

# Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático

Edith Benedetti

SERIE PAPELES DE TRABAJO



Ministerio de  
**Salud**  
Presidencia de la Nación

Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales



**Hospital Nacional en Red**

Especializado en salud mental y adicciones,

**EX CENARES**





# **Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático**

Notas político-epistémicas sobre  
modelos y estrategias de intervención

Edith Benedetti

DIRECTORA DE EDICIONES LICENCIADA LAURA BONAPARTE:

Edith Benedetti

# Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático

Notas político-epistémicas sobre  
modelos y estrategias de intervención

Edith Benedetti

SERIE PAPELES DE TRABAJO

A decorative graphic consisting of several overlapping, semi-transparent gray squares of varying sizes and positions, creating a layered, abstract effect on the right side of the page.

Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático. Notas político-epistémicas sobre modelos y estrategias de intervención / Edith Benedetti; con prólogo de Mariana Camilo de Oliveira y Mariana Cantarelli. - 1ra. ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte, 2015. 48 pp.; 21x14,8 cm.

ISBN 978-987-45365-4-9

1. Salud Mental. 2. Adicciones. 3. Estrategias. I. Cantarelli, Mariana, prólog. II. Camilo de Oliveira, Mariana, prólog. III. Título  
CDD 362.2

Ediciones Licenciada Laura Bonaparte:

Directora de la editorial: Edith Benedetti

Coordinadoras académicas de la editorial: Mariana Cantarelli y Mariana Camilo de Oliveira

Asistente en la coordinación editorial: Natascha Ikonicoff

Combate de los Pozos 2133

C1245AAS, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

[www.cenareso.gov.ar](http://www.cenareso.gov.ar)

[formacion@cenareso.gob.ar](mailto:formacion@cenareso.gob.ar)

*Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático.*

*Notas político-epistémicas sobre modelos y estrategias de intervención*

Serie Papeles de trabajo

Autora: Edith Benedetti

Editoras responsables del volumen: Mariana Cantarelli y Mariana Camilo de Oliveira

Coordinadora de la edición: Ana Kuschnir

Diseñador: Leonardo Ferraro

Diagramadora: Silvana Ferraro

Correctora: Roberta Zucchello

© 2015, Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.

1ra. edición del presente volumen.

Hecho el depósito que establece la Ley 11.723.

Libro de edición argentina.

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el permiso previo y escrito del editor. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

## **Autoridades**

MINISTRO DE SALUD DE LA NACIÓN

Dr. Daniel Gollan

SECRETARIO DE POLÍTICAS, REGULACIÓN E INSTITUTOS

Dr. Gabriel Yedlin

SUBSECRETARIO DE GESTIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES

Dr. Carlos Devani

### **Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo)**

INTERVENTORA GENERAL

Lic. Edith Benedetti

INTERVENTOR DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO,  
FINANCIERO Y SERVICIOS GENERALES

Cdor. Pablo Cuadros



# Índice

- 11 Prólogo, por Mariana Camilo de Oliveira y Mariana Cantarelli
- 17 Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático.  
Notas político-epistémicas sobre modelos y estrategias de  
intervención, por Edith Benedetti
- 43 Sobre el sello Ediciones Licenciada Laura Bonaparte,  
por Edith Benedetti



# Prólogo

Mariana Camilo de Oliveira<sup>1</sup> y Mariana Cantarelli<sup>2</sup>

## I

Este libro es el primer volumen de la serie Papeles de trabajo, de Ediciones Licenciada Laura Bonaparte, sello editorial del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Como el resto de las series de la editorial (Jornadas y congresos, Manuales de procedimiento e Investigaciones) –cada una a su modo–, pretende ser una herramienta para la discusión pública sobre la salud mental y las adicciones. Por tratarse de la editorial de un hospital nacional de gestión estatal y también centro de referencia en esta materia en nuestro país, la intención de participar e influir en los debates actuales sobre salud mental y adicciones incluye lo que entendemos como un capítulo central en esta historia: la formación de los equipos técnicos y políticos que llevan adelante las políticas públicas sanitarias a nivel nacional, provincial y municipal. En otros términos y apelando a una vieja metáfora, la formación de la columna vertebral del Estado sanitario.

La formación de los agentes sanitarios en general y muy especialmente de aquellos que son parte de la Administración Pública es un asunto

---

1 Licenciada en Psicología, licenciada en Letras, magíster en Letras. En la actualidad es doctoranda de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Integra el Área de Formación del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y es coordinadora académica del sello Ediciones Licenciada Laura Bonaparte. Se desempeña además como docente-capacitadora en los trayectos formativos de Hydra Capacitación.

2 Profesora de enseñanza media y superior en Historia y licenciada en Historia. Coordinadora del Área de Formación del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y coordinadora académica de Ediciones Licenciada Laura Bonaparte. Es además directora de Hydra Capacitación e integrante del comité editorial de Hydra Editorial. Se desempeña también como docente en la Universidad de Buenos Aires, el Instituto Universitario de Salud Mental y el Instituto Universitario del Hospital Italiano.

enorme y complejo que excede en escala los objetivos de la editorial del Hospital Nacional en Red. En este contexto, los libros del sello Licenciada Laura Bonaparte y en especial la serie Papeles de trabajo, en el marco del Proyecto Institucional del Hospital Nacional en Red iniciado en noviembre de 2012, buscan problematizar, a la vez, dos cuestiones. Por un lado, diversos aspectos teóricos, clínicos y político-institucionales vinculados con la implementación de la legislación vigente en salud mental y adicciones (i. e.: Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud N.º 26.529 y Ley de creación del Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental N.º 25.421). Asimismo los cambios sociales, culturales, políticos y económicos que se dieron en los últimos cuarenta años, que por su impacto en las instituciones y en las subjetividades de agentes sanitarios y de pacientes, exigen revisar y volver a pensar lo que el primer ministro de Salud Pública de la República Argentina Dr. Ramón Carrillo denominó *teoría del hospital*. Y por otro lado, subrayando lo antes señalado, el perfil del equipo interdisciplinario en salud mental y adicciones en un contexto de transformaciones normativas y epocales que cuestionan la formación teórica, clínica y político-institucional más extendida, construida y reproducida en universidades y hospitales.

## II

*Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático. Notas político-epistémicas sobre modelos y estrategias de intervención*, escrito por la Lic. Edith Benedetti, interventora del Hospital Nacional en Red, es el número inaugural de la serie Papeles de trabajo. El lector se encontrará con un texto que problematiza las estrategias y los modelos preventivo-asistenciales con respecto al consumo problemático que se observan hoy en el ámbito asistencial. Esta problematización no pretende ser una historización de esas estrategias y modelos, sino una suerte de deconstrucción de los recursos teóricos, clínicos y político-institucionales puestos en juego en las intervenciones clínicas en salud mental y adicciones. Estos recursos se corresponden en todos los casos, siguiendo el planteo de Benedetti, con

una lectura epistémica y política, lo sepan o no quienes los llevan adelante. Sin embargo, el planteo no se agota en el balance de lo existente. Benedetti da un paso más y ofrece una serie de herramientas para pensar, epistémica y políticamente, estrategias, intervenciones y dispositivos clínicos en salud mental y adicciones, siempre centrados en el sujeto (y no en la sustancia), en el marco del sistema normativo. En síntesis, estamos ante un texto que reflexiona sobre los modelos de intervención sin perder de vista que se trata de un ejercicio necesario en el marco de la implementación de la legislación en salud mental y adicciones, sobre todo desde la perspectiva de los agentes de la salud.

Ahora bien, reflexionar sobre los modelos de intervención en el contexto de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 es un trabajo que demanda pensamiento. Un tipo de pensamiento que no es un ejercicio teórico alejado y desentendido del territorio de su implementación efectiva. Tampoco es sinónimo de las acciones prácticas que transcurren en un espacio. Más bien, pensar la implementación de una ley es un ejercicio teórico y práctico complejo que implica la traducción en un territorio institucional (por ejemplo, una institución pública de gestión estatal, un municipio, una provincia, etc.) de la ley y su reglamentación. Se trata de una traducción que ciertamente no está contenida ni en el marco normativo ni en el territorio. Y por eso mismo, requiere pensamiento teórico, clínico y político-institucional en los diversos niveles del sistema.

