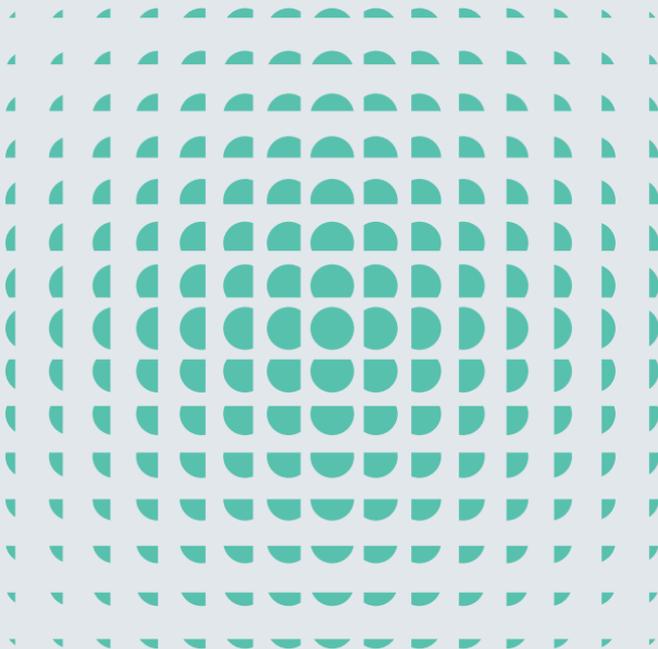


Dispositivos de intervención clínica



1º JORNADA DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES





**Ministerio de
Salud**
Presidencia de la Nación

Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales



Hospital Nacional en Red
Especializado en salud mental y adicciones,
EXCENARES

Dispositivos de intervención clínica



1ª JORNADA DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

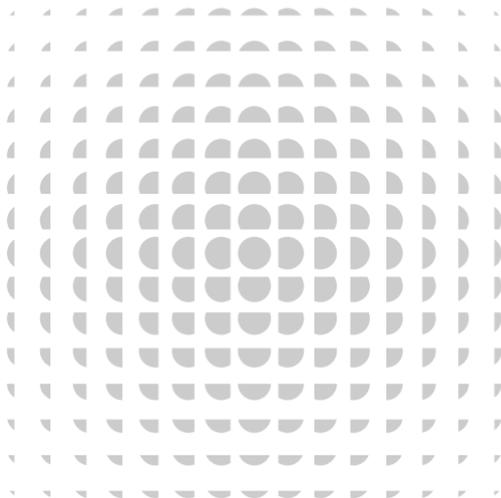
DIRECTORA DE EDICIONES LICENCIADA LAURA BONAPARTE:

Edith Benedetti

Dispositivos de intervención clínica



1º JORNADA DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES



1° Jornada de salud mental y adicciones. Dispositivos de intervención clínica/VV.AA.; edición a cargo de Mariana Cantarelli y Mariana Camilo de Oliveira; con prólogo de Edith Benedetti. - 1a ed. 1a reimp. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte, 2014.

288 p. 21x13,5 cm.

ISBN 978-987-45365-1-8

1. Salud Mental. 2. Adicciones. I. Abad, Sebastián.

II. Benedetti, Edith, prolog.

CDD 362.2

Serie Jornadas y congresos

© Ediciones Licenciada Laura Bonaparte

Combate de los Pozos 2133

C1245AAS, Ciudad Autónoma

de Buenos Aires, Argentina.

editorial@cenareso.gov.ar

<http://www.cenareso.gov.ar/>

Ediciones Licenciada Laura Bonaparte:

Directora de la editorial: Edith Benedetti

Coordinadoras académicas de la editorial:

Mariana Cantarelli y Mariana Camilo de Oliveira

Editoras responsables del volumen:

Mariana Cantarelli y Mariana Camilo de Oliveira

Coordinadora de la edición: Ana Kuschnir

Diseñador: Leonardo Ferraro

Diagramadora: Silvana Ferraro

Correctoras: Rosario González Sola

y Roberta Zucchello

Hecho el depósito que establece la Ley 11.723.

Libro de edición argentina.

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

Autoridades

MINISTRO DE SALUD DE LA NACIÓN

Dr. Juan Luis Manzur

SECRETARIO DE POLÍTICAS, REGULACIÓN E INSTITUTOS

Dr. Gabriel Yedlin

SUBSECRETARIO DE GESTIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES

Dr. Carlos Devani

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

INTERVENTORA GENERAL

Lic. Edith Benedetti

INTERVENTOR DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO,
FINANCIERO Y SERVICIOS GENERALES

Cdor. Pablo Cuadros

Índice

- 13 Prólogo, por Edith Benedetti
- 15 Presentación general de la *1° Jornada de salud mental y adicciones. Dispositivos de intervención clínica*, por Edith Benedetti

I. ESTADO Y POLÍTICAS SANITARIAS

- 21 Malestar en el Estado,
por Sebastián Abad y Mariana Cantarelli

II. DISPOSITIVOS DE INTERVENCIÓN CLÍNICA EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

- 33 **1. Dispositivos clínicos de primer nivel de atención en salud mental**
- 35 Atención de situaciones complejas en territorio.
Cuando la cama no está en el hospital, por Vanina Paula Catalán,
Laura Daniela Cittadini Carrera y Pablo Andrés Coronel
- 49 Atención primaria de la salud mental. Un posicionamiento político-epistémico, por Paula Gabriela Cabanchik

- 59 Una mirada sobre nuestras propias miradas. Recorte de una experiencia interdisciplinaria en territorio, por Mariana Bermejo
- 67 Reflexiones en torno a la demanda en una experiencia de Atención Primaria de la Salud (APS), por María Lorena Battán Carabajal
- 77 **2. Dispositivos clínicos de atención a la demanda espontánea**
- 79 Primer acercamiento a la institución: un nuevo modelo para la intervención hospitalaria, por Nadia Jausken, Laura Lombardi, Rocío Mabilia Garófalo y Andrea Moyano
- 88 La demanda espontánea como paso a la inclusión, por Soledad Bordalecou, Martín Bruni, María Cecilia Elia, Patricia Fridman, Gabriela Galland, Silvana Gargiulo, Gabriel Hagman, Natalia Lamothe, Alejandra Maula y Teresa Romina Saeg
- 103 **3. Dispositivos clínicos de tratamiento ambulatorio**
- 105 La intervención social en un Hospital de Día especializado en adicciones: «de cuando la droga es lo de menos», por Florencia Cohen Arazi
- 116 Y además de la droga, ¿qué? Algunas reflexiones en torno a un tratamiento en dispositivo Hospital de Día, por Alejandra Doallo
- 126 Dispositivos de umbral mínimo de exigencia: un giro conceptual, por Silvia Quevedo

- 133 Dispositivos de abordaje extramuros con personas en situación de calle y en escenarios de consumo, por Beatriz Baldelli, Eduardo Bogliano y Silvia Ghiselli
- 142 Alcohol: ¿a su salud? Nuevas perspectivas, por Haydee Gloria Cimino
- 146 Recuperar lo perdido, por Ignacio Peleretegui
- 157 **4. Dispositivos clínicos de urgencia**
- 159 No hay vida sin ella, por Carolina Alcuaz, Pablo Fabrykant, Roxana Piediferri, Leticia Storino y Sara Szeinman
- 165 La intervención en la frontera, por Sergio Berkowsky y Andrés Rodríguez Evans
- 173 La interurgencia, por Mariana Agosta, Laura Beatriz Castro y Meital Felder
- 182 ¿... y Candela? Abordaje diagnóstico en la urgencia, por Mariana Bermejo, Paula Piñero y Alejandra Pozzer
- 190 Síndrome confusional agudo en una Guardia Interdisciplinaria, por María Lorena Battán Carabajal, Analía del Valle Moreno y Carlos Ariel Morales
- 199 Trabajo social en un Servicio de Urgencia. Internación breve en situación de episodio agudo, por Roxana Piediferri
- 211 **5. Dispositivos clínicos de internación**
- 213 Aspectos legales de la urgencia y articulación con las prácticas en los Servicios de Internación, por Mariano Gustavo Rey y Silvia Rodríguez

- 222 El tratamiento de la demanda, por Rubén Bernardo Ghía
- 234 ¿Todos adictos o todos deprimidos?, por Marcelo Olmedo
- 245 Una madre y dos paradigmas, por Paula Costa, Paula Molina y Vedia, Patricia Pierri y Silvia Rodríguez
- 257 **6. Nuevos dispositivos de intervención clínica**
- 259 De camino a casa. Nuevos dispositivos de intervención clínica extramuros: la *Casa Amigable*, la *Casa de Medio Camino* y el *Programa Vuelta a Casa* en el marco de la (re)construcción del lazo social, por Edith Benedetti y Diego Medolla
- 269 Acerca de los autores
- 279 Sobre el sello Ediciones Licenciada Laura Bonaparte, por Edith Benedetti

Prólogo

Edith Benedetti

El volumen inaugural de la Serie Jornadas y congresos reúne las comunicaciones presentadas en la *1º Jornada de salud mental y adicciones*, organizada el 8 de octubre de 2013 por el Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). En esta ocasión la invitación estuvo dirigida a los profesionales de la casa, y entre ellos incluimos a los miembros de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental, creada en 2013. Para esta convocatoria, el eje problemático seleccionado fueron los dispositivos clínicos de intervención (Atención Primaria de la Salud, Atención a la Demanda Espontánea, tratamientos ambulatorios, urgencia, internación y dispositivos de externación), que se distribuyen en los tres niveles de atención en salud mental.

En la mayoría de los casos, las comunicaciones se refieren a los dispositivos vinculados con el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) pero, en relación con los tratamientos ambulatorios, los profesionales del hospital escribieron también sobre sus experiencias en otras instituciones sanitarias. Ahora bien, la pregunta por la intervención clínica está atravesada –en todas las comunicaciones– por el problema de la equidad y la accesibilidad al sistema de salud, que si bien es una interrogación que vale para la salud pública en general, merece un lugar especial cuando hablamos de salud mental y adicciones.

Por otro lado, la publicación de estos trabajos no se reduce a la edición del material de la jornada, sino que pretende ser un espacio institucional de interpelación a las prácticas del hospital, destinado a pensar y escribir sobre las prácticas institucionales y asistenciales.

En este sentido y por diversas razones que no es oportuno desarrollar en este prólogo, el pensamiento sobre el Estado, el hospital, la salud mental y la ley suele estar asociado (casi exclusivamente) con determinadas instituciones, por ejemplo, la universidad. No hay dudas de que la universidad es una productora de conocimiento, pero también lo es el hospital. Así pensado, esta editorial pretende ser una herramienta para el registro y la difusión del pensamiento producido en estas condiciones institucionales.

Suele decirse que la alta complejidad en salud mental es fundamentalmente formación de recursos humanos. Asimismo, la legislación y las políticas sanitarias nacionales actuales prescriben esta tarea. Si alguna vez se dijo que *gobernar es poblar*, aquí sería oportuno decir que *gobernar también es formar*. Y gobernar/formar, en nuestras condiciones político-institucionales, implica producir los recursos humanos necesarios para implementar políticas sanitarias accesibles e inclusivas en salud mental. En este sentido, la profundización de este tipo de política requiere trabajar en esta dirección, y el presente volumen busca ser un aporte en ese campo.

Como última cuestión, quiero agradecer a todos los que participaron en la creación del sello Ediciones Licenciada Laura Bonaparte y en la elaboración de esta publicación. Muy especialmente quiero agradecer a los profesionales del hospital que, con entusiasmo y seriedad, escribieron para este volumen.

Presentación general de la 1° Jornada de salud mental y adicciones. Dispositivos de intervención clínica

Edith Benedetti

La 1° Jornada de salud mental y adicciones. *Dispositivos de intervención clínica*, realizada el 8 de octubre de 2013 en el Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo), es una estación de un recorrido que comienza con la intervención del hospital en noviembre de 2012 y continúa con la implementación del *Plan Estratégico (2013-2015)*, tanto a nivel del modelo de intervención clínica como de gestión. En este marco, el objetivo de la jornada fue construir un espacio institucional de reflexión académica sobre los dispositivos de intervención clínica desarrollados durante el último año en el hospital.

