su correspondiente abordaje. Además incluir el posible aporte al trabajo en adicciones desde el paradigma de reducción de daño.

El interés no se debe solo a realizar un recorrido sobre las distintas teorizaciones antes planteadas sino a la posibilidad de abrir interrogantes.

### **Palabras clave:**

Ley Nacional de salud mental y adicciones N° 26.657 - Adicciones - Consumo problemático.

## Introducción

El interés en el presente ensayo radica en realizar un desarrollo sobre la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y adicciones N° 26.657 en el abordaje de adicciones/consumo problemático y el posible aporte de un abordaje en clave subjetiva, considerando la modalidad de reducción de daños.

Pretendo exponer los dos principales paradigmas en la problemática de las adicciones, el modelo clásico abstencionista y el modelo de reducción de daños. Específicamente considerar aquellos desarrollos donde la propuesta es la de centrar al sujeto y contrastar con el paradigma abstencionista a partir de la conceptualización de algunas categorías de análisis fundamentales tales como: salud, salud mental, interdisciplina, adicciones, consumo problemático, reducción de daño.

Las adicciones se han convertido en una constante y creciente problemática que afecta a la salud mental de las sociedades actuales. La prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales se ha incrementado de manera acelerada, afectando a todos los estratos sociales así como rango de edades. A lo que autores como Galende (2008) en *Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser*, agregan la indiscutible relación de lo anterior con un rasgo dominante en nuestra sociedad actual, la cultura del consumo.

Dicho interés surge a partir de la práctica pre profesional, llevada a cabo en el año 2017, en la ciudad de Marcos Juárez, en un centro de rehabilitación de adicciones. El programa se fundamenta en el modelo Minnesota, orientado hacia la abstinencia y basado en el programa de “Doce Pasos” de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos.

La propuesta de este trabajo es no solo hacer un recorrido teórico por los principales paradigmas en el abordaje de adicciones, sino también abrir nuevos interrogantes.

Me interesa resaltar la importancia de considerar las adicciones como parte integrante de la salud mental, considerando a la Ley Nacional de Salud mental y adicciones N°26.657 como un avance indiscutible en el tema de adicciones.

Muchas inquietudes se me plantearon: ¿Que formas de concebir la problemática encontramos en cada paradigma? ¿Cómo se relacionan las diferentes nominaciones y teorizaciones de este padecimiento con su correspondiente abordaje? ¿Cuál es el aporte al trabajo en adicciones desde el paradigma de reducción de daño? ¿Con que sujeto de trabaja en cada uno de estos paradigmas? ¿Es posible una clínica del sujeto en el abordaje de adicciones?

## Desarrollo

### Un primer acercamiento

Para comenzar como antes mencione, tomaré de manera breve la conceptualización de algunas categorías de análisis fundamentales que me permiten introducir la problemática, como así también exponer diferentes concepciones de las adicciones para luego retomar los principales modelos de intervención.

La organización mundial de la salud (OMS) define la salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948).

Coincido con Ferrara (1985) cuando en *Teoría social y salud conceptualización del campo de la salud* plantea que es importante pensar en una concepción de la salud donde no es el conflicto lo que define lo patológico, sino el bloqueo de los mismos y las dificultades para resolverlo, es esto lo que certifica la idea de enfermedad. Cabe hablar de un proceso salud-enfermedad, proceso continuo cuya idea radica en sus caracteres histórico y social, idea de acción frente al conflicto, de transformación ante la realidad.

En relación a lo anterior a partir de la Ley Nacional de Salud Mental y adicciones N° 26.657 sancionada en 2010, se abre una perspectiva de derechos humanos y se debe considerar como principales antecedentes: La Declaración de Caracas, el 14 de Noviembre de 1990, conferencia sobre la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina, convocada por la Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud; así como también los Principios de Brasilia, realizada 15 años después de Caracas en Noviembre de 2005. (OPS, 1990; 2005)

En conexión a lo dicho por Ferrara (1985) en el Cap. II, art 4 de la Ley Nacional de salud mental y adicciones N° 26.657 (2010), se reconoce a la salud mental como un proceso, determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos. Su preservación y mejoramiento implicaría una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Una de las principales ganancias en el cambio de paradigma a partir de la Ley 26.657, es el abordaje de las adicciones como parte integrante de las Políticas de Salud Mental. Esto queda especificado en el Cap. II, art 4- Ley 26.657.

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 Nacional de salud mental, 2010, p.13)

Para Organización Mundial de la Salud (OMS) la adicción:

Es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Es una enfermedad progresiva y fatal, caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad.

Plantea determinados criterios que definen la dependencia así como también diferentes niveles de adicciones que varían según la regularidad del uso de la sustancia, cambios físicos y psíquicos. Estos niveles son cuatro y van desde la experimentación a la adicción.

