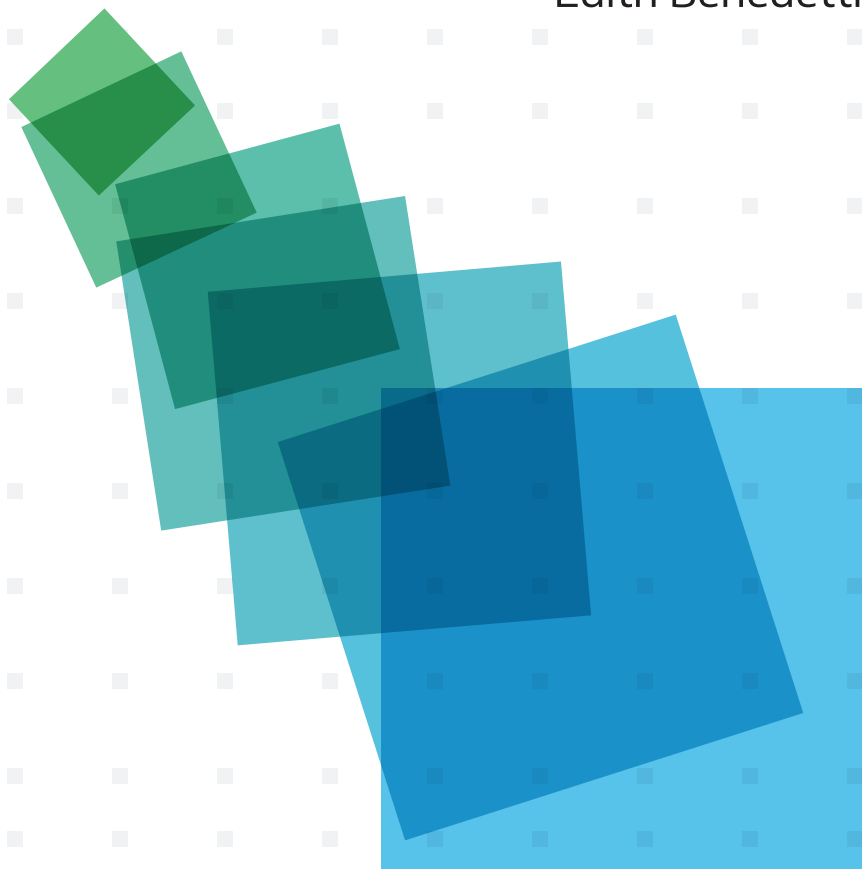


Desde los consumos hacia un pensamiento clínico acerca de las problemáticas complejas

Edith Benedetti

SERIE PAPELES DE TRABAJO



Segunda edición, revisada y ampliada



Hospital Nacional en Red
Lic. Laura Bonaparte

Desde los consumos hacia un pensamiento clínico acerca de las problemáticas complejas

Notas político-epistémicas sobre modelos
y estrategias de intervención

Edith Benedetti

Edith Benedetti

Desde los consumos hacia un pensamiento clínico acerca de las problemáticas complejas : Notas político-epistémicas sobre modelos y estrategias de intervención / Edith Benedetti; prólogo de Mariana Camilo de Oliveira - 2da. ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte, 2022. 80 pp.; 21x15 cm. - (Serie papeles de trabajo)

ISBN 978-987-48920-0-3

1. Atención a la Salud Mental. 2. Salud Mental. 3. Adicciones.
I. Camilo de Oliveira, Mariana, prolog. II. Título.

CDD 371.713

© Ediciones Licenciada Laura Bonaparte · Combate de los Pozos 2133
C1245AAS, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
www.argentina.gob.ar/salud/hospitalbonaparte

EDICIONES LICENCIADA LAURA BONAPARTE

Directora de la editorial: Lic. Edith Benedetti

Coordinadora Académica de la editorial: Mg. Mariana Camilo de Oliveira

Asistente en la Coordinación editorial: Manuela Sol Martínez

Comité editorial: Federico Kohen, Lic. Florencia Sciorra y Lic. Eugenia Oddo Lanzillotti

Editora responsable del volumen: Mg. Mariana Camilo de Oliveira

Corrección: Luz Azcona

Diseño y diagramación: Fernando Lendoiro, Área de Comunicación del Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte"

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 de la editorial. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD
DE LA NACIÓN

Ministra de Salud

Dra. Carla Vizzotti

Secretario de Calidad en Salud

Dr. Alejandro Federico Collia

Subsecretaria de Gestión de Servicios e Institutos

Lic. Edith Benedetti

Director Nacional de Gestión de Servicios Asistenciales

Dr. Carlos Alberto Devani

AUTORIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL EN RED
ESPECIALIZADO EN SALUD MENTAL
Y ADICCIONES “LIC. LAURA BONAPARTE”

Interventora General

Lic. Beatriz Baldelli

ÍNDICE

Prólogo a la segunda edición 9
Mariana Camilo de Oliveira

Prólogo a la primera edición 13
Mariana Camilo de Oliveira y Mariana Cantarelli

**Desde los consumos hacia un pensamiento clínico acerca de
las problemáticas complejas. Notas político-epistémicas sobre
modelos y estrategias de intervención**

I. Introducción 23

II. Una mirada clínica sobre los consumos de sustancias
psicoactivas 25

III. Complejidades de la clínica actual	33
IV. Modelos de intervención clínica y consumo problemático	35
1. Modelo ético-jurídico	37
2. Modelo médico-sanitario	39
3. Modelo psico-social	43
4. Modelo socio-cultural	44
V. Estrategias de intervención abstencionista-prohibicionista y de reducción de riesgos y daños	47
1. La estrategia abstencionista-prohibicionista	47
2. La estrategia de reducción de riesgos y daños	51
VI. Aportes para una propuesta actual	55
1. En clave de época: individuación y control social	57
2. Hacia un abordaje vincular de las problemáticas complejas	61
Bibliografía	73
Sobre el sello Ediciones Licenciada Laura Bonaparte	77

PRÓLOGO A LA SEGUNDA EDICIÓN

Mariana Camilo de Oliveira

Como señala Émile Benveniste, al enunciado *el lenguaje reproduce la realidad* hay que leerlo literalmente. Es decir, el lenguaje produce otra vez la realidad, vuelve a crearla, hace renacer el acontecimiento.¹ Constantino Constantius –ingenioso pseudónimo de Kierkegaard– constata estupefacto que lo único que se repite es la imposibilidad de repetición.²

Repetir para reinventar, esto es lo que se propone el sello Ediciones Licenciada Laura Bonaparte con la reedición del libro actualmente titulado *Desde los consumos hacia un pensamiento clínico acerca de las problemáticas complejas. Notas político-epistémicas sobre modelos y estrategias de intervención*, de la Licenciada Edith Benedetti. Y esto es lo que pone en evidencia el prefijo «re», como

1 Benveniste, E. (1997). *Problemas de lingüística general I*. México DF: Siglo XXI, p. 26.

2 Kierkegaard, S. (2018 [1843]). *La repetición*. Madrid: Alianza.

Desde los consumos hacia un pensamiento clínico acerca de las problemáticas complejas.

señala la misma autora en este libro. Se trata del volumen inaugural de la serie Papeles de trabajo, que tuvo su primera aparición en el año 2015. En aquella ocasión, Benedetti llevaba adelante el Plan Estratégico 2013-2015, para una pujante transformación en pos de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N°. 26.657. En ese mismo marco surgió la editorial, y este libro fue fruto de la necesidad de contar con una herramienta conceptual de revisión de las prácticas.

