



# Clínica de las Adicciones Actualidad y Desafíos

**Mesa 2:** Nuevos desafíos respecto del abordaje integral de las adicciones a partir de la ley 26934 “Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos”.

## El marco legal y la clínica La responsabilidad del sujeto y del Estado

**Mg. Carolina Gorlero**

Disertar en la mesa de hoy nos compele a revisar y recordar algunos hitos de relevancia en lo que respecta al cambio de paradigma en el abordaje de las adicciones a partir de la sanción de dos leyes: por un lado la Ley Nacional de Salud Mental (26657) y por otro lado el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (26934, Plan IACOP). Recordemos que se trata de leyes sancionadas en 2010 y 2014 respectivamente. Es decir que son leyes recientes, que dan cuenta de modificaciones en las representaciones sociales sobre la problemática de las adicciones (y de la salud mental en general); y que a la vez, requieren ser profundizadas y enriquecidas.

En la presente exposición nos referiremos a las adicciones como parte integrante de los consumos problemáticos, tal como los entiende la ley de abordaje integral: aquellos consumos que —mediando o sin mediar sustancia alguna— afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas —legales o ilegales— o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud.

---

El primer hito que vale la pena señalar es que la ley Nacional en su artículo 4° y el plan IACOP en el artículo 9° incluyen a las adicciones como parte integrante de las políticas de salud mental. Ambas aclararán que las personas con uso problemático tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la ley Nacional en su relación con los servicios de salud. ¿Por qué se hace esta aclaración? En principio parece tener, al menos, dos sentidos. Por un lado, el registro de la falencia histórica del sistema de salud para acoger en su seno a los sujetos con consumo problemático y por el otro, la necesidad de visibilizar el consumo problemático como un problema de carácter actual que requiere un abordaje integral y urgente. Ya el primer punto nos ubica dentro de una perspectiva de derechos: el derecho de los usuarios del sistema de salud, específicamente las personas que padecen adicciones, a ser tratados con equidad, allí donde la sociedad estigmatiza, vapulea, excluye y expulsa. (El sistema de salud, puntualmente, tiene una gran deuda con las personas con consumo problemático. Cualquiera que haya estado en la guardia de un hospital, en una salita, en una clínica, seguramente ha podido registrar el estigma que recae sobre estas personas).

Otro hito a destacar es el lugar de las internaciones. Ambas leyes consideran la internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo que solo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones realizables y dan prioridad a los tratamientos comunitarios y ambulatorios, incorporando a la familia (cuando la hubiere) y a la comunidad.

Además, también dentro de una perspectiva de derechos, se resalta, como derecho fundamental de las personas con padecimiento mental y adicciones, el derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento. Así, el decreto reglamentario (art 11) y el plan IACOP (art 10), incluyen para las adicciones, dispositivos basados en la estrategia de reducción de daños: “Se entiende por reducción de daños a aquellas acciones que promuevan la reducción de riesgos para la salud individual y colectiva y que tengan por objeto mejorar la calidad de vida de los sujetos que padecen consumos problemáticos, disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles y prevenir todo otro daño asociado, incluyendo muertes por sobredosis y accidentes”

Este pequeño recorte parece señalar consideraciones, a esta altura, obvias. Las leyes suponen que hemos logrado un salto cualitativo en materia de salud mental y derechos y que hemos optado por dejar atrás los modelos asilares, que en las adicciones han sido el reino de las comunidades terapéuticas cerradas y los tratamientos compulsivos. Sin embargo, la clínica de las adicciones nos pone todavía hoy frente a modalidades de tratamiento en las que predomina la medicalización y la psicopatologización por sobre la subjetividad y los derechos. Así, abundan las propuestas de dispositivos rígidos, con tratamientos de tipo confrontativo, con lógicas de premio y castigo y donde el objetivo principal, y muchas veces único, es la abstinencia de la sustancia o

del objeto de consumo. Asimismo, en las internaciones, persiste la lógica del aislamiento de la persona, con prohibiciones en las comunicaciones telefónicas y las visitas, siguiendo una lógica carcelaria. Ni que decir de la dificultad a la hora de intentar una internación breve en un hospital general en donde, si el servicio existe, nunca hay camas disponibles llegada la urgencia. Otro ejemplo lo observamos en el vínculo con las obras sociales y prepagas; muchas veces los informes que solicitan deben incluir un registro donde conste si el paciente ha dejado o no de consumir y es en función de esta variable que el tratamiento se evalúa como un fracaso o un éxito. El paciente, por supuesto, queda también etiquetado de acuerdo a estas mismas variables y, por supuesto, también la institución tratante.

Subjetividad y derechos vs medicalización y psicopatologización. Otra manera de decir, responsabilidad vs incapacidad.

El marco normativo mencionado, ya delinea algunas consideraciones que nos permiten decir que hay un correlato clínico que no está a la altura de lo que la ley estipula. Pero también, es cierto que la ley se ha remitido a señalar direcciones posibles y, con seguridad, aún tenga que ahondar en el punto de la implementación de cambios que garanticen su cumplimiento y se afiancen en esta perspectiva.

Es claro que la problemática de las adicciones pone de manifiesto un entramado dinámico de determinantes sociales, psíquicos y biológicos que se inscriben en el sujeto dejando marcas profundas en el psiquismo y en lo real del cuerpo. Desde el campo clínico, como profesionales de la salud mental, ocurre que el mayor desafío en cuanto a las adicciones parece consistir en trabajar con la subjetividad del paciente, con sus propias decisiones, allí donde lo que hay es puro impulso sin sujeto.