Según la OMS, la droga es:

Toda sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones alterando los pensamientos, emociones, percepciones y conductas en una dirección que pueda hacer deseable repetir la experiencia, pudiendo provocar mecanismos de tolerancia y dependencia.

Manieu (2013) en *Adicciones ¿Dependencia o Consumo Problemático?* postula que desde la creación de los manuales estandarizados para clasificar los trastornos mentales, se han usado categorías para describir las llamadas “adicciones”, trastornos asociados al uso de sustancias en el DSM-IV-TR, que son definidas genéricamente como una dependencia física y/o psíquica a una sustancia de cualquier tipo (legal, ilegal, farmacológica, tóxica, etc.). Estas descripciones se basan en la conducta del consumidor, quien manifiesta diferentes signos cognitivos, comportamentales y psicológicos asociados al consumo de la sustancia.

“Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo...” (DSM IV-TR, 2000).

La Ley Nacional de Salud Mental y adicciones N° 26.657 permite romper legalmente con una concepción psiquiátrica del padecimiento subjetivo. Además de la defensa de los derechos de los pacientes, promueve la atención en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial.

Contrastando con lo anterior creo importante mencionar la Ley de régimen legal de estupefacientes N° 23.737 sancionada el 21 de Septiembre de 1989, la cual con más de 20 años sigue aún vigente, aunque sufrió varias modificaciones, estas refieren a la actualización de las multas y modificaciones de las sustancias químicas.

La Ley 23.737 es el marco legal con respecto a los estupefacientes y su uso indebido. Plantea tanto la comercialización, la plantación, como la portación de drogas en dosis mínimas, como delito (Ley de régimen legal de estupefacientes N° 23.737, 1989). Quedando dichos sujetos criminalizados y estigmatizados por las leyes y las autoridades, lo que muchas veces los lleva a alejarse de los servicios de salud. La penalización vigente en la actual legislación, obliga a los consumidores a entrar en un circuito de clandestinidad que muchas veces pone en riesgo su salud.

Se hace indispensable la modificación de la Ley N° 23.737, específicamente los artículos que penalizan la tenencia para consumo personal, ya que esto podría favorecer el acceso de los usuarios a un tratamiento, amparado en el paradigma de reducción de daños. Si bien varios proyectos de ley sobre la despenalización de tenencia de estupefacientes, a los que otros agregan la despenalización para el cultivo personal fueron presentados, aún no hay ley.

En apoyo a los proyectos actuales de Ley sobre la despenalización así como también de la Ley Nacional de salud mental y adicciones N° 26.657 encontramos la Ley Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos N° 26.934 sancionada en 2014, la cual en el artículo n° 3 plantea objetivos solidarios con los planteados en la Ley 26.657:

ARTICULO 3° — Objetivos. Los objetivos del Plan IACOP son: a) Prevenir los consumos desde un abordaje intersectorial mediante la actuación directa del Estado; b) Asegurar la asistencia sanitaria integral gratuita a los sujetos afectados por algún consumo problemático; c) Integrar y amparar socialmente a los sujetos de algún consumo problemático. (Ley Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos N° 26.934, 2014, p.1)

A su vez en artículo n° 9 especifica que el abordaje del consumo problemático debe llevarse a cabo como parte integrante de la salud mental.

ARTÍCULO 9° — Derechos y garantías de los pacientes. Los consumos problemáticos deben ser abordados como parte integrante de las políticas de salud mental, por lo que los sujetos que los padecen tienen, en relación con los servicios de salud, todos los derechos y garantías establecidos en la ley 26.657 de salud

mental. (Ley Plan Integral para el abordaje de los consumos problemáticos N° 26.934, 2014, p.3)

Sabemos que las adicciones son un problema de salud que en las últimas décadas han afectado a las sociedades, las cuales han sido testigo de su aumento acelerado. Esto me lleva a preguntarme: ¿qué características de nuestra época influyen en el crecimiento y relevancia de este fenómeno?

Muchas veces se adjudica el crecimiento de los últimos tiempos a la facilidad de comunicaciones y del comercio internacional, facilitadores del crecimiento de una oferta omnipresente.

Autores como Galende (2008) resaltan la fuerza que en los últimos años ganó la globalización teniendo como efecto el ingreso del mercado y el consumo. El poder del mercado como herramienta para la producción de una subjetividad acorde al consumo, haciendo que ningún sector de la vida social y la cultura pudiera permanecer indemne a estos nuevos valores.

“La ilusión de no ser” “El afán de ser otro de lo que se es, se extendió como rasgo central de la nueva cultura y está en la base de lo que el mercado nos acostumbró a entender por consumidor” (Galende, 2008, p.29).

Se trata del anhelo de actuar a través de la droga sobre la vida emocional, rendimiento físico, intelectual y vencer los malestares de la existencia.