Que una institución de vocación formativa cuente con su editorial es algo tácito, pero ¿por qué un hospital? El propósito de esta editorial, y más enfáticamente de esta serie, es construir herramientas conceptuales y clínicas para el debate sobre la salud mental en el sistema sanitario –desde las perspectivas institucional, integral, interdisciplinaria e intersectorial–, destinada a agentes estatales, que tienen la fina y compleja tarea de llevar adelante políticas públicas. Este volumen inaugural cumplió con este propósito y tuvo un devenir insospechado, pues no solo llegó al personal del hospital, sino también a equipos de diversos sectores de todo el territorio nacional.

El sello Ediciones Licenciada Laura Bonaparte ha sido nuevamente incluido en el Plan Estratégico 2020-2023, como elemento clave para la difusión del conocimiento, bajo la premisa de que allí donde hay praxis, hay pensamiento. No obstante, es necesario crear las condiciones para que este pensamiento pueda establecerse entre los saberes disponibles. Una máxima que nos sirve de brújula es una idea de Macedonio Fernández. El autor aseguraba que escribía para poder pensar, o que no podía escribir si no era pensando.³ Hay muchas maneras de leer esta idea, pero resaltamos la siguiente: no

3 Fernández, M. (1943). *Una novela que comienza*. Santiago de Chile: Ercilla.

hay un pensamiento preestablecido y un terreno conquistado que después se plasma en el papel. Al formular sujeto y predicado, coordinaciones y subordinaciones: allí está el pensamiento.

Para abarcar una complejidad difícil de analizar nada mejor que un mito. Recorro a uno de los más célebres: Aquiles, el más grande de los guerreros de la *Ilíada* de Homero, tuvo su formación a cargo de dos personajes, Fénix y Quirón. Según un helenista y autor brasileño contemporáneo, Jacyntho Lins Brandão, con la educación que Fénix le dio a Aquiles buscaba tornarlo un «orador de discursos» (*mython rhéter*) y «hacedor de acciones» (*prektéra érgon*). En sus palabras «no solo las relaciones entre discurso y acción se consagran, sino también la interacción entre el que habla y el que hace».⁴ Esta idea nos sirve para sintetizar el objetivo de la editorial: poner en palabras algo del accionar, producir discurso en acción, como parte de la formación hacer y hablar sobre. En efecto, si supusiéramos que algunos hacen y otros hablan, adoptaríamos una lógica aplicacionista. Por lo tanto, es importante que quienes habitan la praxis, divulguen su quehacer y lo instalen entre los saberes disponibles.

La autora de este libro y directora de este sello editorial ha sido interventora del Hospital Bonaparte en dos oportunidades, y actualmente es Subsecretaria de Gestión de Servicios e Institutos. Conoce ampliamente el territorio y los intersticios de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N°. 26.657, sus marchas y contramarchas en el transcurso de estos años. Más precisamente, en los aspectos atinentes a los consumos problemáticos –abordados en este volumen–, que siguen encontrándose con múltiples

4 Lins Brandão, J. (2018). Solapa, en Miranda N. Coelho, M. C. (org.), *Retórica, persuasão e emoções, ensaios filosóficos e literários*. Belo Horizonte: Relicário.

Desde los consumos hacia un pensamiento clínico acerca de las problemáticas complejas.

obstáculos. Además de las necesarias adaptaciones del texto a la actualidad, la autora, que también es psicóloga, ha incorporado la perspectiva vincular a la hora de pensar una propuesta actual. La vincularidad como herramienta permite una lectura potente de los modos de subjetivarse, así como de los modos de padecer y también de intervenir. Por ello, Benedetti advierte, en instancias formativas, acerca de la importancia de «no hacer simple lo que es complejo». En la misma dirección, la intervención clínica entraña un pensamiento, no es aséptica de las otras dimensiones.

Solo se puede hacer una clínica efectivamente singular cuando se conoce y se revisita la tradición, los modelos, las lógicas que nos han antecedido y que se entretujan con el presente. Esta es la línea de trabajo que pretende abonar la segunda edición de este libro.

Prólogo a la primera edición

Mariana Camilo de Oliveira y Mariana Cantarelli

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. 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 los consumos problemáticos. 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.

Desde los consumos hacia un pensamiento clínico acerca de las problemáticas complejas.

La formación de los agentes sanitarios en general, y muy especialmente de aquellos que son parte de la Administración Pública, es un asunto 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). Los cambios sociales, culturales, políticos y económicos que se dieron en los últimos cuarenta años, 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

El libro *Desde los consumos hacia un pensamiento clínico acerca de las problemáticas complejas. Notas político-epistémicas sobre*

modelos y estrategias de intervención, problematiza las estrategias y los modelos preventivo-asistenciales respecto del 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 la autora, 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, etcétera) 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». Se trata de 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. *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 consume. Esta indicación se puede entender al menos de dos maneras. 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 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.

Desde los consumos hacia un pensamiento clínico acerca de las problemáticas complejas.

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.

Desde los consumos hacia un pensamiento clínico acerca de las problemáticas complejas

Notas político-epistémicas sobre modelos
y estrategias de intervención

Una de mis preocupaciones constantes es el comprender cómo es que otra gente existe, cómo es que hay almas que no sean la mía, conciencias extrañas a mi conciencia, que, por ser conciencia, me parece única. Comprendo bien que el hombre que está delante de mí y me habla con palabras iguales a las mías y me ha hecho gestos que son como los que yo hago o podría hacer, sea de algún modo mi semejante. Lo mismo sin embargo me sucede con los grabados que sueño de las ilustraciones, con los personajes que veo de las novelas, con los personajes dramáticos que en el escenario pasan a través de los actores que los representan. Nadie, supongo, admite verdaderamente la existencia real de otra persona. Puede conceder que esa persona está viva, que siente y piensa como él; pero habrá siempre un elemento anónimo de diferencia, una desventaja materializada... Los demás no son para nosotros más que paisaje y casi siempre, paisaje invisible de calle conocida.

Fernando Pessoa

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

Johann Wolfgang von Goethe

I. Introducción

La intención del presente texto es introducir un pensamiento productivo y creativo alrededor de los consumos problemáticos, los vínculos y lo vincular en clave de época y de situación, es decir, analizar el momento actual, el contexto actual y por qué se hace necesario repensarlos. En este sentido, es necesario interrogar los instrumentos conceptuales y estrategias de abordaje que se utilizan en la actualidad, así como propiciar la creación de herramientas y nuevos dispositivos clínicos que permitan intervenir en las presentaciones actuales. Se trata de asumir que la posibilidad de dar respuesta clínica hoy a las problemáticas de salud mental y los consumos problemáticos se encuentra atravesada por una serie de nuevos interrogantes que nos interpelan desde diferentes lugares: la expresión de nuevas formas de los problemas sociales, los dispositivos, la clínica misma, sus escenarios y una serie de desafíos hacia estas.

Desde esta perspectiva, los modelos clásicos en este campo parecieran no tener capacidad de respuesta, principalmente desde

sus fuertes dificultades para incorporar lógicas de índole transversal y flexible, es decir, ser capaces de propiciar la creación de herramientas y nuevos dispositivos clínicos con distintos umbrales de requerimientos, que permitan intervenir en las presentaciones actuales, que desarrollaremos más adelante, abarcando múltiples aristas, dado que el abordaje desde un solo lugar es insuficiente. Si recortamos tan solo 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 censuradores. 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. Se impone, entonces, reflexionar sobre los modelos de intervención preventivo-asistenciales en salud mental y los consumos problemáticos, el marco normativo vigente, las estrategias y los dispositivos pertinentes desde una perspectiva vincular.