No hay que perder de vista que este proceso de transformación forma parte de un conjunto de cambios de diversa índole. Por ejemplo, la sigla CeNaReSo (Centro Nacional de Reeducción Social) expresa un modo de entender la problemática de las adicciones en clave de reeducación social, lo cual es contrario a las Leyes Nacionales de Salud Mental y Derechos del Paciente. Se trata de dos formas de entender lo epistémico y lo político. Mientras una hace eje en la reeducación del sujeto, la otra piensa desde el hospital, el padecimiento mental del sujeto y el tratamiento de la salud. En este sentido, la implementación de estas leyes nos enfrenta, como decisores y agentes de políticas públicas sanitarias, con grandes desafíos y responsabilidades que requieren considerar múltiples cuestiones: qué implica pensar un sujeto como sujeto de derechos; qué es un hospital público hoy, o tal vez cómo debería ser; qué decimos cuando decimos «salud pública»; qué es una intervención en salud pública

en una época como la nuestra; qué tipo de prestación debe brindar un hospital público; qué exige considerar a nivel de la intervención clínica a un sujeto en su dimensión social, histórica y singular, etc.

Pensar estos desafíos no es una tarea individual sino colectiva que, por otra parte, es fuente de vida institucional. La implementación de la nueva legislación en salud mental requiere deconstruir las prácticas clínicas e institucionales manicomiales y asilares existentes, y su noción de reeducación. Pero también, imaginar nuevas prácticas clínicas e institucionales que no se pueden desentender ni de los cambios epocales, sociales y culturales que impactan en la subjetividad ni de la singularidad de cada sujeto.

Ahora bien, las preguntas sobre la accesibilidad, la calidad y la equidad en el sistema sanitario que recorren este volumen —formuladas desde un hospital público nacional— están ligadas necesariamente con una perspectiva epistémica, pero también política. Sin ir muy lejos, cuando hablamos de la salud en tanto que derecho, necesariamente hablamos del Estado como garante de derechos y efector de políticas públicas. Se trata, en definitiva, de una visión del Estado como centro de la vida social.

Si nuestra aspiración es construir un sistema sanitario más accesible, de calidad y equitativo, es necesario seguir trabajando. El pensamiento clínico e institucional forma parte de ese trabajo que, por otra parte, es necesario destacar que fue posible en el marco de una institución estatal. Si bien todavía hay mucho por hacer y pensar, este volumen nos permitió revisar algo de esa tarea maravillosa e interminable que todavía tenemos por delante.

I. ESTADO Y POLÍTICAS SANITARIAS

A lo largo de este libro, que reúne las comunicaciones presentadas en la *1° Jornada de salud mental y adicciones* del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo), se abordan diferentes dispositivos clínicos: ése fue el eje de la jornada y de este libro. Ahora bien, no hay que perder de vista que éstos son dispositivos clínicos que se desarrollan en instituciones estatales. Pensar esos dispositivos también implica pensar esa dimensión político-institucional que los condiciona, afecta y constituye. El trabajo que integra este apartado hace eje en el problema de la ocupación del Estado y las subjetividades estatales.

Malestar en el Estado

Sebastián Abad y Mariana Cantarelli

Nos interesaría presentar un argumento sobre el malestar en el Estado. Quisiéramos explorar la siguiente idea: hasta qué punto el malestar está conectado con el habitar, o –si se quiere– determinado o sobredeterminado por él. Les pedimos para ello a los psicoanalistas aquí presentes que nos permitan cuestionar un poco la idea que Freud presentó hace 83 años. Lo que buscamos no es criticarlo, sino sólo poner en duda que su conjetura sea la única forma, o la forma dominante, que adquiere el malestar en el Estado.

Suponemos que la forma de abordar nuestro tema, ya sea bajo el lema de la escasez de recursos, ya sea a partir de la idea de pérdida, olvido u ocultamiento de modos de vinculación social antiguos que, por efecto de cierta idealización, denominamos «valores», es estéril. El primer abordaje desemboca en un argumento económico, en cierto sentido, técnico. Podríamos formularlo así: si tengo más x , y o z , suprimo el malestar; si sé x , y o z , suprimo el malestar. El segundo dice: si retorno a lo que fui o bien me transformo por completo y transformo a los demás, suprimo el malestar. Bajo esta formulación maximalista, como se podrá ver, se cobijan muchas posibilidades: el moralismo, la revolución permanente, etc. Ambos abordajes son muy poco realistas porque nunca vamos a tener todo lo que necesitamos y difícilmente cambiemos demasiado.

Preferimos, tal vez por costumbre, enmarcar el problema como un asunto político-institucional, como un nudo donde concurren recursos y representaciones morales, pero también actores, una tarea (sea pesada o ligera) y un proyecto (más o menos claro, más o

menos estimulante). Al mismo tiempo, aun corriendo el riesgo de ser inespecíficos y sabiendo que estamos hablando frente a agentes sanitarios, nos gustaría poner a prueba la hipótesis del malestar en el habitar como si fuera válida para el espacio estatal en general. Así, el problema del malestar se reformularía. No se trata ya del malestar en la cultura, sino en el Estado. La pregunta es ahora qué significa «habitar el Estado».

Vayamos primero a Freud. El malestar Freud reside en una vinculación hiperintensa o, mejor dicho, en un lazo cuya condición de posibilidad y conservación está estrechamente ligada a las instituciones modernas. Como en ellas sólo una *rara avis* se atreve a ser espíritu libre, la mayoría siente el peso de las reglas de la familia, de la escuela, del servicio militar, etc. Lo demás es, como dice el poeta, tierra baldía. Justamente aquí está el espíritu libre, que no sufre a causa de la institución, sino de la soledad. En resumen: la modernidad inventó instituciones que realizan una marcación vehemente y es esta época la que Freud pensó en sus reflexiones sobre el malestar: una época de estatalidad poderosa y de mandatos duros. En el último capítulo de *El malestar en la cultura* se lee:

«El superyó cultural ha formado su ideal y presenta sus exigencias. Entre estas últimas se comprenden bajo el nombre de *ética* aquellas que afectan a las relaciones de los hombres entre sí. Siempre se ha concedido un gran valor a esta ética, como si se esperara que de ella resultaran logros especialmente importantes [...] Cabe concebir entonces la ética como una tentativa terapéutica, como el esfuerzo de alcanzar mediante un mandato del superyó lo que no se ha podido alcanzar mediante otras formas de trabajo cultural» (Freud, 2000, p. 267, nuestra traducción).¹

1. «Das Kultur-Über-Ich hat seine Ideal ausgebildet und erhebt seine Forderungen. Unter den letzteren werden die, welche die Beziehungen der Menschen zueinander betreffen, als Ethik zusammengefasst. Zu allen Zeiten wurde auf diese Ethik der größte Wert gelegt, als ob man gerade von ihr besonders wichtige Leistungen

Sumemos ahora al malestar Freud el malestar contemporáneo. ¿En qué consiste? Podríamos caracterizarlo como el envés o contracara del malestar moderno y decimonónico. Parte del malestar contemporáneo puede ser pensado a partir de la *desvinculación*. Si recordamos que *vinculum* significa «cadena», «atadura» o «lazo», bien podríamos decir que no sólo las cadenas, sino también la ausencia de lazos producen sufrimiento. La desvinculación es una experiencia ligada a la dispersión del lazo social, a la soledad por hiperconexión, a la inacción por desarticulación. Decía el gran Schopenhauer que el puercoespín es un símil del hombre, pues ese bicho necesita cercanía para no pasar frío, pero también distancia para no ser pinchado. Retomemos esta imagen para recordar que la predominancia de un tipo de malestar no suprime al otro: ambos pueden ser hasta tal punto solidarios, que acaso no distingamos uno del otro cuando se nos presentan en la cotidianidad de las instituciones.

Pongamos a prueba nuestras conjeturas sobre los malestares. ¿Cómo es nuestro malestar hospitalario? ¿Cómo es el malestar en general en el espacio estatal? Bien podríamos decir que contiene una combinación compleja, heterogénea y variable de las dos formas que describimos en apretada síntesis: el malestar Freud y el malestar contemporáneo. Y si tomamos en cuenta el crecimiento exponencial de las diversas tecnologías de la comunicación y el avance a escala global del capitalismo financiero y sus crisis recurrentes de financiamiento, es muy probable incluso que el malestar postfreudiano pase a primer plano.

Abordar el malestar constituye una experiencia de aprendizaje. El pensamiento de ese aprendizaje (no la moral ni la técnica, no la autoestima ni el *coaching*), el pensamiento del malestar institucional es la ética. La ética es pensamiento del malestar porque es pensamiento del habitar. Esto significa que estar en un lugar institucional

erwartete [...]. Die Ethik ist also als ein therapeutischer Versuch aufzufassen, als Bemühung, durch ein Gebot des Über-Ichs zu erreichen, was bisher durch sonstige Kulturarbeit nicht zu erreichen war» (Freud, 2000, p. 267).

de forma activa no es un dato natural, sino un problema que la institución plantea al sujeto. Como habrán advertido, usamos el término «ética» en un sentido distinto al que usa Freud. Al contrario de la definición freudiana, que hoy llamaríamos *moralina*, lo ético puede ser, creemos, un espacio de invención y construcción político-institucional. Si tengo un problema ético, no sé todo ni –por definición– puedo saber todo. Y si llegara a saber mucho, ese saber me serviría de poco.

¿De qué hablamos cuando hablamos de ética? No nos referimos, desde luego, a una lista de «valores», a un catecismo, a un manual de procedimientos o a un código. Más bien estamos pensando en un campo problemático específico: cómo se habita un espacio (por ejemplo: una institución, un vínculo, un territorio, una nación, etc.). Y podría decirse que habitar un espacio, cuidar un espacio institucional, es posible cuando se crea una forma subjetiva acorde con él. O dicho de otro modo: se cuida y habita un espacio cuando una subjetividad puede producir un sentido en él, y logra que el malestar no sea la forma dominante de su práctica.

Sin embargo, desde el punto de vista del pensamiento ético así definido, presentar un malestar es el primer paso para construir un problema. Porque uno no se encuentra con un problema como quien se cita con un amigo o se topa con un muro. Un problema es la formulación no técnica ni moralista de un malestar institucional. ¿A qué problema nos remitirían hoy nuestros malestares institucionales? Si tuviéramos que resumirlo en una formulación, si se nos permitiera un enunciado esquemático y un poco simplificador del problema que nos interesa, diríamos: *nos resulta muy difícil ocupar, es decir: habitar, significativamente el espacio estatal como sede de nuestra tarea cotidiana*. ¿Por qué nos resulta tan difícil? Nuestra conjetura es que existe un desajuste entre el espacio institucional y la subjetividad que lo habita. Para abordar ese desajuste no alcanza con tener una teoría o una opinión sobre lo que es «en verdad» el Estado. Lo que «en verdad» importa es el trabajo sobre aquellas hipótesis prácticas que afirmamos –lo sepamos o no– en nuestro trajín diario. Estas hipótesis, que la

sociedad como conjunto elabora, son un saber espontáneo que los agentes estatales portan. Algunos llaman a este saber *sentido común*. ¿Qué sucede si ese saber desprecia o rechaza el espacio estatal y, más allá de nuestra buena voluntad, no tenemos las herramientas para desarmarlo? ¿Qué pasa si los materiales con que nos pensamos para estar en el Estado hacen de éste, a priori, un lugar ignominioso? En ese caso, aunque tengamos hermosas teorías u opiniones sobre el Estado y su función reparadora, es harto difícil que podamos habitar las prácticas estatales cotidianas. He aquí el ejemplo extremo de desajuste entre subjetividad y espacio institucional.

Sin embargo, en este punto se podría objetar que cualquier espacio exige que los sujetos que lo han de ocupar desplieguen prácticas inventivas. Esto es así por dos razones. En primer lugar, porque ningún espacio institucional se halla en armonía preestablecida con los sujetos que lo habitan. En segundo lugar, porque no hay una receta para habitar, ni espacios institucionales que contengan las estrategias para que los ocupemos. Si lo que decimos es correcto, no nos importa aquí principalmente que haya una diferencia o desajuste entre el sujeto y el espacio a habitar, ya que este desajuste es constitutivo. Se trata más bien de determinar de qué clase de desajuste se trata y hasta qué punto es productivo. Si planteamos las cosas de esta manera, es que ya hemos ingresado de lleno en el terreno de la lectura y el análisis institucionales. Nuestro interrogante adquiere pues la forma de un ejercicio práctico que debería poder conectar la lectura del pasado con la posibilidad de un proyecto. Si bien la operación es unitaria, cabría distinguir dos momentos:

- a. En un primer momento, examinamos el vínculo histórico o relación social que nos precede. Los términos de esta relación son los agentes estatales y el espacio estatal (es decir, se trata de ver cómo fue leído y percibido el espacio estatal por los agentes estatales en particular y el sentido común de la sociedad en general).
- b. En un segundo momento, conectamos el efecto de esas marcas en nosotros con las posibilidades *actuales* de construcción po-

lítico-institucional (es decir, se trata de leer el espacio estatal a partir de esas marcas, pero justamente para ir más allá de ellas).