Lewkowicz (1999) en *Subjetividad adictiva: un tipo psicosocial instituido. Condiciones históricas de posibilidad* afirma que “La subjetividad adictiva se puede considerar socialmente como un subproducto de la subjetividad del consumidor”... “Consumidor, entonces, no es un adjetivo del hombre contemporáneo sino una definición, su determinación epocal” (p.5).

De esta manera, la drogadependencia se concibe como una modalidad adictiva general. La existencia de sustancias alucinógenas, estimulantes o afrodisíacas no podría tener lugar por la pura fuerza de la sustancia. Estas sin la subjetividad capaz de entrar en relación adictiva, no podrían dar lugar a la adicción; las drogas circularían sin drogadictos (Lewkowicz, 1999).

Entonces lo determinante no sería la omnipotencia del tóxico, sino la configuración subjetiva de consumidores a la que asistimos. Considerar esto, puede ayudar a los especialistas a determinar cuál será el punto de intervención.

## ¿Denominación o dominación?

Aunque no siempre fue un problema, con formalizaciones distintas, repercusiones y consideraciones discrepantes, en contextos ideológicos y percepciones muy variadas, siempre ha sido continua la presencia de drogas.

Las distintas disciplinas se esfuerzan por hallar respuestas ante lo desconocido, frente a los nuevos problemas. “En esta búsqueda de conocimientos que completen este vacío se tejen interesantes estrategias entre los saberes y los poderes que los legitiman” (Basualdo, 2000, p.165). Creo que es importante considerar en el tema de adicciones como la teoría y el modo de abordaje en el interior de cada paradigma, se enlazan dialécticamente e influyen en el modo de intervenir, en cómo se mira, cómo se escucha y en la forma en que se significan los padecimientos.

Coincido con Basualdo (2000) cuando en *Nuevas demandas en salud mental*, plantea que el modelo actual del desarrollo científico se basa en una creciente especialización, que profundiza la división de saberes. Asistimos a una fragmentación de mismos que impide el acceso a la comprensión de la complejidad de la realidad. Se trata de una lógica lineal-binaria-causal, ordenando el sufrimiento en clasificaciones, desplegando cada discurso disciplinar significaciones cerradas.

Lo anterior, lo relaciono con el denominado modelo abstencionista clásico. Se basa en la idea de que el drogadependiente es un “enfermo” con una causa detectable: la sustancia. De esto se desprende que la cura es viable si se interrumpe el acceso a la misma. Para muchas de las instituciones que articulan el tipo de oferta, con el objetivo de la abstinencia, la condición de cese de consumo es requisito para el inicio del tratamiento (Vázquez, 2008).

Una de estas instituciones es el centro de rehabilitación antes mencionado, las prácticas llevadas a cabo se ajustan a este paradigma. El “consumo cero” es un requerimiento indispensable, “mecanismos de evaluación y control” donde se explicita que los controles de laboratorios serán realizados al ingresar y luego se desarrollaran exámenes periódicos según lo requiera el estado psicofísico del paciente (Programa del Centro de Rehabilitación Alumine, 2017).

Está centrado en criterios de umbral máximo de exigencia que establecen la supresión forzosa de sustancias como condición de inicio y des-plegaje de un tratamiento, en su forma ambulatoria toman la modalidad de funcionamiento de comunidad terapéutica.

Se trata de una visión que intenta explicar “el todo” del problema de la drogadependencia, a partir de sus partes. Dicha visión es especialmente visible en la focalización que hace de la sustancia y en la pretensión de que el abandono de la misma, se produzca de forma aislada de las condiciones sociales en que estos consumos tienen lugar. (Vázquez, 2008, p.172)

Quevedo (2010) en el 7º Congreso Argentino de Salud Integral del Adolescente. Mesa Redonda: Estrategias de abordaje del consumo, también propone la denominación de dispositivos de “Umbral de máxima exigencia” para hacer referencia al paradigma abstencionista.

La “adicción” es concebida como una enfermedad progresiva, una patología biológica /genética que solo podría detenerse por abstinencia forzosa. Plantean una lógica causal, lineal y reduccionista otorgando un poder omnímodo a las drogas como agente causal de adicción. Excluyendo la dimensión subjetiva, sin situar el valor o función enigmática que ocupan las drogas en la economía de goce de cada quien. (Quevedo, 2010, p.5)

En la Institución donde realice las prácticas se observa un reforzamiento y reproducción constante de los mecanismos institucionales, los rituales como por ejemplo: antes de comenzar cada espacio grupal se enuncia un texto que corresponde a lo que dentro de la institución se denomina “filosofía de vida”. Las reglas para

moverse dentro de la institución, las normas, las formas “adecuadas” de expresarse. ¿Se podría pensar en un borramiento de la subjetividad? ¿Este reforzamiento de normas institucionales que objetivo tiene? ¿Tienen que ver con una protección de la institución frente a la emergencia de la subjetividad? ¿Se trata de cierta ilusión de homogeneidad?