II. Una mirada clínica sobre los consumos de sustancias psicoactivas

Hoy los consumos de sustancias psicoactivas generan temores y prejuicios. Las representaciones sociales⁵ promedio sobre esta problemática –producidas y reproducidas por la mayoría de los

5 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 solo 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 señalan que Moscovici usa la noción para designar, por un lado, a estos sistemas o modos particulares de estructuras; y para indicar, por otro lado, el *proceso* a través del cual estos sistemas se *construyen* y *transforman*.

Desde los consumos hacia un pensamiento clínico acerca de las problemáticas complejas.

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.

Ahora bien, tanto las concepciones que vinculan mecánicamente consumo de sustancias psicoactivas con mundo delincencial, 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».⁶

Ante esta evidencia, es necesario deconstruir las representaciones sociales en torno de las sustancias psicoactivas, el consumo y los consumidores, y más aún en el marco de la legislación nacional sobre salud mental, sancionada en 2010 y reglamentada en 2013, es decir, cuya vigencia ya cuenta con más de diez años, con avances y retrocesos. Este marco normativo nos enfrenta con la tarea de elaborar 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 producción. Un ejemplo bien conocido son 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. La Ley Nacional N.º 23.737, sancionada en septiembre de 1989, establece en su artículo 14.º 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.

6 Véase: <http://www.jefatura.gob.ar/archivos/comisionnacional/DO1usuarios.pdf>.

Desde los consumos hacia un pensamiento clínico acerca de las problemáticas complejas.

La sanción y reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 conllevó, como se ha señalado repetidas veces, un cambio de perspectiva o de paradigma. Un pequeño ejemplo en este sentido es el artículo 4.º 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, se constata un desplazamiento en la comprensión normativa de las adicciones del ámbito penal al sanitario, que nos obliga a repensar nuestras prácticas clínicas e institucionales a la luz de estas alteraciones, como parte de una ingeniería de proceso de largo alcance y escala.

El desplazamiento al que nos referimos, es importante señalar, resulta justo y necesario desde una perspectiva clínica. 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, etcétera. Lo mismo se aplica, cambiando lo que haya que cambiar, para las

experiencias antidisciplinarias de los años sesenta y setenta 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, 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».⁷ 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, etcétera) se inscriben en una lógica de mercado como cualquier mercancía.

⁷ Para ampliar el concepto de «fluidez», véase Bauman, Z. (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, I. (2004). *Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez*, principalmente las partes III y IV.

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 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 4.º 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. El hecho de que la ley lo establezca no quiere decir que este desplazamiento esté consolidado, pero es un avance importantísimo.

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 exigen una lectura interdisciplinaria de los sujetos y de su padecimiento que no puede excluir las dimensiones históricas y sociales. En definitiva, es necesario pensar la singularidad del sujeto en clave de época y situación.

III. Complejidades de la clínica actual

Lo nuevo, lo interesante, es lo actual.

Lo actual no es lo que somos, sino más bien lo que devenimos, lo que estamos deviniendo, es decir el Otro, nuestro devenir-otro.

Deleuze y Guattari

En este y en el siguiente apartados entendemos como relevante «revisitar»,⁸ es decir, volver sobre algunos conceptos. La propuesta es detenernos a pensar juntos, repasar y visitar conceptos desde sus múltiples dimensiones, con el objetivo de aportar a la reflexión y a la construcción de nuevos sentidos. Se hace necesario cuestionar lo que hasta ahora fue pensado como inamovible, repensar contenidos. Se trata de la construcción de redes de epistemología crítica, de pensar para actuar y actuar para pensar –entendiendo el

⁸ Berenstein explica que «Las retrascipciones, recategorizaciones, como todo término que empieza con la partícula re, dice de algo que vuelve a repetirse, vuelve para atrás, aunque no se vuelve a dar de la misma manera sino con alguna modificación». Berenstein, I. (2004). *Devenir otro con otro. Ajenidad, presencias, interferencia*. Buenos Aires: Paidós.

Desde los consumos hacia un pensamiento clínico acerca de las problemáticas complejas.

pensamiento como un modo de experiencia, es decir que supone pensar en el límite de lo que se sabe— sabiendo que en el camino de quiebre de sentidos comunes disciplinarios, necesariamente se transitarán zonas borrosas, tal vez imposibles de evitar si se intenta eludir las comodidades de lo ya sabido.

Es en este contexto que 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,⁹ las representaciones sociales y las nuevas expresiones de la cuestión social, dentro de escenarios cada vez más confusos. Las adicciones¹⁰ 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, generando nuevas formas de padecimiento subjetivo. Cotidianamente nos enfrentamos a la complejidad de las presentaciones actuales, generándonos la necesidad de cambiar el modelo de las prestaciones uniformes por el de las intervenciones según las necesidades. Requiere de nuestra creatividad, del trabajo artesanal. En definitiva, dar respuesta implica pensar en las nuevas subjetividades y sus procesos para ofrecer nuevos dispositivos de intervención.

Trataremos de recorrer algunos caminos que nos permitan ir hilvanando conceptos que se constituyan en herramientas teóricas para repensar el abordaje clínico de los consumos problemáticos.

9 El imaginario social es un concepto creado por Cornelius Castoriadis, usado en ciencias sociales para designar las representaciones sociales encarnadas en sus instituciones.

10 Llamaremos a los consumos problemáticos adicciones acordes a los modelos antiguos que desarrollaremos más adelante.

IV. Modelos de intervención clínica y consumo problemático

Si prácticas mayoritarias conforman escuelas y modelos de aplicación, clínicas menores desaprenden lo establecido y se declaran inaplicables.

Marcelo Percia

Para iniciar con el tema de los consumos, nos parece importante empezar a discutir desde cuándo se convirtió en un problema, y entender que se trata de una construcción social moderna. En todas las épocas ha habido consumo de sustancias psicoactivas vinculadas a procesos culturales, a actividades religiosas, pero en el siglo pasado, particularmente en EE. UU. con la ley seca, el tema del consumo de sustancias empieza a instalarse como una cuestión de mercado y una problemática social, y a tener determinados tipos de modelos que la instalan. Muchos de ellos tienen una representación social muy elevada.

Por eso nos parece importante entender que hay una concepción moral del problema del consumo y cierta personificación de la

sustancia. Además se sitúa a la droga como causal de todos los males sociales y se generan ciertos estereotipos segregativos que estigmatizan y vinculan con la enfermedad y con la desviación. Esto tiene relación con la lógica abstencionista, que instala propuestas clínicas vinculadas a las prácticas manicomiales, afines al pensamiento binario entre lo que es normal y lo que no lo es, y prácticas institucionales de control social en muchos casos.

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 los «tipos ideales» desarrollados por Helen Nowlis.¹¹ 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 presentar cada 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 sobre el consumo de sustancias, sobre la sustancia misma o sobre la problemática adictiva. Detengámonos entonces en los modelos y su caracterización.

1. Modelo ético-jurídico

Desde el punto de vista histórico, este 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

11 Es conveniente señalar que no se trata de un resumen del texto en cuestión sino de una versión libre al servicio de lo que se pretende pensar en estas páginas. Si al lector le interesa el planteo de Nowlis, sistematizado en otra época y geografía, le sugerimos consultar Nowlis, H. (1975). «La verdad sobre la droga». Recuperado el 31/08/2022 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 pp. 45-46 de la presente edición).

