

ADICCIONES: REFLEXIONES TEÓRICAS SOBRE EL ABORDAJE DE UNA PROBLEMÁTICA COMPLEJA

Addictions: theoretical reflections on the approach to a complex problem

Pablo Barrenengoa, José María Damiano, Stella López, Néstor Eduardo Suárez, Mabel Tejo y Adriana Villalva
pablobarrenengoa@hotmail.com

Facultad de Psicología | Universidad Nacional de La Plata

Resumen

El presente artículo se propone sistematizar el avance de un proceso de construcción teórico metodológico en la investigación de la problemática de las adicciones. A partir de la conformación de un equipo con integrantes de las cátedras de Psicopatología I, Psicología Preventiva y Clínica de Adultos y Gerontes de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP), se inició un trabajo que se propuso construir una perspectiva de abordaje que permita analizar algunos dispositivos actuales de tratamiento, a la par de la formación en investigación de alumnos de la carrera de licenciatura en Psicología. Desde una indagación que reconoce la complejidad, la heterogeneidad y la dificultosa sistematización del campo del consumo de sustancias psicoactivas, se analizan algunos efectos de los modelos prohibicionistas y abstencionistas en los propios usuarios que no son ajenos a los discursos criminalizantes y homogeneizantes sobre los sujetos adictos. A partir de los aportes del enfoque de derechos y de su encuadre normativo e institucional inspirados en normativas sanitarias internacionales y en la Ley Nacional de Salud Mental, se indagan conceptualizaciones sobre la salud que interpelan los *corpus* teóricos, el rol y la posición del psicólogo

y de la Psicología en la era contemporánea. En tal sentido, se propone pasar de una postura centrada en la “rehabilitación” del “adicto” a otra enfocada en la participación activa de instituciones, de comunidades y de ciudadanos. Por último, atendiendo a la complementariedad y la multiplicidad de dispositivos de atención a las adicciones, se reflexiona desde el campo del psicoanálisis, situándolas ya no como una categoría clínica en sí misma, sino como el rasgo fundamental de la relación del sujeto con los objetos de consumo. Desde este marco, se realizan precisiones sobre qué es un verdadero toxicómano y se sitúa la necesidad de considerar la singularidad de cada caso como un derecho y un principio necesario para todo tratamiento posible de las adicciones.

Palabras clave: adicciones, Ley de Salud Mental, salud, interdisciplina

Abstract

The present article proposes to systematize the progress of a process of theoretical and methodological construction in the research of addictions issue. Since the formation of a team with members of the Chairs of Psychopathology I, Preventive Psychology and Clinic of adults and gerontes of the Faculty of Psychology of the University of La Plata, we have started a work that simultaneously has proposed to construct a perspective of approach in the analysis of treatment devices, along with the research training of undergraduate students in psychology.

This inquiry recognizes the complexity, heterogeneity and difficult systematization of the field of the consumption of psychoactive substances, and analyzes some effects of the prohibition and abstention models on the drug users related to the criminalizing and homogenizing discourses on the addicts. Based on the contributions of the rights approach and its normative and institutional framework inspired by international health regulations and the National Mental Health Law, this article exposes conceptualizations related to the concept of health and the role of psychology in the contemporary era. In this sense, this work proposes to move from a position, centered on the “rehabilitation” of the “addict” to another, focused on the active participation of institutions, communities and citizens. Finally, considering the complementarity and multiplicity of devices for addictions care, some reflections are made from the field of psychoanalysis, which place addictions no longer as a clinical category

in itself, but as the fundamental feature of the relationship of the subject with the objects of consumption. From this perspective, we clarify what we understand as a real drug addict and the need to consider the singularity of each case as a right and a necessary principle for any possible treatment of addictions.

Keywords: addictions; Mental Health Law, health, interdiscipline

1. Introducción

El presente trabajo pretende sistematizar y formalizar el trayecto transitado a partir del diseño, la planificación e implementación del proyecto de investigación "ADICCIONES: CONSTRUCCIÓN DE REDES Y DISPOSITIVOS PSICO-COMUNITARIOS". El proyecto está enmarcado en el plan de mejoras de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) para la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP), en el que se definieron dos objetivos principales. En primer lugar, caracterizar y analizar la problemática de las adicciones en cuatro Centros Provinciales de Atención a las Adicciones (CPA) de la región sanitaria XI de la provincia de Buenos Aires. En segundo lugar, formar alumnos en investigación a partir de la conformación de equipos inter-cátedras: Psicopatología I, Psicología Preventiva y Clínica de Adultos y Gerontes. El propósito se basa en la necesidad de contribuir a la formación del psicólogo en el marco de la Ley de Salud Mental y en las recomendaciones a las universidades públicas y privadas (art.33), donde se explicita la necesidad de incorporar a los planes curriculares y formativos la perspectiva de derechos, la inclusión social, el abordaje interdisciplinario y la intersectorialidad. Esto planteó el desafío de conformar un espacio de acción-reflexión sobre los aspectos funcionales, metodológicos, éticos y políticos, que permitan pensar los aspectos centrales de la posición y rol del psicólogo en la temática de las adicciones.