En el primer momento, entonces, pensamos lo que han hecho de nosotros (en este caso particular: lo que hemos heredado como vínculo con el espacio estatal). En el segundo, lo que vamos a hacer con lo que han hecho de nosotros (en este caso particular: cómo vamos a abordar una construcción político-institucional en nuestras condiciones).

a. Vayamos al primer momento: lo que hicieron de nosotros. Si nos concentramos en las razones del desajuste que supimos conseguir como agentes del Estado, podríamos discutir muchísimo. Incluso estaríamos en condiciones de justificar exhaustivamente a partir de ese pasado lo que no podemos hacer en el presente. Como ninguna de ambas cosas parece ser una buena idea, hagamos una vez más un apretado resumen para colocar la lectura del pasado al servicio de la acción en el presente. Si tomamos la dictadura del 76 como clivaje de la historia reciente argentina, podríamos decir que a partir de allí hemos elaborado una serie de tópicos no muy estimulantes.

El primero es el horror que nos produce el Estado como espacio institucional en general. Si algo produjo la dictadura, es un desacople integral entre poder y ley, fuerza y legitimidad, disciplina y sentido político. De la marca de esa experiencia ha resultado un discurso, o en algunos casos un afecto, antiestatal. La segunda marca, podríamos decir, proviene del intento democrático temprano de restituir los derechos perdidos. Este propósito, que nadie criticaría, se topó con el inconveniente de que la sociedad se había transformado brutalmente y no podía meramente «restaurar» sin pensar su herida y su responsabilidad. Podríamos decir que la tercera marca deriva de la experiencia de concebir el Estado como un despilfarrador u obstructor de la libertad, sobre todo individual y corporativa (económica), dejando de lado su significado político y comunitario. La cuarta marca, por fin, podríamos ubicarla en el 2001, cuando la experiencia de la desarticulación de la autoridad estatal es urticante.

El afecto que esta última marca irradia es típicamente postfreudiano: el problema que en ella se plantea no es –como en el 83– el autoritarismo, sino la incapacidad de articular y marcar, es decir: la autoridad. Esperamos que sepan disculpar lo apretado del resumen y tengan la suficiente piedad como para conectarlo con lo que, según creemos, constituye nuestro objetivo hoy: pensar posibilidades institucionales ante el malestar.

Como ustedes saben, esas posibilidades se cifran en la capacidad que tengamos y construyamos para incidir en las formas de ocupación existentes: intensificar las que sean estatales y potenciar las que no lo sean. Podríamos decir que el proceso histórico reciente, al menos tal como lo narramos, nos ha dejado tres figuras de ocupación político-institucional del Estado.

La primera de ellas es la «resistencia». La resistencia, en tanto que forma subjetiva intensamente arraigada entre los actores estatales, puede ser considerada una suerte de solución de compromiso pergeñada en el marco de los traumas de la dictadura. Si se identifican sustancialmente el aparato del Estado con el terrorismo de Estado, habitar esa «monstruosidad» no era una posibilidad entre quienes se empeñaban en tomar distancia de tales prácticas. Entonces, como en un territorio ocupado por un conquistador extranjero y maldito, inevitablemente la resistencia se convirtió, una vez más, en una herramienta política.

La segunda figura es el *yuppie* estatal. Es innegable que la década menemista dejó su legado en la Argentina. Además de la exclusión social, se extendió una subjetividad que parecía, hasta ese momento, exclusiva de otros territorios. La difusión de esas formas de pensar, sentir y actuar socialmente reconocibles implicó, entre otras cosas, la instalación de la utopía técnica de la empresa como lenguaje de la época. A partir de entonces, categorías tales como «gasto político», «ahorro presupuestario» y «eficiencia» se convirtieron en términos cotidianos y hasta rutinarios. Si pensar desde las instituciones estatales producía un tipo de subjetividad, pensar desde la empresa produce decididamente otro.

Visitemos ahora al asambleísta deliberativo. Tras el estallido de 2001, emergieron dispositivos colectivos que buscaron procesar la gravosa experiencia de desarticulación social. Entre ellos, la asamblea de vecinos tuvo un espacio relevante. En tanto y en cuanto la subjetividad asamblearia es hija del grito *que se vayan todos*, imagina la ocupación del Estado y sus instituciones en dos tiempos: el primero es el momento de la impugnación de la autoridad estatal por hegemónica y hasta autoritaria, pero sobre todo, por vertical; el segundo, consiste en la apertura del momento deliberativo y consultivo.

A riesgo de incumplir el requisito que exige contar la distancia necesaria a la hora de trazar una serie histórica, nos atrevemos a señalar una última figura. Se trata de una forma subjetiva reciente que imagina (acaso para poder plenificar de sentido su existencia cotidiana) que un agente estatal es un militante. Nadie en su sano juicio se opondría a la existencia de militantes y de militancia. Lo que aquí está en cuestión es, por un lado, si el tipo de lealtad, formación y saber militantes equivalen a los de un agente estatal y, por el otro, si acaso es posible trasponer la épica política al aparato del Estado. Esta discusión es larga. Podemos darla en otra oportunidad, pero no ahora.²

Como se puede ver, cada figura está asociada a una forma específica de colocarse dentro (o fuera) del espacio estatal. Sin embargo, ninguna de ellas parece haber sido pensada desde el Estado mismo, es decir: *por* y *para* quienes allí habitan. A esto se suma que cada una de las figuras se corresponde con experiencias que, desde luego, nos afectan, pero que en un sentido importante hemos dejado atrás. Si lo que decimos es correcto, es probable que el malestar estatal tenga una relación eminentemente con la desconexión, la desvinculación y la falta de articulación en la tarea cotidiana. O, en otras palabras, con que no hemos configurado aún una forma subjetiva «adecuada» para inscribirnos en el Estado actual y para afirmar la responsabilidad específica que allí es necesario asumir.

2. Intentamos pensar el problema en Abad (2012), «La educación sentimental del representante».

b. Que la configuración de nuestra responsabilidad sea un interrogante constituye una indicación de que ya estamos pensando qué vamos a hacer con lo que hicieron de nosotros. En rigor, la responsabilidad es una categoría central de la ética estatal. En ese sentido, quisiéramos presentar un bosquejo incompleto de la ética estatal, es decir, de un pensamiento sobre las formas de habitar el Estado y de lidiar con el malestar que allí aparece. Lo que digamos va a ser insuficiente porque necesitaríamos desarrollar bastante más cada punto (y otros), pero permítannos indicar de modo sistemático dos características de la ética estatal y una reflexión general sobre su modo de trabajar y elaborar el malestar actual.

1. *Para la ética estatal es posible la subjetivación política en el Estado.* Diversas corrientes de pensamiento contemporáneo europeo han señalado que el espacio estatal hace imposible toda subjetivación política. Esto significa que la vitalidad de las construcciones actuales pasaría por fuera del Estado y según esquemas de organización flexibles y en ocasiones lábiles (ejemplo de esto es el concepto de «multitud»). Según la ética estatal, las condiciones de desvinculación contemporáneas, específicamente las argentinas, hacen posible y necesaria una nueva forma subjetiva estatal.
2. *La ética estatal no se centra en el testimonio, sino en la articulación.* Para una ética basada en el testimonio, el asunto principal es cómo dar cuenta de un acontecimiento desgarrador y enorme en importancia. Por sus características, este acontecimiento no es fácilmente comunicable porque es, en sí mismo, una condición histórica que modifica la forma en que los humanos se comunican. La noción de responsabilidad, en cambio, tiene su origen en el ámbito del Derecho, que no es otra cosa que una esfera de comunicación e interacción social ritualizada. Ahora bien, puesto que el acontecimiento es, por definición, extra- y suprajurídico, la única actitud adecuada frente a él sería dar testimonio, mas no ser responsable, ya que en este último caso se recurriría a una práctica jurídica para ajustarse a aquello que es

previo a toda juridicidad. La ética estatal, por su parte, se declara incompetente en relación con el pensamiento filosófico del acontecimiento y se centra en la idea de responsabilidad, aunque no definida de modo jurídico.

¿Qué es para nosotros una ética estatal? Es un espacio de interrogantes y conjeturas vinculado al siguiente problema: ¿cómo habitamos el Estado hoy? Esos interrogantes no son de naturaleza especulativa, sino práctica; no son una instancia de testimonio, sino de articulación. Aun así, constituyen lo que sin ninguna exageración podríamos llamar *pensamiento estatal*.

¿Cómo podría precisarse desde el pensamiento estatal la responsabilidad que antes mencionamos? Como un gasto subjetivo que se refiere a cuatro categorías. Ser responsable en el espacio estatal es implicarse y vincularse con otros (nuestros compañeros) en función de un proyecto, de una tarea y de normas positivas. ¿Cómo puedo componer la relación con mis compañeros, con el proyecto, con la tarea y con las reglas? ¿Hay una regla de síntesis para las cuatro categorías de la ética estatal? Ustedes y nosotros sabemos que no. Nuestra responsabilidad consiste, entre otras cosas, en hacernos cargo de que ni las categorías, ni los procesos o las reglas piensan por sí solos.

Bibliografía

- Abad, S. (2012). «La educación sentimental del representante». En *El río sin orillas. Revista de filosofía, cultura y política*, N.º 6. Buenos Aires, pp. 134-150.
- Freud, S. (2000). *Das Unbehagen in der Kultur*. En Mitscherlich, A.; Richards, A.; Strachey, J. (eds.). *Studienausgabe*, tomo IX. Frankfurt am Main.

II. DISPOSITIVOS DE INTERVENCIÓN CLÍNICA EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

1. Dispositivos clínicos de primer nivel de atención en salud mental

Este apartado reúne una serie de comunicaciones sobre experiencias territoriales y reflexiones en torno del primer nivel de atención, que fueron presentadas por el Servicio de Atención Primaria de la Salud Mental del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo). En esta ocasión, el análisis del dispositivo clínico de primer nivel de atención se detiene en diversas formas de presencia institucional fuera del establecimiento hospitalario y describe sus estrategias.

Atención de situaciones complejas en territorio. Cuando la cama no está en el hospital

Vanina Paula Catalán, Laura Daniela
Cittadini Carrera y Pablo Andrés Coronel

Introducción

A partir de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 promulgada en el año 2010 y de reciente reglamentación, las prácticas manicomiales son consideradas por fuera del marco legal vigente. Se regulan así las experiencias que ya muchos trabajadores de la salud mental llevábamos a cabo y a partir de las cuales se habían producido diversos materiales bibliográficos. Cimentada en el paradigma de los Derechos Humanos, las vejaciones a la integridad psíquico-corporal de los padecientes quedan por fuera de lo admitido. Sin embargo, aún coexisten prácticas enmarcadas en una política de derechos humanos junto a aquellas vinculadas al paradigma manicomial, no solamente en instituciones monovalentes, sino también en hospitales generales.

Será en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) que los ciudadanos podrán incluirse en los dispositivos preventivo-asistenciales, los cuales deben promover la salud integral y enmarcarse dentro de una política pública de reducción de riesgo y daño,¹ allí donde transcurre la cotidianidad de la población.

1. Argentina. Decreto 603/2013. Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657: «Apruébase reglamentación. Artículo 4º.- Las políticas públicas en la materia tendrán como objetivo favorecer el acceso a la atención de las personas desde una perspectiva de salud integral, garantizando todos los derechos establecidos

El servicio de APS nace en el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) en el mes de enero de 2013, con el objetivo de incorporar equipos de trabajo interdisciplinarios –inicialmente– en cinco barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que se entrelacen en las acciones territoriales generando una red de contención para la población; que favorezcan la accesibilidad a la atención en salud mental y construyan dispositivos de tratamiento comunitario. Cuando la complejidad de la situación supere las posibilidades que pueden ofrecerse en el territorio, se activarán un segundo y un tercer nivel de atención, de manera tal que el equipo profesional quede en permanente diálogo con los siguientes efectores.