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, 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, etcétera. 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. Al tratarse 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 de 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.º de la Ley N.º 23.737 y se despenaliza la tenencia de estupefacientes para uso personal, en ámbito 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

Desde los consumos hacia un pensamiento clínico acerca de las problemáticas complejas.

médico-epidemiológica;¹² 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

-
- 12 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 los 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». También encontramos una sofisticada problematización de dicha vertiente clasificatoria en este fragmento de Marcelo Percia: «Desde que el habla del capital comprende que tiene que gobernar deseos, alienta cuadrículas de sensibilidades clasificadas. Entre las distinciones más resonantes todavía reina la de la neurosis, psicosis y perversiones, completada con sumas de particiones estadísticas. También otras dividen personalidades trastornadas en bordes, psicopatías, fragmentaciones. Y, así, muchos encofrados más. Estas meditaciones encienden y apagan mojonos de lo incommensurable. Cada vez la clínica solicita arrojos que se atrevan a la desposesión de lo ya sabido». Percia, M. (2017). *Demasiás, locuras, normalidades. Meditaciones para una clínica menor*. Buenos Aires: La Cebra.

en el sujeto. Sin embargo, la causa del fenómeno no es pensada bajo un criterio normativo sino en conexión con su 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 la 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, el trabajo, la educación, el desarrollo, la cultura, el género, la etnia, la vivienda, la alimentación, la recreación, el ambiente, 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.¹³ La abstención aquí no se trata, sin embargo, de sanción normativa, sino de comunicación –fundamentalmente a partir de campañas publicitarias o educación (charlas)– de los «daños» producidos por el uso de sustancias psicoactivas.

Es habitual escuchar el pedido de internación en comunidades terapéuticas, en lugares cerrados, por un tiempo prolongado como «el» tratamiento para las adicciones. Por otra parte, la pregnancia en el imaginario social lleva a colegas a sostener en sus prácticas algunas intervenciones en las que lo común es el consumo, por ejemplo, en las actividades de asamblea que dan inicio al centro de día, o cuando se trabaja en lo convivencial. También se puede observar cuando se utiliza el «confronto», o cuando se trabaja con grupos de referentes pares. Otra manera en la que está presente el modelo médico-sanitario en los discursos y prácticas de los equipos de salud es cuando se plantea: «no tienen conciencia de enfermedad», «no tiene adherencia al tratamiento», «tuvo una recaída».

13 Respecto de esta estrategia y sus lineamientos en la prevención y asistencia, véase la primera parte del apartado V de este texto, pp. 47-51 de la presente edición.

A este respecto, un enunciado de Bourdieu que ofrece una lectura atinada es: «la enajenación cultural excluye la conciencia de la enajenación». La pregnancia de estos modelos produce cierta naturalización de lo que nada tiene de natural.

3. Modelo psico-social

Este modelo, que surge durante la década de los ochenta, 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 este 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, etcétera). 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.¹⁴ No obstante, si tuviésemos que nombrar este modelo de un modo que, desde nuestra perspectiva, lo explicite más esencialmente, lo designaríamos como «modelo psicológico» o psicologizante. 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 del ochenta– 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

14 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. 51-54 de la presente edición).

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. Al poner el acento en la dimensión social, histórica y cultural, este modelo posibilita la comprensión de distintos umbrales y usos de sustancias, según el lugar en que se ubica. Una ampliación sobre esta consideración puede ser obtenida en el artículo «Un mundo de funámbulos», de Alain Ehrenberg, sociólogo francés, investigador en el Centro Edgar Morin. En su artículo, Ehrenberg explicita la distribución sociocultural de las sustancias, en la cual algunas (por ejemplo, el alcohol y los fármacos) son aceptadas y legalizadas, y otras son segregadas y prohibidas. Estas últimas son designadas «drogas» y están asociadas a la degradación. Ehrenberg afirma que se trata más bien de una cuestión cultural e institucional que estrictamente toxicológica.¹⁵

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,

15 Ehrenberg, A. (1990). «Un mundo de funámbulos», en Ehrenberg, A. (comp.) *Individuos bajo influencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Desde los consumos hacia un pensamiento clínico acerca de las problemáticas complejas.

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.

V. 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 los 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 estos, 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 pregnancia –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 al 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 horas está prohibida su venta, por ejemplo). En otras palabras, son intervenciones que apuntan al objeto.¹⁶ Parten del principio de la sustracción de la sustancia

16 Si se nos permite, 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 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

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, el paciente que vuelve a consumir, vuelve a *enfermarse*.¹⁷

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

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>.

17 Nos ocupamos nuevamente de la noción de «recaída» y cotejamos esa noción con nuestra propuesta en la p. 64 de la presente edición.

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 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 ochenta 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.¹⁸

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 los años noventa se inició en Suiza (por primera vez en larga escala) el programa «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 la droga de un narcotraficante, las mezclas o productos tóxicos que puede haber, hasta el uso de jeringas descartables, etcétera. 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 intervenir en presentaciones complejas y disminuir los riesgos asociados con el consumo. En la estrategia de reducción

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

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, para que pueda preguntarse *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 este tiene que poder llegar a esa persona. Es decir, debe ser accesible. La aceptabilidad tiene anclaje normativo en la actualidad, y la accesibilidad es 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 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

Desde los consumos hacia un pensamiento clínico acerca de las problemáticas complejas.

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 la resolución de problemas; en fin, de construcción de proyecto vital, entramado contextual y textualmente.

VI. Aportes para una propuesta actual

Si prácticas mayoritarias cautivan adeptos y consagran fórmulas que se repiten desapasionadas, clínicas menores bullen en soledades abismadas en lo que ignoran.

Marcelo Percia

A lo largo de este texto planteamos algunos aspectos clave a la hora de pensar el consumo problemático. Convocamos 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.

Desde los consumos hacia un pensamiento clínico acerca de las problemáticas complejas.

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 ese mismo sentido, siguiendo el pensamiento de Foucault, es necesario revisar las relaciones de poder en las cuales ellos se inscriben. 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.

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 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 este pueda volver a ser el garante de la solidaridad y de la integración social.

Siendo así, los modelos clásicos –que buscamos exponer a modo de estado de la cuestión y sobre los cuales reflexionamos– resultan limitados o peor aún, iatrogénicos. La legislación vigente en salud mental y adicciones, la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, asociada con otros hitos, han marcado un escenario para pensar la salud mental en general y los consumos problemáticos en particular, dado que reconoce que son procesos determinados por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos. En el artículo 4.º, al cual hicimos referencia anteriormente, la ley explicita las adicciones como parte de la salud

mental. Subrayamos entonces la consideración de los consumos como una cuestión que se inscribe en el campo de la salud, la no distinción entre las sustancias lícitas e ilícitas, y la inclusión de estos padecimientos en las políticas públicas y su atención en los servicios de salud, como tres aspectos centrales a la hora de concebir una propuesta actual de intervención en consumo problemático. Este sería, podemos decir, el contexto normativo y político-institucional. Se hace ineludible, además, vislumbrar qué nos muestra la complejidad de las presentaciones actuales. Estas revelan la necesidad de cambiar el modelo de las prestaciones uniformes por el 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.

