



Universidad
Nacional
de Rosario

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Trabajo Integrador Final

Abordaje clínico ante el consumo problemático de sustancias: ¿Qué otra práctica es posible?

2024

Alumno: Matkovich Fabricio.

Legajo: M-5765/7

Modalidad: Ensayo

Email: fabriciomatkovich@gmail.com

Docente responsable: Arfeliz, Miranda

Agradecimientos:

A mi familia, sin los cuales esto no hubiera sido posible; a mi compañera de vida, sostén imprescindible en mi recorrido universitario; a la universidad pública por haberme permitido formarme como psicólogo; y a La Masotta por hacerme comprender que no hay clínica sin política.

Índice:	1
Resumen:.....	2

Introducción:.....	3
Desarrollo:.....	5
Contextualización histórica del uso de drogas:.....	5
Paradigmas y estrategias de intervención.....	6
Clínica psicoanalítica y consumo de sustancias.....	9
Reflexiones finales.....	16
Referencias bibliográficas:.....	18

Resumen:

En la actualidad el consumo problemático de sustancias se hace presente en

nuestra sociedad como un problema de salud mental, ante esta situación surgen distintos modos de respuesta, particularmente dos estrategias de abordaje diferentes: por un lado el abstencionismo que responde poniendo en juego la prohibición de la sustancia desde una perspectiva médico/legal y por otro lado la reducción de riesgos y daños, desde la cual se busca aliviar y reducir lo problemático de un uso singular de sustancias que pueda realizar un sujeto, produciendo así un corrimiento desde una lógica de intervención que pone el énfasis en el objeto a otra en la cual la intervención apunta al sujeto. En este marco se plantea la posibilidad de que la clínica psicoanalítica nos permita interrogar una posible práctica en cuanto a las situaciones de consumo de sustancias. Con el propósito de construir un posicionamiento más allá de la mirada abstencionista se analiza y reflexiona desde el marco epistemológico del psicoanálisis y la estrategia de reducción de riesgos y daños, sobre los conceptos que nos permiten construir dicho posicionamiento clínico. Como conclusión, se sitúa a la clínica psicoanalítica como aquella práctica ética que nos permite elaborar intervenciones que apunten al padecer singular de un sujeto, apostando a un cambio de posición subjetiva a partir del trabajo clínico y a una interrogación por parte del sujeto en relación al modo de vínculo que pone en juego con respecto a determinada sustancia.

Palabras claves: Salud mental - Reducción de riesgos y daños - Clínica psicoanalítica - Consumos problemáticos - Sujeto

al consumo de sustancias, a partir de considerar que en la actualidad, en lo que respecta a nuestra disciplina es de suma importancia debatir y problematizar sobre las perspectivas y enfoques existentes, para abordar las problemáticas relacionadas con el consumo de sustancias. Este tema se caracteriza por una gran complejidad y la existencia de múltiples dimensiones que están íntimamente vinculadas al paradigma desde el cual nos posicionemos. Siguiendo los desarrollos de Benedetti, al hacer referencia a paradigmas, aludimos a diversas estrategias políticas, sociales y sanitarias que trascienden el ámbito clínico, pero que, no obstante, influyen considerablemente en nuestra práctica (Benedetti, 2022).

Desde la misma autora, por un lado, encontramos la estrategia prohibicionista cuyos fundamentos se basan en el derecho, la legislación y la medicina, considerando el consumo de sustancias como un delito y calificando al sujeto como un enfermo, centrando su intervención principalmente en el objeto sustancia y buscando como fin último la abstinencia. En cambio, la estrategia de reducción de riesgos y daños se centra en una serie de estrategias que tienen por finalidad aliviar o reducir los daños provenientes del consumo. Este enfoque adopta un modelo multidimensional que contempla al sujeto, la sustancia y su contexto, de esta manera las intervenciones posibles son pensadas de una manera más compleja, desde una perspectiva interdisciplinaria y en sintonía con la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones (Benedetti, 2022).

Para el análisis de esta problemática tomamos una idea central de Carrere, quien postula que el sujeto consumidor es el tipo de subjetividad característico de la posmodernidad, en las cuales el consumo, en un sentido general, tiene un gran protagonismo producto de las condiciones de mercado imperantes, otorgándole así, un lugar de gran importancia al contexto sociohistórico (Carrere, 2018). En este sentido, es imprescindible situar el lugar dominante que ocupa el objeto de consumo para evitar reduccionismos individualistas. Además es de gran importancia tener en cuenta el espacio geográfico inmediato que habitamos, nuestra ciudad está atravesando una gran crisis en materia de narcotráfico y violencia, a raíz de lo cual queda más que expuesto el lugar protagónico que tiene en nuestra sociedad el consumo de sustancias. En relación a esto, es conveniente que podamos realizar una breve historización sobre el uso de drogas en la humanidad lo cual nos va a permitir obtener una perspectiva más compleja de la problemática y comprender en qué coordenadas acontece hoy en día, siempre teniendo en cuenta las particularidades de nuestro territorio.

La hipótesis que nos guía se centra en que a partir del cambio de paradigma, de estrategias abstencionistas hacia la estrategia de reducción de riesgos y daños, y con la instauración de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26657, podemos observar una gran influencia para que otras prácticas fueran posibles desde la clínica psicoanalítica, poniendo mayor énfasis en el posicionamiento ético inherente al psicoanálisis mismo.