Debido a que las cátedras que integran el proyecto poseen diferentes trayectorias y modalidades de abordaje del proceso de salud, de enfermedad y de atención, el presente trabajo pretende sistematizar y difundir los procesos de elaboración teórica y conceptual que el diálogo inter-cátedras ha suscitado sobre la problemática señalada. En este camino, la elaboración de un marco referencial transitó un recorrido que comenzó con la indagación de los determinantes sociales, históricos y

políticos de la problemática de las adicciones, a partir del cual se hizo posible reflexionar sobre las diversas modalidades de abordaje y construcción de dispositivos psico-comunitarios. Las perspectivas que adquirieron especial relevancia en la construcción privilegian, por un lado, la lectura y abordaje comunitario de las adicciones; por otro, una lectura psicoanalítica que sitúa a las adicciones en la época actual.

2. Algunas consideraciones preliminares

El uso de sustancias psicoactivas no siempre fue percibido como un problema. Aparece como tal sólo recientemente en la historia de la humanidad, a fines del siglo XIX y principios del siglo XX. Existía un uso moderado pero generalizado de dichas sustancias y, aunque se registraban casos de adicción aislados, su existencia no supuso para la época un problema social, ni sanitario, ni jurídico, ni policial (Escohotado, 1995). En diferentes momentos históricos, las adicciones han sido consideradas como “enfermedad”, “desviación”, “vicio” o “transgresión”. Se culpó a las sustancias de los males del individuo y de la sociedad, siendo la abstinencia la única solución. De este modo se ha propiciado la construcción de un estereotipo homogéneo del “drogadicto” como emblema de descomposición social que se sinonimiza en la ecuación: adicto = delincuente = violento = desviado = enfermo = joven. Así, la “droga” y “la drogadicción” se han situado como entidades autónomas causales de “adicción” y de desviación social, se les otorga un poder demonizante y omnímodo. Bajo esta perspectiva, no se distinguen umbrales entre un uso simple de sustancias, un consumo abusivo o una dependencia. La estrategia hegemónica, por lo tanto, ha sido reducir la oferta y la demanda, abordadas ambas desde el punto de vista jurídico legal. Desde el punto de vista asistencial, las respuestas sanitarias de corte abstencionista se han regido por criterios de umbral máximo de exigencia, llamados así pues establecen la supresión forzosa de sustancias como condición de inicio, de despliegue y como objetivo central de un tratamiento (Quevedo, 2013).

Por otra parte, desde el punto de vista de la producción de subjetividad y del imaginario social sobre las drogas, el producto de dicho proceso ha sido la creación de una representación social del consumidor que queda inserto en la conjugación de dos lógicas heterogéneas: el campo del narcotráfico y el campo del uso de sustancias. Por lo tanto, además

de ser una creación relativamente reciente, la figura del “adicto”, condensa en el imaginario social los relictos de la respuesta punitiva a su existencia y los tímidos esfuerzos sanitarios por alojarlo.

En la actualidad, las adicciones no pueden considerarse una categoría clínica en sí misma, sino el rasgo fundamental de la relación del sujeto con los objetos de consumo. Vivimos en la época de la adicción generalizada (Guéguen, 2012). Construir una perspectiva sobre las llamadas “adicciones” implica, necesariamente, partir de la consideración de la complejidad, la heterogeneidad y la dificultosa sistematización del campo del consumo de sustancias psicoactivas. Es decir, de la necesaria adopción de categorías de análisis que permitan articular los micro y macro contextos del consumo que configuran un campo de fuerzas donde la resultante posee múltiples puntos de fuga, en tanto expresiones de esa compleja determinación.

En nuestro país, la activa participación de organismos de Derechos Humanos, asociaciones de profesionales y técnicos y Organizaciones No Gubernamentales (ONG) sociales y comunitarias que incluyeron a los usuarios y sus familias, así como la experiencia acumulada de diversas disciplinas desde una perspectiva de derechos, generaron las condiciones para la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26657) y su reglamentación en el 2013, cristalizada en lo que se conoce como el Plan Nacional de Salud Mental. Interesa particularmente el artículo 4, donde se instituye que “las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental”. Y se reconoce a “las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales” como sujetos de derecho “en su relación con los servicios de salud”. Además, como refiere la reglamentación, “el eje deberá estar puesto en la persona, en su singularidad más allá del tipo de adicción que padezca”. Asimismo, dada la experiencia internacional al respecto, los acuerdos impulsados y aceptados por nuestro país en la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y las dificultades que presentan los sujetos con padecimiento vinculado al consumo de sustancias, se impone adoptar criterios y prácticas inscriptas en el llamado modelo de reducción de riesgos y daños. La reducción del daño ha permitido superar la posición moralista sobre el consumo y ha planteado la necesidad de una política basada en los derechos, desde una perspectiva que inicia el tránsito de una posición de juicio y estigma-

tización hacia una de inclusión. Desde este punto de vista, la reducción de daños constituye una estrategia que aspira a minimizar las secuelas del consumo de drogas sin exigir la abstinencia, hace parte de un dispositivo terapéutico más amplio cuyo objetivo final es la inclusión social.