Durante el transcurso de nueve meses recibimos en las villas 3 –Soldati– y 1-11-14 –Flores–, aproximadamente sesenta consultas de orientación, atención y acompañamiento, y se incluyeron más de cincuenta personas en dispositivos grupales de promoción y prevención inespecífica. Sumado a esto, alcanzamos a más de cien personas en un operativo de vacunación antigripal.

Aun que cada una de estas situaciones nos planteó un desafío y nos enfrentó a una reflexión para su tratamiento, algunas de ellas marcaron un quiebre en el bagaje teórico-práctico que cada uno de nosotros portaba para enriquecer la praxis interdisciplinaria. De las preguntas que surgieron en la cotidianeidad destacamos en este trabajo aquellas para las cuales elaboramos algunas hipótesis y que, al finalizar este recorrido, nos llevarán a nuevos interrogantes.

Partimos de la siguiente premisa: la intervención en salud mental a través de la estrategia de atención primaria de salud no avanza a

en la Ley N.º 26.657. El eje deberá estar puesto en la persona, en su singularidad, más allá del tipo de adicción que padezca. Entiéndese por “servicios de salud” en un sentido no restrictivo, a toda propuesta o alternativa de abordaje tendiente a la promoción de la salud mental, prevención del padecimiento, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación y/o inclusión social, **reducción de daños evitables** o cualquier otro objetivo de apoyo o acompañamiento que se desarrolle en los ámbitos públicos o privados».

través de recetas preestablecidas y, por lo tanto, siempre tiende a ser nueva, singular y compleja más allá del dispositivo desde el cual se aborde. Pero entonces, ¿qué elementos le confieren un carácter *sui generis* a la intervención en APS? ¿Qué límites y posibilidades encuentran el equipo y los sujetos al abordar problemáticas de salud mental en territorio? ¿Cuáles son las potencialidades de las prácticas territorializadas? ¿Qué lugar ocupa la historización del sujeto como recurso en el marco de la APS? ¿Cómo dimensionamos el impacto de las intervenciones que realizamos si estas difícilmente puedan tipificarse y homologarse en algún patrón común? ¿Podemos hablar de intervención en situaciones complejas o de intervención compleja de situaciones en territorio?

La relación texto-contexto, clave de la intervención

Las intervenciones del servicio de APS se despliegan casi exclusivamente en la comunidad, barrio o territorio donde los sujetos desarrollan la mayoría de sus actividades. Allí entran en juego las condiciones de vida, las pautas culturales, la interacción entre vecinos, familiares, instituciones educativas, laborales, de salud, movimientos y organizaciones sociales y políticas.

De esta manera, nos insertamos como equipo de salud en un espacio repleto de variables –obstaculizadoras y facilitadoras– para la construcción de una práctica territorializada que favorezca el acceso y atención de la salud mental de la población. Entendemos que este aspecto es la clave que preside la intervención en territorio, ya que la salud mental es intrínseca a las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales en las cuales los sujetos recrean sus relaciones interpersonales.

Sin embargo, la inserción en este escenario no es automática, ni su dinámica es de fácil incorporación a las estrategias de atención y tratamiento. El contexto no se presenta al equipo sólo a través del relato del sujeto –como podría suceder en un dispositivo de trata-

miento convencional, al interior del hospital–, sino como campo complejo de intervención desde el primer contacto.

En este punto resulta fundamental evitar la imposición de «lecturas» de estados de situación que no guarden consenso con la micro/macro/cosmovisión que nace de la percepción territorial local. Ésta es la antesala del eterno retorno del paternalismo y la beneficencia.

La dimensión diagnóstica integral adquiere entonces un papel protagónico frente al afán categorial. Si partimos de categorías rígidas y miradas aisladas, la intervención se torna lineal y con pocas posibilidades para reinventar estrategias junto al sujeto. Las fórmulas preestablecidas sólo pueden llevarnos a la reclusión como única posibilidad de tratamiento. Un diagnóstico integral incluye tomar el territorio no sólo como geografía sino como cartografía, recreada a través de las expresiones territoriales, los recursos existentes y las representaciones sociales en torno a la salud mental. El «caso y la demanda» clásicos se traducen entonces en «sujeto y situación problemática», en un devenir constante, un «aquí y ahora» con historia y proyecciones posibles. Un sujeto que desea en contexto (Deleuze, 1988), y sobrelleva distintas situaciones dentro de ese conjunto.

Es en la intervención con el sujeto y su situación problemática donde el vínculo con el Otro favorece modelos de simbolización posibles frente a lo que sucede. Nos referimos a la necesidad de trabajar con los vínculos existentes y los que puedan establecerse a partir de nuestra intervención.

Sumado a los vínculos particulares, habilitar nuevos lazos comunitarios –a través del trabajo intersectorial, de la inclusión en organizaciones sociales y políticas–, que construyan reciprocidad y pertenencia. Que sean sostén dentro del entramado social, contrarrestando los vestigios de la fragmentación y de la subjetividad construida en el lugar del «expulsado» (Lewkowicz, 2004). Una intervención en salud que aporte a la búsqueda de superaciones colectivas (Ferrara, 1985).

La historización como herramienta de intervención

La experiencia de trabajar en territorio nos incorpora como parte de las variables contextuales que inciden en las vicisitudes de lo cotidiano a través de la presencia regular, sostenida y constante, allí donde el devenir acontece. Nos incluye como actores y no meros observadores en la propuesta de historizar. Sin que esté explícitamente dicho, las referencias a los tiempos previos a nuestra llegada, o bien aquellas que se hacen en relación con lo que sucede con posterioridad, bastan para comprender que la historización como recurso de construcción subjetiva es CON nuestra presencia. La pregunta debería entonces dirigirse a tratar de explicar por qué consideramos que nuestra participación como promotores de la salud estaría relacionada con promover la tarea de historizar, y qué entendemos por «historizar».

En el plano individual la historización permite al sujeto resignificar su pasado, asignarle un nuevo sentido. Nos referimos al historizar en términos de religar las situaciones atravesadas y las actuales. La no historización es un intento de reelaboración que resulta fallido (Freud, 1914). Es a partir de la transferencia que el sujeto puede reelaborar su pasado para no repetirlo sino recordarlo, ahora resignificado.

En el plano social, historizar como comunidad permite deconstruir situaciones complejas que afectaron la vida colectiva como parte de un proceso de aprendizaje. Genera una continuidad en las experiencias dentro del proceso histórico-social, dando lugar al proyecto, a la construcción creativa. Permite visualizar capacidades, estrategias e incrementar las habilidades para afrontar lo problemático y avanzar hacia lo nuevo.

El presente se condensa, totaliza toda su existencia, lo cual vuelve único dicho momento de su experiencia vital (Feinman, 2008). ¿No es acaso este aspecto de la historización el que nos posiciona de una manera bastante especial a la hora de intentar intervenir en la vida de otras personas en su propio lugar, asumiendo que por estar allí, lo es?

En la atención clínica de los sujetos favorecemos la historización, vehiculizada a través del discurrir de los significantes. A su vez, la promovemos en los dispositivos de prevención inespecífica que llevamos a cabo, posicionándonos como facilitadores. Como entendemos que el juego y la creatividad en el niño favorecen la producción de su subjetividad (Winnicott, 1971), conformamos un taller de títeres y plástica donde, entre otras actividades, se propone la tarea de dibujar, pintar, hacer maquetas del barrio, dibujos de sus familias, con los niños y sus madres, padres y cuidadores. Consideramos el juego como estructurante del aparato psíquico (Freud, 1920), por lo que inauguramos un «espacio de juego». En la misma línea, promovemos la historización en el grupo de jóvenes a partir de pensar con ellos un corto audiovisual sobre la historia del barrio. Lo mismo ocurre con las dinámicas propuestas en el grupo de mujeres y familiares: fotografiar el barrio, construir una identidad en torno al grupo, elaborar una definición de salud colectiva, entre otras actividades.

La historización puede ocurrir en intervenciones individuales, familiares o grupales, y es posible en estas últimas historizar como parte de un colectivo: qué los agrupa, qué tienen en común, cuáles son sus inquietudes y capacidades, a fin de transformar los efectos subjetivos de la fragmentación, dado que la pedagogía del encuentro es la única forma de restaurar la esencia de la política (Binder, 1991).

Equipo en territorio

Incertidumbres y potencialidades. El abordaje de situaciones complejas fuera de la estructura edilicia hospitalaria nos confronta como equipo interdisciplinario con mayores incertidumbres, pero a la vez con más oportunidades para la intervención.

Las incertidumbres ya existentes en el marco hospitalario, ligadas al desconocimiento de las claves contextuales que establecen las

coordinadas del padecimiento, se desplazan hacia el repertorio de respuestas estandarizadas que encuentran límites en la práctica territorial, debido a que las variables del contexto se encuentran a la vista y son vivenciadas por el equipo interdisciplinario. Resulta imposible, por ejemplo, recurrir a una internación como alternativa de tratamiento ante una situación de descompensación de una mujer, si se constata que ello implicaría la pérdida de la vivienda y la guarda de sus hijos. Las categorías se vuelven obsoletas y no encuentran lugar en la complejidad de las situaciones abordadas.

Son los vínculos con los referentes del barrio y las instituciones los que nos sirven para ampliar nuestra perspectiva, disminuir las incertidumbres e inventar estrategias que partan de la percepción territorial acerca de la problemática y que tiendan a la construcción de la demanda.

Las herramientas de intervención, los mecanismos y caminos para el abordaje de una situación están en permanente movimiento. El influjo de variables hace constante la necesidad de reevaluación e inoperante cualquier intento de tratamiento por fuera del dispositivo del fortalecimiento de redes. Siempre existe algún integrante no contemplado para incorporar al entramado socio-vincular del sujeto. Aun en aquellos casos donde el desarraigo aparenta una total desvinculación con el Otro, existe una red que es necesario visibilizar y afianzar.

Considerando que «la salud es la solución del conflicto» (Ferrara, 2008) y que en el territorio se visualiza esa posibilidad de resolución, podemos trabajar con las potencialidades de los sujetos y no sólo con sus padecimientos.

«Partiendo de nuestras propias potencialidades, generando una interrelación creativa donde rompamos con estereotipos de roles y amplíemos nuestra cosmovisión del mundo. Los trabajadores de la salud mental tenemos la misión de escuchar, potenciar, posibilitar, expandir y multiplicar las auténticas expresiones de nuestro pueblo» (Ferrara, 1985).

Flexibilizar la práctica. La intervención en territorio nos permite problematizar nuestras prácticas y cuestionarnos algunos aspectos que muchas veces se consideran inamovibles para la atención en salud mental.

Tratamiento psicofarmacológico. Los dispositivos de tratamiento farmacológico enmarcados en la institución hospitalaria o en el centro de salud guardan las formas del funcionamiento tradicional, heredadas de las prácticas formalizadas al resguardo de las leyes más antiguas promulgadas para el ejercicio profesional de la medicina y «profesiones auxiliares».² El trabajo territorial muchas veces hace necesaria la flexibilización de estas prácticas con el objetivo de mejorar la accesibilidad a los tratamientos. Es así como, por ejemplo, la provisión de medicación psicofarmacológica en el domicilio del paciente supone una cadena de mediación profesional distinta a la que se da en una institución. En ésta nunca es el propio médico el que hace entrega de la medicación, sino que participan como intermediarios enfermeros, farmacéuticos, ayudantes de enfermería, ayudantes de farmacia. En cambio, en el barrio ninguno de estos intermediarios interviene, y es el propio médico el encargado de proveer la medicación. También es el encargado de constatar en la medida de lo posible su utilización con fines terapéuticos. El conocimiento fáctico de las condiciones ambientales y sus allegados convivientes, con sus propias problemáticas personales, hace más sencillo comprender los alcances de las intervenciones que en los dispositivos asistenciales de tercer nivel de atención son impartidos con resultados inciertos por desconocimiento del contexto.