Si no perdemos de vista esta complejidad, será necesario subrayar dos cuestiones más. En primer lugar, reflexionar sobre la implementación de la actual Ley Nacional de Salud Mental es una tarea indelegable de los diversos agentes del sistema sanitario porque, entre otras razones, forma parte del proceso mismo de la implementación. Por otro lado, esta reflexión no es terreno exclusivo de expertos y especialistas, sino un ámbito del que no se pueden desentender los agentes que llevan adelante las políticas públicas en salud mental y adicciones. Así pensado, el texto de Benedetti puede ser leído como una invitación a participar en la consolidación de ese terreno de pensamiento que, por diversas razones que incluyen pero exceden los efectos negativos del neoliberalismo en las instituciones, es necesario y estratégico fortalecer y cuidar. ¿O acaso podemos imaginar que es posible

esta revolución copernicana en salud mental y adicciones sin detenerse, una y mil veces, en sus desafíos y problemas? O inclusive, ¿podemos suponer que es viable implementar una ley sin que los diversos agentes técnicos y políticos del sistema produzcan un pensamiento al respecto?

### III

Pero detenerse y producir un pensamiento no tiene la mejor de las famas en la época de la velocidad y de las soluciones «llame ya». Consiste en un ejercicio a contrapelo de algunos rasgos de nuestro tiempo. Las marchas y contramarchas de detenerse –una y mil veces, reiteramos– sobre un problema piden paciencia. La lectura detenida, la paciencia, es decir, la dilatación temporal de estas operaciones y su infinitud nos remiten a tres verbos oportunamente evocados por Sigmund Freud en cierta ocasión. *Educar, gobernar y analizar*: son las tres acciones sobre las que llama nuestra atención Freud en un texto de 1937. Se trata de un conocido trabajo de su obra tardía movilizado por una pregunta clínica relativa a la *Endlosigkeit*, el *carácter interminable* de la labor analítica. En el célebre pasaje, el «analizar» es incluido en una serie de otras operaciones imposibles e inacabables, al menos de modo rotundo y categórico. Aunque se cuente con objetivos y plazos empíricos, algo no ignorado por el maestro austríaco, la conclusión de estas tareas es asintótica, es decir, nunca se consuma. Ahora bien, al menos de dos maneras se puede entender esta pujante indicación. La primera, marcada más bien por la literalidad y el desaliento, resaltaría el fracaso anticipado de aquellos que se aventuran en las *profesiones* en cuestión. La segunda, a su vez, destacaría en la infinitud, la necesidad y posibilidad de hacer y rehacer. Dicho de otro modo, en lo inconcluyente yace también lo imaginativo.

Si seguimos a Freud en esta segunda lectura de lo infinito, el imperativo de seguir pensando se nos revela como una tarea interminable de naturaleza imaginativa. Y mucho más en una época como la nuestra, poblada de cambios y alteraciones que, en múltiples ocasiones, desbordan los recursos de pensamiento teóricos, clínicos y político-institucionales con los que

contamos. De esta manera, la indicación freudiana parece pertinente y, más aún, un recordatorio de que siempre es necesario volver a pensar, cuando se trata de *analizar* pero también de *formar* y *gobernar*. Inclusive, podríamos agregar nosotros, de implementar una ley.

Según una vieja definición histórica, una generación política no se define por una cuestión etaria, por ejemplo, los de treinta, cuarenta o cincuenta años. Más bien se define por un problema común. En rigor, por compartir un problema y no necesariamente las respuestas frente a ese problema. La Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 puede ser entendida como uno de esos campos problemáticos de nuestra generación política, al menos en el ámbito sanitario, sobre el que es necesario trabajar de manera interminable e imaginativa. El texto de Benedetti, un escrito de una psicóloga pero también de la directora de un hospital nacional de gestión estatal especializado en salud mental y adicciones, puede ser leído –decíamos– como invitación a reflexionar sobre los modelos preventivo-asistenciales, pero podríamos agregar algo más: también como la intervención de quien forma parte de una generación política que se enfrenta con el desafío de «recuperar» el Estado.



# Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático. Notas político-epistémicas sobre modelos y estrategias de intervención

*Pensar y obrar, obrar y pensar  
es la suma de toda sabiduría.*

JOHANN WOLFGANG VON GOETHE

## I. Introducción

Hoy el consumo de sustancias psicoactivas genera temores y prejuicios. Las representaciones sociales<sup>1</sup> promedio sobre esta problemática –producidas y reproducidas por la mayoría de los medios masivos de comunicación– asocian mecánicamente el consumo de drogas con adicciones, ilegalidad, delincuencia y/o marginalidad; y su tratamiento, con el encierro, la internación, las comunidades terapéuticas, la prohibición de la sustancia en cuestión y/o la estrategia abstencionista en general. Esta perspectiva fue y sigue siendo sentido común de nuestra sociedad, y, cabe aclarar, no es exclusiva de la población (desinformada), sino que también está arraigada entre muchos profesionales de la salud.

---

1 Sin duda la noción de «representación social» remite a un territorio vasto y difícil de circunscribir, como suele suceder con conceptos –o, bien podría decirse, cuerpos teóricos– productivos y ampliamente utilizados. No tenemos la pretensión de hacer una historia del concepto o de presentar una definición concluyente y abarcativa, sino tan sólo de situar, para los fines del presente texto, de qué hablamos cuando hablamos de representaciones sociales. Para ello, nos remitimos al ámbito de su engendramiento en la psicología social: Serge Moscovici las define como «sistemas de valores, ideas y prácticas con doble función: 1. establecer un orden en virtud del cual el individuo pueda orientarse en su mundo social y material, y dominarlo; 2. permitir la comunicación entre los miembros de una comunidad, aportándoles un código para el intercambio social y un código para denominar y clasificar de manera inequívoca los distintos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal» (Moscovici *apud* Duveen y Lloyd [2003]. «Las representaciones sociales como una perspectiva de la psicología social», pp. 29-30). Duveen y Lloyd (2003, p. 30) señalan que Moscovici usa la noción para designar, por un lado, a estos sistemas o modos particulares de estructuras; asimismo para indicar, por otro lado, el *proceso* a través del cual estos sistemas se *construyen y transforman*.

Ahora bien, tanto las concepciones que vinculan mecánicamente consumo de sustancias psicoactivas con mundo delincinencial como los tratamientos en clave de encierro y sus estrategias abstencionistas se muestran incapaces de pensar la complejidad de los fenómenos relacionados con el consumo problemático de dichas sustancias. Esta complejidad, en principio, nos exige considerar las múltiples dimensiones y aristas de estos fenómenos, como por ejemplo, la legislación al respecto, pero también los marcos éticos y culturales de la sociedad, los grupos y los individuos, las condiciones socio-económicas y culturales de la población, las transformaciones epocales y su impacto en las subjetividades, los modelos sociales, las políticas públicas en general y las sanitarias en particular, entre otros. Por otro lado, resulta fundamental, como parte de la deconstrucción de la asociación que se postula entre sustancia psicoactiva y consumo problemático, subrayar una evidencia: la mayoría de los consumidores de sustancias psicoactivas no son consumidores problemáticos. Así lo señala el *Documento oficial del Comité Científico Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja sobre los usuarios de drogas y las políticas para su abordaje*, elaborado en 2009: «Del universo de personas que consumen sustancias, una inmensa mayoría no incurrirá en consumos problemáticos. [...] En un grupo relativamente pequeño en proporción al universo de consumidores el uso adquiere características problemáticas».<sup>2</sup>

Ante esta evidencia, resulta necesario deconstruir aquellas representaciones sociales en torno de las sustancias psicoactivas, el consumo y los consumidores, y más aún en el marco de la legislación nacional actual sobre salud mental, sancionada en 2010 y reglamentada en 2013. Este marco normativo nos enfrenta con la tarea de elaborar nuevos dispositivos y estrategias de intervención clínica como parte de los servicios de salud mental en los hospitales generales cuyo fundamento doctrinario, tanto epistémico como político, es la salud como derecho y el sujeto como sujeto de derecho. Pensar esos dispositivos y estrategias implica revisar los existentes, y forma parte de la revisión considerar también las condiciones político-institucionales de su

---

2 Véase <http://www.jefatura.gov.ar/archivos/comisionnacional/DO1usuarios.pdf>.

producción. Consideremos un ejemplo bien conocido: los modelos de intervención desarrollados en nuestro país en el marco de las políticas neoliberales que, como sabemos, no son una ocurrencia local sino una de las consecuencias de la implementación en el Sur de los lineamientos resultantes del Consenso de Washington. Un ejemplo de esto es la Ley Nacional N.º 23.737, sancionada en septiembre de 1989, que establece en su artículo N.º 14 que

será reprimido con prisión de uno a seis años y multa de trescientos a seis mil australes el que tuviere en su poder estupefacientes [...]. La pena será de un mes a dos años de prisión cuando, por su escasa cantidad y demás circunstancias, surgiere inequívocamente que la tenencia es para uso personal.