El reconocimiento de la multicausalidad en el uso y consumo problemático de sustancias psicoactivas, los múltiples factores que condicionan el consumo de drogas (características personales, oferta de sustancias, características farmacológicas de las mismas, determinadas variables familiares, el entorno social, etc.) y su enorme complejidad determina que no existan estrategias sencillas para su abordaje (Moral Jimenez, 2007). Aun así, una tarea inicial para su abordaje debe advertir que el fetichismo de la sustancia presente en los discursos contemporáneos es pasible de ser problematizado desde una mirada más humanista de las políticas públicas y los dispositivos institucionales que alberguen la complejidad de la fenomenología del uso de sustancias en sus diferentes vertientes. Se trata, de este modo, de desarrollar una posición crítica frente a construcciones ideológicas que han banalizado la idea de placer de las drogas y, además, poder situar la especificidad de las adicciones, no como entidad clínica diferenciada, sino como un complejo campo de convergencia fenomenológica y discursiva imposible de ser reducido a uno de los elementos que lo integran (Barrenengoa, 2014).

3. Pensando la formación del psicólogo desde el enfoque de derechos, la inclusión social, la interdisciplina, la intersectorialidad y la salud pública

La Ley de Salud Mental (Ley 26657), en su art.1, plantea que tiene como objeto asegurar el derecho a la protección de la Salud Mental de todas las personas y el pleno goce de los Derechos Humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional. En el art.33 se recomienda la adopción de una perspectiva de derechos, de inclusión social y la interdisciplina como ejes transversales para la formación, la extensión y la investigación.

Partimos de consensuar, entre las diferentes cátedras, la definición de Salud Mental explicitada en el Ley 26657, en la cual:

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 (Art. 3).

La profundización y análisis acerca de lo histórico, lo social, lo económico y lo biológico, pone en tensión las diferentes concepciones teóricas y prácticas como profesionales psicólogos y como formadores de recursos humanos. Asimismo, la problematización y el consenso entre estas concepciones dentro de una misma disciplina abren la puerta al abordaje interdisciplinario. En este sentido, tal como lo expresa la Ley en el enfoque de derechos, se revisaron los diferentes marcos teóricos de cada cátedra, sus fundamentos, su aplicación y las significaciones asociadas en relación con las normativas vigentes.

El trabajo inter-cátedras permite la construcción de un espacio de conocimiento que interpela las diferentes representaciones y concepciones sobre las adicciones desde una visión disciplinar. Este proceso es preparatorio para el ejercicio del trabajo interdisciplinario, ya que el proceso de interpelación entre diferentes disciplinas implica problematizar el objeto de estudio desde diferentes supuestos teóricos y metodológicos, con la complejidad que esto significa. En la interdisciplina está implícito un nuevo modo de construir el objeto, donde se reconozca las dimensiones implicadas en los distintos momentos del proceso de atención.

Por otra parte, pensar la formación de alumnos desde la inclusión social implica una concepción sobre la determinación social de la salud. En este aspecto, la Ley recomienda "incorporar al análisis de la situación de Salud Mental la problemática específica que presentan los colectivos sociales que se hallan en situación de mayor vulnerabilidad desde un enfoque de derechos y con un criterio de equidad social". Esto supone, por un lado, que los alumnos adquieran una postura crítica ante la realidad y, por otro, la elaboración teórico-metodológica de su rol profesional como facilitador/activador, que promueve la implementación de dispositivos de inclusión social.

Por todo lo expuesto se considera que el Psicólogo, como parte de un equipo interdisciplinario, debe tener en su práctica profesional una clara posición ética, promoviendo los Derechos Humanos, la inclusión social y

el respeto a la dignidad de todos los sujetos, especialmente aquellos con padecimiento mental.

4. Adicciones: construcción de redes y dispositivos psicomunitarios

Si se piensa la salud mental desde una perspectiva de salud integral, debemos decir que su búsqueda y cuidado en tanto derecho, forma parte del discurso de la salud pública, campo que durante los últimos veinte años viene redirigiendo las prácticas sanitarias en procura de dar cumplimiento a lo declamado por diferentes organismos nacionales e internacionales. En esta dirección, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Carta de Ottawa, define a “la promoción de la salud como el proceso que permite a las personas que incrementen el control de, y mejoren su propia salud” (1986: s/p). Representa “una estrategia de mediación entre las personas y su entorno, sintetizando la elección personal y la responsabilidad social en salud para crear un futuro más saludable” (1986: s/p). Esta relación directa que se plantea entre las personas y su entorno en procura de lograr un mayor bienestar aproxima el concepto de salud comunitaria, entendida como un proceso de construcción social en el cual los miembros de la comunidad expresan sus derechos, sus aspiraciones y sus necesidades. La salud va a ser la expresión de una realidad compleja y dinámica en la que el sujeto está inmerso y sobre la cual puede operar por medio de su participación real. Pensar el proceso de salud-enfermedad como parte de la vida cotidiana de las personas, permite modificar la naturaleza de las acciones que se desarrollan.