No ignoramos que dentro de las problemáticas adictivas son las sustancias legales, entre las que se encuentran algunos psicofármacos

2. Ley Nacional N.º 17.132. Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las mismas. Buenos Aires, 24 de Enero de 1967. Boletín Oficial, Buenos Aires, Argentina, 31 de Enero de 1967. Vigente. Decreto Reglamentario 6.216/67.

que pueden producir el fenómeno de dependencia psicofísica –como las benzodiazepinas–, las que están más frecuentemente involucradas. Esto hace especialmente necesario extremar los cuidados, para evitar caer en roles de representación social homologables a aquellos que se ocupan localmente de distribuir sustancias para el consumo por fuera de un marco legal de tratamiento de la salud. En este punto resulta capital recordar el carácter interdisciplinario del tratamiento comunitario que nos proponemos brindar, del cual el tratamiento psicofarmacológico constituye solamente un componente más, que se podrá implementar sólo cuando las otras miradas disciplinares puedan realizar su aporte complementario.

El médico del territorio debería leer la vida y obra de ese colega del Renacimiento que se hizo llamar Paracelso; porque al decir que «todo es veneno», corrió a la sustancia de un protagonismo exagerado como causal de la intoxicación, reasignando un valor especial a las condiciones en las que determina un efecto u otro, favoreciendo así el esfuerzo por comprender las claves contextuales que involucran los procesos patológicos; porque fue alguien que salió de la academia y se introdujo en la intimidad de las comunidades para indagar en los problemas de la salud y buscar allí algunas respuestas con base en los conocimientos populares; y porque para conseguir esto, debió pensar una nueva forma de concebir los conocimientos médicos. Tal vez al médico del territorio no le sea conveniente danzar alrededor de la hoguera que consume los libros de sus maestros como lo hizo Paracelso, lo cual le valió la expulsión universitaria. Pero sí deberá emular a este maestro en el carácter creativo que las prácticas de tratamiento comunitario le van a insumir. Porque cuando una paciente de una de las villas nos dice que su madre, que distribuye sustancias para consumo, le impide tomar un esquema de tratamiento psicofarmacológico administrado por un psiquiatra y se justifica en que son estas sustancias farmacológicas las que «la volverán loca», allí, decimos, será necesario escuchar, comprender e inventar alguna estrategia que necesariamente va a requerir del enriquecimiento que la lectura del entramado social va a aportar

conjuntamente con la evaluación psicopatológica individual del sujeto al que deseamos asistir.

Encuadre de entrevista. No podemos tener una actitud pasiva, a la espera del paciente. En general las vicisitudes del contexto nos obligan a movilizarnos y a activar estrategias novedosas. Sería inútil pretender que una persona se acerque al espacio institucionalizado –centro de salud, centro de día– respetando hora, día y lugar si se encuentra encerrada bajo llave la mayor parte del día para que consuma adentro y no afuera, donde corre mayores riesgos, según decisiones de su cuidadora. Este tipo de situaciones flexibilizan la práctica inevitablemente.

En otros casos, apuntamos a generar pequeños movimientos que puedan llegar a producir algún tipo de demanda cuando no la hay y a alojarla cuando se presenta. Es posible construir un encuadre en una plaza, en la puerta o dentro de una casa, si eso significa un avance, un primer movimiento a favor del inicio de un tratamiento. Allí, la palabra y la actitud del equipo son los aspectos que marcan el encuadre. Las entrevistas domiciliarias son realizadas como parte de la intervención clínica, que puede repetirse innumerables veces pero no es el único dispositivo. Cuando es posible, promovemos ese movimiento hacia otro lugar. Para ello generamos un trabajo en red que habilite el encuentro. Puede ser el comedor al que asiduamente asiste el sujeto, la organización más cercana a su domicilio, la escuela de sus hijos/as, etcétera.

Los tiempos de la intervención. Cabe analizar el tiempo en varias dimensiones, siempre partiendo de la singularidad de cada situación. En primer lugar, es menester flexibilizar el horario de las intervenciones y la duración de cada entrevista: los sujetos acuden a nosotros muchas veces por fuera de los horarios pautados y éstos no son respetados, por variados motivos. Así, también la duración de las entrevistas será marcada por la complejidad de la situación. El equipo en cada caso decidirá de acuerdo con un criterio clínico-terapéutico

si se rigidiza o flexibiliza el horario y duración, pero no podrá basarse sobre pautas institucionales preestablecidas.

Por último, la duración en el tiempo de la intervención-tratamiento con cada sujeto se caracteriza por su particularidad. Puede suceder que el contacto se interrumpa por diversos motivos, sin embargo el corte no se produce de manera completa debido a que nuestra presencia en el territorio conlleva vínculos e interacciones con la red del sujeto. Es decir, el equipo mantiene una relación directa con los miembros e instituciones de la comunidad en la cual el sujeto está inserto, lo que hace que tengamos noticia de lo que le acontece.

La historia clínica en territorio. La promulgación de la Ley N.º 26.529³ deja poco margen para decidir en cuanto a la formalización de aquello que debe documentarse respecto de las intervenciones que se realizan en la tarea asistencial, en tanto debe garantizarse el derecho a poder acceder a toda la información que se esté produciendo en torno a la vida de los individuos que son tratados en salud. El tratamiento territorial no puede escapar a esta obligación y así lo hemos asumido desde los inicios de nuestra experiencia en la búsqueda permanente de una herramienta documental que nos permita articularnos de la manera más ágil posible con los efectores de otros niveles de asistencia. De la etimología griega de la palabra «clínica» (*junto a la cama del enfermo*), queda para el trabajo territorial la referencia a la cama que no está en el hospital, que puede ser un catre de una pieza, el piso de un pasillo, un contáiner de basura... En suma, lo que resta es el «junto a...». Es allí donde el equipo interdisciplinario territorial documentará su clínica. Y lo hace de manera coordinada con el resto de los niveles de atención, de modo tal que una «admisión» en territorio equivale a una primera escucha que podrá continuar en un seguimiento por este equipo, la derivación

3. Ley N.º 26.529. Derechos del Paciente. Historia Clínica y Consentimiento Informado. Boletín Oficial, Buenos Aires, Argentina, 20 de noviembre de 2009. Sanción: 21 de octubre de 2009; Promulgación de Hecho: 19 de noviembre de 2009.

a alguno de los servicios de nuestro Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo), a través de SEDRONAR o hacia cualquier otro efector de salud del área metropolitana según corresponda. Se desprende de esto el alto nivel de coordinación que se requiere para lograrlo. El trabajo en red intra- e interinstitucional resulta así ineludible.

Conclusiones

¿Dónde iremos a buscar modelos? La América española es original. Original han de ser sus instituciones y su gobierno. Y originales los medios de fundar unas y otro. O inventamos o erramos.

SIMÓN RODRÍGUEZ

Si bien la Atención Primaria de la Salud corresponde al primer nivel de atención y se ubica dentro de lo considerado «de menor complejidad», históricamente se vinculó este concepto a la errónea idea de estrategias terapéuticas sencillas y de poco alcance. Contrariamente, entendemos que el tratamiento, promoción y prevención de la salud en el marco territorial invita al desafío de intentar comprender situaciones complejas que van a requerir intervenciones de igual complejidad, allí donde las líneas entre texto y contexto se vuelven difusas –y por lo tanto menos reales–, y la intervención es necesariamente CON otros.

Cuando la cama no está en el hospital, necesitamos desandar y flexibilizar la práctica profesional para no caer en categorías rígidas e intervenciones anacrónicas. El trabajo puede resultar sinuoso y colmado de incertidumbres, pero implica una responsabilidad como agentes de salud estatal pues nos conduce a facilitar y mejorar continuamente la accesibilidad y calidad de la atención. Así es que no podemos menos que celebrar el marco legal interdisciplinario del que nos servimos para encarar las problemáticas relacionadas con la salud mental.

En la última década las políticas públicas de inclusión hicieron un aporte a la reconstrucción de los lazos sociales al propiciar la generación de redes de contención, siendo éstas indispensables para pensar la salud de la población.

De esta manera, la Atención Primaria de la Salud nos plantea animarnos a revalorizar el lugar de lo comunitario y apostar a las construcciones colectivas. Creemos que todo su potencial está en la originalidad que pueda tener cada una de las intervenciones que llevamos y llevaremos a cabo junto a otros actores. O inventamos o erramos.

Bibliografía

- Binder, A. (1998). «La sociedad fragmentada». En *Redes: hacia la construcción de redes en salud*. Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario. Instituto de la salud Juan Lazarte.
- Cazzaniga, S. (2001). «El *abordaje* desde la singularidad». En *Revista Desde el Fondo. Cuadernillo Temático* N.º 22. Buenos Aires: Centro de documentación FTS-UNER.
- Feinmann, J. P. (2009). *La filosofía y el barro de la Historia* (5ta. ed.). Buenos Aires: Planeta.
- Ferrara, F. (1985). *Teoría social y Salud*. Buenos Aires: Catálogos.
- Ferrara, F. (2010). «La salud es la solución del conflicto», *Página 12*.
- Freud, S. (1989). *Recordar, repetir, reelaborar*, vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu. [1914].
- Freud, S. (1989). *Más allá del principio del placer*, vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu. [1920].
- Foucault, M. (2008). *Vigilar y castigar*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lewkowicz, I. (2004). *Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez*. Buenos Aires: Paidós.
- Ley N.º 17.132. Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las mismas (1967). Vigente. Decreto Reglamentario 6.216/67. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina. 31 de enero de 1967.

- Ley N.º 25.421. Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental (2001). Sancionada el 4 de abril de 2001. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de mayo de 2001.
- Ley N.º 26.529. Derechos del Paciente. Historia Clínica y Consentimiento Informado (2009). Sancionada el 21 de octubre de 2009. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 19 de noviembre de 2009.
- Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Rodríguez, S. (2004). *Inventamos o erramos*. Caracas: Monte Ávila. Sodaperaga Productions, La Femis (productores) & Pierre-André Boutang (director) (1988-1989). *L'Abécédaire de Gilles Deleuze* [DVD]. Francia: Sodaperaga/La Femis.
- Walsh, R. (1969). «Crónica del Cordobazo». *Periódico de la CGT de los argentinos*.
- Winnicott, D. W. (1997). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa. [1971].

Atención primaria de la salud mental. Un posicionamiento político-epistémico¹

Paula Gabriela Cabanchik

Introducción

El presente trabajo tiene como propósito situarnos en un nuevo paradigma que nos involucra en un posicionamiento político-sanitario frente al consumo problemático de sustancias y sus implicancias sociales.

Situados en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, me permito revisar nuestras prácticas clínicas a fin de dar respuestas, especialmente, al segmento de la población al que ofrecemos el abordaje del Primer Nivel de Atención.

Las villas de la Ciudad de Buenos Aires: Bajo Flores, Barracas, Ciudad Oculta, Fátima y Retiro constituyen los cinco barrios en los que nos hemos dado una estrategia de abordaje en salud mental, desde los niveles que apuntan al sistema de salud de baja complejidad, como política sanitaria. Entendidos como puerta de acceso a otros niveles de salud complejos, debemos lograr que aquéllos resulten accesibles y eficaces para toda la comunidad.

Por ello, encuentro pertinente revisar el marco histórico que situó a esta población en la periferia de la sociedad, y comprender de esta

1. Algunas ideas aquí desarrolladas son adaptaciones del trabajo titulado «Dignidad y humanidad: hacia una conciencia plena», que se presentó en el 7º Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos, Asociación Madres de Plaza de Mayo, en 2008.

manera la tarea en toda su magnitud, ya que esta condición es vivida como una posición de destino y no como una elección.

Nuestro punto de partida se sitúa en la comprensión de que *el paciente es un sujeto de derecho, que está padeciendo*.² Ésta es la mirada político institucional que implementamos en el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSO), a través del Ministerio de Salud de la Nación, que se enmarca en una decisión política de modelo de país que estamos llevando a cabo.

La Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 afirma:

CAPÍTULO I

Derechos y garantías

ARTÍCULO 1º.- La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Y establece que:

CAPÍTULO II

ARTÍCULO 4º.- 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.

2. Éstas son palabras de la Lic. Edith Benedetti, interventora general del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo), 2013.

En este sentido, es importante que podamos pensarnos como sujetos con pleno derecho a la asistencia psicosocial; se trata de entender que cuando hablamos de salud no es necesario adjetivarla, sino que estamos referenciando un derecho que por diferentes factores (sociales, culturales, económicos, habitacionales, etc.) ha sido vulnerado por desamparo político y que, en consecuencia, ha afectado al sujeto tal como hoy lo abordamos.

En el marco del cambio de paradigma (situado en una nueva política nacional), se reglamenta una ley que busca favorecer al conjunto de las/os ciudadanas/os y, a través del incremento de la presencia del Estado nacional, garantizar el bienestar de todas y todos.