1. En clave de época: individuación y control social

*Una atmósfera siniestra envuelve el planeta.
El aire del ambiente, saturado de las partículas tóxicas
del régimen colonial-capitalístico nos sofoca.*

Suely Rolnik

Cada época produce sus marcas que corresponden a la categoría de lo actual. En cada época las condiciones políticas, culturales y económicas tienen su particularidad y, siguiendo la perspectiva de

Desde los consumos hacia un pensamiento clínico acerca de las problemáticas complejas.

Deleuze y Guattari,¹⁹ son estas condiciones de existencia dadas la que plegamos y desplegamos. Los escenarios actuales están atravesados por tiempos de vértigo, instantaneidad y actualidad extrema, así se instala la ilusión contemporánea de acceder a lo real en tiempo real, sin mediación del intervalo, en pos de la promesa de felicidad. El espacio global que constituyen los medios de comunicación produce una determinada imagen de mundo. Imagen siempre en simultáneo como flujo continuo del presente. Esta imagen constituye una pura cultura del espectáculo que vacía de territorialidad las condiciones de producción en tanto entendemos que esas condiciones se dan en determinadas coordenadas geopolíticas.

No obstante, esta cultura de la imagen y de la instantaneidad tiene su correlato en un mercado mundializado donde todo, incluida la subjetividad, puede devenir mercancía. Es un estar sin brújula, se desvanece el otro, cuya función fundamental es la de constituirse en un punto de anclaje que permita regular y orientar las experiencias de individuación.

El ser hipermoderno vive o está en una situación de desorientación a partir de esta inexistencia, de este desvanecimiento. La desorientación, el «estar sin brújula», determinan un tipo de vida que se caracteriza por la precariedad. A su vez, la vulnerabilidad de los lazos sociales muestra un estado de desprotección que deja a merced del mundo pulsional.

Es necesario comprender la particularidad de este momento histórico que se encuentra marcado por el capitalismo global: el mercado impone su ley sobre la regulación de la cultura, lo que conlleva un cierto vaciamiento de los puntos de referencia tradicionales

19 Deleuze, G. y Guattari, F. (2015). *Mil mesetas (Capitalismo y esquizofrenia)*. Valencia: Pre-Textos.

que forman el nudo que sostiene a una comunidad. Estas transformaciones producen efectos en las subjetividades: se trata de la emergencia de nuevas presentaciones de padecimiento subjetivo. Se inscriben en estas nuevas presentaciones los consumos problemáticos, tanto de sustancias psicoactivas como de cualquier objeto que provoque alivio a la tensión y que no remita a ninguna significación.

Párrafos arriba se planteaba el desvanecimiento del otro, pero ¿quién es el otro? El otro no es otro con una alteridad relativa como en una comparación. Isidoro Berenstein nos aporta el significado de alteridad. Dice que «alteridad así como alteración deriva de *alter*: el otro entre dos».²⁰ ¿Qué dos? Dos otros, cada cual es el otro entre dos personas. La alteridad del otro no depende de una cualidad que se distingue del yo. De acuerdo con Levinas, el punto de partida del pensamiento filosófico no ha de ser el conocimiento, sino el reconocimiento, pues a través de los otros me veo a mí mismo.

Desde la perspectiva vincular, vincularse requiere un hacer algo con la alteración que las presencias producen. Siguiendo a Tortorelli, se comprende que no hay los sujetos y el vínculo, así como no hay sujetos posicionados por fuera del vínculo. El proceso de individuación se produce en el vínculo, constituido y destituido, en el vínculo y no por fuera de él. El sujeto es constituido en el vínculo a la vez que es destituido en él. Lo vincular no es una relación entre sujetos, se trata de pensar lo vincular desde la lógica del «entre»,²¹ caracterizado como ese espacio que deja indecible qué

20 Berenstein, I. (2011). «La relación entre nos-otros: alteración y autorización», en *Psicoanálisis*, vol. XXXIII, n.º 1, pp. 39-53.

21 Tortorelli, A. (2016). «Entre: un pensar de lo vincular», en *Diálogos en construcción. Espacio de pensamiento vincular*. Buenos Aires: delHospital.

es del otro y qué es de uno; deja indecible el adentro del uno y el afuera del otro.²²

Berenstein²³ nos aporta una metáfora de un «entre», la de la construcción de un «puente»; plantea que, entre estos dos lugares extraños, ajenos, extranjeros, ese espacio, puente, entre, permitirá no solo transitar de uno a otro, sino que introducirá una modificación en un lugar y en el otro. Kleiman²⁴ plantea que en todo vínculo habría reconocimiento, conocimiento y desconocimiento. Aun cuando haya búsqueda de estabilidad en las relaciones más significativas, y en las teorías, esto no debería convertirse en búsqueda de certezas, sino en estar disponibles para ser interrogadas, vueltas a pensar. Tortorelli²⁵ plantea que la identidad, aunque suene enloquecedor, no es identitaria, es diferida, es este ir y venir. La línea, la frontera no es indivisible, la identidad que ahí se traza tampoco lo es. No hay identidad sin diferencia. No hay identidad sin *polemos*, sin conflicto. La identidad es conflicto. Querer simplificar, hacer simple, hacer «uno» este fenómeno solo trae más violencia. Nada más simple que una línea, suponemos, y sin embargo... Siguiendo a Deleuze: «Tenemos tantas líneas enmarañadas como una mano. Somos tan complicados como una mano».²⁶ Lo vincular no admite la representación del otro, ni al otro como representación.

Desde esta perspectiva epistémica resulta importante, en este punto, proponer la diferencia con los modelos desarrollados

22 Idem.

23 Berenstein, Op. Cit.

24 Kleiman, S. (2017). «Los vínculos como espacio de producción entre otros», en Altobelli, H. y Grandal, L. (comp.), *Entreveros y afinidades 2, clínica vincular. Construcción de dispositivos en clave de hibridación*. Buenos Aires: La Hendija.

25 Tortorelli, Op. Cit.

26 Deleuze, G. y Parnet, C. (1980). *Diálogos*. Valencia: PreTextos.

anteriormente; no hablamos de enfermedad, ni de sustancias, ni de drogas y resultaría imposible situar la problemática en un individuo, aceptar «ser adicto» como identidad. La certeza es invalidante del trabajo vincular.

La constitución de la subjetividad, la instalación de las representaciones que dan origen al inconsciente, los procesos que la transforman atravesados por la cultura, siempre son en relación con otro socio-histórico. Entonces la subjetividad se inscribe en los modos históricos de producción, es decir que el discurso socialmente instituido se convierte en instituyente de sus representaciones y de su relación con el mundo, mediado por el otro humano, atravesado por sus deseos y prohibiciones. El entramado social define las posiciones, nos pone en relación con un proyecto político, que habla de una dimensión política subjetivante.