Desde esta perspectiva, la participación social tiene como prioridad la construcción de capacidades, la capacidad de la comunidad para analizar y priorizar sus necesidades, formular y negociar sus propuestas. Trabajar desde una perspectiva de salud comunitaria, implica fortalecer la construcción de lazos de solidaridad en la comunidad, reconocer la informalidad y flexibilidad de los grupos sociales, fomentar el intercambio de saberes y compartir historias y experiencias.

Desde la Declaración de Alma Ata (1978), la participación ha sido ponderada como la estrategia que permite el acercamiento entre la comunidad y el sistema formal o la llamada red de atención. La gradualidad en el ejercicio de la participación de cada grupo social o comunidad estará

atravesada por el lugar que se le ha dado en el ejercicio del poder y la toma de decisiones.

La participación, en tanto proceso eminentemente vincular, goza del privilegio de ser único y singular para cada sujeto, grupo o comunidad y se constituye en el soporte privilegiado para pensar acciones promotoras de salud, donde el rol del profesional psicólogo es fundamental.

La participación de la comunidad, en el marco de la APS, asume diferentes formas de acuerdo a las acciones que lleven a cabo los miembros de la comunidad. La misma estimula la toma de conciencia y la confianza de las personas para examinar sus propios problemas y pensar en las soluciones, despierta en las personas el sentimiento de que pueden controlar los problemas que afectan sus vidas, las ayuda a aprender a planear y a poner en práctica actividades y, en un sentido más amplio, las prepara para participar a nivel de políticas regionales, nacionales y locales. Por otra parte, la participación promueve la mayor cobertura de los servicios de salud, los hace más eficientes, efectivos y proporciona a la comunidad mayores niveles de equidad.

Abordar desde esta perspectiva el uso y abuso de sustancias psicoactivas lleva implícito, en primer lugar, el reconocimiento de aquellos grupos vulnerables que se encuentran con mayor probabilidad de buscar en las sustancias las respuestas que el entramado social no les brindó. Desde este enfoque, cualquier intervención preventiva deberá apuntar a reducir el riesgo y los daños que el uso de estas sustancias ocasionan en los individuos. Las sustancias reemplazan una carencia; esto que es reemplazado es lo que debe ser reconocido, analizado y abordado. Prevenir implica trabajar sobre el sujeto y no sobre el objeto, pero un sujeto inmerso en una trama social que debe ser fortalecida a partir de la articulación de esfuerzos, acciones y recursos que permitan abordar la problemática de una manera integral y en el escenario en que debe ser abordada: la comunidad, el ámbito laboral, la escuela y otros escenarios vitales donde el sujeto se desenvuelve. A su vez, pone en agenda la discusión sobre la tolerancia social sobre el consumo, que invocaría el aceptar determinadas conductas y hábitos no considerados extremos y merecedores de censura. Se trata entonces de poder descubrir con la comunidad cuáles son los patrones o respuestas que los miembros de los grupos utilizan repetidamente para dar solución a sus problemas, ya

sean de personalidad, de aislamiento social u otros modos de dar respuesta al malestar en la cultura.

De este modo, la propuesta se basa en pasar de una postura centrada en la "rehabilitación" del "adicto" a otra enfocada en la participación activa de instituciones, de comunidades y de ciudadanos para la construcción de acciones conjuntas que fortalezcan el trabajo realizado en el ámbito local, así como también plantear nuevos escenarios y perspectivas ante el "fracaso" de las políticas prohibicionistas y represivas que intentaron regular infructuosamente el consumo de drogas.

También es importante analizar los problemas asociados al consumo de drogas como asuntos relacionales o mejor, como el efecto de la interacción entre personas, contextos y sustancias psicoactivas. Esta perspectiva plantea tres premisas que competen directamente a los gobiernos y en especial al área de la salud pública: la primera, que es imposible pensar un mundo sin drogas y que, en consecuencia, los tratamientos no pueden tener como punto de partida la abstinencia del usuario; en segundo lugar, que el Estado y los servicios de salud deben proveer al usuario de los medios para que el consumo sea lo menos perjudicial posible y, en tercer lugar, que la reducción de las consecuencias nocivas del uso de drogas sólo es factible si se modifica el tipo de relaciones que componen las redes sociales del individuo.

Retomando la problemática que aborda esta investigación, se definen algunos conceptos que se tornan primordiales para la construcción del marco teórico-metodológico para el abordaje comunitario de las adicciones.

El primero es el de comunidad definida como el espacio de lo relacional, es el escenario donde nos encontramos con los otros. La comunidad es también "el lugar" de la participación, un mecanismo social y político y, al mismo tiempo, el espacio en el cual se materializan políticas y se organizan colectivos.

El segundo concepto importante sobre el que debemos profundizar es el de complejidad: el pensamiento complejo siempre es situado, local, ubicado en un tiempo y en un momento (Morin, 1994). Hablar de complejidad es hablar de diversidad, de incertidumbre, de imprecisión, de la necesidad de romper con el mecanicismo, es una manera de mirar que nos invita a afrontar nuevos retos. La complejidad ayuda a superar las ideas de causa y efecto que han predominado en las intervenciones

sociales diseñadas para gobernar la conexión entre personas, contextos y drogas, nos ayuda a entender la multidimensionalidad de esta relación y a pensar respuestas intersectoriales para modular sus efectos.