La sanción y reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 conlleva, como se ha señalado repetidas veces, un cambio de perspectiva o de paradigma. Un pequeño ejemplo en este sentido es el artículo N.º 4 del capítulo II, que se contrapone abiertamente con el artículo de la Ley N.º 23.737 citado en el párrafo anterior:

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.

En este sentido, somos contemporáneos de 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.

## **II. Una mirada clínica sobre el consumo problemático de sustancias psicoactivas**

El desplazamiento al que nos referimos, es importante señalar, resulta justo y necesario desde una perspectiva clínica. En primer lugar, porque el

abordaje penal de la cuestión no hace centro en la dimensión subjetiva, es decir, no hace posible pensar en clave de sujeto, de sujeto de derecho y de la salud como derecho. Por otro lado, cuando leemos esta temática desde una perspectiva penal, el criterio de legalidad (sustancias psicoactivas legales y sustancias psicoactivas ilegales) gobierna nuestra lectura. No obstante, si lo pensamos clínicamente, esto es un problema por varias razones. El consumo problemático no se reduce a situaciones relacionadas con el consumo de sustancias prohibidas. De hecho, el alcohol no está prohibido, por lo menos entre los mayores de 18 años. De esta manera, y si seguimos el argumento estrictamente penal de la prohibición, permanecen por fuera de la definición del problema un conjunto de fenómenos sobre los que es necesario intervenir clínicamente.

En un nivel de análisis más conceptual, podríamos decir que la perspectiva penal no distingue entre consumo problemático y no problemático (e inclusive tampoco lo hacen algunas miradas clínicas). Si lo consideramos desde el estereotipo penal, el esquema es bien conocido: el consumidor es un consumidor de sustancias ilícitas que viola la ley y por eso es un transgresor. Para una lectura clínica, al menos desde el eje que buscamos exponer aquí, el desplazamiento de las adicciones del campo penal al campo sanitario implica tanto el cuestionamiento de la relación mecánica y directa entre consumo de sustancias psicoactivas y consumo problemático de tales sustancias como la asociación entre consumo de sustancias psicoactivas y problemas para el consumidor, su grupo de referencia y la comunidad en general. Se trata, en definitiva, de subrayar que la inmensa mayoría de los consumidores más o menos frecuentes de sustancias psicoactivas no construyen un vínculo problemático con dichas sustancias.

Asimismo, esto se verifica cuando analizamos otras sociedades y situaciones históricas en las que circulan las sustancias psicoactivas, pero forman parte de otra red de prácticas sociales. En la Grecia y la Roma antiguas, también en las sociedades andinas precolombinas, estas sustancias eran parte constitutiva de los rituales. Es decir, su circulación estaba encuadrada en varios sentidos: cuándo y dónde, cómo, por qué, quiénes, para qué, etc. Lo mismo se aplica, cambiando lo que haya que cambiar, para las experiencias antidisciplinarias de los años 60 y 70 del siglo XX, sobre todo

entre los jóvenes. En todos estos casos, el consumo funcionaba muchas veces como un instrumento de autoconocimiento alternativo a las vías establecidas. En un ejemplo y en el otro, a pesar de ser situaciones incompatibles entre sí, la sustancia psicoactiva formaba parte de un proceso individual y/o comunitario poblado de sentido.

En cambio, la circulación de sustancias psicoactivas en nuestra sociedad inevitablemente es distinta porque esta sociedad es otra. No pretendo en este texto ensayar un análisis exhaustivo de nuestra época, pero cuando analizamos el consumo problemático hoy, no podemos perder de vista las variaciones a nivel de la subjetividad que se han producido en las últimas décadas en el mundo, o al menos en gran parte de él. A riesgo de simplificar, podríamos decir que la sustitución de la figura del *ciudadano* por la del *consumidor* introduce consecuencias que algunos autores llamaron «liquidez» y otros «fluidez».<sup>3</sup> Estas metáforas (que antes Marx sintetizó con la famosísima imagen de «todo lo sólido se desvanece en el aire» para describir el pasaje del feudalismo al capitalismo) destacan la fragmentación, la precarización y la fragilización de los vínculos sólidos, pero también revelan un tipo de relación (nueva) de los sujetos con los objetos. Se trata de puro consumo. En definitiva, el mercado introduce una serie casi infinita de objetos listos para consumir. Y en este sentido, las sustancias psicoactivas (o lo que sea: cirugías, bingo, compras, internet, celulares, etc.) se inscriben en una lógica de mercado como cualquier mercancía.

Por otro lado, el desplazamiento del consumo problemático de sustancias psicoactivas del ámbito penal al clínico también exige un movimiento que podríamos resumir de la siguiente manera: si el eje de análisis no es la sustancia lícita o ilícita (e inclusive podría no ser una sustancia, como señalamos en el párrafo anterior) sino el sujeto, es necesario pensar el vínculo problemático que cada sujeto sostiene con el objeto en cuestión. No se trata de una empresa sencilla; sin embargo, no hay que perder

3 Para ampliar el concepto de «fluidez», véase Bauman, Zygmunt (2009). *Modernidad líquida*, especialmente el prólogo: «Acerca de lo leve y lo líquido», y el capítulo 2: «Individualidad». Asimismo, una versión argentina del concepto de «fluidez» puede encontrarse en Lewkowicz, Ignacio (2004). *Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez*, principalmente las partes III y IV.

de vista que somos contemporáneos de un gran avance en esta materia. La Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 de la República Argentina establece en su artículo N.º 4 que cualquier ciudadano que tenga un vínculo problemático con el consumo, sea el que fuere, está padeciendo, y es competencia de las instituciones sanitarias darle tratamiento a la temática. Aunque la ley lo establece, no quiere decir que este desplazamiento esté consolidado, pero es un avance importantísimo. Al respecto, ya no es posible volver atrás.

Entonces, este cambio normativo y las transformaciones en la subjetividad contemporánea nos obligan a revisar y repensar los modelos de intervención clínica en salud mental en general y relacionados con el consumo problemático en particular. El diseño y la implementación de las intervenciones clínicas, hoy más que nunca, nos exige una lectura interdisciplinaria de los sujetos y de su padecimiento que además no puede excluir las dimensiones históricas y sociales. En definitiva, es necesario pensar la singularidad del sujeto en clave de época y situación.

### **III. Modelos de intervención clínica y consumo problemático**

El imperativo normativo y epocal con el que nos topamos los profesionales de la salud mental que tratamos con el consumo problemático demanda reflexionar sobre los modelos de intervención clínica con los que trabajamos, especialmente en el marco del desplazamiento de las adicciones del terreno penal al clínico que venimos analizando. No hay que perder de vista, como señalamos antes, que nuestras prácticas clínicas e institucionales muchas veces están gobernadas por modelos de intervención contruidos en otros contextos epocales, normativos y político-institucionales. Y que, además, suponen y reproducen las representaciones sociales sobre las sustancias psicoactivas, el consumo y los consumidores más extendidas. Ahora bien, parte de la revisión que estamos considerando implica deconstruir nuestras prácticas teniendo en cuenta sus operaciones y procedimientos epistémicos y políticos. Con este objetivo, nos detendremos en una tipología de modelos de intervención clínica que puede ser una guía en esta dirección.

Existen diversas tipologías y clasificaciones que, en todos los casos, implican una comprensión (a veces penal y otras veces clínica) de la relación de los sujetos con las sustancias psicoactivas y su entorno. Sin embargo, y para lo que nos interesa revisar, retomaremos –en nuestros términos– los tipos ideales desarrollados por Helen Nowlis.<sup>4</sup>

Según la autora, es posible distinguir entre las siguientes figuras: (1) modelo ético-jurídico, (2) modelo médico-sanitario, (3) modelo psico-social y (4) modelo socio-cultural. Antes de la presentación de la tipología, definiremos la noción de «modelo» que usaremos en este apartado. Cuando hablamos de modelo, hablamos de un esquema sintético que ordena los elementos de la realidad-visión del mundo, y este orden da o determina la concepción que nosotros tenemos acerca de las cosas. En este caso, qué visión o idea tenemos acerca del consumo de sustancias, acerca de la sustancia misma o acerca de la problemática adictiva.

Detengámonos entonces en los modelos y su caracterización.

