



Conferencia: El sujeto y el consumo. Adicciones y Terapia Ocupacional.

XV Jornada de la Residencia de Terapia Ocupacional. CABA, 7 de mayo de 2015

Presentation: The subject and consumption.
Addictions and Occupational Therapy.

Bárbara Goldestein | María Flavia Bordoni

Bárbara Goldestein

Terapista Ocupacional. Lic. en Psicología.
Jefa de Sección del Servicio 59 de Psicología Social y Programa de Pre-Alta, Hospital José T. Borda.
Posgrado de Políticas, Administración y Gestión en Sistemas de Salud Mental. Asociación de Psicólogos de Gobierno de la CABA.
barbaragol@hotmail.com

María Flavia Bordoni

Lic. en Terapia Ocupacional.
Terapista Ocupacional del Observatorio de Políticas Sociales. Dirección de la Red Integral de Protección Social, Ministerio de Desarrollo Social, GCBA.
mariafbordoni@gmail.com

Resumen:

El presente artículo retoma los contenidos de la conferencia que tuvo lugar en XV Jornada de la Residencia de Terapia Ocupacional, del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el día 7 de mayo de 2015. El objetivo planteado fue reflexionar sobre las adicciones en los escenarios clínicos y comunitarios en Terapia Ocupacional. Se consideró necesario realizar un recorrido sobre los conceptos de subjetividad y subjetividad adictiva, para luego diferenciar el consumo y la adicción como respuestas al malestar de la época. Por último se analizaron las herramientas y posibles abordajes desde nuestra disciplina, dentro de un marco de tratamiento interdisciplinario, con base comunitaria y desde una perspectiva del Modelo Psicosocial.

Palabras claves: Sujeto; Consumo; Adicciones; Terapia Ocupacional.

Abstract:

This article recaptures the contents of a presentation that took place at the XV Meeting of the Occupational Therapy Residency, organized by the Buenos Aires City Government on May 7, 2015. The goal was to consider the implications of addictions in the clinical and community spaces of Occupational Therapy. The article reviews the concepts of subjectivity and addictive subjectivity in order to differentiate consumption and addiction as possible answers to the discomfort of our current time. It concludes with the analysis of the available tools and possible approaches within our discipline, in the context of an interdisciplinary and community-based treatment with a psychosocial perspective.

Key words: Subject; Consumption; Addictions; Occupational Therapy.

Agradecemos la invitación a esta Jornada y la oportunidad de compartir con ustedes esta Conferencia. Les proponemos generar un espacio de intercambio sobre esta problemática actual.

La idea es reflexionar sobre la manera que nos interpelan las diferentes formas de este padecimiento. Queremos transmitir lo que hacemos en la clínica de las adicciones y su abordaje desde Terapia Ocupacional.

Se trata de un posicionamiento ético, resultado del trabajo compartido en espacios clínicos y comunitarios, en el ejercicio profesional y docente.

Para abordar la temática de las adicciones consideramos necesario poder situarnos en la época actual y sus determinantes. Para eso, resulta necesario ubicar las características de esta modalidad subjetiva y señalar cuáles son los factores que influyen en la proliferación de consumos problemáticos.

El ser humano cambia históricamente, la representación de sí mismo y de su realidad. Estas transformaciones impactan en el psiquismo humano y en su ordenamiento espacio-temporal del mundo. La subjetividad está determinada por variables históricas y características culturales en el marco de un sistema histórico-político.

Autores como Grajeda (2001) y Durán (2006) han entendido el concepto de subjetividad como el conjunto de percepciones, imágenes, sensaciones, actitudes, aspiraciones, memorias y sentimientos que impulsan y orientan el actuar de los individuos en la interacción permanente con la realidad.

Esta concepción es retomada y caracterizada como «una disposición interna que el sujeto ha construido de una forma personal y social, a partir de su interacción con el entorno inmediato y el entorno ampliado» (Mizkyla Lego, s/a, p 2).

Si tomamos los aportes de Ignacio Lewkowicz (1999) sobre la subjetividad adictiva, podemos considerar que la misma es socialmente instituida, los hombres disponen de una naturaleza situacional, producto de las condiciones sociales en que se desenvuelven.

La subjetividad como construcción psico-social es la consecuencia de prácticas sociales identificables y tipificadas que la producen (Lewkowicz, 1999).