Esto me permite suponer que no se trata solo de la abstinencia a la sustancia, sino que también de abstinencia simbólica. Esto queda demostrado en lo antes expuesto así como también en diferentes situaciones experimentada en la institución tales como: La prohibición de determinada vestimenta, corte de pelo, aros o accesorios, determinada música, tampoco están permitidas ciertas señas. La fundamentación es que se trata de “Lenguaje callejero” que traen y van aparejadas al consumo.

En relación a lo antes expuesto, Silvia Grande plantea cuando define a las instituciones que son: “Una dimensión de lo humano y lo instituido en ellas el resguardo, el reaseguro ante el retorno de esa precariedad enunciada en el problema fundante, que justifica la necesidad a la que esa institución responderá” (Grande, s/a, p.2).

La institución termina por producir aquello que se encontraba en el problema fundante, lo que se proponía combatir.

En este tipo de ofertas asistenciales se observa una focalización en la sustancia, dando lugar a la condición fundamental del abandono del consumo. Pero me permite preguntarme: ¿En estos abordajes el sujeto sufre algún tipo de dominación? ¿Denominación o dominación? ¿Dominación del cuerpo o alienación del sujeto? La alienación en el sentido marxista haciendo referencia a la explotación del hombre por el hombre, a la pérdida de autonomía y libertad.

En el sentido que no se considera la posibilidad de participación por parte del sujeto en las decisiones y estrategias de trabajo que se llevaran a cabo, en el tipo de tratamiento que recibirá. Creo que sería importante preguntarme antes: ¿Se trata de un sujeto? Muchas veces parece que es un cuerpo intoxicado, manipulable y mejorable en función de normas institucionales.

En este tipo de instituciones no hay una participación activa del sujeto, sino justamente una inhibición del mismo. Hay una serie de pautas de convivencia así como de comunicación y movilidad dentro de la institución que hay que cumplir, horarios rígidos que indican que se puede hacer. Un otro permanente, llámese director de la institución, coordinador, tallerista o hermano mayor que me dice que debo hacer y cómo hacerlo.

Estas modalidades han construido un perfil segregativo del “drogadicto”, donde la homologación -el para todos por igual- anula las diferencias entre los individuos, por ello acuden a la prescripción de pautas de reeducación y adaptación universales que desestiman la posibilidad de un consumo moderado o regulado de sustancias. (Quevedo, 2010, p.1)

Este paradigma sostiene como principio rector una sociedad libre de drogas. Cualquier uso de sustancias se trata de comportamientos socialmente desviados. Han construido una pseudoteoría sobre las adicciones que combina desde reduccionismos biologicistas que consagran la omnipotencia de las sustancias, hasta prejuicios morales que localizan a las drogas como flagelo social (Quevedo, 2010).

Para retomar lo planteado en el apartado anterior, como los diferentes paradigmas, sus formas de pensar y nominar definen tanto su objeto de intervención como sus prácticas, quisiera retomar a Barros (2000) en *El tóxico y la manía en una práctica institucional de diagnóstico*, cuando plantea el término “Drogadicción”:

Se añade a la neutralidad de la denominación “Droga”, la de “Adicción”. La partícula negativa, “a”, sugiriendo la exclusión de lo discursivo (“dicción”) en la adherencia con una sustancia incorporable. Por otra parte en la etimología (“ad-

dictum”, que puede traducirse como “apegado al dictum”, es decir “apegado a la ley”) abre una vía conceptual no solo hacia la perspectiva de la sujeción en demasía, sino del retorno de una ley feroz, la del superyó. (Barros, 2000, p.172)

Es interesante pensar como un planteamiento superador, lo retomando por Issela (2002) en *Tratamiento en drogadependencia* hablar de los sujetos “sujetados a la droga”. Modo de denominación que propone Korman, ya que plantea que la práctica habitual, es un exceso de simplificación, barre con las diferencias individuales y crea una categoría social “drogadicto”, “toxicómano”, “adicto”, “drogodependiente”. El sujeto desaparece en el problema que lo rotula: no es un sujeto que tiene problemas con la droga sino que es un drogadicto, un sujeto alienado al significante tóxico.

Superador en tanto no solo centra al sujeto, sino que también podría pensarse que rompe de cierto modo con la estigmatización Instituida históricamente en el discurso social que traen aparejadas denominaciones tales como drogadicto o adicto.

Se trata de una clínica de los sujetos, en su existencia concreta, para romper justamente con la focalización en las dolencias, muchas veces es como si estas ocuparan toda la personalidad. Se apagan todas las demás dimensiones y la enfermedad lo recubre como una segunda piel, dándole una nueva identidad (Sousa, 1996).

## Del tóxico al sujeto.

Creo que la problemática de adicciones demanda diversas concepciones e intervenciones, las adicciones se caracterizan y definen a través de una complejidad de elementos y factores que no permiten su reducción a un solo campo disciplinar.