**1. Modelo ético-jurídico.** Desde el punto de vista histórico, éste es cronológicamente el primer modelo preventivo-asistencial. Este dato no es menor, sobre todo, si consideramos que es un modelo que surge hace más de cien años. Constituye, en este sentido, la primera aproximación moderna al tratamiento en esta materia. Para esta concepción epistémica y política, el eje de análisis está puesto en la sustancia psicoactiva. La sustancia es, podríamos decir, el fetiche, que además es un fetiche maldito. Las sustancias psicoactivas (para este tipo de discurso: las drogas) son la causa de todos los males individuales y sociales. Un flagelo compuesto de drogas, delincuencia, vicio. Como consecuencia del centramiento en las sustancias,

---

4 Será conveniente prevenir al lector de que no se trata de un resumen del texto en cuestión sino de una versión muy libre al servicio de lo que se pretende pensar en estas páginas. Si el lector está interesado en leer el planteo de Nowlis, sistematizado en otra época y geografía, le sugerimos volver sobre él en Nowlis, Helen (1975). «La verdad sobre la droga». Recuperado el 10/2/2015, de <http://unesdoc.unesco.org/images/0001/000131/013163SB.pdf>. Más adelante señalamos que, por fuera del planteo de Nowlis, se ha pensado un quinto modelo a partir de las particularidades de América Latina y, en especial, de la Argentina (véase p. 28 de la presente edición).

en este análisis el sujeto es un actor secundario, que se convierte en un objeto dominado por la sustancia psicoactiva.

Por otro lado, el énfasis en la sustancia no es homogéneo. Como se trata de un modelo principalmente jurídico, su consideración de las sustancias está determinada por el criterio de legalidad, y por eso resulta primordialmente punitivo. Hay sustancias lícitas y sustancias ilícitas. Las segundas, resulta evidente, constituyen el «problema droga». Según esta concepción, entonces, el consumidor de drogas ilícitas viola la ley y se convierte en un transgresor. De esta manera, la dimensión contextual queda reducida a la dimensión normativa (nada se dice de lo social, es decir, de ese contexto social que se hace texto subjetivo a nivel de la subjetividad), y la clasificación entre normales y desviados organiza el encuadre. Por eso mismo, las categorías epistémicas que dominaban y dominan este tipo de análisis suelen ser: flagelo, delincuencia, vicio, desviación, anormalidad, etc. Se trata de una valoración ética (podríamos decir moral) de las conductas humanas que distingue y prescribe entre lo bueno y lo malo, entre lo correcto y lo incorrecto.

Tratándose de un modelo punitivo, tanto la reducción de las sustancias psicoactivas a partir de la prohibición de su oferta, cultivo, elaboración, fabricación, distribución y venta como la penalización del consumidor devienen estrategias centrales de este modelo ético-jurídico. En ambos casos, son estrategias abstencionistas.

Como señalamos en un apartado anterior, la Ley Nacional N.º 23.737 penaliza en nuestro país la tenencia de sustancias psicoactivas ilícitas para consumo personal. A modo de ejemplo: si una persona tiene un cigarrillo de marihuana para consumo personal, puede ser detenida e iniciarse un proceso penal en los términos de dicha ley, en tanto que ha sucedido una infracción. Cabe destacar que, si bien la referida ley sigue en vigencia y urge una reforma a la ley de estupefacientes, se dispone de jurisprudencia que –en conjunto con la Ley Nacional N.º 26.657– sienta las bases para la no penalización del consumo. En esta dirección, debemos recordar el Fallo Arriola (A. 891. XLIV.), de 2009, anterior incluso a la Ley N.º 26.657, en que se declara la inconstitucionalidad del artículo 14 de la Ley N.º 23.737 y se despenaliza la tenencia de estupefacientes para uso personal, en ám-

bito privado y en condiciones que no traigan aparejado peligro o daño a derechos de terceros. Pero en cualquier caso, según el modelo ético-jurídico, en el ejemplo arriba evocado, estamos ante una *transgresión*. Y en este sentido, ese fumador de marihuana es leído, desde esta perspectiva, paradójicamente: como la víctima (objeto) de una sustancia poderosa y como el culpable, en tanto sujeto de la transgresión, de haber violentado la norma establecida.

**2. Modelo médico-sanitario.** Este modelo surge a mediados del siglo XX y es una suerte de derivación del esquema preventivo-asistencial vinculado con las enfermedades infectocontagiosas. Se trata de una mirada médico-epidemiológica;<sup>5</sup> por eso mismo, las adicciones son leídas en clave de enfermedad, y el consumidor de drogas, como enfermo (no como transgresor y/o delincuente). En sintonía con el modelo ético-jurídico, el eje del análisis recae en la sustancia y no en el sujeto. Sin embargo, la causa del fenómeno no es pensada bajo un criterio normativo sino en conexión con su

---

5 A modo de ilustración, podemos citar un ejemplo con vigencia actual de aplicación de este modelo: el *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*, de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (American Psychiatric Association). Está en vigencia su quinta edición, publicada en 2013. Su primera edición surge en 1952, ante la necesidad de recolectar datos estadísticos, uniformar criterios y nomenclatura. Consiste en una clasificación y estandarización de los trastornos mentales a partir de un listado de síntomas. Sin embargo, se pueden hacer diversas objeciones de aspectos que subyacen a la concepción de padecimiento y de sujeto allí presentes, y también que advienen de su uso. Uno de ellos que nos parece válido resaltar es el reduccionismo y la desconsideración del sujeto en su dimensión histórica y social; las circunstancias epocales y situacionales en que este sujeto se encuentra. Por ejemplo, los criterios utilizados para designar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) describen a muchos niños y niñas de nuestra época, lo cual conlleva el riesgo de una suerte de patologización y psiquiatrización de la vida cotidiana. Asimismo, el manual –especialmente en sus últimas ediciones– tiene pretensión de neutralidad teórico-científica. Estos y otros aspectos aluden al modelo médico-sanitario, dado que, en definitiva, parten de parámetros análogos a la medicina orgánica para entender y abordar el padecimiento mental, recortado del sujeto mismo. Para una problematización del paralelismo entre patología mental y medicina orgánica, criterios de normalidad y comprensión del sujeto, remitimos al lector al volumen *Enfermedad mental y personalidad*, de Michel Foucault, especialmente el capítulo I: «Medicina mental y medicina orgánica».

toxicidad o potencial adictivo, es decir, en relación con sus efectos clínicos (pero en cualquier caso, esos efectos siempre son leídos negativamente). Por eso mismo, la distinción entre sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas no resulta relevante para esta concepción, de modo que el alcohol, el tabaco y los medicamentos en general forman parte de lo que se construye como problema.

Si bien Nowlis nombra como «médico-sanitario» al modelo que estamos considerando, preferimos denominarlo modelo «médico-hegemónico», ya que se explicita, de este modo, el posicionamiento político-epistémico que está en juego. Es decir: un saber con cierto poder sobre otros. Si consideramos que un modelo involucra, entre otros elementos, el modo como se piensa al otro, podemos afirmar que el otro aquí se concibe como un enfermo. En efecto, el modelo médico-sanitario se relaciona íntimamente con el pensamiento médico-hegemónico: comparten, a grandes rasgos, la misma concepción de salud como contraria a la enfermedad. Por el contrario, seguimos a Floreal Ferrara en su visión de salud no como ausencia de enfermedad, tampoco como completo bienestar, sino precisamente como capacidad de resolver conflictos. Vinculamos con esta visión, siguiendo la misma dirección, la concepción social de la salud leída a la luz de sus determinantes sociales, es decir, elementos circunstanciales relacionados con la vida, trabajo, educación, desarrollo, cultura, género, entre otros, que se articulan con la salud y explicitan su aspecto social y político.

Ahora bien, la consideración del contexto en el análisis del modelo médico-sanitario hace eje en los actores de diverso tipo que pueden estar vinculados con grupos y/o poblaciones de riesgo, como niños y jóvenes, por ejemplo. Es decir, el entorno se lee en los mismos términos en que se leen las enfermedades infectocontagiosas: población de riesgo, contagio, contaminación. De esta manera, las estrategias de la salud pública son asimiladas a instancias de control y disciplinamiento sociales. Como la pretensión es evitar el consumo de la sustancia entendida como causa de todos los males individuales y sociales, su estrategia también es abstencionista.<sup>6</sup> La absten-

---

6 Respecto de esta estrategia y sus lineamientos en la prevención y asistencia, véase la primera parte del apartado IV de este texto, pp. 29-32 de la presente edición.

ción aquí no se trata, sin embargo, de la sanción normativa, sino de la comunicación –fundamentalmente a partir de campañas publicitarias– de los «daños» producidos por el uso de sustancias psicoactivas.

**3. Modelo psico-social.** Este modelo, que surge durante la década de los 80, invierte el modo de comprender la interrelación entre sujeto y sustancia psicoactiva. A diferencia de las perspectivas ético-jurídica y médico-sanitaria, el esquema psico-social se concentra en el sujeto –o más precisamente, en el vínculo que ese sujeto construye con la sustancia–, y éste se convierte en el protagonista principal del análisis. Por eso mismo, tanto la condición lícita o ilícita como el estatus farmacológico de las sustancias son asuntos necesarios pero secundarios. Como consecuencia de esta modificación en el análisis (de la sustancia al sujeto), surgen una serie de conceptos –por ejemplo: uso y/o abuso de sustancias psicoactivas o adicciones– que permiten introducir una distinción entre consumo problemático y consumo no problemático, lo cual, no hay dudas, es incompatible con los dos primeros modelos tematizados.