Las drogas se presentan como respuestas disponibles de la época. El consumo y la adicción son maneras de responder al malestar subjetivo.

La subjetividad actual presenta condiciones que dan lugar al consumo como respuesta ante el sufrimiento. Cabe aclarar que *no todo* consumo debe pensarse como adictivo. Ambos, el consumo y la adicción, son maneras de responder al padecimiento humano.

Para ubicar esta diferencia, es necesario primero que veamos las características de esta subjetividad. Se ha producido un pasaje de la figura de ciudadano a la de consumidor que determinó un tipo de subjetividad con sus características y prácticas particulares. «Ser hoy un buen ciudadano es cumplir con los deberes del shopping game» (Dessal, 2013, nota Telam s/p).

La categoría de *consumidor* y sus derechos están garantizados en la Constitución Nacional desde la reforma que tuvo lugar en 1994 durante la Presidencia de Carlos Menem (artículos 42 y 43). Donde decía *ciudadanos* ahora dice *consumidores*. Se trata de un nuevo sujeto determinado por la lógica mercantil: el *consumidor*.

La función que tenía el Estado fue cediendo lugar y la lógica del Mercado fue ganando cada vez más protagonismo. Ha caído su función protectora y su lugar como garante de los derechos de los ciudadanos. Ya no opera como instancia de articulación simbólica y dadora de sentido a través de sus instituciones. Ahora el sentido es creado de manera cambiante y veloz por la Ley del Mercado.

«Todo puede adquirirse en el mercado», por el bistrú o de la mano de la ciencia y la tecnología. «Se multiplican las necesidades de la vida moderna y la oferta de objetos para la satisfacción siempre a mano» (Donghi y Vázquez, 2000, p.45) en un circuito imparabile y astuto.

En la actualidad no encontramos la proliferación de los valores o de los ideales sino de los medios económicos. Se produjo la caída de los ideales y el debilitamiento de la autoridad, no hay instancias claras que frenen o enmarquen ciertos excesos. En el ámbito familiar, el padre era el que mandaba, reglamentaba y mantenía un ordenamiento. Alguien sostenía la función de delimitar claramente lo que estaba permitido y lo que estaba prohibido. Actualmente esa instancia ordenadora que impedía algunas cosas y vehiculizaba otras, se encuentra debilitada. La función reguladora del Padre ha perdido efectividad y ya no es el único modo de ordenamiento social.

Actualmente se presenta un empuje a olvidar, los ideales ya no responden a la regulación fálica del Nombre del Padre. La sociedad está regida por un consumo masificado, por la lógica del vacío, de lo efímero, por la cultura mediática. Se trata de una sensación de vacío, de un escepticismo a ultranza (Lipovetsky, 1999).

La práctica del toxicómano es la paradigmática de nuestra época el desarraigo, la soledad, la ruptura, la fragmentación de lazos y redes sociales, la falta de contención y de pertenencia. La subjetividad de la época corre detrás de ese objeto de consumo para colmar su angustia, su incertidumbre, en un contexto marcado por la desigualdad y la exclusión. (Tarrab, 2000).

Se sostiene un mandato a desconocer los límites, a traspasarlos, un empuje a buscar siempre más: *lo ilimitado*. Actualmente se estimula el consumo de drogas y alcohol con la promesa de desinhibición, de euforia, de la pérdida de la vergüenza o de la tristeza.

Les proponemos ver juntos un video sobre el consumo del libro *La historia de las cosas*. Su autora es Annie Leonard del Fondo de Cultura Económica. Nos va a permitir ilustrar la idea que queremos transmitirles¹.

- ¿Qué nos muestra este video?

Annie Leonard nos explica que la economía neocapitalista actual exige que «hagamos del consumo nuestra forma de vida, que convirtamos las compras y el uso de bienes en rituales, que busquemos nuestra satisfacción espiritual, la satisfacción

de nuestro ego en el consumo. Se necesita que las cosas se consuman, se gasten, se reemplacen, se descarten a un ritmo de aceleración continua» (Leonard, 2010, p. 220).

Podemos ver en estas imágenes cada vez compramos más, tenemos más cosas pero menos tiempo para lo que realmente nos hace feliz: estar con los amigos, la familia, tener tiempo para hacer las cosas que nos gustan. (Leonard, 2010).

El objeto se impone desde la sobreoferta del Mercado, se goza *como el Mercado manda*. Si el sujeto responde a este mandato, se borra su singularidad y su lazo con los otros.