El tercer concepto es el de red social, definida como un sistema abierto, en permanente construcción individual y colectiva, a partir del conjunto de relaciones que poseen las personas y los grupos. Son fuentes de reconocimiento, de sentimiento de identidad, constituyen un reservorio de prácticas, de destrezas y de recursos sociales.

Un cuarto concepto es el de vulnerabilidad y se refiere a aquella diversidad de “situaciones intermedias” y al proceso por el cual se está en riesgo de engrosar el espacio de exclusión. Vulnerabilidad no es exactamente lo mismo que pobreza si bien la incluye. Esta última, hace referencia a una situación de carencia efectiva y actual, mientras que la vulnerabilidad trasciende esta condición proyectando a futuro la posibilidad de padecerla a partir de ciertas debilidades que se constatan en el presente. Desde este punto de vista es un concepto más dinámico y abarcativo. En su sentido amplio, la categoría de vulnerabilidad refleja dos condiciones: la de los “vulnerados” que se asimila a la condición de pobreza, es decir, que ya padecen una carencia efectiva que implica la imposibilidad actual de sostenimiento y desarrollo y una debilidad a futuro a partir de esta incapacidad; y la de los “vulnerables” para quienes el deterioro de sus condiciones de vida no está ya materializado sino que aparece como una situación de alta probabilidad en un futuro cercano a partir de las condiciones de fragilidad que los afecte (Fernández Ríos & Gómez Fraguela, 2007).

El quinto concepto es el de Salud Comunitaria, definida desde dos características esenciales:

a) El componente principal es la comunidad, que promueve procesos de poder de decisión sobre su salud.

b) Gestiona salud positiva, es decir, la potencialidad de la comunidad en términos de estrategias saludables.

El último concepto que amerita aclaración es la reducción de daños (art. 11, Ley 22557), el cual ha permitido superar la posición moralista y por medio de esto ha favorecido plantear la necesidad de una política basada en los derechos e iniciar el tránsito de una posición de juicio y estigmatización hacia una perspectiva de inclusión. Desde nuestro pun-

to de vista, la reducción de daños es una estrategia que aspira a minimizar las secuelas del consumo de drogas sin exigir la abstinencia, hace parte de un dispositivo terapéutico más amplio cuyo objetivo final es la inclusión social. La inclusión social, por lo tanto, es una estrategia que busca crear condiciones más equitativas mediante procesos de trabajo en red que articulen recursos institucionales y comunitarios con el fin de mejorar las condiciones de vida de personas y comunidades e incidir en la transformación de los significados culturales que estigmatizan a los usuarios de drogas. Busca, además, conectar políticas sociales de diferentes sectores para fortalecer las políticas de drogas, orientándolas hacia una perspectiva de derechos.

Por lo tanto, tenemos que pensar en intervenciones sociales que se caractericen por:

- Intervenciones en el entorno inmediato de los sujetos. Problematicar con la comunidad acerca de los factores macroestructurales de la exclusión.
- El trabajo comunitario con énfasis en la promoción de ciudadanía y el fortalecimiento de los vínculos y lazos relacionales para lograr reducir y superar los riesgos de la exclusión social.
- El fortalecimiento individual y colectivo, teniendo en cuenta las relaciones de poder, que permitan la autodeterminación y la igualdad social.
- Considerar las redes como una forma de relación entre actores colectivos, que promuevan la conciencia crítica y el ejercicio de los derechos.
- Postular la participación como un derecho y la toma de decisiones como algo compartido.
- La revisión crítica permanente del lugar del equipo profesional en la comunidad, basado en el principio de no neutralidad y de vigilancia ética de sus propias acciones (Alfaro & Zambrano, 2012: 181).

Los conceptos esbozados plantean retos metodológicos, posturas éticas y políticas frente al rol que, como personas comprometidas con el cambio de las políticas de drogas, plantean superar las aproximaciones simples que intentan reducir “el problema” a un asunto de eliminar la oferta y la demanda por medio de las funciones represivas del Estado.

5. Las adicciones desde una perspectiva clínica de Orientación Psicoanalítica

Atendiendo a lo expuesto líneas arriba, planteamos que la consideración de la singularidad de cada caso constituye un derecho y un principio necesario para todo tratamiento posible de las adicciones. En este marco, la clínica de la orientación psicoanalítica no puede prescindir situarse con relación a lo que constituye la subjetividad de la época (Lacan, 1954). En este sentido, las adicciones en la actualidad no pueden considerarse una categoría clínica en sí misma, sino el rasgo fundamental de la relación del sujeto con los objetos de consumo. Vivimos en la época de la adicción generalizada (Guéguen, 2012) y por ello el punto de vista de la clínica se recorta a partir de varios puntos.

