

## Desustancializar la clínica



**EDITH BENEDETTI**, Lic. en Psicología y Especialista en Psicología Vincular. Como interventora general de la institución fue la responsable del proceso de transformación del CENARESO en Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”.

Las presentaciones actuales, los dispositivos, la clínica misma, sus escenarios y desafíos son algunos de los aspectos que atraviesan la posibilidad de dar respuesta clínica hoy a las problemáticas complejas, en particular a las presentaciones vinculadas con los consumos de sustancias.

En este sentido, los modelos clásicos para el abordaje de los consumos problemáticos suelen tener escasa capacidad de respuesta, en especial por su rigidez, su alto umbral de requerimientos y sus limitaciones para incorporar lógicas de carácter transversal y flexible. En efecto, dichos elementos terminan por hacer que el acento de la clínica recaiga indefectiblemente en la sustancia.

Los consumos de sustancias se inscriben en un conjunto de problemas que, en las últimas décadas, adquieren un lugar diferenciado en el imaginario social, las representaciones sociales y las nuevas expresiones de la cuestión social. A tal efecto, las adicciones se posicionan en un lugar

desde el cual prevalecen los rasgos de una sociedad marcada por relaciones violentas, fragmentación y pérdida de espacios de socialización, forjando nuevas formas de padecimiento. Por ello, pensar las transformaciones en las subjetividades actuales –dicho de otro modo: en las formas socialmente establecidas de pensar, sentir y actuar– como territorio específico de trabajo clínico, nos obliga a indagarnos por los nuevos dispositivos clínicos, por los escenarios de nuestra intervención. No obstante, ¿qué hay de nuevo en las subjetividades, en los escenarios, en los dispositivos?

Me parece relevante aclarar que esta insistencia en revisar los modelos de intervención no consiste en una mera exaltación de la novedad. Se trata de una necesidad de reflexionar sobre una práctica situada, de visitar y revisar las escenas que construimos, que constituyen una ficción que hace una intervención posible. Por ende, es ineludible pensar los modelos desde la actualidad, es decir, en clave de época. Si concebimos al sujeto como el de hace treinta años pensamos en “viejo”, con propuestas terapéuticas obsoletas y fatalmente la intervención será malograda.

Por lo tanto, se hace necesario buscar modos de “hacer” que se diferencien de los “haceres” conocidos que repiten operatorias técnicas, que suprimen lo identitario y singular del sujeto, sobreponiendo carencia simbólica a la pobreza material, desprotección al desamparo, violencia a la violencia.

Es consabido que el consumo de sustancias psicoactivas genera celos, temores y prejuicios. Tales asociaciones se vinculan en gran medida con los primeros modelos clásicos recogidos y sistematizados por Helen Nowlis, a pedido de la UNESCO, en el conocido

texto “La verdad sobre la droga”. Son ellos, el modelo ético-jurídico, médico-sanitario, psicosocial y sociocultural. De los dos primeros se desdobra la estrategia abstencionista-prohibicionista, a la cual se contrapone la estrategia de reducción de riesgos y daños.

Las representaciones sociales promedio sobre esta problemática –producidas y reproducidas por la mayoría de los medios masivos de comunicación– asocian automáticamente el consumo con adicciones, ilegalidad, delincuencia y/o marginalidad, es decir, con el modelo ético-jurídico, o la relacionan con una enfermedad, tal como en el modelo médico-sanitario; 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 instalado en nuestra sociedad y, vale aclarar, no es exclusiva de la población, sino que también está enraizada entre muchos profesionales de la salud.

Por tanto, resulta imperioso deconstruir esas representaciones sociales en torno a las llamadas adicciones, al consumo y a los consumidores. Se trata de establecer “modos de hacer” que no acudan a etiquetas.

Comprender la complejidad de las presentaciones actuales revela la necesidad de cambiar el modelo de las prestaciones uniformes por aquél de las intervenciones según las necesidades, requiere de nuestra creatividad, del trabajo artesanal, es decir, atender la singularidad situada. En definitiva, dar respuesta implica pensar en las nuevas subjetividades y sus procesos, crear nuevos dispositivos que se sostengan en la imprevisibilidad de lo otro, del enigma inherente a la clínica, atender la singularidad.

***ES NECESARIO HABLAR DE “PRESENTACIONES COMPLEJAS” COMO UN DESAFÍO ABIERTO A NUEVAS IDEAS, A CREAR ESPACIOS DE INTERCAMBIO PARA SEGUIR PENSANDO, QUE POSIBILITEN INTERVENCIONES QUE INCLUYAN LA AJENIDAD RADICAL DE LO OTRO QUE SE IMPONE, QUE INTERPELA NUESTROS SABERES. EN ESO CONSISTE LA IDEA DE DESUSTANCIALIZAR LA CLÍNICA.***

En esa dirección, dejamos de hablar de “adicciones” o incluso de “consumos problemáticos” para alejarnos de la referida operatoria técnica o del discurso psicopatológico, para acercarnos a la dimensión política en el sentido de lazo social y en nuestro lugar como profesionales de la salud.

Entendemos que es necesario hablar de “presentaciones complejas” como un desafío abierto a nuevas ideas, a crear espacios de intercambio para seguir pensando, que posibiliten intervenciones que incluyan la ajenidad radical de lo otro que se impone, que interpela nuestros saberes. En eso consiste la idea de desustanciar la clínica.

En definitiva, se trata de concebir la intervención clínica como una instancia de construcción de nuevas preguntas, pero sobre todo como lugar de encuentro, como la implementación de dispositivos más abiertos, amigables, interdisciplinarios e intersectoriales. La finalidad es, en suma, desustanciar la clínica, escuchar más, posibilitar proyectos, realizaciones individuales y colectivas, y al mismo tiempo saber callar para dar la palabra para hacerle lugar. La palabra construye espacios para restablecer el tiempo, para simbolizar a partir de la creación de un relato que anude el cuerpo a cadenas significantes.