Nuestro valor ha cambiado, ahora depende de cuánto consumimos, cuánto contribuimos al engranaje que este sistema: «la flecha dorada del consumo» (Leonard, 2010, p. 225). Somos valiosos en la medida que podamos consumir el último objeto: el más nuevo. Estaremos en el sistema mientras no alteremos la dirección de esa flecha y podamos contribuir a ella.

Podemos pensar como ejemplo el creciente uso de psicofármacos en nuestra sociedad. Su uso cotidiano se presenta como una oferta para el confort de las personas, para administrar en forma personal las emociones, se trate de angustia, de apatía o de aburrimiento. La automedicación gana así lugar frente a la inquietud, la angustia y la inseguridad. Las drogas más recetadas en Occidente son las benzodiazepinas: *the happy pill*. Es notable el aumento que se produce año a año en su facturación.

El consumo de estos fármacos se masifica y generaliza cada vez más. Se trata de sustancias legales que son indicadas por un médico o difundidas de *boca en boca*. Se combinan al modo de un alquimista según su uso y su efecto: excitadores, estimulantes, ansiolíticos, sedantes, como también analgésicos. Para todo problema humano habría una respuesta química. La automedicación va ganando lugar frente a la inquietud, la angustia y la inseguridad. Se trata de una afección de nuestra época, una adicción socialmente aceptada o por lo menos *más tolerada*.

Podemos concebir a estas sustancias como prótesis farmacológicas que prometen una felicidad química universal, *muletas químicas* para poder vivir.

1 Video YouTube <https://www.youtube.com/watch?v=ykfp1WvVqAY>

Ya situada la subjetividad actual, es momento de caracterizar el consumo y poder determinar cuándo se presenta como consumo problemático.

En el *consumo* existe una variación sistemática de objetos. Cada nuevo objeto que el Mercado presenta se impone como necesario para alcanzar la felicidad. El acto de consumir se transforma así, en una forma de estar y pertenecer. Se separa de este modo los que consumen y alimentan a esa *flecha dorada* y los que son excluidos.

La subjetividad del consumidor está representada por la imagen que lo caracteriza. Se trata de consumidores solitarios que sostienen un lazo social a partir del intercambio de mercancías.

Hablamos de consumo problemático de drogas y/o alcohol cuando se trata de sujetos que padecen, cuando las drogas ocupan un lugar privilegiado en su economía psíquica, en una relación de dependencia. Se trata de un lugar y una función que es singular en cada caso. En esa relación el sujeto encontraría al menos, en un principio, una vía de alivio y satisfacción que no puede alcanzar por otros medios.

La subjetividad adictiva como tipo de subjetividad socialmente instituida, es la *realización plena* del sujeto consumidor. El adicto detiene la cadena y la variación sistemática de objetos en la búsqueda del *objeto totalmente satisfactorio*. Entorpece la rueda de la multiplicación mercantil (Lewkowicz, 1999), no contribuye a la *flecha dorada del consumo*. No se desplaza de un objeto a otro pues cree haber encontrado *el objeto* de la satisfacción absoluta y la fijación a este lo deja por fuera del mercado. La subjetividad adictiva por lo tanto, está determinada por las condiciones sociales y culturales que inscriben en el sujeto esta lógica del consumo.

Podemos pensar que en un principio las sustancias funcionan como una muleta donde el sujeto se asiste, le facilita su andar, pero en la medida que se instala su funcionalidad se torna indispensable para la persona, se vuelve así dependiente de su uso. Se anulan las demás áreas, intereses y funciones, se instala de manera hegemónica, como aquel objeto exclusivo y excluyente que se convierte en el eje de su vida. Podemos representar esta idea en las palabras de Fabián Naparstek (2004, nota web s/p) quien sostiene: «[...] la muleta que respondía a

los mandos de quien la lleva puesta empieza a caminar sola y lleva al sujeto a un infierno difícil de detener» (s/p).

Toda sustancia psicoactiva, tiene la capacidad de producir una transformación neurobiológica. Los efectos que produce en función de su uso tiene dos caras: la de remedio y la de veneno. Esta capacidad de transformación según su principio activo es lo que se denomina *Principio del Pharmakón*: la primera cara es la que otorga alivio a la persona, la segunda se relaciona con su composición tóxica.