Este supuesto nos permite dar cuenta que las distintas maneras de conceptualizar se encuentran sobre un trasfondo teórico, clínico, epistemológico y discursivo, y, por ende derivan en un enfoque de intervención específico, el cual es necesario poner en cuestión. De esta manera, se produce un cambio en el énfasis clínico, produciendo un corrimiento desde la prohibición de la sustancia hacia una mirada que ponga el foco en el sujeto,

entendiéndolo como sujeto activo y responsable al cual se le abren espacios de escucha y de posibilidades, al respecto Benedetti (2022) plantea que desde esta perspectiva, la apuesta es a la construcción de una pregunta que de lugar a la aparición de un síntoma o

acompañada al modo de un enigma como aquello a lo que se apunta a trabajar en un espacio clínico, en contraposición, desde una perspectiva prohibicionista en la clínica psicoanalítica, se tiende a emplear conceptualizaciones como adicto o toxicómano, detrás de las cuales encontramos los discursos médico y penal, discursos que limitan la posibilidad de elaborar intervenciones complejas y ajustadas a la singularidad de cada sujeto.

La construcción tomará entonces carácter de ensayo, apuntando a un posicionamiento crítico sobre las posibilidades clínicas ante las situaciones de consumo de sustancias, teniendo como objetivo dar cuenta cómo la elección de la estrategia mediante la cual enfoquemos nuestra clínica tiene un impacto significativo en la forma en que concebimos las intervenciones en salud mental, pudiendo llevarnos a considerar la salud como un derecho fundamental y al sujeto como un sujeto de derechos, o, por el contrario, pudiendo resultar en enfoques reduccionistas que emplean respuestas pre-establecidas, lo que tiene como consecuencia una homogeneización de los sujetos, y por ende, la pérdida de la singularidad; además construir una posición que ponga en primer plano la escucha del sujeto y su padecer. En este sentido, retomamos la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N°26657, ya que es la que a partir de su implementación en el año 2013 se convierte en la normativa que respalda y orienta nuestras prácticas para pensar intervenciones en el campo de la salud mental, al mismo tiempo es la clave para poder abordar el cambio de paradigma ya que fue un punto de quiebre sumamente importante en dicho pasaje.

Comenzamos con una breve contextualización histórica sobre el lugar que tuvo el consumo de sustancias por parte de la humanidad, dado que nos permite una delimitación inicial con respecto a la problemática. En su artículo Historia de las drogas y sus usos, Rossi identifica tres formas características del uso de sustancias a lo largo de la historia:

A primera vista, pareciera ser que el uso de drogas es tan antiguo como la humanidad...podemos distinguir tres períodos que conviven, pero en los cuales la ingesta de drogas adquiere una significación peculiar: un momento de índole religioso, otro de índole medicinal, y otro de utilización social y cotidiana (Rossi, 2011, p. 3)

En este sentido podemos notar como el consumo de sustancias ha estado presente desde los inicios de la humanidad, transformándose en respuesta a las variaciones que cada periodo histórico fue produciendo en él y además ocupando un lugar de gran importancia, como bien lo señala Nietzsche preguntándose: “¿Quien nos contará alguna vez la historia de los narcóticos, que es casi la historia de la cultura, de la denominada cultura superior?” (Nietzsche, 2004, p.60) indicándonos el protagonismo que tuvieron en nuestra historia, lo cual nos lleva a preguntarnos ¿por qué dicha historia suele quedar en el olvido?

En la actualidad, en nuestro país, el consumo de sustancias está en relación a un marco de ilegalidad en términos legislativos que conlleva no solo la estigmatización de los consumidores, sino también a la falta de información y la dificultad para abordar de manera integral esta problemática. Es por ello que este primer análisis nos permite visibilizar que, independientemente de si las sustancias son legales o ilegales, forman parte de nuestra sociedad y son utilizadas, y en este sentido nos preguntamos ¿es tan necesaria esta distinción entre legalidad/ilegalidad?. Del Do (2018) menciona al respecto “De esta manera, las políticas prohibicionistas solo brindan una respuesta penal a un problema muy complejo. Se criminaliza al usuario de drogas consideradas ilegales, ocultando las problemáticas sociales vinculadas al consumo. (p. 31)”, como bien indica dicho autor, reducir la complejidad del problema únicamente al ámbito penal, es perder de vista las vicisitudes sociales que subyacen y una manera reduccionista de dar respuesta a la problemática.

Por otro lado, ya Freud hace casi 100 años, nos brinda el puntapié inicial para pensar el consumo de sustancias en la vida social y cotidiana, que es nuestro principal interés:

La vida, como nos es impuesta, resulta gravosa: nos trae hartos dolores, engaños, tareas insolubles. Para soportarla, no podemos prescindir de calmantes. Los hay, quizá, de tres clases: poderosas distracciones, que nos hagan valuar en poco nuestra miseria; satisfacciones sustitutivas, que

la reduzcan, y sustancias embriagadoras que nos vuelvan insensibles a ellas. (Freud, 2011, p. 75)

Desde esta lógica, situamos el consumo de sustancias como una manera posible que encuentra el sujeto de sobrellevar el malestar inherente a la cultura y estructural a dicho sujeto, postulados que se encuentran en la esencia del psicoanálisis, como bien lo desarrolla Freud (2011). Ahora bien, ¿qué hace que un sujeto tome alguna de estas tres vías? ¿se trata de una decisión? ¿o de una predisposición?, dicho autor no termina de resolver la cuestión pero es en relación a estos interrogantes que comenzamos a vislumbrar una perspectiva para luego poder pensar la clínica y además también una posición con respecto al sujeto entendido y determinado como parte de un contexto social.