En primer lugar, con la pregunta acerca de cuándo una adicción se vuelve como tal, un hecho a ser incluido en su campo, por quién y para quién ella puede definirse como síntoma y ha sido descrito por Gilles Lipovetzky el proceso por el cual se llega a la toxicomanía banalizada. Es decir que, por un lado, se va desvaneciendo la frontera entre uso y consumo problemático y, por otro, se va vaciando de sentido su práctica. Por ejemplo, aquello que en la década del '60 podía ser el símbolo de la revuelta de la contracultura, hoy se degrada en una depresión sin sueño de adicciones a cualquier tóxico. Consecutivamente los lazos sociales que se creaban a partir de esas causas también se vacían de sentido realizándose cada vez más bajo el modo de lo que Sigmund Freud llamó la pulsión de muerte.

En segundo lugar, la clínica se inaugura tomando al sujeto en su singularidad. La igualdad de derechos trasladada al plano clínico se redefine como el derecho de cada sujeto a ser tratado particularmente. Muchos de los fracasos de tratamiento en dispositivos institucionales se deben a las resistencias que presentan los sujetos a ser tratados como iguales a otros, a ser incluidos y pensados a partir de una categoría general.

Cualesquiera que sean los tóxicos usados, la causa del padecimiento es siempre singular. La droga no es un objeto hedónico; es, más bien, un objeto que demuestra la imposibilidad de un hedonismo feliz: del principio del placer muy rápidamente se pasa a más allá del principio del placer. El toxicómano es absolutamente sumiso al

puro imperativo superyoico. El superyó, en su faceta más profunda, empuja a la muerte (Laurent, 2014).

El objeto droga es utilizado por muchos sujetos hoy en día para diversos fines. La droga puede velar lo imposible de la relación entre los sexos en el ser hablante, dando acceso a un goce que no pasa por el Otro y, en particular, por el cuerpo del Otro como sexual (Conca, 2009).

No todos los consumidores de este objeto droga pueden ser incluidos en el conjunto de las toxicomanías. En los pacientes que demandan tratamiento se observa un cambio en la modalidad de su uso social y recreativo; el objeto droga los ha llevado al aislamiento y a la desinserción con la consecuente ruptura de sus vínculos familiares, sociales, familiares o bien de la satisfacción experimentada, al imperativo de goce sin freno. El objeto droga en sí no es lo que causa la desinserción sino las modalidades de uso.

Ubicar el tóxico en la estructura subjetiva supone de parte del clínico, tomar en cuenta la operación diagnóstica como paso lógico para la orientación de la cura, ya que las adicciones no constituyen una estructura clínica *per se*, como lo son las neurosis, la psicosis o la perversión, pudiendo sin embargo cumplir una función en cualquiera de ellas que puede extenderse desde el uso recreativo hasta la suplencia.

Al respecto, Eric Laurent ha precisado que el uso del tóxico en el verdadero toxicómano no es una formación de compromiso, sino “una formación de ruptura con el goce fálico [...] que rompe la transacción en beneficio de la satisfacción pulsional o goce” (Laurent, 1992: 51). Se trata más de una práctica volcada a la economía de goce que de un síntoma en sentido estricto o, en todo caso, de un síntoma sobre el cual los efectos de verdad de la palabra parecen no tener asidero y que obliga a “desunir las estructuras de ficción de la verdad y un real que resiste o insiste” (Miller, 1995: 15).

Hugo Freda propone que “la solución es crearles un síntoma, lo que complica las cosas, porque para sacarlos de la toxicomanía hay que enfermarlos [...]” (2005: 313).

Freud mismo vislumbró un futuro del psicoanálisis aplicado más allá de los límites de las neurosis, en establecimientos del Estado y para el pueblo. Y ya entonces presagiaba:

Cuando suceda, se nos planteará la tarea de adecuar nuestra técnica a las nuevas condiciones [...] Pero cualquiera sea la forma futura de esta psicoterapia para el pueblo, y no importa qué elementos la constituyen finalmente, no cabe ninguna duda de que sus ingredientes más eficaces e importantes seguirán siendo los que ella tome del psicoanálisis riguroso, ajeno a todo partidismo (Freud, [1919]1930: 163).

El abordaje del uno por uno, no se refiere sola y necesariamente al síntoma que presenta un sujeto individual, sino también a un síntoma que se presenta en lo social, en un barrio, en una institución o en una comunidad dada.

En este orden de problemas, deben señalarse algunas cuestiones relacionadas a las situaciones llamadas de "urgencias subjetivas". Tomamos como referencia que el sujeto es una respuesta de lo real, es decir, respuesta al trauma (Miller, 1989). La respuesta de lo real es uno de los nombres del sujeto en la experiencia analítica. Como se señala en el artículo "La toxicomanía en la economía subjetiva" (Zamorano & Castellucci, 2014), ese momento avizorado tempranamente por Freud llegó y, efectivamente, se reciben pacientes consumidores de sustancias en diferentes dispositivos públicos y privados. Afirman que se impone entonces la tarea de repensar la práctica para esos casos cuya consulta no está orientada a un cuestionamiento sobre la causa del sufrimiento mediante la maniobra de dirigirse a un Otro al que se le supone un saber. Si el problema de la droga es incurable cuando ésta tiene éxito, es decir cuando satisface, es cuando fracasa que se abre un resquicio susceptible de ser ocupado por el clínico. Como lo atestiguan variados casos, el fracaso es la puerta de entrada para aceptar el esfuerzo de subjetivación que la clínica de orientación psicoanalítica le propone.