En el ejemplo de la muleta, podemos ver cómo en un comienzo alivia al sujeto, remedia su padecer, lo ayuda a caminar, funciona como soporte y apoyo. Luego, esta función se revierte en veneno, como respuesta tóxica ante su malestar.

Después de este recorrido realizado podemos pensar cuál sería el abordaje desde Terapia Ocupacional de estos modos de presentación clínica y/o comunitaria.

La manera más usual de llegar a la consulta es por un límite que se presenta en el cuerpo o un límite marcado por los otros (familiares, del ámbito laboral o de su vida social).

En nuestra práctica profesional nos llegan pacientes con esta problemática en diversas presentaciones clínicas:

- En el campo de rehabilitación física por accidente en estado de intoxicación o como secuela del consumo prolongado y excesivo de una sustancia (Traumatismo Encéfalo Craneano, Accidente Cerebro Vascular, Lesión Medular, Polineuritis, entre otros).
- En el campo de la salud mental en situaciones de riesgo cierto o inminente y en tratamientos ambulatorios. Como terapeutas ocupacionales intervenimos en el abordaje de esta problemática considerada como montaje en un padecimiento psíquico.
- En el campo pediátrico en niños expuestos a agentes teratógenos, en bebés prematuros por el consumo de su madre. También en niños con discapacidad donde el proceso de tratamiento se ve obstaculizado porque sus cuidadores presentan consumo problemático de drogas y/o alcohol.
- En el campo gerontológico cuando nos encontramos con sujetos en los cuales se acentúa el consumo desde

su jubilación. Desde que dejan su rol como trabajadores cambia su rutina y la contención que su inserción laboral les aportaba.

- En el campo comunitario nos encontramos con esta problemática en personas en situación de vulnerabilidad psicosocial. Si pensamos por ejemplo a los sujetos que se encuentran en situación de calle, podemos ver que recurren al consumo de sustancias para soportar el frío, el desempleo, la situación de marginalidad a la que están expuestos.

La Organización Mundial de la Salud sostiene que el 23% de las discapacidades en la actualidad están relacionadas de algún modo con el abuso de sustancias.

Un primer acercamiento al sistema de salud no implica necesariamente un inicio del tratamiento. Será necesario que se produzca una caída de la certeza que la sustancia brindaba, la certeza de aliviar el padecimiento.

Entonces, ¿cómo podemos ayudar a estos sujetos desde Terapia Ocupacional? Resulta necesario reflexionar primero sobre el modo en que nos posicionamos ante esta problemática.

A partir de diciembre de 2010, con la Ley 26.657, cambia la perspectiva de las políticas de Salud Mental. La misma plantea como objetivo principal garantizar los derechos humanos. Propone implementar para los usuarios del sistema acciones de inclusión social, laboral y la promoción de autonomía. Sostiene que es necesario, en términos de complejidad y multideterminación, considerar el contexto singular de la persona.

La Ley remarca la importancia de abordajes interdisciplinarios e intersectoriales con base comunitaria. Desde esta perspectiva el Estado debe tener presencia en los barrios con información y con consejería específica para grupos concretos, garantizando los derechos de los usuarios y el acceso al sistema de salud.

Las adicciones comienzan a ser consideradas incumbencias propias del campo de la salud, como «[...] parte integrante de las políticas de salud mental» (art. 4 LNSM), con la inclusión de dispositivos basados en la estrategia de reducción de daños.

La Política de Reducción de Daños desarrolla una serie de medidas socio-sanitarias, individuales y colectivas, con el

objetivo de minimizar los efectos negativos asociados al uso de sustancias psicoactivas. Para ello dispone acciones de prevención sobre los factores de riesgo, con información y herramientas, para que los usuarios puedan mitigar los efectos físicos, psíquicos y sociales del consumo de drogas.

La Reducción de Daños propone trabajar con un umbral mínimo de exigencia de modo tal que la abstinencia no sea la condición necesaria para el inicio de un tratamiento. Valora el alcance de logros intermedios, la renuncia al consumo podrá ser algo a alcanzar a partir de la caída de la funcionalidad de la sustancia.

Es importante señalar que preexistía en nuestro país la Ley 23.737 de «Tenencia y tráfico de estupefacientes» (sancionada en 1989), que tipifica como delito la tenencia de droga para consumo personal. De esta manera el conjunto de la población que participe del uso de drogas queda expuesta a ser pasible de la aplicación de los criterios de persecución penal: detención, instrucción de una causa judicial y sanción penal.