Como dice Alicia Stolkiner (1987):

La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales invadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos. (p.168)

Es necesario tener en claro desde donde se va a realizar la observación del problema, de acuerdo a la elección estarán determinadas las características del mismo así como las respuestas posibles frente a este. Me gusta la analogía que hace Paveto (2010) cuando plantea que lo determinante será como leeremos el pentagrama ¿En clave subjetiva o en clave química?

Existen experiencias, que han ido adquiriendo status de política pública, desde que en el año 2000 una Resolución de la Secretaría de Drogas Nacional (SEDRONAR), hace lugar a otro tipo de programas denominados de Reducción de Riesgos o Reducción de daños. En estos, las exigencias son menores que en tratamientos de tipo abstencionista, aunque no descartan la abstinencia como objetivo, se enfocan principalmente a reducir los daños (Vázquez, 2008).

La Reducción de Daños (RRDD) toma el criterio de “umbral de baja exigencia o umbral de exigencia mínima”. Esta perspectiva de trabajo, desarrollado en clave subjetiva, no plantea la abstinencia obligatoria de sustancias como punto de inicio para el despliegue del tratamiento, salvo que la singularidad clínica del paciente lo requiera. Se valora positivamente los logros del paciente y la abstinencia puede llegar a ser o no un punto de llegada (Paveto, 2010).

“La política de reducción de daños ve al usuario como un actor “racional” que puede responder a la información y servicios de salud pública” (Marcucci, 2000, p.162).

Se trata de objetivos intermedios que propician, gradualmente, opciones alternativas adecuadas a las características y posibilidades subjetivas de los usuarios que contemplen responsabilizarlos de sus prácticas.

“Estas estrategias se basan en el tratamiento a demanda: respetar la decisión de los usuarios de elegir la modalidad de tratamiento más acorde a sus posibilidades” (Quevedo, 2010, p. 3).

En la institución donde realicé las prácticas, la abstinencia de sustancias no solo era el objetivo del tratamiento, sino que era una condición para el inicio y despliegue del mismo. Lo paradójico es que, quienes se acercan demandando ayuda para dejar de consumir, deben dejar de hacerlo antes de comenzar el tratamiento.

Con respecto a esto adhiero al planteamiento de una clínica del sujeto “Si la enfermedad se coloca entre paréntesis, la mirada deja de ser exclusivamente técnica, exclusivamente clínica. Entonces es el enfermo, es la persona el objetivo de trabajo, y no la enfermedad” (Amarante, 1996).

Me parecen importantes estas políticas ya que tiene como objetivo reducir las consecuencias negativas (físicas, psicológicas, sociales y legales) relacionadas con las adicciones, no focalizándose en el consumo en sí mismo o en la abstinencia.

Coincido con Marcucci (2010) cuando en *Políticas de salud y toxicomanías*, plantea que la reducción de daños consiste, principalmente, en garantizar el acceso de todos a la información y a la prevención, facilitando el contacto con los sistemas de salud, evitando los costos sociales y subjetivos que acompañan a la penalización. A

esto Quevedo (2010) agrega el ingreso en una legalidad, al situarlos como ciudadanos y sujetos de derecho.

“Podríamos decir, parafraseando a Laurent le da acceso a derechos, a un estatus social. Es un modo de reinscribir al sujeto separado de todo, en un discurso, en un lazo social” (Quevedo, 2010. p. 3).

Con respecto a la participación del sujeto, este es un modelo que se centra en su responsabilidad en cuanto a sus prácticas de consumo, se trata de hacer consciente y responsable de lo que hace.

En este sentido, si el sujeto adicto puede elegir, es deber del sistema de salud, presentarle opciones (Marcucci, 2000).

Así es posible ver la concepción de sujeto que sostiene dicha política, como sujeto de derechos, lo que implica favorecer su participación activa. Se trata de construir junto a la persona estrategias terapéuticas posibles, no de definir las previamente y aplicarlas sin su consentimiento.

En este punto me parece pertinente hacer referencia a una situación particular vivenciada dentro del centro, ya que la misma deja reflejado de manera clara como en esta modalidad asistencial abstencionista hay una ilusión de homogeneidad entre los tratamientos y pacientes que asisten, ¿Estas condiciones pueden relacionarse con un pretendido borramiento de la subjetividad? :

Santiago es un joven de 15 años quien concurría al centro de rehabilitación. En los encuentros grupales, se negaba a expresarse. Algunas veces había logrado decir unas pocas palabras con la ayuda del operador- coordinador de turno.

Después de un mes de tratamiento, en el desarrollo de la asamblea de expresión de sentimientos, al tocarle el turno de expresarse a Santiago, toma la palabra.