La pregunta que genera muchas veces debate a la hora de intercambiar con otros profesionales es "¿cómo puede un sujeto decidir sobre su propio tratamiento si lo único que hace es consumir, y si, de hecho, no puede dejar de hacerlo?" De nuevo se nos presenta la disyuntiva entre responsabilidad vs incapacidad.

La patologización y la medicalización apuntan a un sujeto pasivo o un sujeto de antemano inerte, que puede poco más que recibir indicaciones y medicamentos lo suficientemente fuertes como para dejar tranquilas a las familias (cuando hay) y a la comunidad de la que el sujeto forma parte. Si el objetivo es la abstinencia, en un contexto de encierro (físico pero también químico) el objetivo se cumple. Se garantiza que la persona no consuma pero allí no hay elaboración posible. El sujeto sigue ausente de sí y ausente de cualquier posibilidad de estar EN la comunidad.

---

La comunidad expulsa aquello que prefiere no ver pero el consumo, si no hay elaboración, retorna en su peor cara. En el aislamiento de una internación que se prolonga todo lo posible o en el tratamiento conductivo y directriz, las adicciones se duermen por un rato pero reflotan en el mismo momento en que el control cede, cuando cualquier clave asociativa del mundo despierta la memoria de satisfacción que está tallada en la piedra de la memoria del psiquismo de ese sujeto. Lo que retorna entonces es la impulsividad de siempre reforzada por un sentimiento de culpa que no hace más que relanzar el circuito de consumo una y otra vez. La persona queda ubicada en un plano de exterioridad respecto de los acontecimientos que la afectan y la culpa implica un empuje a la repetición que imposibilita la vía elaborativa. El sujeto no se involucra con la significación de sus actos ni con sus decisiones.

La perspectiva de derechos, en cambio, apunta a poner en primer plano al sujeto, aun cuando de él solo haya apenas un rastro borroneado por el impulso y la urgencia que genera el deseo de consumir. El concepto de sujeto colaborador activo en el proceso de cura es una notable apertura hacia el concepto de comunidad como sujeto (Milanese, 2016). Al revés de lo que suele decirse es esta perspectiva la que da mayor lugar y responsabilidad al Estado, que tiene que hacerse presente y garantizar el cumplimiento de esos derechos, acompañando al sujeto en sus decisiones, con opciones que faciliten su deseo de estar mejor o con dispositivos que le permitan reducir los riesgos del consumo allí donde esa decisión no está.

En ese sentido la reducción de daños abre dos puertas. La posibilidad de que el sujeto elija una mejor calidad de vida (cambio a vías de administración menos riesgosas, disminución de dosis y frecuencia, reducción del uso múltiple de sustancias, adopción de medidas de cuidado previas, durante y posteriores al consumo, inclusión del consumo en escenarios conocidos). Y a la vez, con un marco de tratamiento que aloje, la posibilidad de escribir una diferencia, en una de las tantas vueltas de la eterna repetición de lo mismo que el consumo supone. Frente al hartazgo y la angustia desmedida que aparece después de la gira de consumo, con una transferencia instalada que no juzga sino que aloja, la posibilidad de que el sujeto advenga para hacerse responsable y articular algo de su deseo en su espacio terapéutico. "Quiero internarme", "quiero seguir consumiendo", "quiero consumir menos", "quiero dejar el consumo" y cualquier otra posibilidad que plantee el propio sujeto en su relación problemática con el consumo. Un sujeto responsable es aquel que es capaz de responder por las consecuencias de sus actos. Un sujeto que está implicado subjetivamente en su malestar. Solo la asunción de la responsabilidad sobre los propios actos habilita el advenimiento del sujeto y posibilita la vía elaborativa, que implica un límite a la repetición.

---

Estamos pensando la clínica a partir de un marco legal que ha abierto grandes posibilidades: tratamiento comunitario y reducción de daños son dos estrategias que piensan al sujeto como parte activa y fundamental en sus procesos de enfermedad y cura. Un tratamiento integral supone un sujeto responsable pero también una comunidad que aloja e incluye porque entiende que la problemática no le es ajena desde el momento en que las adicciones son posibles porque son efecto de unas prácticas sociales de producción de subjetividad adictiva (Lewcowicz, 2005).

Los nuevos desafíos para un abordaje integral pasarían entonces por trabajar mancomunadamente: Estado, ONGs, Universidades, de manera interdisciplinaria e intersectorial para generar acciones que articulen actores, conceptos, instrumentos, prácticas y recursos cuyo objetivo sea promover el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas que padecen una adicción, la de sus grupos familiares y las comunidades que habitan, allí donde lo que predomina son procesos graves de exclusión social y estigmatización. En la misma dirección, generar un fuerte trabajo de concientización que permita a las comunidades leer que esta problemática es efecto de unas determinadas prácticas de producción de subjetividad y por eso el verdadero cambio pasaría por reflexionar respecto de dichas prácticas y modificarlas.

En cuanto a la clínica, los tratamientos comunitarios deben inscribirse en la perspectiva de derechos y la reducción de daños, trazando un camino que aloje y contenga, en el que dejar o no de consumir sea un aspecto a definir en conjunto con la persona en un marco de respeto de la subjetividad. Alojar y sostener allí donde la repetición parece no cesar y trabajar apostando al advenimiento del sujeto.

FUNDACION  
CONVIVIR