En la mencionada ley se establecen alternativas a la sanción penal a través de medidas de seguridad curativas. Si el sujeto se declarara adicto, será sometido a un tratamiento obligatorio y compulsivo, padezca o no una adicción, quedando en suspenso la aplicación de la sanción penal.

Si el acto que se penaliza es la tenencia, se ubica a la droga como causa central y única de las adicciones. Todo vendría del lado de la droga y nada del lado del sujeto. Entonces, la simple tenencia convierte a quien la porta en un adicto. Esta ley instituyó prácticas asistenciales basadas en el modelo abstencionista exclusivamente.

La ley 26.657 pone en cuestión los enunciados anteriores y propone en su lugar prácticas que responden a un paradigma no tutelar. El **cuadro 1** representa los modos de conceptualizar el problema desde ambos marcos jurídicos.

Como se puede ver, la Ley 26.657 centraría la atención en el sujeto y su situación personal. Se concibe así que la persona presenta un padecimiento y la sustancia sería su respuesta ante ese malestar. EL abordaje buscaría comprender la red singular y social del paciente/usuario desde las condiciones sociales y culturales que la determinan.

CUADRO 1. COMPARATIVO DE LA LEY 26.657 Y LA LEY 23.737

LEY 23.737	LEY 26.657
<ul style="list-style-type: none"> • Abstinencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de Daño / Objetivos intermedios
<ul style="list-style-type: none"> • Foco en la Sustancia (consumo o abstinencia) 	<ul style="list-style-type: none"> • Foco en la subjetividad del Sujeto y la singularidad de cada caso
<ul style="list-style-type: none"> • Segregación / Estigmatización (Adicto/Delincuente) 	<ul style="list-style-type: none"> • Complejidad y multideterminación de la problemática/ Red Social Singular del Sujeto
<ul style="list-style-type: none"> • Relación Causal: Droga - Adicción 	<p>Sujeto → Sustancia Sufrimiento → Cancelación Padecimiento → Respuesta - Salida</p>

La Ley 23.737 no toma en cuenta las variables singulares y plantea un «para todos» que muchas veces no es posible de alcanzar en ese momento. Desde la Ley 26657, si la persona no puede dejar de consumir aún, se intenta la prevención de riesgos o daños y la adquisición de hábitos más saludables. Se plantean objetivos intermedios como metas alcanzables para la persona.

Si tenemos en cuenta los enunciados del juramento hipocrático, podemos ver que en dos de ellos sostiene: *me abstendré de toda acción dañosa para el paciente y seguiré el método de tratamiento que parezca mejor para su beneficio. ¿Qué nos permiten pensar estos enunciados? Desde Terapia Ocupacional es importante sostener prácticas inclusivas que den lugar a algún tratamiento posible. Si el umbral de exigencia resultara muy elevado anularíamos la posibilidad de alojar al paciente.*

El requisito de abstinencia como criterio de admisión y permanencia en un tratamiento no da lugar a sostener prácticas inclusivas. Se contradice con el enunciado de priorizar el beneficio del paciente, pues se espera de él que se adapte al tratamiento y no que el tratamiento se adapte a las posibilidades que tiene.

Desde Terapia Ocupacional acompañamos el proceso de reconstrucción de su red social de apoyo y su reinserción socio-laboral. [...] «Enfrentarse a la exclusión social significa tra-

bajar por una sociedad inclusiva, por ejemplo, por la justicia social» (Kronenberg, 2006, p.94). «Como articuladores sociales², los terapeutas ocupacionales, deben contribuir al fortalecimiento de los vínculos familiares y comunitarios ya que un abordaje inclusivo significa desarrollar el sentido de conexión y pertenencia de esta población» (Kronenberg, 2006, p.94).