En este marco epistémico y político, el consumidor problemático (que, como ya dijimos, no es todo consumidor) tiene estatuto de enfermo. Pero la genealogía de ese consumo problemático no se explica como consecuencia del contacto del sujeto con la sustancia, sino como síntoma de un malestar previo que el sujeto tiene con su medio social (familia, entorno, grupo de pertenencia, etc.). En este sentido, la adicción es pensada como la manifestación de un trastorno psíquico que requiere de una intervención en el campo de la salud mental no reductible a la estrategia abstencionista. Por el contrario, este modelo es compatible con una estrategia preventiva de naturaleza inespecífica.<sup>7</sup> No obstante, si tuviésemos que nombrar este

---

7 Por «prevención inespecífica» entendemos acciones o intervenciones que objetivan un fortalecimiento más amplio del proyecto vital, eventualmente por la vía de lo simbólico. Se opone a la prevención específica, que tiene por fin el recorte puntual, en el caso de las adicciones, la supresión del consumo. De esta manera, estrategias de índole específica se rigen de modo ejemplar por el imperativo «no te drogues», que termina por fetichizar la sustancia. En términos de estrategia, cobra especial relevancia en la reducción de riesgos y daños (véase pp. 32-34 de la presente edición).

modelo de un modo que, desde nuestra perspectiva, lo explicito más esencialmente, lo designaríamos por «modelo psicológico». Lo haríamos de esta manera porque, si bien este modelo conlleva un avance en la medida en que pone énfasis en el sujeto y de esta forma destaca su vínculo con la sustancia, no contempla la dimensión social. El sujeto es considerado un enfermo, como mencionamos, y la génesis de esta enfermedad es psicológica, razón por la cual la lógica establecida en este modelo puede tender al psicologismo individualizante.

**4. Modelo socio-cultural.** Tratándose de una mirada centrada en lo social, este modelo –que también surge durante la década de los 80– pone el énfasis en la dimensión macro-social. Entonces, las causas del consumo problemático y no problemático de sustancias psicoactivas se describen como cualquier hecho o fenómeno social. Las estructuras sociales en el marco de tal o cual época y sus factores socio-culturales y socio-económicos son los recursos, primeros y últimos, tenidos en consideración. Así, según esta mirada, el análisis de las diversas formas de presión, influencia y/o condicionamiento de lo social sobre el individuo parecen echar luz sobre este tipo de fenómeno. Cualquier exponente de este modelo podría sostener que «la droga funciona como evasión de la realidad» y por eso se convierte en un síntoma de una sociedad en crisis. O si lo pensamos desde los individuos, en la manifestación de la imposibilidad de esa sociedad de ofrecer a esos individuos un proyecto existencial.

Esta modelización se completó, a la luz de las particularidades de América Latina en general y de la Argentina en particular, con un quinto modelo: el modelo ético-social. Un grupo de profesionales de la salud reunido en la organización no gubernamental FAT (Fondo de Ayuda Toxicológica), bajo la dirección del Dr. Alberto Calabrese, lo presentó ante la Unesco. Su perspectiva, enmarcada en la sociología crítica, retoma los modelos anteriores y ensaya una síntesis elaborativa superadora, puesto que problematiza la relación del sujeto con la sustancia psicoactiva en un contexto determinado e incluye la pregunta por el proyecto vital como dimensión central a considerar.

## IV. Estrategias de intervención abstencionista-prohibicionista y de reducción de riesgos y daños

Los modelos arriba descritos y analizados orientan (sabiéndolo o a veces sin saberlo) nuestras acciones en tanto profesionales de la salud. Y al hacerlo, responden a los siguientes interrogantes: en una intervención, ¿qué conceptualización de sujeto está en juego? ¿Cómo se entiende su vinculación con la dimensión socio-histórica? ¿De qué modo se aborda el consumo y la sustancia? Para tratar estas cuestiones, los modelos se enlazan con dos estrategias de intervención que, en la actualidad, disputan el terreno de la prevención y la atención. A saber: la estrategia abstencionista-prohibicionista, por un lado, y la de reducción de riesgos y daños, por el otro. A continuación expondremos elementos y características fundamentales de cada estrategia, así como la dirección que marcan en los ámbitos de la asistencia y de la prevención.

**1. La estrategia abstencionista-prohibicionista.** Esta estrategia se inspira en los modelos ético-jurídico y médico-sanitario (o, como mencionamos, médico-hegemónico). Como en éstos, pone especial énfasis en el objeto –es decir, en la sustancia psicoactiva– como causa del consumo. Por eso mismo, en el ámbito asistencial, lograr la abstinencia es la condición de inicio del tratamiento. 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.

Las estrategias preventivas, a su vez, no están separadas de aquellas con las que se trabaja en la asistencia, sino que están imbricadas y se orientan por los mismos principios. Un ejemplo son las campañas publicitarias de prevención. En su mayoría –con variantes y matices–, ubican la sustancia como eje central, y así surgen eslóganes como: «las drogas controlan tu vida», «viaje de ida», «no te dejes caer en los vicios que quieren aprovecharse de ti». Allí el sujeto es visto como una suerte de títere que se deja manipular pasiva y dócilmente. Incluyen una noción de mucha pregnan-

cia –un sentido común socialmente instalado y fuertemente arraigado–, que reza que algunas drogas son puerta de entrada para otras más tóxicas, un pase sin salida. Como si la sustancia *per se* causara la adicción, la sostuviera y la trasladara progresivamente a drogas más duras, sin considerar al sujeto y el vínculo establecido. Agréguese asimismo aquellas que también colocan a la droga como fetiche, y la oponen a la vida misma: «no te consumas, las drogas extinguen tu vida», «no a las drogas y sí a la vida». Las publicidades que afirman que la droga *enferma y mata* dejan entrever el discurso médico-sanitario. Aquellas que apelan al flagelo como metáfora de la droga suelen explicitar el discurso ético-jurídico, es decir, la droga como un mal, una falla moral, algo ilegal. Campañas de esta índole comprenden, en la misma operación, dos propensiones: por un lado, a la pasividad del sujeto, que se deja manejar por la droga y se contrapone a un sujeto activo y responsable. Por otro, a la fetichización de la sustancia. «Un día más sin consumir»: la preeminencia de la droga y la centralidad que obtiene en esa fórmula es notable. Es importante remarcar que la droga es mencionada en la estrategia preventiva de matriz abstencionista-prohibicionista –y habitualmente como mención fetichizante–, pero no en la de prevención inespecífica.

Otra estrategia preventiva a evocarse, en este mismo sentido, son las charlas informativas en que se explicitan los efectos toxicológicos de cada droga, por ejemplo, las excitadoras y depresoras del sistema nervioso central. No obstante, sin apelar a la ambigüedad presente en *la negación* señalada por Freud en su texto de 1925 –de ahí es posible inferir cierta complejización del imperativo «no te drogues»–, se puede constatar que algunas de estas estrategias terminan por promocionar la sustancia, no la salud.