Desde las diferentes modalidades de atención, podemos dar cuenta de que la singularidad privilegia al sujeto colocándolo en el centro de atención, y de que es parte de una red aún mayor, que comprende al conjunto de la comunidad.

Este nuevo perfil de intervención social, que implica una estrategia de reducción de riesgos y daños, se propone alojar al otro en una mirada hospitalaria; sin embargo, tenemos claro que no estamos creando una nueva manera de abordar la problemática, sino (y en el mejor de los sentidos) recuperando una política sanitaria que hemos heredado del médico sanitarista Dr. Ramón Carrillo (primer ministro de Salud, presidencia de J. D. Perón 1949), quien planteó:

«Los problemas de la Medicina como rama del Estado no pueden resolverse si la política sanitaria no está respaldada por una política social. Del mismo modo que no puede haber una política social sin una economía organizada en beneficio de la mayoría». «Sólo sirven las conquistas científicas sobre la salud si éstas son accesibles al pueblo» (1953).

Esta concepción de la salud es la que retomamos por su profundo contenido y contemporaneidad, es la propuesta sanitaria por excelencia que llevamos adelante. Pensando la salud como un dispositivo de integración social, se constituye en los territorios la Atención de

Primer Nivel, que despliega así un dispositivo de equipos interdisciplinarios.

¿Por qué pensamos el abordaje del sujeto como sujeto histórico?

A lo largo de la historia de las sociedades, existieron dinámicas colectivas cuyo resultado fue asignar a determinados sujetos la condición de inservibles, excluidos, diferentes, defectuosos, desechables. Esta asignación ha ido variando según las conveniencias socioeconómico-políticas de época, así como los métodos empleados en esa exclusión. Pero lo que no ha variado es la práctica de exclusión; ésta consiste en colocar por fuera, en la periferia social, a determinados sujetos, a quienes se deja sin resguardo ni amparo.

Así, la exclusión se naturaliza y la mirada deja de ver; como consecuencia, se invisibiliza a los que menos recursos poseen.

Un autor que formula con claridad los modelos de exclusión es Pablo Gentili,³ en su ponencia presentada en Río de Janeiro. Estos modelos son:

- 1) a modo de exterminio;
- 2) como mecanismo de reclusión;
- 3) la práctica de segregar incluyendo.

La primera forma de exclusión la encontramos en distintos escenarios desplegados en la historia política y a niveles mundiales. Este modelo tiene como finalidad la supresión completa mediante prácticas de exterminio y ha sido consumado por regímenes que exter-

3. Pablo Gentili, autor entre otros libros, de *Poder económico, ideología y educación* (1994); *Cultura, política y currículo. Ensayos sobre la crisis de la escuela pública* (con Tomaz Tadeu da Silva y Michael Apple, 1997) y *A falsificação do consenso. Simulacro e imposição na reforma educacional do neoliberalismo* (1998). También ha publicado trabajos sobre las relaciones entre escuela, gobierno y mercado; y sobre el problema de la exclusión y la escuela.

minaron culturas, pueblos y generaciones completas, imponiendo dictaduras feroces.

La segunda mencionada: «la exclusión como mecanismo de reclusión», es el destino que se les da a los presos, a los niños judicializados, a los ancianos, a los locos, etc., confinándolos al olvido y la humillación.

Por último, la tercera responde a «la práctica excluyente que segrega incluyendo». Estos grupos no son exterminados ni reclusos, sólo están allí asumiendo que nacieron con el destino de «sin derechos» y en consecuencia quedan invisibilizados en la trama social.

Estos diferentes mecanismos, que Gentili recupera del análisis sociológico que realiza Robert Castell, dan cuenta del modo en que las sociedades han resuelto y resuelven las diversas problemáticas que se presentan social y políticamente.

El encierro

Parafraseando a Michel Foucault, los mecanismos de poder a partir del siglo XIX tomaron a su cargo la vida de los hombres, a los hombres como cuerpos vivientes.⁴ El autor pone el acento en que los nuevos procedimientos de poder funcionan por la técnica y no ya por el derecho, por la normalización y no por la ley, por el control y no por el castigo, y que se ejercen en niveles y formas que rebasan el Estado y sus aparatos. Este análisis vigente se potencia con nuevos argumentos dispersados a través de los medios masivos de comunicación, formadores de nuevos discursos que construyen la opinión pública.

Los cambios en las relaciones de fuerza del poder, ocurridos a partir de la consolidación del orden capitalista, trajeron aparejados,

4. Si bien se trata de un problema que recorre distintos momentos de la obra de Foucault, el autor hace referencia explícita a esta problemática en el curso de 1975-1976 en el Collège de France, «En defensa de la sociedad», y en *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*.

según Foucault, políticas que determinaron el encierro y hacinamiento en grandes nosocomios de aquellos sujetos que no eran útiles al campo productivo: locos, linyeras, viejos, pobres, mendigos. Y los pusieron, a partir de allí, en manos de la medicina en su rama más joven, la psiquiatría. Ésta se dedicó a clasificarlos y determinar el grado de «patología» de cada «enfermedad».

De esta manera, el sujeto queda encerrado en un hospital psiquiátrico, donde perderá cada vez más las condiciones de civilidad: vivirá en grandes dormitorios con montones de otros insanos, sin intimidad, trabajando más miserablemente que afuera; o con su familia, pero en posición de parásito no productivo.

Si a esta situación le sumamos el consumo problemático de sustancias, nos encontramos con la marginalidad, la delincuencia, la prostitución, etc., que hoy vivenciamos, y de la que cual hace referencia Gentili. Los gobiernos liberales y neoliberales nos han dejado este saldo de locura, miseria y olvido.

Las instituciones de encierro (manicomios, prisiones, orfanatos, etc.) no han podido dar respuesta a estas problemáticas, y han generado sujetos dominados/domesticados y una larga historia de fracasos terapéuticos.

Recuperando la dignidad

Muchos de estos sujetos excluidos son la población de riesgo con la que nos proponemos trabajar en este primer nivel de atención de la salud; se los ha naturalizado como la última condición humana, y esta mirada estigmatizante es la que predomina en los barrios.

Hoy, desde una posición que procura incrementar la presencia del Estado, nos preguntamos: ¿cómo propiciamos recursos efectivos con respuestas que alberguen a ese otro desamparado y a la intemperie?

La realidad nos indica que en cada sector de nuestra sociedad tenemos emergencias que deben ser atendidas de manera continua;

esta nueva política de salud comunitaria nos permite comenzar un camino de reparación de derechos que posibilita la emancipación de cada sujeto para recuperar la dirección de su vida. Para ello, necesitamos profesionales capaces de confiar en el desarrollo de dichos sujetos, estimulando y aportando respuestas interdisciplinarias.

Si partimos de considerar que las políticas públicas generan lazos entre el Estado y la sociedad civil, y las políticas estatales son parte de un proceso social que surge de un tejido que se va tramando alrededor de un tema o un problema, la Ley de Salud Mental da cuenta de ello como respuesta al redefinir el uso problemático de sustancias como parte de un problema de salud.

De este modo, el Estado nacional promueve un nuevo modelo de intervención que deja atrás abordajes asistencialistas y prácticas manicomiales al interpelar a la comunidad médica a pensarse interdisciplinariamente para poder dar respuestas reales a problemáticas reales.

Atención de Primer Nivel de Salud Mental (APS)

Desde un eje transversal, abordamos tres modalidades de tratamiento. La promoción, la prevención y la atención primaria se encuentran en diálogo permanente con el fin de generar una articulación entre lo singular y lo plural de cada persona.

En este sentido, entendemos que el mejor modo de intervenir en un proceso de cura implica estar con el paciente en el territorio donde se encuentran sus referencias más importantes: culturales, sociales, personales, simbólicas; e iniciar un proceso de construcción de demanda que hasta ahora no podía ser concebido.

Con esta intervención estamos logrando llegar a sujetos que se encuentran en la periferia de la condición humana, con una estrategia de reducción de riesgos y daños y con un bajo umbral de exigencia. Nos acercamos respetuosamente con el fin de devolverles la dignidad que les han arrebatado. El sistema sanitario se cons-

tituye, así, en el primer eslabón de una cadena de restitución de derechos.

Para que tengan sentido estas intervenciones, es primordial trabajar con la comunidad a los fines de deconstruir las representaciones sociales que existen alrededor de la droga, la adicción, el sujeto que consume y la delincuencia. Estas representaciones que estigmatizan y generan prejuicio son las que nos impiden restablecer los lazos sociales. Para ello la práctica socio-sanitaria nos exige construir un andamiaje interdisciplinario, donde los profesionales de cada disciplina estén dispuestos a pensar al paciente como parte indiscutible de la sociedad.

En este sentido, uno de los modelos más duros de desarticular es el propósito y finalidad que ocupa la internación en un tratamiento. Entendida ésta como el último recurso, cuando sea necesaria se efectuará de manera simultánea con el proceso de externación, el cual les permitirá restablecer rápidamente los lazos quebrantados a lo largo de la deshumanización sufrida.

Por todo lo expuesto, concebimos la intervención de APS como la oportunidad de trabajar los vínculos familiares, sociales, laborales, pedagógicos, entendidos como parte de la salud integral; y de que los pacientes se reencuentren con la posibilidad de recuperar la confianza y la autoestima perdidas, al lograr rescatar su condición de sujetos libres y emancipados.

A modo de cierre

En síntesis, se debe resaltar que no se trata de cerrar instituciones para venderlas a grandes capitales, sino de garantizar el tratamiento más conveniente a cada paciente, con la voluntad de un Estado que supo hacerse responsable.

Hemos verificado que ninguna política de encierro, exclusión o hacinamiento contribuye a la cura de una persona. Y apoyándonos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, artículo n.º 6, ningún sujeto puede perder su condición como tal: «Todo

ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica».

A modo de cierre y compromiso ideológico-político de nuestra práctica, podemos reafirmar que: «Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas» (Carrillo, 1974).

Bibliografía

- Achával, A. (1979). *Manual de medicina legal*. Buenos aires: Editorial Policial.
- Bonnet, E. (1980). *Medicina legal*, Buenos Aires: López Librero.
- Cardenas, E.; Grimson, R.; Álvarez, A. (1985). *El juicio de insania y la internación psiquiátrica*. Buenos Aires: Astrea.
- Carrillo, R. (1974). *Contribución al conocimiento sanitario*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Carrillo, R. (2012). *Teoría del hospital*. Buenos Aires: Biblioteca Nacional. [1951].
- Ciafardo, R. (1972). *Psicopatología forense*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Código Civil de la República Argentina (1988). Buenos Aires: Editorial A-Z.
- Código Penal de la Nación (1988). Buenos Aires: Editorial A-Z.
- Declaración Universal de Derechos Humanos* (en línea). Recuperado el 02/09/13 de <http://www.un.org/es/documents/udhr/law.shtml>
- Foucault, M. (1995). *Historia de la sexualidad*, tomo I: «La voluntad de saber». Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*, vol. I. México: Fondo de Cultura Económica.
- Frias Caballero, J. (1981). *Imputabilidad penal*. Buenos Aires: Ediar.
- Gentili, P. (septiembre de 2001). «La exclusión y la escuela: el apartheid educativo como política de ocultamiento». Comunicación presentada en la Universidad del Estado de Río de Janeiro.

- Llambias, J. (1982). *Tratado de derecho civil*, tomo I, Buenos Aires: Abeledo Perrot.
- Marco Ribe, J.; Martí Tusquets, J.; Pons Bartran, R. (1990). *Psiquiatría forense*. Barcelona: Salvat.
- Medicina Legal. [Richard von Krafft-Ebing; J. Moreno Barutell]. Madrid: La España Moderna [ca. 1940].
- Meny, Y. y Thoenig, J. C. (1992). «La aparición de los problemas públicos». En *Las políticas públicas*. Barcelona: Ariel.
- Montan Palestra, C. (1949). *Manual del derecho penal*, Buenos Aires: Depalma.
- Oszlak, O. y O'Donnell, G. (1976). «Estado y Políticas Públicas en América Latina: hacia una estrategia de investigación». Doc. CEDES/G. E. CLACSO/N.º 4. Buenos Aires. Publicado también en *Revista Venezolana de Desarrollo Administrativo*, N.º 1, Caracas, Venezuela, enero de 1982.
- Resolución 46/1 19. Adoptada por la Asamblea General (sobre el Informe del Tercer Comité - A/46/721). La Asamblea General y los aspectos médico-legales en el trastorno borderline. Néstor Ricardo Stingo, María Cristina Zazzi, Liliana Avigo, Carlos Luis Gatti.
- Solórzano Niño, R. (1990). *Psiquiatría clínica y forense*. Bogotá: Temis.
- Soler, S. (1951). *Derecho penal argentino*. Buenos Aires: Tipográfica Editora Argentina.
- Vidal, G.; Alarcón, R. (1986). *Psiquiatría*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Yungano, A.; López Bolado; Poggi, V.; Bruno, A. (1992). *Responsabilidad profesional de los médicos* (2da. ed.). Buenos Aires: Editorial Universidad.