2. Hacia un abordaje vincular de las problemáticas complejas

*Aunque me fuercen yo nunca voy a decir
que todo tiempo pasado fue mejor
mañana es mejor.*

Luis Alberto Spinetta

*He sido un hombre afortunado;
en la vida nada me ha sido fácil.*

Sigmund Freud

Es necesario, por tanto, discutir con los modelos sistematizados por Nowlis que nos proponen entender los consumos desde su

representación, en la mayoría de los casos estereotipada: «soy adicto», «vengo porque quiero dejar la droga», «estoy consumiendo mucho», «encontré droga en el cuarto de mi hijo», «son las malas juntas», «me lo pide el cuerpo», entre otros motivos de consulta. La propuesta es entender los montajes de los consumos como presentación y no como representación. Pensar los montajes como presentación²⁷ de un padecimiento subjetivo implica cierto efecto de distanciamiento, desustancializando la mirada para ubicar el valor o función enigmática que ocupa esta operatoria en la problemática subjetiva: localizar en la singularidad de cada individuo, a qué otra satisfacción paradójica responde este intento de respuesta, solución o recurso para anestesiar el dolor. Es entender que se trata, según las elaboraciones de Sylvie Le Poulichet,²⁸ de cierta cancelación tóxica del dolor. Se conforma así un paradójico dispositivo de autoconservación, a partir de un repliegue narcisista. Consiste no en una operatoria estructural, sino económica, al margen del lenguaje, para conseguir la homeostasis. Se aloja en el cuerpo lo que es insoportable en el campo simbólico; más allá del eventual deterioro físico o del empobrecimiento psíquico que puede llegar a producir, consiste en una protección en contra de amenazas (acontecimientos, pensamientos) que promueven una devastación psíquica aún más grande.

27 Inspira la idea de presentación el teatro épico de Bertolt Brecht, que parte de generar una corriente de pensamiento y práctica para dar otra respuesta al teatro burgués de la mimesis aristotélica, piensa en una nueva mirada sobre el teatro, se para desde el concepto de lo épico que, a diferencia de lo dramático, nos habla de una narración (presentación) más que de una actuación (representación).

28 Le Poulichet, S. (1990). *Toxicomanías y Psicoanálisis. Las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu.

Si lo vincular no admite la representación del otro ni al otro como representación, la presentación del padecimiento vinculado con los consumos problemáticos implica comprender que no hay sujetos posicionados por fuera del vínculo, así como no hay los sujetos y el vínculo. Lo vincular no es una relación entre sujetos, es potencia, proceso de desconocimiento, reconocimiento y conocimiento, como hemos referido. Se trata de pensar los vínculos desde lo vincular y de esta manera desustancializar la clínica interrogando el enigma del tóxico. En términos de Kleiman, «lo vincular intenta dar cuenta de un trabajo a realizar desde los vínculos. Y es que vincularse requiere un hacer algo con la alteración que las presencias producen».²⁹

Nos parece especialmente apta la alegoría hecha por Corea y Lewkowicz en el artículo dedicado al film *La era del hielo*. «Es la ley de la manada. Nos cuidamos entre todos»: es el enunciado de Manfred destacado por los autores. Se trata de una decisión subjetiva (no de designio u orden natural), cuando el mundo está bajo amenaza. Se distingue el *habitar* del *sobrevivir*, siendo el primero lo que hace la manada y el segundo, la ardilla con su bellota. Y finalmente aportan una puntuación muy atinada sobre la dimensión del cuidado, porque incluye el reconocimiento del otro, la construcción del otro y el «entre»:

Se diría que los cuidados son las operaciones en las que se sostiene la decisión de integrar la manada. Esos mutuos cuidados, sin embargo, no son recíprocos ni suponen algo así como una semejanza entre los miembros de la manada. Qué cuidar, a quién cuidar, cómo cuidar y quién cuida son operaciones que se implementan

29 Kleiman, Op. Cit.

Desde los consumos hacia un pensamiento clínico acerca de las problemáticas complejas.

bajo la presión de las circunstancias y que dependen, ellas también, de decisiones situacionales precisas y no de mandatos o saberes –así sean instintivos.³⁰

Consideramos que, ante el padecimiento subjetivo y las presentaciones complejas, es indispensable que las intervenciones apunten a esta línea de cuidado, a la construcción del otro que no se da en ningún otro lugar que en el «entre». Si entendemos que el tóxico no es la droga:³¹ dejar de consumir no consiste en el objetivo general del tratamiento. No es condición para el inicio del tratamiento y tampoco es razón para su suspensión. Lo que debe tener centralidad es la singularidad, o más precisamente: la singularidad –entendida como plural– del sujeto.

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 observa que cuando se da de alta a un paciente que ha tenido un tratamiento con una estrategia abstencionista, las vueltas al consumo (llamadas «recaídas») son más recurrentes. 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 esta en sinonimia con la abstención permanente), sino de consumo responsable y regulación del consumo, ideas que se basan en la concepción de

30 Corea, C. y Lewkowicz, I. (2009). «La era del hielo (2002)», en *Aesthetika. International Journal on Subjectivity, Politics and the Arts. Revista Internacional sobre Subjetividad, Política y Arte*, vol. 4, n.º 2, abril, p. 16.

31 En este punto por *droga* entendemos cualquier sustancia u objeto de consumo que pueda ser problemático.

integralidad del sujeto y la problemática. Sin dudas, orientarse por las regulaciones del consumo y no por la abstinencia significa un gran avance. No obstante, para pensar aportes para una propuesta actual, consideramos indispensable avanzar aún más. Porque puede persistir el riesgo de seguir hablando de la sustancia. La cuestión crucial, a nuestro entender, es otorgar centralidad al padecimiento subjetivo en juego. Y en el corolario de la misma noción, está la idea de *presentaciones complejas*.

Por cierto, 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. 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.³² Asimismo, como hemos mencionado, si enfatizamos el padecimiento subjetivo, nuestra intervención va más allá del abstencionismo e incluso de la misma regulación del consumo. La línea de cuidado a trabajarse se relaciona con el lugar enigmático ocupado por la sustancia, la construcción de síntoma y las intervenciones capaces de conmover algo de la posición subjetiva.

32 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, E. (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.^{as} *Jornadas de salud mental y adicciones. ¿Cómo intervenir en las urgencias? Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos*. Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.

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, entendiendo al sujeto como histórico y social, es decir que lo social produce subjetividad; reiteramos: no es solo 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 la problemática requiere. Intervenir para la reconstrucción del lazo social, la construcción de un proyecto singular 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 singulares. Creemos fundamental dar lugar a una relación equipo-usuario más flexible, cuando abordamos estos padecimientos subjetivos. Ante las presentaciones complejas, señalamos algunas herramientas destacadas. Una de ellas está relacionada con la demanda. Muy a menudo se escucha que se trata de una presentación que «no tiene demanda de tratamiento». No obstante, nos parece clave apuntar a la construcción de la demanda como intervención clínica. Asimismo, ante las situaciones complejas, nos parece crucial la herramienta del *Proyecto Terapéutico Singular*. Se trata de un recurso, más precisamente de un conjunto de propuestas, dirigidas a sujetos individuales o colectivos, que se orientan por la singularidad y hacia la

autonomía de las personas, a la construcción clínica ampliada, la interdisciplina y los intersaberes.³³

Como hemos mencionado, la noción de «regulación del consumo» es pertinente e implica un avance, pero resulta insuficiente. Vale resaltar que tal noción debe ser entendida 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 ni de llegada. La sustancia comienza a tener un lugar distinto, pero eso es corolario de una modificación en el complejo vínculo del sujeto con la sustancia.