Desde esta perspectiva, una intervención posible es la reducción de la oferta de droga. Al respecto, podemos citar la normativa que prohíbe la venta de alcohol a menores o restringe su horario de comercialización (a partir de las 23 h está prohibida su venta, por ejemplo). En otras palabras, son intervenciones que apuntan al objeto.<sup>8</sup> Parten del principio de la sustracción de la

<sup>8</sup> Si nos permite el lector, una parodia local de este aspecto de la estrategia abstencionista se observa en el *sketch* de Peter Capusotto «El porro me pega mal» (*Peter Capusotto y sus*

sustancia como estrategia crucial de intervención. Y en este sentido, la estrategia abstencionista-prohibicionista se relaciona con el control: se concibe que, si se puede sustraer el objeto, se lo puede controlar; y de ahí se deriva la idea de una estrategia para la *mejoría* de una persona. De esta manera, el abordaje en cuestión condiciona a la persona al futuro logro de la abstinencia. Si a lo largo de un tratamiento una persona consume, se lo plantea como *recaída*. La recaída se homologa al concepto de «recidiva», que designa la reaparición de una enfermedad algún tiempo después de transcurrido el padecimiento y su cura. En este sentido, una recaída implica pensar linealmente el consumo problemático como una enfermedad. En esta misma lógica, si la cura es la abstinencia, entonces si el paciente vuelve a consumir, vuelve a *enfermarse*.<sup>9</sup>

No hay dudas de que un abanico de posibilidades de tratamiento en las adicciones es posible y viable, y actualmente contamos con elementos para pensar esas posibilidades. No obstante, la presente estrategia se asocia eminentemente con el tratamiento a puertas cerradas, que es lo que caracteriza a las referidas comunidades terapéuticas. Un balance de este tipo de estrategias nos hace pensar que el encierro, en sí, no es capaz de curar. Por otro lado, se trata de un mecanismo en el que el sujeto tiene poca participación, a diferencia del sujeto activo, planteado en la estrategia que abordaremos a continuación. Consideraremos, por tanto, una estrategia que nos posibilite

---

*videos*), en el que se personifica al porro en tanto que pareja golpeadora de José Luis, el protagonista. José Luis siempre aparece en situaciones sociales con un ojo en extremo colorado y, ante las preguntas de quienes lo rodean, describe escenas de su vida en pareja características de una violenta relación amor-odio que siempre culminan con agresión física por parte del porro. En cada ocasión, José Luis concluye su relato aceptando con vergüenza que el porro le pega mal. Este *sketch* pone en evidencia el lugar central que en la estrategia abstencionista ocupa el objeto, es decir, la sustancia, y la manera en que resta entidad al sujeto. Sin embargo y a diferencia de la estrategia abstencionista-prohibicionista, esta parodia también explicita el vínculo que se establece entre sujeto y sustancia, así como las características de la modalidad vincular, lo cual consideramos como elemento central sobre el cual trabajar desde la estrategia que proponemos. Puede visualizarse uno de los programas donde se emitió este *sketch* en <https://www.youtube.com/watch?v=GIT918PKIMI>.

<sup>9</sup> Nos ocupamos nuevamente de la noción de «recaída» y cotejamos esa noción con nuestra propuesta en el apartado V de este texto, pp. 34-40 de la presente edición.

pensar, más allá del objeto y de los muros, la complejidad del fenómeno de los consumos problemáticos.

**2. La estrategia de reducción de riesgos y daños.** Esta estrategia, que surge como alternativa al modelo abstencionista-prohibicionista, tiene como principal antecedente histórico la creación en 1926 en Inglaterra del Comité Rollerston, según la lectura hecha por Silvia Quevedo (2014) del análisis de Olivier Ralet (1999). Dicho comité generó estrategias de intervención que consistían en la prescripción de heroína y cocaína como parte integrante del tratamiento, que favorecería la desintoxicación progresiva. Esta experiencia –que se disolvió en la Segunda Guerra Mundial– deja su huella en la tradición de los médicos ingleses y sienta las bases para lo que en los años 80 vino a constituirse en tanto política pública, y a llamarse «reducción de riesgos socio-sanitarios vinculados al uso de drogas». Señala Quevedo que dos hechos fundamentales condujeron a que, en los últimos treinta años, varias corrientes internacionales de la reducción de riesgos y daños hayan ganado fuerza: (1) en Europa, los costos sociales, sanitarios y económicos que demanda el HIV/SIDA entre los usuarios de drogas intravenosas son superiores a los daños producidos por la sustancia misma; (2) el fracaso de las políticas de tolerancia cero y su inconmensurable costo social, jurídico y sanitario, que se traduce en población joven arrojada a la marginalidad, a la reclusión carcelaria, al incremento del consumo, de las intoxicaciones en virtud de las prácticas clandestinas de uso y del tráfico de drogas.<sup>10</sup>

Las estrategias de reducción de riesgos y daños se han combinado, en algunas experiencias, con abordajes conductistas y otros de orientación teórica diversa. Por ejemplo, en términos de política pública, en la actualidad se lleva adelante en Suiza un programa titulado «Droga por droga», que consiste, fundamentalmente, en administrar la sustancia (en este caso, la heroína) por medio de profesionales y en buenas condiciones sanitarias, con lo cual se reducen los riesgos diversos presentes desde la obtención de

---

10 Quevedo, Silvia (2014). Apuntes del curso virtual «Modelos de intervención preventivo-asistenciales en consumos problemáticos de sustancias psicoactivas», «Módulo 2», pp. 1 y 2.

la droga de un narcotraficante, las mezclas o productos tóxicos que puede haber, hasta el uso de jeringas descartables, etc. Naturalmente esta aplicación de la estrategia puede funcionar en un determinado contexto espacio-temporal y no en otro, aunque se parta de la misma matriz conceptual. Hacemos hincapié en que es insoslayable el pensamiento de una estrategia en clave de época y situación, y no se deben desconsiderar los resultados a menudo nefastos de la mera importación de estrategias.

En nuestra lectura actual de este abordaje, una de las características más importantes de la reducción de riesgos y daños es la posibilidad de disminuir la entrada a la adicción y los riesgos asociados con el consumo. 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 –que eventualmente no quiere o no puede dejar de consumir– debe ser ayudada por el profesional a disminuir los riesgos que puedan estar vinculados con el consumo.

Estos riesgos pueden ser: (1) de la *salud*, como la transmisión de enfermedades; (2) *sociales*, por ejemplo, la estigmatización, la vulnerabilidad social; y (3) *legales*, como la penalización por la tenencia de estupefacientes. Nuestro trabajo, en tanto profesionales de la salud, apunta fuertemente a disminuir tales riesgos.

Otra de las características relevantes de esta estrategia es hacer hincapié en el sujeto, que es definido como activo y responsable por sus prácticas. Tomando esta estrategia desde nuestra perspectiva, lo entendemos como un sujeto al que tenemos que abrir espacios de escucha y posibilidades. Es decir, posibilidades para que se pueda preguntar sobre *qué le está pasando, qué le pasa con su práctica de consumo*. En este punto, al considerar que es un sujeto activo y responsable, pensamos que debe tener participación en su propio tratamiento y que éste tiene que poder llegar a esa persona. Es decir, debe ser accesible. La aceptabilidad tiene anclaje normativo en la actualidad, y la accesibilidad, por su parte, la consideramos un punto crucial al momento de pensar la atención en salud.

En la estrategia de reducción de riesgos y daños, se parte del hecho de que la persona está consumiendo y que está en riesgo. Que hay situaciones a las que se expone y que hay cosas que no sabe. Y que es posible ayudar a

esa persona a esclarecer algunas informaciones sobre su propio consumo, así como también a cuidarse.

En el terreno de la prevención, la reducción de riesgos y daños no se dirige de modo estricto y lineal a la producción de un efecto. En este sentido, no se trata de una *lucha* o un *combate*. Tampoco de una comprensión somera de la idea de prevención. Cabe destacar la noción de «prevención inespecífica» como una intervención que apunta a algo más que el no inicio o la supresión del consumo. Se debe tomar también la idea de *prevención* en tanto *promoción*: de posibilidades, de sentidos, de transformaciones, de fortalecimiento, de escucha, de activación de recursos y alternativas para resolución de problemas; en fin, de construcción de proyecto vital, entramado contextual y textualmente.

## V. Aportes para una propuesta actual

A lo largo de este texto planteamos algunos aspectos claves a la hora de pensar el consumo problemático. Convocamos también elementos de orden normativo, político-institucional y epistémico imprescindibles, desde nuestra perspectiva, para concebir modelos de intervención. Los modelos abordados deben responder a interrogantes cruciales que se orientan en tres ejes: el sujeto, su dimensión socio-histórica, y su vínculo con la sustancia. A partir de este punto, visitamos las estrategias de intervención, herramientas disponibles actualmente para la atención al consumo problemático. Sin embargo, los modelos aquí considerados son, si se nos permite, modelos convencionales, que demandan relectura. En efecto, se trata de una operación que procuramos hacer, en cierta medida, a la hora de exponerlos.

A continuación, sugerimos algunos aportes para una propuesta actual, que presentaremos en dos tiempos: en primer lugar, situaremos contextualmente nuestra lectura. Consideramos que los modelos deben leerse en clave de época y situación; es decir, dónde estamos parados y con qué nos encontramos que hace necesario repensarlos. En segundo lugar y a raíz de esta lectura, qué proponemos, qué respuestas se pueden ofrecer, especialmente en el marco de las instituciones públicas de salud.