Tomamos en cuenta la singularidad del sujeto, determinada por la impronta cultural y los medios de producción de la sociedad en la cual se encuentra inserto, para acompañarlo en su proyecto de vida (Kronenberg, 2006). Consideramos su historia de vida, sus lazos sociales y damos lugar a revisar las actividades que se fueron interrumpiendo con el consumo. Durante este proceso indagamos sobre sus intereses y dificult-

2 La práctica de T.O. depende de la realidad histórico-social en la cual se van a centrar los esfuerzos. Es por ello menester evaluar las necesidades y redes de apoyo a nivel local que permitan fomentar iniciativas que no se circunscriban únicamente a la realidad de un sujeto en particular. El fin último en el campo social debe ser el trabajo en red de modo que varios actores de la comunidad se involucren en la acciones. Es por ello que se postula el trabajo del T.O. como articulador social ya que debe interactuar con todos los niveles del ámbito social que conforman la red en la cual realiza su intervención. Como postula Sandra Galheigo (1999), trabajar con sujetos en situación de vulnerabilidad implica abordar vidas cotidianas en un entramado de redes frágiles para fortalecer y empoderar las capacidades tanto individuales como colectivas.

tades. Brindamos herramientas para trabajar sobre inhibiciones y frustraciones en el marco de la actividad. La actividad se presenta como un espacio de encuentro con otro, de interacción con personas y objetos. Esa interacción le implica al sujeto una demanda, en contraposición a lo que ocurre cuando consume: la sustancia *no le hace preguntas, no lo interpela*, está allí *lista* para producir su efecto.

Consideramos para esta problemática que los emprendimientos sociales³ son dispositivos privilegiados para el afianzamiento de lazos sociales y el reencuentro con sus propias capacidades y habilidades laborales. Los proyectos de inserción laboral asistida o empleo con apoyo⁴ podrían ser indicados para sostener la inserción laboral luego de su recorrido por un emprendimiento.

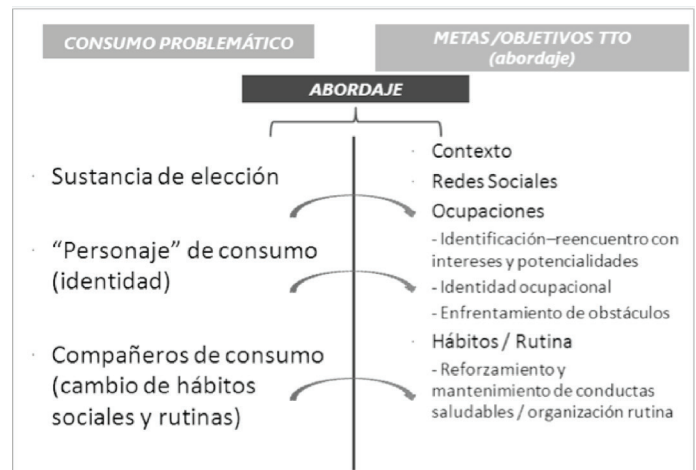
Desde nuestra disciplina sostenemos un espacio de contención y sostén mutuo. La persona en ese *ir y venir* en el consumo puede encontrar otros apoyos, otras *muletas* disponibles que lo ayuden a sostenerse.

En el tratamiento se van instituyendo otras referencias que funcionen como agentes de demora respecto al consumo para abrir su abanico social y de acción. Como ejemplo, se suele escuchar en los tratamientos: «primero lo hablo en el grupo», «cuando vea a tal terapeuta le cuento». De esta manera se empieza a dar lugar a *otros* en esa relación que era exclusiva entre la persona y la sustancia.

3 Los Emprendimientos Sociales son efectores del Sistema de Salud Mental, considerados en sí mismos una estrategia comunitaria «tendiente a la promoción de la salud e integración socio-laboral de los receptores del sistema de Salud Mental que se encuentran en situación de vulnerabilidad psicosocial y carecen de un empleo, en forma articulada con integrantes de la comunidad», tal como lo expresa la Res. 893/ 2007. Dichos objetivos se llevan a cabo a través de la capacitación en tareas durante la producción y comercialización de bienes y/o servicios, con un valor y estándar de calidad similar a cualquier empresa de la misma área.

4 La Inserción Laboral Asistida o Empleo con Apoyo son estrategias de intervención individualizadas, centradas en la persona con el fin de promocionar, insertar y/o sostener un empleo en el mercado laboral competitivo. Estas intervenciones se brindan cuando los sujetos necesitan un apoyo continuado, puntual o intermitente para desarrollar una actividad laboral. La intensidad y duración del servicio será aquella que requiera el trabajador para sostener el lugar de trabajo.

ESQUEMA 1. Esquema de elementos que conforman el proceso de tratamiento.



La idea del presente esquema es representar diferentes elementos del tratamiento en Terapia Ocupacional. Como vemos, en este proceso la persona pasaría de la elección de una sustancia a encontrarse con actividades, con otras personas. Podría reconocer intereses propios con los cuales identificarse, empezar a desprenderse de esa identidad de *adicto* hacia una nueva identidad ocupacional.