Hoy en día, en una época caracterizada por una lógica de consumo propia del capitalismo tardío que atravesamos, es apropiado enmarcar el consumo de sustancias dentro de esta lógica de consumo que nos afecta a todos por igual. Al respecto, Carrere plantea que:

En todas las culturas el hombre ha hecho, por distintas razones, un uso de diferentes sustancias psicoactivas. Sin embargo, es un fenómeno reciente y propio de nuestra cultura, el hecho de que el uso de drogas haya adquirido, en determinadas condiciones, el estatuto de un problema de salud. (Carrere, 2018, p. 35)

Este posicionamiento nos permite romper con las representaciones sociales imperantes que califican al consumidor de sustancias con toda una serie de adjetivos negativos, que también son reproducidos por profesionales de la salud, ya que al fin y al cabo en la sociedad mercantil de la que formamos parte, el consumidor es el trabajo mejor logrado y no un desecho de la misma, es por esto que nos preguntamos ¿qué intervención posible podríamos elaborar si desde nuestro lugar de profesionales de la salud mental abordamos al sujeto como un desecho?. En este sentido es que entendemos el consumo de sustancias como un tipo de consumo particular, con sus consecuencias intrínsecas, pero sin desconocer que el rasgo que nos caracteriza de manera general en nuestra época es el de consumidores, es el modo de lazo por excelencia de la posmodernidad, por lo tanto pensamos a las sustancias como un objeto más que el mercado ofrece, y a raíz de esto podemos formular las siguientes preguntas ¿Qué diferencia existe entre un sujeto con un problema de consumo de sustancias y otro con una problemática en relación a compras compulsivas? ¿La lógica de consumo no es la misma aunque el objeto sea distinto? Las posibles respuestas giran en torno a dónde pongamos el énfasis, si es en el objeto o en el sujeto.

Paradigmas y estrategias de intervención:

En nuestro país, existe un conjunto diverso de enfoques para abordar esta problemática, que abarca desde el rol del Estado a través de políticas públicas, pasando por las diversas disciplinas que emplean sus propios saberes hasta llegar a una

el marco en el cual abordamos el consumo de sustancias, no sin tener en cuenta la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones ya que se trata de la legislación vigente que regula las intervenciones posibles en salud mental.

Dado que nuestro interés se centra específicamente en el campo de la salud mental y en su anudamiento con el consumo de sustancias, abordaremos dos grandes tipos de estrategias, lo cual nos permitirá abrir el debate acerca de las significaciones presentes en los distintos modos de intervención en situaciones de consumo de sustancias: por un lado encontramos la estrategia abstencionista y por otro la estrategia de reducción de riesgos y daños. Una forma muy clara de caracterizar ambas estrategias es a través de los desarrollos de Benedetti. En cuanto a la estrategia abstencionista describe:

La supresión del consumo es el punto de partida y el primer objetivo de un tratamiento abstencionista. La sustancia, por su parte, es un objeto fuertemente prohibido. Esta estrategia se desarrolla en comunidades terapéuticas; sobre todo, en las comunidades cerradas que cuentan con determinadas reglas que, si son transgredidas, dan lugar a una sanción. (Benedetti, 2022, p. 48)

Ante esta descripción surge el interrogante sobre ¿Qué pasa si nos quedamos centrados únicamente en el objeto? Al quedarnos solo en la prohibición de la sustancia, nos perdemos una multiplicidad de lecturas clínicas posibles sobre todo en relación a lo que al sujeto le sucede detrás de ese consumo, obturando la emergencia de una pregunta que nos sirva como disparador clínico y en última instancia obturando al sujeto mismo ya que desde esta perspectiva el sujeto ni siquiera es partícipe de la toma de decisiones, se trata de un sujeto pasivo que termina ocupando el lugar de objeto ¿estas son las características que van a estar en la base de nuestra práctica?, ¿la supresión del consumo no debería ser pensada como consecuencia del trabajo clínico en vez de su punto de partida?, además un aporte que nos brinda el psicoanálisis está en relación a poder pensar ciertos momentos de emergencia del sujeto más que la cuestión ontológica del ser en sí, momentos que quedan obturados desde esta perspectiva.

Siguiendo a la misma autora encontramos la estrategia de reducción de riesgos y daños, que surge en parte por el agotamiento y falta de resultados de la estrategia anterior:

En la estrategia de reducción de riesgos y daños, dejar de consumir no es una condición de inicio de tratamiento. Por el contrario, se orienta por el principio de que una persona que consume debe ser ayudada por el profesional a disminuir los riesgos que puedan estar vinculados con el consumo...Nuestro trabajo en tanto profesionales de la salud, apunta fuertemente a disminuir tales riesgos. (Benedetti, 2022, pp. 52-53)

las estrategias abstencionistas, un sujeto racional y descontextualizado, muy lejos del sujeto real con el que nos encontramos en la práctica, el cual pone de manifiesto un sujeto atravesado por contradicciones, sujeto del inconsciente al cual debemos proporcionar nuestra escucha para empezar a vislumbrar cómo se entrama la sustancia en su historia de vida. Una diferencia fundamental es que el abstencionismo ya presupone como respuesta anticipada lo problemático de la sustancia y la reducción de riesgos y daños propone todo un trabajo para construir qué sería lo problemático de dicho consumo.