Entendemos que para dar respuesta a las problemáticas de salud mental y adicciones debemos enfrentarnos con una serie de nuevos interrogantes que interpelan desde diferentes lugares: la expresión de nuevas formas de los problemas sociales, impactos institucionales inesperados, las nuevas presentaciones, los posibles escenarios de la intervención clínica, así como una serie de desafíos que surgen a partir de estos interrogantes.<sup>11</sup>

El consumo problemático de sustancias se inscribe dentro del tipo de problemas que, en las últimas décadas, ocupa un lugar diferenciado en el imaginario social, las representaciones sociales –como vimos– y las nuevas expresiones de la cuestión social, dentro de escenarios cada vez más confusos. Las adicciones son, de este modo, el lugar desde donde sobresalen los rasgos de una sociedad atravesada por relaciones violentas, fragmentación y pérdida de espacios de socialización; esto produce nuevas formas de padecimiento.

Existe una serie de padecimientos que muestran, en el caso de la Argentina, la persistencia de los efectos del relato neoliberal en la construcción de subjetividad.

Las expresiones de la desigualdad, del malestar en tanto padecimiento, interpelan cotidianamente a las diferentes prácticas de intervención en salud mental. Es por ello que la reconstrucción y recuperación de la centralidad del Estado debe atravesar todos los órdenes políticos de la sociedad para que éste pueda volver a ser el garante de la solidaridad y la integración social.

Desde esta perspectiva, los modelos clásicos en el campo de las adicciones –que buscamos exponer a modo de estado de la cuestión y sobre los cuales reflexionamos– parecieran tener capacidad de respuesta limitada, principalmente desde sus fuertes dificultades para incorporar lógicas de índole transversal y flexible.

La legislación vigente en salud mental y adicciones, la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, asociada con otros hitos, marca un nuevo escena-

---

11 Algunos de los párrafos subsecuentes consisten en una versión adaptada de un pasaje de nuestro artículo: Benedetti, Edith (2014). «¿Qué puede el hospital? Las Casas Amigables como estrategia de anudamiento en nivel primario ante las urgencias y el desamparo».

rio para pensar la salud mental en general y los consumos problemáticos en particular, dado que reconoce que son procesos determinados por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos. En el artículo 4.º, al cual hicimos referencia anteriormente, la ley detalla:

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.

Subrayemos: la consideración de las adicciones como una cuestión que se inscribe en el campo de la salud mental, la no distinción entre las sustancias lícitas e ilícitas, y la inclusión de las adicciones en las políticas públicas y su atención en los servicios de salud, estos tres aspectos son centrales a la hora de concebir una propuesta actual de intervención en consumo problemático.

Éste sería, podemos decir, el contexto normativo y político-institucional. Se hace ineludible, además, vislumbrar qué nos muestra la complejidad de las presentaciones actuales. Éstas revelan la necesidad de cambiar el modelo de las prestaciones uniformes por aquel de las intervenciones según las necesidades, a partir del cual se entiende al otro como sujeto activo, responsable de sus prácticas, y se interviene clínicamente con el objetivo de que se pregunte, como mencionamos, qué le está pasando, qué le pasa con su práctica de consumo.

La abstención y prohibición pura y simple se demuestran precarias clínicamente, incrementan el miedo y la inseguridad, sea en lo que se refiere a la libertad como a la salud. En general, se ha comprobado que cuando se da de alta a un paciente que ha tenido un tratamiento con una estrategia abstencionista, las recaídas son mayores. Señalamos que la noción misma de «recaída» está vinculada con una concepción abstencionista. El acento está en la sustancia, enérgicamente prohibida; y la recaída es una especie de falla o transgresión. En cambio, proponemos no hablar de recaídas ante una cura (ni de ésta en sinonimia con la abstención permanente), sino de *consumo responsable y regulación del consumo*, ideas que se basan en la concepción de integralidad del sujeto y la problemática.

En línea con la estrategia de reducción de riesgos y daños, podríamos aludir también a las estrategias de *umbral mínimo de exigencia* o *umbral mínimo de requerimientos*. En contraposición al abstencionismo, dichas estrategias tienen como elemento clave la no exigencia de abstinencia para el inicio del tratamiento. En suma: dejar de consumir no consiste en el objetivo general del tratamiento; en cambio, lo que está en el horizonte de nuestra propuesta es dejar de consumir de modo problemático. Siempre teniendo en cuenta que nuestra lectura de la idea de umbral mínimo de exigencia, reiteramos, debe ser hecha en clave de época y situación.<sup>12</sup>

Una propuesta actual debe orientarse, así como en la estrategia de reducción de riesgos y daños, a la disminución del ingreso al consumo problemático y los riesgos que de ahí advienen. Dejar de consumir no es condición para el inicio del tratamiento; tampoco es razón para su suspensión. Lo que debe tener centralidad es la singularidad, o más precisamente: la singularidad –entendida como plural– del sujeto. Desde el posicionamiento aquí propuesto se piensa fundamentalmente en sujetos de derecho, la salud como derecho inalienable, y el Estado como garante de ese derecho.

Entendemos que no es posible una práctica que no sea político-epistémica, cuestión que nos obliga a ser creativos para dar respuesta a las problemáticas actuales con compromiso ético.

Atendiendo a los nuevos desafíos epocales, la salud debe ser entendida como una construcción social y por lo tanto atravesada por componentes históricos, socio-económicos, culturales, psicológicos y biológicos, cuyo mejoramiento implica el compromiso de toda la sociedad para su concreción como derecho. Consideramos además que es necesario complejizar los modelos, tener en cuenta la época y la situación, entendiendo al sujeto como histórico y social, es decir que lo social produce subjetividad; reiteramos: no es sólo contexto sino texto subjetivo. Se trata de pensar la singularidad psico-social y cultural, en el marco de lo plural, y así, ofrecer intervenciones adecuadas a las necesidades del sujeto desde la complejidad que

---

12 Para una profundización respecto de nuestra lectura del umbral mínimo de exigencia, asociada con la implementación de un dispositivo y análisis de casuística, véase Benedetti, Edith, op. cit.

la problemática requiere. Intervenir para la reconstrucción del lazo social, la construcción de un proyecto personal y articulado en lo grupal y social, y la escucha como posibilitadora de este proceso.

Es importante ampliar las posibilidades con respecto a la oferta de atención, estableciendo *objetivos múltiples e intermedios*, adaptando las intervenciones a la heterogeneidad de los sujetos con consumo problemático y sus trayectorias individuales.

Creemos fundamental dar lugar a una relación profesional-usuario de sustancias psicoactivas más flexible en la toma de decisiones, incorporando medidas que permitan un uso controlado de sustancias. Entre el uso compulsivo y la abstinencia, trabajar con *regulaciones en el consumo*.

La noción de «regulación del consumo» es un punto crucial en nuestra propuesta. La entendemos ante todo como un movimiento en la posición subjetiva del paciente, que consiste en un efecto clínico. Paulatinamente, el paciente es capaz de tomar ciertas decisiones respecto de su consumo, que tiende a perder su carácter compulsivo o impulsivo, en el cual se siente tomado por una situación. 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. La sustancia comienza a tener un lugar distinto, pero eso está como corolario de una modificación en el complejo vínculo del sujeto con la sustancia.

La abstinencia, en cambio, es un imperativo tan elevado que termina por resultar irrealizable, de donde se deriva la imposibilidad de cualquier movimiento en la posición subjetiva. Se constata clínicamente eficaz descorrer la problemática de consumo a trabajar, y no la abstinencia como mandato. Reiteramos que no hablamos de la droga: el paciente, al deslindar esta temática, suele evocar otras cuestiones pertinentes. Es primordial descentrar a la droga, retirarla del lugar de fetiche en que frecuentemente es ubicada por algunos de los modelos abordados a lo largo de este texto. De tal modo esto tiene preeminencia que muchos consultantes de los servicios de salud se presentan atravesados por estas representaciones sociales. Podemos citar, a modo de ejemplo, la siguiente –y no inusual– demanda: «Me tengo que internar porque consumo mucho». Ahora bien, el

consumo, sea abundante o escaso, no es un criterio de internación. Ésta se pauta por una evaluación en la cual se consideran diversos aspectos y criterios. Hay una reconstrucción subjetiva en juego, razón por la cual abogamos por la regulación y no la abstención. Destaquemos, retomando nuestro punto de partida, que no todo consumo es problemático. *Regular el consumo implica que, en algún punto, éste deje de ser problemático.*

En efecto, esta propuesta no se distingue, en sus fundamentos, de la reducción de riesgos y daños. Parte *in essentia* de esta estrategia. Regular el consumo implica reducir el daño y el riesgo. Significa llegar, en algunos casos, a un consumo responsable. Por ejemplo: en el caso del alcohol, no manejar habiendo consumido; o no tomar bebidas alcohólicas todos los días o en horarios de mayor vulnerabilidad y con peores consecuencias, como las cinco o seis de la mañana; consumir con la cena, o solamente en los fines de semana. No se trata de prescripciones desde la conducta, sino del resultado de una intervención clínica. A modo de distinción entre nuestra propuesta actual y aquella relativa a la reducción de riesgos y daños, podríamos decir que esta última, si bien consiste en una estrategia preventivo-asistencial, no se trata de una propuesta clínica, sino de uno de los elementos que la componen.