La abstinencia, en cambio, es un imperativo tan elevado que termina por resultar irrealizable, de lo que se deriva la imposibilidad de cualquier movimiento en la posición subjetiva. Se constata clínicamente eficaz descender 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 el que frecuentemente es ubicada por algunos de los modelos abordados a lo largo de este texto. De tal modo esto

33 Para una ampliación sobre el Proyecto Terapéutico Singular, véase: Brasil (2007). Ministério da Saúde. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2.^{da} ed. Brasília: Ministério da Saúde. Disponible en: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf

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. Esta 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 por la abstención. Destaquemos, retomando nuestro punto de partida, que no todo consumo es problemático. Regular el consumo implica que, en algún punto, este 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 durante los fines de semana. Evocamos dichos ejemplos, a título ilustrativo, pero vale enfatizar: no se trata de prescripciones desde la conducta, sino del resultado de una intervención clínica. Es decir, no se trata de un listado de comportamientos que debe adoptar un sujeto. A modo de distinción entre nuestra propuesta actual y la 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. Reiteramos, entonces, que para pensar la clínica, tomamos algunas concepciones de esta estrategia. No obstante, consideramos clave

destacar el padecimiento subjetivo en juego (no el consumo o su ausencia, en mayor o menor grado), como línea de cuidado.

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, la musicoterapia y otros campos pertinentes. Del mismo modo, el abordaje a concebirse ante el complejo campo de la salud mental debe ser intersectorial, i.e. 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 los consumos como presentaciones complejas que deben atenderse en el ámbito de la salud. Sin embargo, esta 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. No es posible una práctica que no sea político-epistémica, lo que nos obliga a ser creativos para dar respuesta a las presentaciones actuales con un compromiso ético. Desde esta perspectiva, se hace necesario concebir la clínica como una instancia de construcción de nuevas preguntas, crear nuevos dispositivos que se sostengan en la imprevisibilidad de lo otro, del enigma inherente a la misma.

Desde los consumos hacia un pensamiento clínico acerca de las problemáticas complejas.

Pensar desde lo vincular, desde el espacio entre, desde la lógica de la alteridad y la diferencia implica un giro teórico y técnico para el psicoanálisis, que nos obliga a revisar, a volver sobre nuestras prácticas e incorporar el espacio inviolable de la alteridad, el efecto de presencia y las discontinuidades. Asimismo, pensar desde lo vincular demanda un análisis de las transformaciones en las subjetividades actuales, es decir, en las formas socialmente establecidas de pensar, sentir y actuar como territorio específico de trabajo clínico.

Estamos obligados a repensarnos y a inventar dispositivos que faciliten producir movimientos en la posición subjetiva, anudar aquello que se encuentra absolutamente desanudado, construyendo nuevos sentidos, resignificando espacios y construyendo nuevas nociones temporales.

La propuesta es generar experiencias que posibiliten la novedad de fundar con otros espacios que habiliten y se opongan a aquello que lo destrama y desubjetiviza. Se trata de lograr un posicionamiento subjetivo capaz de generar producciones simbólicas vinculantes. Como en el caso de Manfred, abordado por Corea y Lewkowicz: ante un mundo poblado de incertidumbres, la propuesta consiste en construir manada con el otro, en la cual *nos cuidamos entre todos*. Asimismo, generar las condiciones para no solo sobrevivir, sino *habitar* los vínculos.³⁴

En suma, concebir una propuesta desde lo vincular implica, como hemos dicho, desustancializar las intervenciones. Más aún, nuestra propuesta acentúa la idea de *presentaciones complejas* como superadora de la misma idea de consumo problemático. Proponemos entonces dejar de hablar de consumos problemáticos

34 Corea y Lewkowicz, Op. Cit.

para pensar dichos padecimientos como presentaciones complejas. Como hemos referido, la noción de *presentación* para pensar estos montajes hace énfasis en el padecimiento subjetivo; *complejas* incluye en su entramado la dimensión vincular y el pensamiento en clave de época. Se trata de una invitación a comenzar nuevos recorridos³⁵ y a conmover la comodidad de lo ya sabido, de lo imperturbable de ese saber sobre las propias experiencias. Se trataría entonces, de visitar significaciones, lo que implica volver la mirada hacia el otro. Nos enfrentamos a esa difícil tarea. Tal vez, como decía Freud, esa sea nuestra fortuna. Acaso la cuestión sea autorizarse y dejar venir.

35 Sobre eso, nos parece certero el pensamiento de Kaës, que quisiéramos sintetizar con la máxima *la obra es el camino*: “Todo movimiento creador, ya se trate de una obra de arte o de la cura psicoanalítica, tiene por condición una pérdida de apuntalamiento. La obra misma es entonces (menos) el resultado de este proceso mismo que del reapuntalamiento de la transcripción, lo que Paul Klee expresa admirablemente al escribir: «Werk ist Weg», la obra es el camino”. Kaës, R. (2005). *La palabra y el vínculo*. Buenos Aires: Amorrortu.

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.^{as} *Jornadas de salud mental y adicciones. ¿Cómo intervenir en las urgencias? Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos*. Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.
- Benedetti, Edith (2020). «¿Addict is the new black? Hacia un abordaje vincular de los consumos problemáticos», en Altobelli, Hernán y Grandal, Lila (comp.). *Entreveros y afinidades 3. Color piel. Clínica, racismos y psicopolítica*. Buenos Aires: La Hendija.
- Benveniste, Émile (1997). *Problemas de lingüística general I*. México DF: Siglo XXI.

Desde los consumos hacia un pensamiento clínico acerca de las problemáticas complejas.

- Berenstein, Isidoro (2004). *Devenir otro con otro. Ajenidad, presencias, interferencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Berenstein, Isidoro (2011). «La relación entre nos-otros: alteración y autorización», en *Psicoanálisis*, vol. XXXIII, n.º 1, pp. 39-53.
- Brasil (2007). Ministério da Saúde. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2.ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. Disponible en: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf
- 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 25/03/2015, de <http://www.jefatura.gob.ar/archivos/comision-nacional/DO1usuarios.pdf>.
- Corea, Cristina y Lewkowicz, Ignacio (2009). «La era del hielo (2002)», en *Aesthethika. International Journal on Subjectivity, Politics and the Arts. Revista Internacional sobre Subjetividad, Política y Arte*, vol. 4, n.º 2, abril.
- CSJNA. «Arriola, Sebastián y otros s/ causa N.º 9080». A. 891. XLIV del 25 de agosto de 2009.
- Deleuze, Gilles y Guattari, Félix (2015). *Mil mesetas (Capitalismo y esquizofrenia)*. Valencia: Pre-Textos.
- Deleuze, Gilles y Parnet, Claire (1980). *Diálogos*. Valencia: PreTextos.
- Duveen, Gerard y Lloyd, Barbara (2003). «Las representaciones sociales como una perspectiva de la psicología social», en Castorina, José Antonio (comp.). *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*. Barcelona: Gedisa.

- Ehrenberg, Alain (1990). «Un mundo de funámbulos», en Ehrenberg, Alain (comp.) *Individuos bajo influencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fernández, Macedonio (1943). *Una novela que comienza*. Santiago de Chile: Ercilla.
- Foucault, Michel (1991). *Enfermedad mental y personalidad*. Buenos Aires/Barcelona: Paidós.
- Freud, Sigmund (1996 [1925]). «La negación», en *Obras completas*, vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (2013). *Plan Estratégico 2013-2015*. Buenos Aires.
- Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (2020). *Plan Estratégico 2020-2023*. Buenos Aires.
- Kaës, René (2005). *La palabra y el vínculo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kierkegaard, Søren (2018 [1843]). *La repetición*. Madrid: Alianza.
- Kleiman, Sonia (2017). «Los vínculos como espacio de producción entre otros», en Altobelli, Hernán y Grandal, Lila (comp.). *Entreveros y afinidades 2, clínica vincular. Construcción de dispositivos en clave de hibridación*. Buenos Aires: La Hendija.
- Le Poulichet, Sylvie (1990). *Toxicomanías y Psicoanálisis. Las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lewkowicz, Ignacio (2004). *Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez*. 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.