Sin seguir demasiado las pautas de expresión comienza a relatar su malestar, su negación a realizar en tratamiento y el desinterés por participar en el mismo. Relató que estaba muy agresivo con sus padres, -“El tratamiento me está haciendo peor, yo no era así”...“Yo no quiero venir más acá”...“No puedo ni verlos a mis viejos”...“No quiero ni que me hablen”... “Quiero estar con mi novia y mis amigos”. Es importante remarcar que estos dichos fueron expresados con interrupciones repetidas del coordinador, las cuales intentaban convencerlo sobre los beneficios que le traería hacer el tratamiento. Insistiendo sobre la necesidad y obligatoriedad debido a que tiene 15 años.

Una semana después Santiago en una discusión que mantiene con el padre, en su casa, lo lastima con un cuchillo, lo que produjo una necesaria intervención quirúrgica y una prolongada internación en cuidados intensivos. Santiago no asiste más a la institución y al preguntar por los procedimientos que se siguieron no nos brindaron información.

Este fragmento que pude reconstruir a partir de algunas notas sobre la situación me permite pensar ¿Se alojan las subjetividades dentro de este espacio? ¿Qué concepción de sujeto se pone en juego? ¿Qué beneficios aportaría la escucha? ¿Es posible una clínica del sujeto en el abordaje de adicciones?

La experiencia que hace años viene ganando lugar en la oferta asistencia de adicciones parece darnos una respuesta a esto.

Pienso al igual que Quevedo (2010) que el ingreso a una institución no debería ser un camino lineal y predeterminado, para todos igual. Sino que el proceso se enriquecería implicando fundamentalmente una escucha atenta desde el proceso de admisión para localizar -en la singularidad del uno por uno- sus posibilidades en los distintos espacios de la institución o la derivación cuando se trata de situaciones de mayor dificultad.

“En estos dispositivos de umbral mínimo de exigencia la modalidad de tratamiento implica una apuesta desegregativa que apunta a promover la desmasificación, ubicando la singularidad de cada quien, en la conducción de cada tratamiento” (Quevedo, 2010, p. 3).

Por ultimo me gustaría cerrar pensando en la importancia del oficio del psicólogo dentro del abordaje de adicciones, desde una perspectiva de reducción de daño, en el sentido que lo hace Ana Bloj (2009). Si bien lo aplica al ámbito educativo me parece pertinente tomarlo. El oficio implica reglas de actuación, reglas que deben ponerse en funcionamiento de un modo artesanal, como producto del análisis y consideración de cada circunstancia. A diferencia del rol profesional que nos remite al lugar, a la función que ese profesional representa.

En la institución el rol de la psicóloga era el consultorio privado con los concurrentes, no participaba de los espacios grupales, así como tampoco se comunicaba con los demás operadores. Las estrategias de trabajo son determinadas por el director de la institución así como también las decisiones. ¿En el abordaje de adicciones, la participación del profesional psicólogo solo se reduce a la clínica individual? ¿Qué otras intervenciones podrían llevarse a cabo? ¿Se podrían jugar cuestiones clínicas en otros espacios que no sean los individuales?

Para terminar, considerar la incorporación de la Ley Nacional de Salud Mental y adicciones N° 26.657 en el año 2010 específicamente a partir del artículo 4° donde se definen los problemas de sustancias como asunto de la salud mental y derechos humanos, como un cambio rupturista con la concepciones asumidas, discurso hegemónico caracterizado por la criminalización y estigmatización de los drogadependientes. Se comienza a pensar al “adicto” “consumidor” como un sujeto de derechos promocionando un abordaje interdisciplinario e intersectorial con una perspectiva integral (Ley Nacional de salud mental N° 26657, 2010).

Aunque no es el objetivo de este trabajo considerar el abordaje de las adicciones desde una perspectiva psicoanalítica, debido a los interrogantes y el creciente interés que fue surgiendo en la búsqueda y lectura, considero significativo poder hacer una breve reseña de la concepción de las adicciones desde el psicoanálisis ya que creo que tiene mucho que decir en auxilio de el paradigma de reducción de daños.

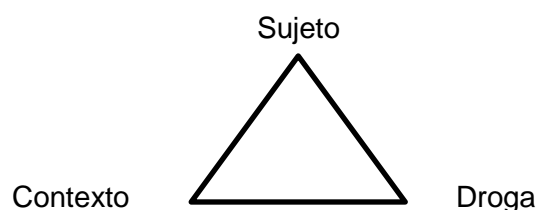
Me pregunto ¿cómo desde el modelo abstencionista clásico, desde su pretendida homogeneidad, termina por llevar a la segregación de un determinado grupo social?

El psicoanálisis rompe justamente con esta concepción y entiende a la adicción no como una entidad patológica autónoma, sino como un fenómeno transestructural, una práctica que se presenta en diferentes estructuras psíquicas y además presenta una gran variabilidad según cada paciente. (Corsiglia, 2011, p.2)

Al igual que el paradigma de reducción de daños, no se trata de ciertos objetivos fijos a cumplir, tampoco de caracterizar la personalidad del toxicómano, mucho menos el abandono de la sustancia. Considera que la adicción como tal no puede ser abordada de una misma manera, sino que justamente apunta a correr la importancia del tóxico y orientarse por la singularidad del caso por caso.