En síntesis encontramos dos estrategias de intervención diametralmente opuestas, en la primera observamos una lógica en la cual el sujeto queda ubicado en un lugar de objeto, catalogado como enfermo/adicto y sin ningún tipo de incidencia en su tratamiento, tratamiento que muchas veces ni siquiera es abordado por un equipo de profesionales de la salud mental. En contraposición, la segunda estrategia nos permite abordar un sujeto de derechos, poniendo el énfasis en reducir los efectos del consumo de la sustancia por el cual se está transitando, y que al mismo tiempo nos permite tener en cuenta otros riesgos como por ejemplo la desinformación que gira alrededor de las sustancias a causa de su ilegalidad, en una clara apuesta a la promoción de salud. De esta manera, en Argentina comienzan a pensarse y llevarse a cabo políticas públicas influenciadas por este tipo de estrategias, particularmente en el campo de la salud mental con la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones marcando un momento de ruptura entre estrategias prohibicionistas y de reducción de riesgos y daños. Ubicando dicha Ley como faro para pensar la práctica tomamos a modo de ejemplo el artículo 4 del capítulo 2, que nos permite empezar a delimitar nuestra propia posición:

Artículo 4°- 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 y Adicciones, 2010, p. 3)

Este artículo nos permite seguir problematizando la noción de sujeto que suponemos, ¿acaso es posible pensar un sujeto sin sus derechos y garantías? sin estos atributos dispuestos por la ley estaríamos planteando un sujeto que ocuparía un claro lugar de objeto, un lugar de desecho como mencionamos anteriormente. Al respecto Benedetti nos aclara:

En este sentido, se constata un desplazamiento en la comprensión normativa de las adicciones del ámbito penal al sanitario, que nos obliga a repensar nuestras prácticas clínicas e institucionales a la luz de estas alteraciones, como parte de una ingeniería de proceso de largo alcance y escala.

El desplazamiento al que nos referimos, es importante señalar, resulta justo y necesario desde una perspectiva clínica. (Benedetti, 2022 p. 28)

A medida que abordamos el pasaje de dichas estrategias, es importante señalar que en la actualidad ambos tipos de estrategias coexisten en la práctica y la elección

entre una u otra dependen de la singularidad de cada paciente y las necesidades específicas de su proceso terapéutico. Es en todo este contexto donde la clínica psicoanalítica desempeña un papel central, en tanto dispositivo de abordaje que, al posicionarse en una estrategia u otra tendrá efectos clínicos totalmente distintos y nos va a permitir llevar a la práctica el desplazamiento del ámbito penal al sanitario mencionado en la cita anterior.

Clínica psicoanalítica y consumo de sustancias:

El psicoanálisis surge a finales del siglo XIX produciendo una ruptura con los discursos imperantes de la época como por ejemplo el de la ciencia, a partir del descubrimiento freudiano tenemos la posibilidad de pensar al sujeto del inconsciente; un sujeto para el cual no existe un único objeto que lo complete, un sujeto plagado de contradicciones y que la mayoría de las veces no sabe por qué hace lo que hace. En este sentido podemos empezar a vislumbrar, la dificultad que radica en pensar intervenciones de manera general aplicadas a sujetos en particular como suele plantear la estrategia abstencionista, ya que la propuesta en la cual se centra el psicoanálisis tiene que ver con que el padecer de un sujeto es singular y en relación a esto nos preguntamos: elaborar un tipo de intervención pensada para todas las situaciones de consumo ¿no tiene como consecuencia el borramiento de la singularidad?.

Para tomar un posicionamiento conceptual con respecto a la clínica psicoanalítica nos basaremos en la concepción propuesta por Rodríguez Ponte, ya que existen distintas maneras de abordarla con consecuencias muy diversas:

...saben que soy bastante enemigo de la famosa tripartición psicopatológica entre neurosis, psicosis y perversión...yo voy a proponerles otra tripartición, que, entiendo, no es psicopatológica, que pretende ser clínica, en el sentido de la clínica psicoanalítica... en el sentido de que el síntoma, en la clínica psicoanalítica, a diferencia de lo que ocurre en la clínica psiquiátrica, que le otorga un estatuto ontológico, el síntoma, en la clínica psicoanalítica, no tiene un estatuto ontológico, sino un estatuto transferencial, es decir, en relación al saber, y en relación por eso al psicoanalista, en tanto éste "completa" el síntoma, como dice Lacan. (Rodríguez Ponte, 1996, p. 3)

Partimos de esta base para comprender y delimitar la clínica, ya que establece un límite claro con la psiquiatría, enfatizando lo propio del psicoanálisis. Este posicionamiento no solo implica una aproximación clínica sino que también nos propone una dimensión ética, la cual nos permite abordar la singularidad del sujeto, en tanto el síntoma es pensado a partir de la puesta en juego de la transferencia con el analista, hecho que, nos permite correr el riesgo del consumo de sustancias en tanto síntoma social y

todos los prejuicios que este conlleva, además se trata de un punto en común con la estrategia de reducción de riesgos y daños.