Desde los consumos hacia un pensamiento clínico acerca de las problemáticas complejas.

- Ley N.° 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.° 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.
- Miranda N. Coelho, María Cecilia (org.) (2018). *Retórica, persuasão e emoções, ensaios filosóficos e literários*. Belo Horizonte: Relicário.
- Nowlis, Helen (1975). «La verdad sobre la droga» (en línea). Recuperado el 10/02/2015, de <http://unesdoc.unesco.org/images/0001/000131/013163SB.pdf>
- Percia, Marcelo (2017). *Demasiás, locuras, normalidades. Meditaciones para una clínica menor*. Buenos Aires: La Cebra.
- Quevedo, Silvia (2014). Apuntes del curso virtual «Modelos de intervención preventivo-asistenciales en consumos problemáticos de sustancias psicoactivas». Buenos Aires: Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones «Lic. Laura Bonaparte».
- Tortorelli, María Alejandra (2016). «Entre: un pensar de lo vincular», en *Diálogos en construcción. Espacio de pensamiento vincular*. Buenos Aires: delHospital.

Sobre el sello Ediciones Licenciada Laura Bonaparte

Con el fin de crear un espacio de producción de conocimiento sobre el marco normativo vigente, la actualización disciplinaria y la construcción interdisciplinaria e institucional, y en pos de desarrollar herramientas teórico-clínicas compatibles con la intervención en el ámbito sanitario, se creó, dentro del Plan Estratégico 2013-2015, el sello Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.

La conceptualización y materialización de un proyecto editorial para el Hospital busca dar respuesta a la necesidad de problematizar las prácticas institucionales y asistenciales, y crear manuales de procedimientos que sirvan de herramienta a quienes conforman los equipos. Actualmente, en línea con el Ministerio de Salud de la Nación acorde al Gobierno Nacional, la editorial vuelve a integrarse al plan estratégico desarrollado para el período 2020-2023, y refuerza así su compromiso con la Ley Nacional de Salud Mental N°. 26.657; la Ley de Derechos del Paciente N°. 26.529; la Ley de Creación del Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental (APSM) N°. 25.421; la Ley de Protección Integral de los Derechos de las niñas,

Desde los consumos hacia un pensamiento clínico acerca de las problemáticas complejas.

niños y adolescentes N°. 26.061; y la Ley de Identidad de Género N°. 26.743.

El sello Ediciones Licenciada Laura Bonaparte, de distribución gratuita, apunta a contribuir con la difusión de pensamiento clínico y político-institucional del Hospital, en tanto centro de Referencia Nacional en Salud Mental y Adicciones.

Vale una última aclaración: nombrar a la editorial Licenciada Laura Bonaparte no es una mera denominación. Retomamos de ella su compromiso en defensa de los Derechos Humanos y buscamos continuar con un modo de entender las prácticas y el ejercicio profesional en el campo de la salud en general y de la salud mental en particular, en su entrecruzamiento institucional, político y epistémico.



Edith Benedetti

Licenciada en Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Especialista en psicología vincular de familias con niños y adolescentes. Subsecretaria de Gestión de Servicios e Institutos, Ministerio de Salud de la Nación. Interventora General del Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte" especializado en salud mental y adicciones (2013-2015 y 2020-2021). Docente de Posgrado del Instituto Universitario del Hospital Italiano; de la "Cátedra libre e interdisciplinaria para la atención de consumidores de sustancias psicoactivas" de la Universidad Nacional de San Martín; del seminario "Abordaje vincular de los consumos problemáticos" de la UNJu; y docente invitada de la especialización en Psicología Clínica y Comunitaria y de la especialidad de Medicina General y Familiar, ambos de la Universidad Nacional de Rosario. Directora del sello Ediciones Licenciada Laura Bonaparte. Presidenta de la Fundación S.E.D.H.A.

OTRAS SERIES DEL SELLO EDICIONES LICENCIADA LAURA BONAPARTE

Investigaciones

Investigar en un Hospital público dedicado a la Salud Mental en el campo de los consumos problemáticos implica un gran esfuerzo profesional y un fuerte convencimiento y reconocimiento del método científico como base de reflexión. Demanda además la disposición para revisar los propios conocimientos y preguntar(se) sobre los desafíos que la clínica de las adicciones plantea. En suma, requiere de una mirada crítica y analítica sobre la propia práctica. Con la creación en 2013 del Área de Investigación y el Programa de Becas de Investigación, en el marco del Plan estratégico 2013-2015 del Hospital Nacional de Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte”, se inicia un proceso institucional y académico que entiende a la producción de conocimiento científico como usina para pensar las prácticas de intervención –clínica, social y territorial– y definir nuevos dispositivos para la atención de personas con padecimiento subjetivo, en un marco de respeto por la diversidad, la atención digna, la equidad y la justicia.

Jornadas y Congresos

Con el objetivo de ser un referente nacional en Salud Mental, el Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte” se ha propuesto construir un espacio público de reflexión sobre las prácticas asistenciales e institucionales de las organizaciones sanitarias. En este contexto, se organizan anualmente las Jornadas de Salud Mental y Consumos Problemáticos que reúnen a profesionales, estudiantes, instituciones y trabajadores de la salud de todo el país y la región. A través de esta Serie, la Editorial se propone la divulgación de las ponencias a fin de contribuir al debate en el campo de la salud mental.

Manuales de Procedimientos

Para los tratamientos clínicos e institucionales en Salud Mental y Consumos Problemáticos, el Hospital ofrece manuales de procedimiento para los equipos de salud, que se presentan como herramientas que establecen criterios técnicos para el ejercicio de las prácticas profesionales.



Al intervenir clínicamente en el campo de los consumos problemáticos, ¿qué tipo de pensamiento se vincula a la intervención? ¿Qué modelos de intervención clínica en esta materia circulan entre los equipos 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? La presente edición busca revisar los modelos y estrategias disponibles y proporcionar aportes para una propuesta actual desde una perspectiva vincular. Además, se hace menester superar la mirada circunscrita a los consumos para pensar problemáticas complejas.

Sobre la *Serie Papeles de trabajo*

La *Serie Papeles de trabajo*, de Ediciones Licenciada Laura Bonaparte, publica escritos y textos breves que el Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte” considera de interés para la reflexión y el debate actual sobre los padecimientos subjetivos y la intervención clínica en el campo de la salud mental, acorde al marco normativo vigente. El número inaugural de la serie, publicado en el año 2015, se titula *Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático. Notas político-epistémicas sobre modelos y estrategias de intervención*, de la Lic. Edith Benedetti. Dicho texto problematiza las estrategias y los modelos preventivo-asistenciales de los consumos problemáticos más prevalentes en el ámbito asistencial. Tras un largo lapso temporal, se retoman las publicaciones de la serie.

Por sus características, la *Serie Papeles de trabajo* pretende ofrecer herramientas a los equipos que intervienen en ese complejo campo. Ahora bien, ¿qué se entiende por herramienta? En el sentido lato, son una extensión -de las manos, de los ojos, de los oídos- que sirven para auxiliar y acompañar. Son instrumentos para la artesanía. Esperamos que los volúmenes que componen esta colección puedan servir como extensión del pensamiento, herramientas conceptuales que aporten a la rigurosa artesanía de la intervención clínica.



Hospital Nacional en Red
Lic. Laura Bonaparte



Ministerio de Salud
Argentina