Una mirada sobre nuestras propias miradas. Recorte de una experiencia interdisciplinaria en territorio

Mariana Bermejo

Introducción

En mi rotación como residente por el dispositivo de APS (Atención Primaria de la Salud), tuve la oportunidad de participar en el trabajo de este hospital en uno de los barrios relegados¹ y pauperizados, en el sur de la Ciudad de Buenos Aires. Entre las personas atendidas se encontraba «María», cuyo caso nos interpeló fuertemente a todos los integrantes del equipo interviniente.

El primer contacto con ella se dio por articulación vía Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y uno de los CESAC (Centros de Salud y Acción Comunitaria) zonales,² en el marco del «Plan

-
1. Jacques Donzelot, uno de los principales referentes de la llamada «nueva cuestión urbana», identifica tres procesos que caracterizan la dinámica de las grandes ciudades contemporáneas: relegación, periurbanización y gentrificación; donde la relegación se corresponde con la concentración de sectores pobres de la población en los márgenes de la ciudad, alejados del centro económico, cultural y social, que se ubican en zonas residenciales originalmente planificadas como de «vivienda social», pero que van conformando guetos inseguros, olvidados, segregados. Se trata de movimientos imbricados entre sí y relacionados con períodos históricos y políticos de decadencia económica, desempleo y fragmentación social.
 2. Los CESAC o Centros de Salud y Acción Comunitaria pertenecen al área de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, están regulados por la Ley Básica de Salud 153 promulgada el 25 de febrero de 1999, y dependen de las Áreas Programáticas de los Hospitales Generales de Agudos.

Ahí» (plan nacional de intervención territorial, con presencia interministerial en determinados puntos fijos).³

María tiene poco más de 40 años, es madre de seis hijxs de entre 25 y 4 años de edad. Ocupa informalmente un departamento en uno de los complejos habitacionales construidos durante la presidencia de Raúl Alfonsín para urbanizar y erradicar las «villas». María percibe AUH (Asignación Universal por Hijo) por tres de sus hijos, quienes concurren a una escuela pública. Una de sus hijas mayores es, según su madre, «adicta al paco», pero no accede a tratamiento. La menor de sus hijas, «Juana», despierta en el equipo especial atención por percibirla en situación de alta vulnerabilidad (aparente bajo peso, con manifestaciones conductuales por debajo de lo esperable a su edad y sin DNI).

Si bien María se habría acercado a su primera «consulta» preocupada por su hija mayor –quien efectivamente estaría en situación de consumo problemático–, ella misma se encontraba, sin poder reconocerlo, seriamente comprometida en un consumo problemático de alcohol, combinado con uso ocasional de fármacos sedativos (benzodiazepinas). Por este motivo, se le abre una historia clínica y se inicia un camino largo, sinuoso y complejo, en el que se va intentando construir «el tratamiento».

Así, el equipo interdisciplinario (compuesto por profesionales de Psiquiatría, Trabajo Social y Psicología) fue manteniendo encuentros con ella en distintos ámbitos (tráiler interministerial, el Hospi-

3. «Plan Ahí»: Plan Nacional de Abordaje Integral, que funciona en el ámbito del Consejo Nacional de Políticas Sociales de la Presidencia de la Nación (Dto. 621/2008). Se trata de un plan nacional que, a través de la organización y participación comunitaria, apunta a fortalecer el desarrollo local y el proceso de inclusión social de pequeños pueblos y barrios históricamente aislados, tanto geográfica como socialmente. El Consejo Nacional de Políticas Sociales está integrado por los Ministerios de Desarrollo Social; de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; de Educación; de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva; de Salud; de Economía y Producción; de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos; de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios, y la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia.

tal Nacional en Red [ex CeNaReSo], distintos CESAC, su propio domicilio, la vía pública). Fuimos estableciendo objetivos, encuadres y acuerdos para ese tratamiento cada vez más difícil de definir. Se tejía una trama más y más compleja, a medida que nos adentrábamos en la historia de vida de María y su grupo familiar.⁴ Pero esa complejidad se fue constituyendo no sólo por las vicisitudes de la vida de María sino, especialmente, por las distintas miradas y representaciones puestas en juego en la intervención del equipo.

Reflexiones en torno a nuestra mirada

Como modalidad de atención, el equipo fue articulando con distintos efectores de salud presentes en el barrio, con el objeto de trazar líneas de acción, combinar estrategias, aunar criterios, compartir información y aportar distintas miradas.

De la información y referidos obtenidos en los primeros encuentros y en las primeras intervenciones, se desprendían las siguientes ideas respecto de María:

1. Accede a Salud intermitentemente en distintos CESAC, pero no se constituyó nunca como paciente.
2. No puede sostener ningún tratamiento. No asiste a las citas programadas.

4. Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, promulgada en diciembre de 2010 (y reglamentada en mayo de 2013), que en su capítulo V, artículo 8.º ordena: «Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes». Artículo 9.º: «El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud».

3. No distingue diferencias entre los distintos efectores de Salud del área de Ciudad, ni entre los distintos Ministerios de Nación.
4. A Juana no la ve un pediatra desde hace dos años y, además, María se opone a llevarla al Jardín y la retiene en su casa.

Con el tiempo, y a partir de un esfuerzo por desarmar algunos conceptos, por comprender mejor ciertas afirmaciones, y gracias a la posibilidad de escuchar (escucharnos) entre los distintos profesionales abocados a María, pudimos reflexionar acerca de las representaciones sociales y de las categorías teóricas puestas en juego en nuestra praxis:

1. Efectivamente, María dejó de asistir a determinado centro de salud... Pero, en pleno ejercicio de sus derechos como paciente,⁵ eligió otro efector de salud y comenzó a referenciarse en un CESAC donde se siente más cómoda, y donde tanto ella como sus hijos son atendidos y reciben los controles requeridos por distintos profesionales de la salud (pediatra, nutricionista, trabajadora social).
2. Es cierto: muchas veces María no asiste a las citas programadas. A veces se queda dormida, se olvida o llega fuera de horario (porque, ya lo hemos dicho: María tiene un serio problema con el consumo de alcohol y por lo tanto tiene graves dificultades para ordenar su vida). En otras ocasiones concurre, pero hay mucha demora y no puede (o no quiere) esperar. También ocurrió que, habiendo sido citada por un CESAC, ella, confundida, concurrió al otro (aquel con el cual se referencia). Con esto, no

5. Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, art 7.º, inc. k: «Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento, dentro de sus posibilidades», y Ley 26.529 (Ley Nacional de Derechos del Paciente, año 2011), art. 2.º, inc. e: «Autonomía de la Voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad...».

pretendo afirmar que María es una paciente modelo: obediente, consciente de su problema y consustanciada con su tratamiento (si pudiera cumplir con todas estas condiciones, probablemente no lo necesitaría). Solamente quiero advertir que en cada una de estas ocasiones, para los profesionales de salud intervinientes, María simplemente «no asistió a su cita». Poco podríamos construir si nos quedáramos en esa afirmación. En cambio, ¡qué diferente es poder pensar a María desde sus capacidades y potencialidades y como un sujeto de derecho!

3. Diferenciar en la práctica a los distintos efectores, dispositivos y agentes del Estado puede ser complejo para cualquiera. En este caso, María nos conoció en un mismo tráiler donde estábamos presentes distintos representantes del Estado Nacional: Anses, Desarrollo Social, Educación, Salud, Seguridad... En ocasiones, incluso la hemos entrevistado junto con algún profesional del área de Salud del Gobierno municipal. No hace falta estar muy «confundida» para perderse en los laberintos del sistema.
4. En lo que respecta a María en su «rol» de madre, es interesante observar el peso del «deber ser» desde nuestra mirada burguesa, que refuerza la idea de madre negligente y «abandónica», olvidando que se trata también de una madre muy vulnerable y vulnerada. Vale por ejemplo mencionar algunos de los pretendidos indicadores que demostrarían tal «desmadre». Tanto María, cuando quiere dar cuenta de sus eventuales mejorías, como nosotros, para constatarlo, enumeramos las tareas del hogar que lleva adelante (limpia, ordena, cocina, lava los platos, lleva a los niños a la escuela). Le hemos preguntado, incluso, por qué no llevaba a Juana a pasear... En el barrio de María prácticamente no hay plazas ni espacios de recreo al aire libre para niños pequeños. No hay cines ni teatros. No hay donde ir a tomar un helado, por ejemplo. Las montañas de basura se apilan en cada esquina. ¿Es entonces María simplemente una madre

negligente,⁶ o es también una ciudadana cuyo derecho a gozar de un ambiente limpio y saludable se ve seriamente violado por la realidad imperante en su barrio?⁷

Consideraciones finales

Me gustaría, para terminar, destacar la importancia de poder detenernos un momento en el vértigo de nuestras prácticas con el objeto de reflexionar acerca de las siguientes cuestiones.

La primera, relacionada con el trabajo en red: ¿la presencia en territorio de muchos efectores de salud es lo mismo que hablar de «redes en salud»? ¿La cantidad hace a la función? ¿Garantiza derechos? Es claro que no. Se requiere de un trabajo articulado y respetuoso, en función de construir las «redes en salud» de las que habla Mario Rovere, teniendo en cuenta diferentes niveles de trabajo conjunto que van desde el reconocimiento mutuo entre los distintos profesionales y sectores intervinientes, su conocimiento, la colaboración, la cooperación y la asociación. Se trata de aquello que Rovere llama el «ejercicio del diálogo, del encuentro, del reconocimiento, del pensar y del construir juntos» para avanzar hacia la ampliación de derechos y asegurar la accesibilidad de toda la población a una atención de la salud digna, integral, igualitaria y equitativa.

-
6. Además del rol y función esperables de María en tanto «madre», es interesante también pensar desde dónde miramos y cómo intervenimos en y con esa familia. Pagaza (1995) afirma que cada disciplina se diferencia por el modo de mirar, el modo de apropiarse y la forma de intervenir en «lo social». Entonces es importante preguntarnos, yo como trabajadora social, pero entiendo que el resto de los profesionales de otras disciplinas también, desde dónde estamos mirando, abordando, construyendo como sujeto-objeto de intervención a «la» familia.
 7. La Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires dedica su capítulo cuarto al ambiente, y específicamente postula, entre otros asuntos, que «toda persona tiene derecho a un ambiente sano» (art. 26), y que la Ciudad debe promover «la preservación e incremento de los espacios verdes» (art. 27, inc. 4).

La segunda cuestión consiste en analizar el rol del Estado destacando su «capilaridad social» (en palabras de Oscar Oszlak), su implicancia en la organización de la vida de una sociedad. En la vida de María, en este caso, se trata de poder ver cómo se da ese atravesamiento de las políticas públicas en la vida cotidiana y contextualizarla histórica y políticamente.

La tercera, finalmente, es destacar cómo a pesar de los obstáculos y falencias, resulta auspiciosa la presencia del Estado en la vida de María. Pero, más aún, encontrarme a mí misma en el papel de agente estatal y pensar en la responsabilidad que esto implica. Hoy tenemos la oportunidad de construir, de «habitar»⁸ un Estado que, a diferencia de tiempos no tan lejanos en los que supo hacerse el distraído, permea nuestra cotidianidad y nos interpela.

Volviendo a las redes, me gusta pensar la interdisciplina y el trabajo en red como un gran tejido colectivo. Un tejido al que se le enredan por momentos los hilos, pero que finalmente se entrelazan aportándole el color, la textura, la fortaleza y la forma que lo completan. ¿Sabremos tejer esa red cuyo entramado sirva de sostén a la vez que de abrigo?