“La cura implica un giro en la posición subjetiva y que por añadidura alguien pueda alcanzar la abstinencia o un uso regulado de las sustancias, en el sentido de una acotación del goce desmedido” (Corsiglia, 2011, p.2).

Paveto (2010) plantea algo interesante con respecto al abordaje en clave subjetiva que me gustaría retomar, esto es el triángulo de análisis: “Drogas - Sujetos – Contexto”.



Incluir en el análisis al sujeto y su contexto permite romper con la sustancialización del problema, si bien el tóxico es incluido, lo que importa no es de que sustancia se trata o los efectos que trae aparejada, sino de la particular relación que mantiene con el sujeto. Como se inserta esa sustancia en esa subjetividad, el lugar y el valor que adquiere y la funcionalidad.

Ver en clave subjetiva ese uso de drogas y/o una adicción implica situar la mirada sobre el sujeto que realiza ese acto, ver qué lugar ocupa en su vida psíquica, con una historia de vida singular, diferente a la de otros; ver cuál es la finalidad de ese consumo. (Paveto, 2010, p.1)

¿Cuál es el mejor tratamiento? El que sea mejor para él y sobre todo el que sea posible acorde a esa subjetividad y al contexto real de ese sujeto, y no aquel indicado por un protocolo, o aquellos universales para todos igual.

Dada la complejidad de la problemática, donde muchas variables se ponen en juego y es imposible pensar desde una lógica estrictamente biologicista. Es indispensable considerar un centramiento del sujeto y sumado a esto la necesaria flexibilidad que deben adquirir las instituciones a la hora de recibir las demandas, considerando el caso a caso. La oferta asistencial debe dejar de ser un protocolo fijo, con una serie de preceptos a seguir, aplicado para todos los que llegan y pasar a ser una construcción a partir de la singularidad que está en juego.

## Reflexiones Finales

Para comenzar en este apartado quiero aclarar, aunque puede ser advertido en el desarrollo del trabajo, que a partir del pasaje por la institución Alumine así como también de las lecturas e interrogantes que fueron surgiendo, mi posicionamiento frente al abordaje de adicciones es el de reducción de daños.

Considero de vital importancia pensar mi futura práctica profesional posicionándome desde un abordaje interdisciplinario con una perspectiva integral y de derechos tal como lo plantea la Ley Nacional de salud mental y adicciones N° 26.657. Además creo que es esencial entender la incorporación de la misma como una conquista y un avance fundamental que nos invita a sustituir viejos paradigmas así como también a interpelar nuestras propias prácticas en el abordaje de adicciones.

Quisiera volver a retomar la importancia del hacer del psicólogo en el abordaje del consumo problemático como oficio, como practica artesanal, ya desarrollado en párrafos anteriores para diferenciarlo del rol profesional en el modelo abstencionista. En este último, el rol profesional del psicólogo queda reducido a la tarea de alejar al sujeto de la sustancia, fortaleciendo la significación de adicto y dictando una serie de reglas de comportamiento a seguir. Pienso que desde una perspectiva integral y de derechos, el psicólogo, puede enriquecer la práctica.

Creo importante resaltar dos componentes que considero fundamentales en el abordaje de adicciones desde la perspectiva de reducción de daños, la escucha y la acción de alojar subjetividades. Se trata no de buscar respuestas, sino considerar cada contexto, cada historia familiar y la determinada relación con el toxico que el sujeto trae.

Intentar tener una respuesta única a porque se drogan los sujetos, es resultado del predominio que ha tenido durante años el llamado paradigma abstencionista. Con dispositivos de comunidades terapéuticas, para todos igual, con sus mecanismos de control, el problema puesto en la sustancia, y no en lo que le pasa al sujeto, en qué contexto se manifiestan sus consumos, los diferentes tipos de sustancias y los efectos subjetivos de las mismas.

No se trata de obtener respuestas sino justamente de abrir interrogantes, de acompañar al sujeto en un proceso, el cual estará determinado por sus decisiones y sus necesidades singulares. Pienso fundamentalmente que lo principal es descentrar el objeto, la sustancia, el toxico, como aquel que flagela a un sujeto, como el que ejerce poder sobre él y lo daña, sobre el cual se construyó el paradigma abstencionista clásico, descrito párrafos arriba. Y luego complementario a esto el centramiento del sujeto. Volver a enfocarnos, no ya en la enfermedad, sino en comprender que de quien se trata, es de un sujeto.

Solo en la particularidad de cada caso, de cada sujeto que escuchamos y alojamos, en cada experiencia singular, nos podemos acercar a respuestas, las cuales no son universales, sino puramente subjetivas.