En trabajos anteriores -en el marco de un Proyecto de Extensión de la cátedra de Clínica de Adultos y Gerontes con profesionales del CPA- se formalizó una pregunta que atravesaba dos instituciones diferentes (Universidad y CPA) y profesionales de diversas disciplinas frente a una misma problemática ¿cómo trabajar con personas que consumen y no demandan? Allí, se circunscribieron dos modalidades de presentación: "en lo mudo y en lo crítico, que no son necesariamente excluyentes [...] designación que supone un desplazamiento", con eso que de entrada se presentaba. Allí, se entendió por lo crítico a aquellas presentaciones "en

las que la urgencia surge cuando el discurso no logra velar lo real insoportable (sobredosis, intoxicación, etc.) y el sujeto queda invadido por ese sufrimiento inefable, sin palabras y sin imágenes, lo que se inscribe como repetición” (Suárez y otros, 2014: s/d). Con el objetivo de que lo crítico circule, entre al campo de la salud y no quede estancado agravándose. De esta forma otros autores (Belaga y otros, 2004) han denominado urgencia subjetiva, ligándolo a lo contingente, al acontecimiento. Por otra parte, “lo mudo” aparece para nombrar el mutismo del cual el sujeto queda preso en un impulso a desarrollar actos desesperados o invadido por la más profunda angustia.

Referencias bibliográficas

- Alfaro, J. y Zambrano A. (2012). *Psicología comunitaria y Políticas Públicas*. Buenos Aires: Paidós.
- Barrenengoa, P. (2014). “Consumo de sustancias: de la punición a la salud pública”. En *Acta de 4º Jornada de Investigación Facultad de psicología de UNLP*. s/d.
- Belaga, G. (2004). *La urgencia generalizada. La práctica en el hospital. La urgencia generalizada*. Buenos Aires: Grama.
- Conca, C. (2009). “El objeto-droga: ¿objeto de desinserción?”. En *Pharmakon 11. El lazo social intoxicado*. Buenos Aires: Grama.
- Eschotado, A. (1995). *Historia general de las drogas*. Tomo I, II y III. Madrid: Alianza.
- Fernández Ríos, L. y Gómez Fragueta, J. (2008). *La Psicología Preventiva en la Intervención Social*. Madrid: Síntesis.
- Freda, H. (2005). *La secta y la globalización* [en línea] Recuperado de <http://cep-sifotocopiadora.com.ar/archivos/folios/33200_2015922.pdf>
- Freud, S. ([1919]1930). “El malestar en la cultura”. En: *Obras Completas XXI*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Guéguen, P-G. (2012). “Siempre uno por uno y a menudo Uno-solo”. En *Virtualia 25* [en línea] Recuperado de <https://lamagiadeaprender.weebly.com/uploads/1/9/8/7/19878743/articulo_5_adiccion.pdf>
- Lacan, J. (1954). *Le Seminaire de Jacques Lacan, Vol I: Les écrits techniques de Freud, 1953-1954*. Paris: du Seuil.

- Laurent, E. (1992). "Trois observations sur la toxicomanie". En Revista *Quarto*, s/d.
- _____ (2014). "Reportajes. Estrategias Psicoanálisis y Salud mental". Publicación del *Servicio de Docencia e Investigación Hospital Rossi*, pp. 12.
- Lipovetzky, G. (2002). *La era del vacío*. Barcelona: Anagrama.
- Miller, J. (1989). "Las respuestas de lo Real". En: *Aspectos del Malestar en La Cultura*. Buenos Aires: Manantial.
- _____ (1995). "Para una investigación sobre el goce autoerótico". En: *Sujeto, goce y modernidad. Fundamentos de la clínica*. Instituto del Campo Freudiano. Buenos Aires: Atuel-TyA.
- Moral Jiménez, M. (2007). "Personalidad, resiliencia y otros factores psicosociales asociados al consumo de sustancias". En *Revista española de drogadependencias*. 32 (3), pp. 250-291.
- Morin, E. (2004). "La epistemología de la complejidad". En: *Gazeta de Antropología*, 20 [en línea] Recuperado de <<http://hdl.handle.net/10481/7253>>
- Quevedo, S. (2013). "Modelo abstencionista-prohibicionista". En *CENARESO. Material de Lectura*. Hospital Nacional de salud Mental y Adicciones: Ministerio de Salud de la Nación.
- Suárez y otros (2014). *Toxicomanías, un abordaje interdisciplinario*. Proyecto de Extensión de la Cátedra de Clínica de adultos y Gerontes. Facultad de Psicología: UNLP.
- Zamorano, S. y Casteluccio, M.C. (2014), "La toxicomanía en la economía subjetiva". Inédito.
- Leyes, decretos y resoluciones
- Ley de Salud Mental (Ley 26657)
- Ley Nacional de Salud Mental (Ley 22557)
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Declaración de ALMA-ATA* [en línea] Recuperado de <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf>
- _____ (1986), Carta de Otawa [en línea] Recuperado de <<http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>>