En términos generales el psicoanálisis busca aliviar algo del malestar estructural inherente a la cultura y propio de cada sujeto y en este sentido encontramos otra similitud

importante con la estrategia de reducción de riesgos y daños, ya que ambas buscan aliviar o reducir el sufrimiento de un sujeto, esto nos permite plantear el siguiente interrogante: ¿Qué clínica implicaría la posición de privar al sujeto de algo? ¿Es posible concebir una clínica que intente eliminar completamente el sufrimiento o que intervenga desde una prohibición en el sujeto? Tal posicionamiento se trataría de una intervención desde la omnipotencia, desde el tutelaje, colocando el saber del lado del analista, muy distinta a la postura clínica que tomamos al comienzo, a partir de la cual ubicamos el saber del lado del sujeto, y no del lado externo, rescatando la dimensión singular y el entramado histórico que le da sentido a su padecer. Un ejemplo que nos permite observar esta posición se refiere a ciertas instituciones abstencionistas, frecuentemente denominadas comunidades terapéuticas, que prohíben hablar sobre el consumo de drogas en general, es decir, los pacientes tienen prohibido hablar de su malestar o lo que los aqueja en ese momento y por lo cual están atravesando un tratamiento, a partir de la imposibilidad del uso de la palabra queda claro que mediante este tipo de intervenciones es muy difícil pensar la clínica al modo que la hemos planteado ya que no hay un síntoma por construir, sino que este viene dado como problemático de antemano y en este sentido podemos preguntarnos ¿el analista puede determinar qué es lo problemático en un sujeto sin una relación transferencial establecida? ¿Qué efectos clínicos encontramos cuando el saber queda del lado del analista?. Al respecto Benedetti señala:

Esto tiene relación con la lógica abstencionista, que instala propuestas clínicas vinculadas a las prácticas manicomiales, afines al pensamiento binario entre lo que es normal y lo que no lo es, y prácticas institucionales de control social en muchos casos. (Benedetti, 2022, p. 36)

De esta manera nos surge otro interrogante: ¿Son los profesionales de la salud mental los que definen qué es normal y qué no?, y es por esto que nuestro modo de pensar una clínica posible en situaciones de consumo de sustancias parte de poder dar cuenta cuales son los fundamentos de cada tipo de intervención para ubicarnos específicamente en el campo de la salud mental y evitar reproducir significaciones que pueden ser ajenas y hasta opuestas a los fundamentos de nuestra práctica, en relación a esto Farji Trubba nos invita a la reflexión:

Siempre me aboqué a pensar la clínica desde un determinado marco teórico, y con eso me bastaba. Hasta que me percaté de que toda la clínica llamada de “las adicciones” estaba imbuida, más que cualquier otra disciplina, de política e ideología. (Farji Trubba, 2018 p. 17)

Ahora bien, nos preguntamos ¿qué sucede cuando no reflexionamos sobre los fundamentos de nuestra práctica? y es por esta razón que en el apartado anterior

rastreamos cuales eran las influencias de cada una de las estrategias, y en este sentido uno de los efectos clínicos iniciales que puede observarse al adoptar la perspectiva de la estrategia de reducción de riesgos y daños se relaciona con la posibilidad de utilizar el concepto de consumo problemático en contraposición a la noción de adicto. Farji Trubba,

quien también desarrolla esta cuestión menciona:

La apuesta, entonces, es intentar darle validez teórica al nuevo concepto “consumos problemáticos” para despegar de una vez y para siempre la noción de Adicto...lo útil de usar este nuevo concepto es que nos amplía muchísimo el campo de la clínica. Podemos por ejemplo tomarlo como un concepto dinámico. (Farji Trubba, 2018 p. 23)

Pensar la clínica desde el concepto de consumo problemático nos brinda la oportunidad de abordar estas situaciones de consumo, de una manera más compleja y situada, ya que es en el trabajo singular con cada paciente, en donde podremos construir si se trata efectivamente de un consumo problemático o no, por eso el autor recién mencionado habla de concepto dinámico, al mismo tiempo allí radica su complejidad y potencialidad, contrastando con las intervenciones de tinte abstencionistas para las cuales el consumo de sustancias es problemático en sí mismo, utilizando por lo general la noción de adicto, un concepto estanco que no permite ni siquiera distinguir entre tipos de consumo, pero que tiene una consecuencia mucho más profunda, y es que puede devenir como parte de la identidad de un sujeto, ya que es totalmente normal escuchar presentaciones del tipo soy adicto, y esta identificación puede arraigarse tan profundamente que luego de finalizar un tratamiento dichos pacientes se nombran como ex adictos, existe algo de la adicción que perdura aunque pasen muchos años sin consumir, se vuelve parte de su esencia, se cristaliza en la identidad de la persona. Consideramos importante ubicar estas diferencias, porque tienen efectos clínicos muy distintos, hablar de consumos problemáticos no es solamente un buen decir o un concepto políticamente correcto, sino que se trata de una operación conceptual que nos permite un modo de hacer clínica en el cual el objeto privilegiado no es únicamente la sustancia, así como tampoco estamos pensando un sujeto aislado fuera de su comunidad ni de su cotidianeidad. Al respecto Sousa Campos desarrolla:

En una de sus conferencias, Freud dijo que la función del psicoanálisis era apoyar a las personas para que pudieran trabajar y amar. Es un concepto muy amplio que está relacionado con la dificultad de vivir. Se trata entonces de apoyar a la gente para que pueda trabajar y amar, mantener una relación afectiva, la sociabilidad del trabajo y la sexualidad. En este sentido el objetivo de la salud mental hoy no es solo el control, la curación de diversos problemas, sabemos que no hay curación sino que se trata del fortalecimiento del sujeto, de su empoderamiento, de ampliar su capacidad individual, familiar, colectiva, grupal, de género, su capacidad de comprenderse a sí mismo como persona y como sujeto que vive en una comunidad, en un territorio. Es decir, que pueda comprenderse y cuidarse

a sí mismo y en las relaciones intersubjetivas y sociales. (Sousa Campos, 2019, p. 17)

Siguiendo este desarrollo, ¿que implica decir que no hay curación? consideramos que nuestro rol en tanto profesionales de la salud mental en las situaciones de consumo de sustancias debe partir siempre de enmarcarlas en la historia de vida del sujeto, teniendo como horizonte su propio bienestar, que no siempre implica la abstención total del consumo, algunas veces puede estar en relación con una disminución del mismo, pero sabiendo que en muchas otras situaciones, quizás a raíz de las dificultades inherentes a la vida, puede ser que el consumo sea el único sostén, por eso es que hacemos tanto hincapié en la elaboración singular entre analista y analizante que pueda surgir ante cada situación de consumo, en relación a esto es que proponemos como nuestro posicionamiento, no reducir la curación al no consumo de determinada sustancia lo cual sería intervenir desde un lugar de control y en este sentido nos preguntamos ¿es el control nuestra apuesta clínica?, más bien la curación va a estar ligada a que el sujeto pueda regular algo de lo problemático de dicho consumo, en los momentos en que este así devenga, y quizás poder pensar la abstinencia desde el trabajo clínico a largo plazo, no como condición inicial y obligatoria.

Ahora bien, un problema con el cual nos encontramos es con la dificultad de precisar ¿cuándo un consumo se vuelve problemático?, como bien venimos mencionando, lo problemático de una situación de consumo debe ser un trabajo de elaboración en conjunto con el paciente, transferencia mediante y ocupando este un rol activo en dicha elaboración, ya que no se trata de un saber externo a él. En este sentido, nos resulta útil tomar como ejemplo de políticas públicas el posicionamiento que brinda la Guía para un abordaje integral de los consumos problemáticos en el Sistema de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2023):

Lo problemático está vinculado al modo en que la persona se vincula con las sustancias que consume. No depende tanto, únicamente de la cantidad o la frecuencia de los consumos. Es clave considerar el sentido que adquiere el consumo para las personas y/o grupos sociales, y los modos en que se regulan, individual y colectivamente, los consumos de sustancias (p. 16)

Entonces si lo problemático es el modo de vínculo y no el objeto en sí ¿tiene sentido prohibir la sustancia?, al correrlos de los criterios de frecuencia y cantidad para determinar lo problemático de un consumo y situarnos en una perspectiva cualitativa, abrimos la posibilidad a que el paciente pueda elaborar que sucede detrás de ese consumo, es decir a que otra cuestión responde ese modo de satisfacción que se encuentra cristalizado en el consumo de una sustancia determinada, ya que, aunque la sustancia sea la misma ¿el vínculo que pueda establecer un sujeto con ella es siempre el mismo?. En relación a esto, Freud (1971) menciona: “Al buen entendimiento durante el trabajo analítico corresponde también una mejoría objetiva del estado patológico, por todos reconocida.” (p. 400). Esto implica que cuando el trabajo analítico comienza a funcionar, cuando la transferencia se instala, se produce al mismo tiempo cierto efecto

le suceden al sujeto además de su consumo, pero que pueden quedar veladas ante el protagonismo que cobra el lugar otorgado a la sustancia.

Otro aspecto clínico a precisar tiene que ver con qué lugar le damos al consumo de sustancias en un análisis ¿se trata de una enfermedad, un síntoma, una estructura en particular? Retomando la posición clínica del comienzo, vemos como la esencia de la misma está en relación a pensar el síntoma en transferencia, por lo tanto ¿Un sujeto que llega con una presentación ligada al consumo, ya es un síntoma? Nuestro posicionamiento es que no, como bien venimos mencionando, el trabajo clínico es singular y la apuesta es a la construcción de una relación con un síntoma en transferencia, pudiendo estar ligado a su consumo o quizás no, quizás detrás de esa presentación aparezcan otras cuestiones y se pueda construir un síntoma que no esté en relación con su consumo. Al respecto Kameniecki afirma:

Si hay un tratamiento que se instala, podemos encontrar un sujeto en transferencia, y tal vez se puede constituir de alguna manera un síntoma, que no siempre tiene que ver con el consumo...Hay que ver donde se constituye el síntoma para cada sujeto y que tiene de singular. (Kameniecki, 2018, p. 81)

También, debemos tener en cuenta que, es común que estos pacientes lleguen con la certeza de que todos sus problemas están relacionados con la sustancia, por lo tanto el trabajo terapéutico posible, debe apuntar a que puedan hacerse una pregunta, es decir desarmar estas certezas con las que llegan, ya que el surgimiento de una pregunta abre todo un abanico de posibilidades para pensar un tratamiento y al mismo tiempo comienza a instalar la transferencia con el analista. Al respecto Mijdalek (2008) sugiere “Llegan habitualmente, sin un síntoma que los aqueje; desimplicados, sin interrogantes; con la respuesta que han conseguido; la causa es atribuida a un otro también, a la sustancia a la que otorgan poderes omnímodos y demonizantes.” (p. 181).