Me pregunto qué sucede con el sujeto cuando en modalidades asistenciales como la que presencie, se pone en juego estas dos formas de abstinencia; Abstinencia al toxico y Abstinencia simbólica ¿Cuál es el objetivo? ¿Lo que se juega es solo la pretensión de homogeneidad o se trata también de una forma de dominación? ¿Acaso la homogeneidad facilita el ejercicio de la dominación?

Creo que queda un largo camino por recorrer para lograr el desarrollo de potencialidades en el abordaje de adicciones, este no solo incluye la destrucción de significaciones y estereotipos que forman parte del discurso social instituido, el cual no hace más que aumentar la vulnerabilidad de los sujetos y producir su exclusión. Sino también la sustitución de las prácticas que los mismos traen aparejadas, es indispensable romper con la sustancialización del análisis. No realizar una lectura

centrada en el tóxico, no es subestimar la sustancia, es necesario para ampliar las variables y no caer en respuestas simples, frente a problemas tan complejos.

A lo anterior es indispensable sumar el indiscutible fortalecimiento de los servicios de salud, los cuales necesariamente tienen que estar abiertos a recibir sujetos que necesitan atención, dispuestos o no al abandono de sustancias. No solo para favorecer el acceso a la salud sino para conservar su condición de sujeto de derechos.

Por ultimo abrir nuevamente interrogante ya hechos ¿Qué beneficios aportaría la escucha? ¿Cómo se concibe al sujeto que llega? ¿Adicto, toxicómano, sujeto padeciente o usuario? ¿Acaso las formas de denominar son formas de dominar y legislar el cuerpo del otro? ¿Es posible una clínica del sujeto en el abordaje de adicciones? ¿Cuál es el oficio del psicólogo en el abordaje de adicciones? Me parece significativo dejarlos abiertos, ya que permiten seguir interpelando nuestras prácticas y son el pasaporte para seguir investigando y formándonos en el tema.

## Referencias Bibliográficas

- Barros, R. (2000). El tóxico y la manía en una práctica institucional de diagnóstico. En: A. Bordignon, G. Calveyra y M. Ricciardi, comp. *Salud Mental: Época y subjetividad*. Rosario, Santa Fe, Argentina: Homo sapiens.
- Basualdo, A. (2000). Nuevas demandas en salud mental: ¿Nuevos especialistas? El tema de las adicciones. En A. Bordignon, G. Calveyra y M. Ricciardi, comp. *Salud mental: Época y subjetividad*. Rosario, Santa Fe, Argentina: Homo sapiens.
- Bloj, A. (2009). Tres momentos para pensar las intervenciones del psicólogo educacional. Diferentes perspectivas de abordaje. En A. Bloj comp, *Intervención en psicología educacional*. Rosario, Santa Fe, Argentina: Laborde.
- Corsiglia, P. (2011). El aporte del psicoanálisis a la clínica de las adicciones y el recurso del dispositivo grupal: una apuesta desegregativa. Buenos Aires, Argentina.
- Ferrara, F.A. (1985). *Teoría social y salud conceptualización del campo de la salud*. Buenos Aires, Argentina: Catálogos.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental, La ilusión de no ser*. Buenos Aires, Argentina: Lugar.
- Grande, S. Clínica e institución.
- Ley del régimen legal de estupefacientes N° 23.737. (1989).
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. (2010).
- Ley Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos N° 26.934 (2014)
- Lewkowicz, I. (1999) “*Subjetividad adictiva: un tipo psicosocial instituido. Condiciones históricas de posibilidad*”
- Manieu, M. (2013). Adicciones ¿Dependencia o Consumo Problemático? Recuperado de <http://psicologia.uahurtado.cl/2013/05/adicciones-dependencia-o-consumo-problematico/>
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. (2000). Barcelona: Masson.
- Marcucci, M. (2000). Políticas de salud y toxicomanía. En A. Bordignon, G. Calveyra y M. Ricciardi, comp. *Salud mental: Época y subjetividad*. Rosario, Santa Fe, Argentina. Editorial Homo sapiens.
- OMS (1948). Adicciones. Recuperado de [http://www.url.edu.gt/portalurl/archivos/99/archivos/adicciones\\_completo.pdf](http://www.url.edu.gt/portalurl/archivos/99/archivos/adicciones_completo.pdf)
- Paveto, R. (2016). Claves en las lecturas de uso de drogas y los consumos problemáticos. ARDA. Recuperado de <http://infoarda.blogspot.com.ar/>
- Quevedo, S. (2010). Mesa Redonda: Estrategias de abordaje del consumo. Recuperado de <http://www.sap.org.ar/docs/congresos/2010/adoles/resum/quevedo.pdf>
- Sousa Campos, G. (1996-1997). *La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada*.
- Vázquez, A. (2008). El problema de la droga dependencia: modelos de abordaje, dispositivos de atención y paradigmas. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-032/490.pdf>