Acerca de los autores

Pablo Barrenengoa es licenciado en Psicología (UNLP), especialista en Epidemiología (Universidad Nacional de Córdoba) y diplomado en formación docente en salud (Universidad Nacional de Tres de Febrero). Actualmente se encuentra realizando el doctorado en Psicología (UNLP) con el tema "Consumos Problemáticos de sustancias psicoactivas: trayectorias subjetivas de pacientes internados en la comunidad terapéutica La Granja, La Plata". Es becario doctoral de la Secretaría de Ciencia y Técnica de la UNLP y ayudante diplomado interino en la asignatura Psicología I (Facultad de Psicología, UNLP). Participa como investigador en el proyecto "ADICIONES: CONSTRUCCIÓN DE REDES Y DISPOSITIVOS PSICO COMUNITARIOS" del Plan de mejoramiento de carreras de Psicología de la Secretaría de Investigación de la Facultad de Psicología (UNLP) y como codirector del proyecto de extensión de la UNLP "SEMBRANDO LAZOS. TRABAJO COLECTIVO PARA LA PRODUCCIÓN DE ALIMENTOS SALUDABLES Y FORTALECIMIENTO DE REDES COMUNITARIAS". Se ha desempeñado como jefe de residentes de Epidemiología de campo de la Dirección Provincial de Atención Primaria de la Salud del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

José María Damiano es licenciado en Psicología egresado de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Es profesor adjunto ordinario de la cátedra de Psicología Clínica de Adultos y Gerontes y del seminario optativo Introducción de la Enseñanza de Jacques Lacan (Escuela Francesa) en la Facultad de Psicología (UNLP), además de ser coordinador del "PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ACCIÓN INTEGRANTE DEL PLAN DE MEJORAMIENTO PARA PSICOLOGÍA (PMP). ADICIONES: CONSTRUCCIÓN DE REDES Y DISPOSITIVOS PSICOCOMUNITARIOS" de la Facultad de Psicología (UNLP), docente investigador categoría V y psicoanalista miembro de la Escuela de la Orientación Lacaniana (EOL), Sección La Plata y de la Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP). Durante el periodo 1992-1996, fue residente en Psicología Clínica del Hospital Interzonal Especializado "Dr. José A. Esteves", dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

Stella M. López es médica psicoanalista de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Se desempeña como jefa de trabajos prácticos ordinario de la cátedra Clínica de adultos y gerontes, de la Facultad de Psicología (UNLP). Es especialista jerarquizado en Psiquiatría infantil y asociada a la Escuela de la Orientación Lacaniana (EOL), Sección La Plata. Fue jefa del servicio de Salud Mental del Hospital de Niños "Sor María Ludovica" de La Plata y profesora adjunta ordinaria de Psicopatología 1, de la Facultad de Psicología (UNLP).

Néstor Eduardo Suárez es licenciado en Psicología egresado de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Profesor asociado ordinario de la cátedra Psicología Clínica de Adultos y Gerontes y profesor a cargo del seminario Introducción a la clínica Lacaniana, ambos en la Facultad de Psicología (UNLP), también es director del proyecto de investigación "RESPUESTAS AL TRAUMA EN LA ÉPOCA. DE LA CLÍNICA EN LO SOCIAL", acreditado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la UNLP. Además, es director del proyecto de Extensión "PALABRAS QUE ABREN PUERTAS" (acreditado y subsidiado por la UNLP), docente investigador (Categoría IV) y miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP) y de la Escuela de la Orientación Lacaniana (EOL).

Mabel Tejo es psicóloga y profesora en Psicología egresada de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Se desempeña como jefa de Trabajos Prácticos de la cátedra de Psicología Preventiva y profesora adjunta de Estadística Aplicada a la Psicología, ambas de la Facultad de Psicología (UNLP). A su vez, es directora de proyectos de extensión universitaria acreditados y de becarios de investigación y codirectora de proyectos de investigación acreditados. También es consejera superior por el claustro de graduados en la UNLP, representante por la UNLP en el Órgano de Revisión de la ley de Salud Mental de la provincia de Buenos Aires y directora de programas sociales en el Ministerio de Desarrollo Social bonaerense.

Adriana Aurora Villalva es licenciada en Psicología, egresada de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP), diplomada en Ciencias Sociales con mención en Salud y magister en Ciencias y Salud de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) y Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Actualmente, es docente adjunta ordinaria a cargo de la cátedra de Psicología Preventiva e investigadora de la Facultad de Psicología (UNLP) y en escuelas de nivel secundario destinado a trabajadores del sector salud (CEBAS) e institutos de nivel terciario dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación bonaerense, en la Tecnicatura en Fonoaudiología. Ha tenido a su cargo la coordinación del Programa de Formación Permanente en Gestión de Políticas Sociosanitarias del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Se ha desempeñado como asesora docente y consultora del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) Proyecto Argentina, del Programa de Funciones Esenciales de la salud Pública del Ministerio de Salud de la Nación y como especialista curricular en la Dirección General de Cultura y Educación, provincia de Buenos Aires.