Ahora bien, ¿Esto se produce en todas las situaciones? no, hay que tener en cuenta que esto debe ser pensado caso por caso y no extrapolarse al modo de una regla general, ya que puede ocurrir que algunos de estos modos de presentación sean parte del único sostén identificadorio con que cuenta un paciente.

Algunos se presentan nominándose como adictos marcados por los discursos segregativos de la referencia social a los cuales responden especularmente.

En cada caso habrá que situar si la consistencia pétrea de esta nominación constituye el único anclaje subjetivo, pues promover la caída de esta identificación puede propiciar una descompensación psicótica o un pasaje al acto (Mijdalek et al., 2008, p 181)

daños, permitiéndonos tener cierto margen de flexibilidad en cuanto a las intervenciones posibles pero al mismo tiempo nos compromete en tanto profesionales de la salud mental a responsabilizarnos ya que cada intervención debe ser situada singularmente y de una manera compleja, lo que propicia la emergencia del sujeto a contraposición del modelo abstencionista en donde automáticamente se cierra o clausura el sentido sin dejar lugar a ningún tipo de interrogante, lo que muchas veces suele ser una posición cómoda de ocupar.

Una noción central tomada de la estrategia de reducción de riesgos y daños es la regulación de consumo, mediante la cual intentamos disminuir lo problemático del consumo a partir de distintas intervenciones clínicas, sobre dicha cuestión Benedetti señala:

Debemos resaltar que la regulación del consumo es un objetivo que está íntimamente ligado con el trabajo clínico, a partir del cual se espera que ciertos cambios subjetivos posibiliten un manejo del consumo. Es decir es efecto de la clínica, no un punto de partida ni de llegada. La sustancia comienza a tener un lugar distinto, pero eso es corolario de una modificación en el complejo vínculo del sujeto con la sustancia. (Benedetti, 2022, p. 67)

Este cambio subjetivo es posible cuando permitimos que el sujeto pueda desplegar lo que le acontece en su vida más allá del problema de consumo, bordeándolo y volviendo constantemente a él pero sin que nuestra intervención esté únicamente centrada en dicho consumo, sino que sea el sujeto el que marque los tiempos y pueda entramar el enigma que representa el consumo, en su historia y cotidianidad. Esto es lo que Benedetti (2022) denomina como desustancialización de la clínica, lo cual implica correr el énfasis del objeto al sujeto, y hacernos cargo del desplazamiento desde lo jurídico hacia lo sanitario, producto de posicionarnos desde la estrategia de reducción de riesgos y daños.

Ahora bien, entonces ¿Qué otra práctica es posible en el cruce entre la clínica y los consumos problemáticos?, como punto de partida ponemos en evidencia que los ideales de curación, este furor curandis del que está impregnado el campo de la salud mental, intenta constantemente eliminar al síntoma en lugar de problematizarlo, generando solamente resistencias en el advenimiento de una pregunta que cause la vida; lo que proponemos es pensar un abordaje que pueda correrse de ese ideal ya que al fin y al cabo cuando escuchamos un paciente, nos vamos a encontrar con mucho más que una situación de consumo, en este punto se encuentra nuestra tarea, la de poder generar en la espera del tiempo singular de cada quien, que eso advenga, tarea para nada fácil en una época en la que todo toma carácter de urgente y se demandan soluciones inmediatas. El abordaje que hoy sostiene esta apuesta es desde el psicoanálisis con la lectura de ese sujeto singular, histórico, político y social, ¿y no es justamente la transferencia aquello que nos permite ir más allá del objeto? ya que se trata de esta relación particular entre analista y analizante, la que propicia la descentralización y desustancialización de la clínica, permitiéndonos hacer surgir otro plano que no responda

interrogarse, cuestionar su vínculo con determinada sustancia, no desde una perspectiva moral ligada a un castigo, sino para poder responsabilizarse de lo que le sucede; nuestro lugar en tanto analistas y profesionales de la salud mental está ligado a proporcionar nuestra escucha permitiendo que el sujeto pueda poner en palabras algo de lo singular de su padecimiento, en un contexto en el cual dar lugar y escuchar al otro pareciera ser un acto revolucionario.

El presente ensayo nos ha permitido realizar un posicionamiento clínico sobre una práctica posible en el abordaje de situaciones de consumo de sustancias, tomando como base la estrategia de reducción de riesgos y daños, que a diferencia de las estrategias abstencionistas las cuales ponen el énfasis en el objeto prohibiendo fuertemente la sustancia y dejando de lado todo lo relacionado al sujeto, la estrategia de reducción de riesgos y daños nos permite pensar un sujeto activo, con un padecimiento singular y responsable de su situación.

La contextualización establecida sobre la historia de las drogas y su lugar protagónico en el desarrollo de la cultura nos permite observar cómo las sustancias existen desde hace siglos y son utilizadas de manera diferente de acuerdo a las variaciones del contexto socio/histórico, pudiendo transformarse en nuestra época en un problema de salud mental debido a la lógica de consumo imperante en la posmodernidad, la cual tiene la particularidad de promover un tipo de subjetividad en donde el vínculo social está en relación al consumo de objetos en general, de esta manera ubicamos el consumo de sustancias como un tipo de consumo específico enmarcado dentro del modo de lazo preponderante en nuestra sociedad y configurando así la figura del sujeto consumidor.