Esto daría lugar a un reposicionamiento subjetivo de la persona que la habilitaría en la asunción y reasunción de roles. Podrá ir estableciendo rutinas y hábitos diferentes a los que sostenía con sus compañeros de consumo.

Elegimos para cerrar este encuentro una frase de la Asociación de Reducción de Daños Argentina (ARDA) que dice: «la estigmatización y el prejuicio hace más daño que las drogas mismas». Esta frase nos permite pensar que la estigmatización y el prejuicio no hacen más que dejar afuera las condiciones de este problema humano. Proponemos no responder desde los prejuicios reduciendo el problema a *la droga*.

Consideramos que la Terapia Ocupacional cuenta con herramientas relevantes para el tratamiento de esta problemática. Permite fortalecer los lazos sociales desde una perspectiva de derechos, para posibilitar un rol diferente al de *adicto* en la vida comunitaria de esa persona.

Es necesario entonces que *desintoxiquemos* nuestro pensamiento, que no actuemos desde el prejuicio, que subjetivemos el problema. En definitiva, correr la mirada exclusiva sobre las sustancias para llegar a la persona.

Muchas gracias por este espacio compartido y esperamos tener nuevos encuentros de reflexión e intercambio sobre esta problemática. ■

[Recibido: 2/06/2015 - Aceptado: 21/07/2015]

Referencias bibliográficas

- Dessal, G. (2013). *La videocámara más difícil de desinstalar es la que se nos ha metido dentro*. Nota TELAM. Recuperado de: <http://www.telam.com.ar/notas/201309/33203-la-videocamara-mas-dificil-de-desinstalar-es-la-que-se-nos-ha-metido-dentro.html>.
- Donghi, A y Vázquez, L. (2000). *Adicciones: Una clínica de la cultura y su malestar*. JVE Ediciones.
- Galheigo, S. M. (1999). Repensando o lugar do social: a constituição de um campo de conhecimento em terapia ocupacional. En: *Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional*, 6., Águas de Lindóia, SP. Programas e resumos. Águas de Lindóia, 1999. p.24.
- Kronenberg, F., Simó Algado, S., Pollard, N. (2006) *Terapia Ocupacional sin fronteras. Aprendiendo del espíritu de los supervivientes*. Editorial Médica Panamericana.
- Leonard, A. (2010). *La historia de las cosas*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.
- Ley 23.737 Modificación al Código Penal – Narcotráfico 1989.
- Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657. Decreto Reglamentario 603/2013.
- Lewkowicz, Ignacio (1999). Subjetividad adictiva: un tipo psicosocial instituido. Condiciones históricas de posibilidad. En Dobon, Juan y Hurtado, Gustavo (compiladores) *Las drogas en el siglo... ¿qué viene?...?*, Ediciones FAC, Buenos Aires. Págs. 91 a 107.
- Lipovetsky, G. (1986) “La era del vacío”, Ensayos sobre el individualismo contemporáneo. Editorial Anagrama. Barcelona.
- Marguerite, D. (1998). *La Vida Material*. Barcelona: Plaza y Janes Editores, S.A.
- Lego, M. (2013). La construcción de la subjetividad. Captel. Educación a distancia. Recuperado de: http://www.captel.com.ar/down-loads/1304073013_construccion%20de%20la%20subjetividad_mizkyla%20lego.pdf
- Naparstek, F. (2004). La droga en la cultura de hoy y de ayer. Artículo con contenidos de clase dictada por el autor en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <http://letraurbana.com/articulos/la-droga-en-la-cultura-de-hoy-y-de-ayer/>
- Tarrab, M. (2000). Las salidas de la Toxicomanía. En *Más allá de las drogas*. Ed. Plural.
- Verdicchio O., V. C. (1995). Goce y Modernidad III. *La clínica de Jaques Lacan en un centro para toxicómanos y alcohólicos*. Buenos Aires, Argentina: Atuel T y A.

Como citar esta conferencia:

Goldstein, B., Bordoni, M. F. (2015). Conferencia: El sujeto y el consumo. Adicciones y Terapia Ocupacional. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 1 (1) 39-46. Recuperado de <http://www.revista.terapia-ocupacional.org.ar/descargas/conferencia.pdf>