El consumo problemático representa un aspecto del amplio y complejo abanico que implica pensar la clínica. Este pensar comprende también el abordaje interdisciplinario –una disciplina no responde sola acerca del padecimiento–. Subrayamos que el artículo 8.º del capítulo V de la Ley Nacional N.º 26.657, relativo a la modalidad de abordaje, establece que la atención en salud mental queda a cargo de un equipo interdisciplinario, que incluye áreas como la psicología, la psiquiatría, el trabajo social, la enfermería, la terapia ocupacional y otros campos pertinentes. Del mismo modo, el abordaje a concebirse ante el complejo campo de la salud mental debe ser intersectorial, demanda la articulación de diversos sectores, aspecto referido en el mismo capítulo V de la mencionada ley. En relación con este punto, es imprescindible entender las adicciones como parte de la salud. Sin embargo, ésta debe invariablemente entablar diálogo con otros sectores. Podemos convocar, como ejemplo, dispositivos que involucran el acompañamiento terapéutico, la internación domiciliaria, la asistencia jurídica, estrategias de

revinculación con el trabajo y/o terminalidad escolar, entre otros. En cada uno de estos dispositivos, diversos sectores están en juego. Se trata de múltiples aristas, dado que el abordaje desde un solo lugar es insuficiente. Si recortamos tan sólo la sustancia, nos olvidamos de la dimensión socio-histórica, otorgamos una pretendida universalidad al fenómeno en cuestión.

Asimismo, trasladar estas ideas a la reflexión acerca de dispositivos implica generar recursos más abiertos, amigables y no censoradores, interdisciplinarios, intersectoriales y político-institucionales. En suma, se trata de concebir la intervención clínica como una instancia de construcción de nuevas preguntas, pero sobre todo como lugar de encuentro, como la cimentación de dispositivos que construyan un nuevo lugar para la palabra.

## Bibliografía

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Publishing.

Bauman, Zygmunt (2009). *Modernidad líquida* (1.ª ed.). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Benedetti, Edith (2014). «¿Qué puede el hospital? Las Casas Amigables como estrategia de anudamiento en nivel primario ante las urgencias y el desamparo». En VV. AA., 2.ª *Jornadas de salud mental y adicciones. ¿Cómo intervenir en las urgencias? Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos*. Buenos Aires: Ediciones Licencia-da Laura Bonaparte.

Comité Científico Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja (2009). *Documento oficial sobre los usuarios de drogas y las políticas para su abordaje* (en línea). Recuperado el 25/3/2015, de <http://www.jefatura.gob.ar/archivos/comisionnacional/DO1usuarios.pdf>.

CSJNA. «Arriola, Sebastián y otros s/ causa N.º 9080». A. 891. XLIV del 25 de agosto de 2009.

Duveen, Gerard y Lloyd, Barbara (2003). «Las representaciones sociales como una perspectiva de la psicología social». En Castorina, José Antonio (comp.). *Represen-*

*taciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles.* Barcelona: Editorial Gedisa.

Foucault, Michel (1991). *Enfermedad mental y personalidad.* Buenos Aires/Barcelona: Paidós.

Freud, Sigmund (1996 [1925]). «La negación». En *Obras completas*, volumen XIX. Buenos Aires: Amorrortu.

Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) (2013). *Plan Estratégico 2013-2015.* Buenos Aires.

Lewkowicz, Ignacio (2004). *Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez* (1.ª ed.). Buenos Aires: Paidós.

Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.

Ley N.º 26.529. Derechos del Paciente. Historia Clínica y Consentimiento Informado (2009). Sancionada el 21 de octubre de 2009. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 19 de noviembre de 2009.

Ley N.º 23.737. Ley de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes. Sancionada el 21 de septiembre de 1989. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 11 de octubre de 1989.

Nowlis, Helen (1975). «La verdad sobre la droga» (en línea). Recuperado el 10/2/2015, de <http://unesdoc.unesco.org/images/0001/000131/013163SB.pdf>

Quevedo, Silvia (2014). Apuntes del curso virtual «Modelos de intervención preventivo-asistenciales en consumos problemáticos de sustancias psicoactivas». Buenos Aires: Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo).



## Sobre el sello Ediciones Licenciada Laura Bonaparte

Cuando un sello editorial publica sus primeros volúmenes se presenta una ocasión propicia para dar a conocer su razón de ser. Tratándose de la editorial del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo), podría apelarse a la tradición de los hospitales escuela. Ahora bien, en una época como la nuestra no alcanza con la tradición. Vale entonces preguntarse: ¿por qué un sello editorial para el hospital? Y también, ¿por qué esta editorial se llama Ediciones Licenciada Laura Bonaparte?

La necesidad de un sello editorial surge del *Plan Estratégico (2013-2015)* de este hospital. El Plan, en el marco de la intervención del Centro Nacional de Reeducción Social (CeNaReSo), que comienza en noviembre de 2012, tiene como objetivo la implementación y el fortalecimiento de un modelo de abordaje del paciente con patologías de consumo y de su grupo familiar desde una perspectiva integral, interdisciplinaria e intersectorial basada en los principios de Atención Primaria de la Salud en el marco de la legislación (Ley de Derechos del Paciente, Ley de Salud Mental y Ley de Atención Primaria de la Salud) y de las políticas sanitarias nacionales en salud mental y adicciones. Como acontece ante legislaciones y políticas públicas innovadoras, nos encontramos en presencia de un desafío que requiere problematizar las prácticas institucionales y asistenciales. Como parte de este proceso, la editorial quiere ser una herramienta al servicio de esa revisión, tanto hacia dentro de la institución como en diálogo con otros profesionales, instituciones y la comunidad en general.

Ahora bien, esta editorial se llama Ediciones Licenciada Laura Bonaparte, y este nombre tiene sus razones e historia. Laura Bonaparte fue una de las fundadoras de la organización Madres de Plaza de Mayo. Durante la última dictadura militar en nuestro país, su esposo y tres de sus hijos fueron desaparecidos. Además de psicóloga, fue una militante incansable de los Derechos Humanos. Como resulta evidente, no se trata de una elección al azar sino de una nominación que pretende «recuperar» un modo de comprender las prácticas institucionales, políticas y epistémicas de las que nos sentimos herederos y continuadores.

Lic. Edith Benedetti

INTERVENTORA GENERAL  
Y DIRECTORA DE LA EDITORIAL

## Ediciones Licenciada Laura Bonaparte

### TÍTULOS PUBLICADOS

#### **Serie Jornadas y congresos**

AA. VV., *1.º Jornada de salud mental y adicciones. Dispositivos de intervención clínica.*

AA. VV., *2.ªs Jornadas de salud mental y adicciones. ¿Cómo intervenir en las urgencias? Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos.*

#### **Serie Manuales de procedimiento**

Gabriela Bes, Fernando Calvo, Natalia Lamothe y Mariano Rey (Comisión de Administración de Insumos Médicos), *Vademécum 2013-2015.*

Gabriela Bes, *Manual del Servicio de Farmacia.*

#### **Serie Papeles de trabajo**

Edith Benedetti, *Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático. Notas político-epistémicas sobre modelos y estrategias de intervención.*

DE PRÓXIMA APARICIÓN

### **Serie Investigaciones**

AA. VV., *Estrategias de intervención interdisciplinaria en el marco de las nuevas políticas en salud mental: desafíos y posibilidades.*

### **Serie Jornadas y congresos**

AA. VV., 3.<sup>as</sup> *Jornadas de salud mental y adicciones. ¿Interdisciplina en la intervención clínica? Obstáculos y desafíos. Estrategias y dispositivos.*

Cantidad de ejemplares: 1000.  
Este libro se terminó de imprimir  
en Altuna Impresores, Doblas 1968,  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires,  
en el mes de mayo de 2015.



## **Lic. Edith Benedetti**

Licenciada en Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Interventora general del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y directora de Ediciones Licenciada Laura Bonaparte, sello editorial de dicha institución.

Al intervenir clínicamente en el campo del consumo problemático, ¿qué tipo de pensamiento se vincula a la intervención? ¿Qué modelos de intervención clínica en esta materia circulan entre los agentes del sistema sanitario? Estos modelos de intervención, ¿cómo entienden al sujeto, su dimensión histórico-social y su relación con la sustancia? ¿Qué se puede proponer en el ámbito de la atención en salud mental y adicciones, en clave de época y situación, y desde una perspectiva político-epistémica?