Sobre esta base hemos planteado una concepción de la clínica psicoanalítica ligada a pensar el síntoma a partir de la transferencia entre analista y analizante, lo cual nos permite poder abordar la singularidad de cada situación corriendo el eje de las intervenciones centradas en el objeto para poner el énfasis en el sujeto, y además, romper con todos los prejuicios sociales que giran alrededor del consumo de sustancias y que terminan dificultando cualquier abordaje posible. El recorrido realizado también nos ha permitido pensar las situaciones de consumo de sustancias desde una determinada ética, por fuera de la lógica cuantificable propia del abstencionismo, de esta manera la lógica del psicoanálisis no clausura el sentido mediante una categoría sino que reconoce que el padecer se encuentra entramado en la historia singular y coloca el saber del lado del sujeto a partir de poner en juego el concepto dinámico de consumos problemáticos. Este concepto nos permite deslindar una forma de relación específica del sujeto con la sustancia que será pensada en cada situación singular, posibilitándonos determinar si efectivamente se trata de un síntoma, ya que una presentación de consumo no implica un síntoma per se desde nuestra perspectiva, en este sentido ¿la lógica que nos presenta la reducción de riesgos y daños no tiene que ver con la lógica del psicoanálisis?, cuando problematizamos la curación y apostamos a reducir el malestar del sujeto acompañando en ese padecer estamos planteando un modo de comprender la salud mental ligado a la dificultad de vivir y es ahí donde la posición del psicoanálisis es la de reducir daños y esto nos permite otra práctica posible. Al mismo tiempo consideramos que es importante poder dar lugar al decir del paciente, para intentar desandar ciertas certezas con las cuales suelen llegar a análisis y poder precisar qué es lo que sucede detrás de esa situación de consumo. Nuestro modo de comprendernos como profesionales de la salud mental implica problematizar los tipos de intervenciones que tienden a prohibir las sustancias desde paradigmas médicos y legales ya que son estrategias elaboradas para todos los sujetos por igual produciendo una homogeneización de los mismos, por eso nos preguntamos ¿qué clínica es posible desde la prohibición?, en cambio nuestra apuesta, que parte de preguntarnos ¿qué otra práctica es posible? tiene que ver con pensar intervenciones singulares que apunten a un movimiento subjetivo en el sujeto sobre el

dicho paciente, además sostenemos que hay una lectura posible que se pierde al quedarnos centrados en el objeto, esta insistencia en la sustancia borra la pregunta por la implicancia y en última instancia borra al sujeto.

Hasta el momento presentamos los argumentos e interrogantes que utilizamos para construir un posicionamiento psicoanalítico sobre el consumo problemático de sustancias, a partir de aquí queda abierta la posibilidad de profundizar en el aspecto social, que solo fue mencionado para sentar las bases de nuestra propuesta, pero en el cual se puede ahondar, y también algunos aspectos clínicos, como ser los conceptos de goce y deseo sobre los cuales nos preguntamos cómo se entran en este tipo de situaciones ya que se trata de conceptos íntimamente ligados a la problemática. En esta sociedad y en esta época el psicoanálisis continúa siendo un bastión de resistencia, no solo para pensar los consumos problemáticos como en este caso, sino como un modo de interrogar e interrogarnos y apostar a prácticas en salud mental desde una ética en donde el sujeto pueda poner en palabras algo del malestar inherente a su estructura y que desde otras lógicas se vuelve indecible.

- Benedetti, E (2022). *Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Licenciada Laura Bonaparte.
- Carrere, P (2018). *La subversión del sujeto de Lacan frente al individualismo contemporáneo*. En Consumos problemáticos. Del fenómeno social a la operación singular. Buenos Aires: Letra Viva.
- Del Do, A (2018). *El usuario de sustancias es un sujeto de derecho*. En Consumos problemáticos. Del fenómeno social a la operación singular. Buenos Aires: Letra Viva
- Farji Trubba, N (2018). *La subversión del sujeto de Lacan frente al individualismo contemporáneo*. En Consumos problemáticos. Del fenómeno social a la operación singular. Buenos Aires: Letra Viva
- Freud S, (1971). *27° conferencia. La transferencia*. En Obras completas: Conferencias de introducción al psicoanálisis (parte III). Buenos Aires: Amorrortu
- Freud S, (2011). *El malestar en la cultura*. En Obras completas: El porvenir de una ilusión, El malestar en la cultura y otras obras. Buenos Aires: Amorrortu
- Guía para un abordaje integral de los consumos problemáticos en el Sistema de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2023)
- Kameniecki, M (2018). *No retroceder ante los consumos problemáticos*. En Consumos Problemáticos. Del fenómeno social a la operación singular. Buenos Aires: Letra viva
- Nietzsche, F (2004). *La gaya ciencia*. Madrid: Edimat.
- Migdalek, S., Quevedo, S., Vazquez, L. y Rodriguez, R. (2008). *Adicciones: opacidades del síntoma*. XV jornadas de investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.
- Rodriguez Ponte R, (2 de septiembre de 1996). *Lo que quiere decir hablar*. En Seminario fundamentos de la transferencia. Escuela Freudiana de Buenos Aires
- Rossi L, (2011). *Historia de las drogas y sus usos*. En Jornadas de Prácticas, Políticas e Instituciones. Buenos Aires.
- Sousa Campos, G, (2020). *La salud mental como política pública y la pandemia*. En Enunciaciones sobre sanitarismo, intervención clínica y política pública. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Licenciada Laura Bonaparte