Bibliografía

- Abad, S. y Cantarelli, M. (2010). *Habitar el Estado. Pensamiento estatal en tiempos a-estatales*. Buenos Aires: Hydra.
- Cantarelli, M. (noviembre de 2005). «Fragmentación y construcción política: de la demanda a la responsabilidad». Comunicación presentada en las *Cuartas Jornadas NOA-NEA de cooperación téc-*

8. En los términos en que lo plantea Cantarelli (2005), «habitar el Estado» requiere «construir una serie de herramientas, operaciones y procedimientos capaces de hacer habitable una situación. Y habitar una situación no es meramente estar. Más bien, es construir un mundo simbólico en y con ese espacio». También desarrolla esta idea en Abad y Cantarelli (2010).

- nica con equipos de gestión provincial*, Roque Sáenz Peña, provincia de Chaco.
- Centros de Salud, Ciudad de Buenos Aires (en línea). Recuperado el 07/10/2013 de http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/a_primaria/ctrossalud.php
- Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en línea). Recuperada el 07/10/2013 de <http://argentina.justia.com/provinciales/ciudad-autonoma-de-buenos-aires/constitucion-de-la-ciudad-autonoma-de-buenos-aires/>
- Donzelot, J. (1999). «La nouvelle question urbaine». En *Revue Esprit*, N.º 258.
- Ley N.º 26.529. Derechos del Paciente. Historia Clínica y Consentimiento Informado (2009). Sancionada el 21 de octubre de 2009. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 19 de noviembre de 2009.
- Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Ministerio de Desarrollo Social, Presidencia de la Nación. «Plan Ahí», Buenos Aires. Recuperado el 7/10/2013 de <http://www.desarrollosocial.gob.ar/planahi/157>
- Oszlak, O. (2011, 7 de julio). «El rol del Estado: micro, meso, macro». Conferencia presentada en el *VI Congreso de Administración Pública*. Resistencia, Provincia de Chaco: Asociación Argentina de Estudios de Administración Pública y la Asociación de Administradores Gubernamentales.
- Rovere, M. (1999). «Redes en Salud. Un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad». Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.
- Rozas, M. *apud* Jong, E. E. (1995). «Familia y Trabajo Social». En *XV Seminario Latinoamericano de Trabajo Social [Alaets – Anets – Celat]*, Guatemala. Recuperado el 01/09/2013 de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-015-019.pdf>

Reflexiones en torno a la demanda en una experiencia de Atención Primaria de la Salud (APS)

María Lorena Battán Carabajal

Introducción

El siguiente artículo surge ante la experiencia de trabajo comunitario en una escuela secundaria del barrio de Bajo Flores, en el marco de la residencia interdisciplinaria en salud mental del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo), en la instancia de APS. La demanda de intervención se liga a talleres sobre adicciones, dado que la institución es reconocida por el tratamiento de éstas.

Los docentes plantean que necesitan ayuda profesional de quienes son «expertos», con la demanda explícita, escudada bajo el ideal de la prevención, de que se les «brinden herramientas para poder detectar a quienes consumen».

Surgen ante ello interrogantes fundamentales: *¿cuál es el papel del profesional en esta situación? ¿Cuál es la demanda que subyace? ¿Qué demandan y para qué?* Se hace necesario *interpelar el rol profesional*.

Una experiencia, una demanda, una reflexión acerca del rol profesional

Al culminar una carrera universitaria, se obtiene un título que legitima un saber y un saber hacer. Aquel que lo porta es identificado, retomando la fórmula lacaniana sobre la transferencia, como *sujeto supuesto saber* (Lacan, 1988), y desde ahí *se demanda un decir* determinado. Es una cuestión ética *saber qué hacer con ese saber le-*

gitimado y por lo tanto *replantearse el rol que se ejerce y el que es demandado*.

Tomamos el texto de Benedito y Braunstein «Rol del psicólogo: rol asignado, rol asumido y rol posible» (1975), donde se interroga sobre el rol del psicólogo y se reflexiona sobre la necesidad de pensar el quehacer profesional en diferentes ámbitos. Hacemos extensiva la reflexión al quehacer de los trabajadores de la salud mental, ante la participación en dispositivos de talleres al ser convocados como expertos, identificados como *sujetos supuesto saber*, que en ocasiones quedan supeditados al *sujeto ideológico*. Éste se invisibiliza en el lugar que idealmente se esperaría que ocupe, desde la misma estructura que lo posibilita.

Si se respondiese a la demanda de la escuela y se brindasen talleres que caracterizaran «el perfil de los adictos» o las «señales de consumo», se estaría en presencia de una práctica ideológica –rol asumido– que reflejaría una (des)realidad reduccionista sin explicarla. Ésta responde a formas de control social, remite al prejuicio, al estigma, al etiquetaje, y se sustenta en el paradigma médico-jurídico que equipara al adicto con un enfermo, un criminal con su consecuente «peligrosidad».

Por ello, interpelar el rol profesional es preguntarse ¿qué hace, por qué lo hace, para qué y a pedido de quién? Si respondemos a lo demandado sin cuestionar (rol asumido), remitiéndonos a contestar lo que los «adictólogos» habitualmente dicen acerca del consumo (rol desempeñado), quedamos presos de la ideología de sujeto de ese discurso producido en el proceso de sujetación y del desconocimiento que implica de la estructura que lo ha determinado, según el análisis desde el texto de Benedito y Braunstein: «Preguntar por el rol desde una perspectiva científica es estar dispuesto a producir la lectura sintomal de ese rol» (Benedito, 1975).

La práctica técnica (conjunto de procedimientos, saberes y recursos que se emplean en una ciencia) puede entonces servir para satisfacer una necesidad, salvar una falta, una demanda, que se define al margen de la técnica misma y que remite a los fines que actúan

como determinantes: «dar herramientas para identificar a los que consumen», «ayudarnos a saber cuándo han consumido», «saber cuándo hay adicción».

¿De dónde surge esa demanda?

Existen condiciones objetivas que remiten a una determinada formación social que sobredetermina una demanda, un encargo social: que el hombre «esté adaptado e integrado a la estructura social». Así se mantiene el orden social.

Lo que instituye y hace posible una sociedad está dado por la estructura de relaciones materiales junto a la producción de universos de sentido que estipulan que «las cosas son como son». Este universo de significaciones imaginarias sociales, llamado «imaginario social»,¹ regula el comportamiento de las personas «al anudar los deseos al poder» (Fernández, 1993).

La escuela es una institución educativa, una organización. Como sistema cultural, simbólico e imaginario (Correa, 1993), pone a punta una armadura estructural que se cristaliza en cierta cultura, en atribuciones de lugares, asignaciones de roles, conductas, hábitos de pensamiento, etc., para el mantenimiento de la sociedad. Desarrolla un proceso de formación y socialización. De ahí su capacidad instituyente, y por lo tanto estructurante, de la subjetividad y de la sociedad: su eficacia simbólica se encuentra en su capacidad de constituir un sujeto alrededor de un conjunto de normas y valores que rigen en la sociedad.

El uso de drogas fue emblemático, en los años 60, de la lógica de la contracultura, era un signo de protesta y rebeldía a los cánones

1. Para Castoriadis (1989) es «magma de significaciones imaginarias sociales» encarnadas en instituciones. Como tal, regula el decir y orienta la acción de los miembros de esa sociedad, en la que determina tanto las maneras de sentir y desear como las maneras de pensar.

de la sociedad burguesa y a la racionalidad de la organización socio-económica capitalista. Desde ese momento se convierte en objeto problemático y peligroso para el mantenimiento del orden moral y social (Dimov, 2005). De ese modo se desplazó el sentido del consumo hacia lo enfermo e ilegal y, por lo tanto, se lo encuadró como un asunto de competencia médico-jurídica (consumo de drogas = enfermedad-delito).

¿Cómo se posiciona la escuela frente al consumo de sustancias?

«La sola mención de la palabra “droga” en las escuelas dispara todas las alarmas de los dispositivos escolares. Y el hecho mismo de dispararlas parece indicar que se trata de un acontecimiento que no sólo resbala a las formas convencionales de control escolar y social, sino que además pone en cuestión el sentido y la eficiencia social de las instituciones de socialización y a la escuela en particular. Esto de por sí lo constituye en un asunto complejo, que exige ser abordado mediante lógicas complejas...» (Saldarriaga, 2001, p. 189).

Al indagar sobre el consumo de sustancias en la escuela, se observa una ética de valores absolutos donde el consumo está ligado a lo moral, al mal y a la anormalidad, un problema sobre el cual hay que intervenir médicamente. La frecuencia con la que aparece relacionado el consumo de drogas con la delincuencia, la violencia, la pobreza, etc., es producto del estigma: prejuicios basados en estereotipos que producen discriminación, «juicios que los seres humanos emiten que son construcciones sociales» (Conrad, 1982, p. 134).

El término «estigma» (Gofman, 2003) es utilizado para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador, a personas que realizan una acción infame, deshonrosa. Es una palabra griega cuyas acepciones más comunes hacen referencia a cicatrices, marcas

o huellas en la piel resultantes de una plaga o enfermedad. Por ello en Grecia se usaba para referirse a los signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo en el estatus moral de quien los presentaba. Era propio de una persona corrupta, deshonrada, a quien debía evitarse particularmente en lugares públicos.

Gofman plantea que el estigma tiene una función de control social que puede ser de dos tipos: formal e informal. El control social formal es la búsqueda, por parte de quienes están habilitados (principalmente funcionarios, por ejemplo, de la salud, la justicia, etc.), de individuos identificables por sus antecedentes, ya sean morales o criminales.² La discriminación en las instituciones sería una consecuencia misma del establecimiento del estigma sobre un grupo social al que se percibe como inferior o incluso como una amenaza.

En palabras de los docentes: «Necesitamos herramientas para salvar a los chicos que son inocentes [...] tener mejores chicos-alumnos...».

Es en el marco de esta situación donde se hace imperante reflexionar sobre la verdadera demanda de nuestra intervención. A lo largo de las entrevistas en la escuela, se revela la idea compartida por varios docentes: los «alumnos que consumen deben dejar de asistir a la escuela hasta su recuperación». Así, se niega el derecho inalienable a la educación y el «papel fundamental de la escuela para la vida», además de que lo que se instaura con esa sanción disfrazada de humanidad³ es la exclusión encubierta. De esta manera, el profesional de la salud podría de modo inconsciente ser cómplice o partícipe de procesos de exclusión o legitimación de formas de control social.

La escuela, con este pedido de respuestas al profesional, podría buscar entonces instituir interpretaciones dominantes que proven-

-
2. El control social informal incluye al público en general. Se destaca el papel de los medios de comunicación, que hacen posible que la vida de una persona se vuelva pública.
 3. Según Benedito (1975), el humanismo lleva a justificar la actividad por la demanda que se cree recibir de la «humanidad», desconociendo que la formulación parte, en una sociedad de clases, de la clase que tiene el poder.

gan de una autoridad competente, que se arraiguen en las subjetividades, e intenten clausurar toda tentativa de interrogación, pues se asientan en la identidad del «ser experto en la materia». Además, ello permite la ilusión de que es el experto quien «decide» y define el modo correcto de actuar, delegando así responsabilidades propias de la institución escolar.

El profesional de la salud podría, por medio de su discurso, ser bastión y contribuir a controlar y disciplinar los cuerpos y las conciencias de los individuos y de los grupos. El poder de la nominación puede ser usado entonces a los fines del control social y la exclusión en tanto y en cuanto se use el saber para determinados intereses que no sean promover la salud, sino responder a valores o intereses de cierto sector de la sociedad.

Las conductas discriminatorias son generadas primordialmente por estructuras institucionales, culturales y políticas. Se trata de procesos instituidos difíciles de modificar y que perduran en sus efectos a pesar de los cambios en las condiciones sociales y materiales, de ahí su efectividad para instituir.

Replantearse lo instituido, que en cierto punto fue constituyente de nosotros mismos, implica una tarea de por sí harto difícil, que conlleva realizar acciones concretas de reflexión constante, pues supone estar trabajando sobre temas que nos atraviesan y están naturalizados. Es esencial para ello la reflexividad epistémica propuesta por Bourdieu (2002), «pensar las categorías de pensamiento no pensadas que predeterminan lo pensable y determinan el pensamiento». Así, es posible visibilizar y poner en jaque el imaginario social instituido, es decir, desarrollar la capacidad reflexiva, lo cual implica trascender la inmediatez dada, cuestionar lo establecido, los ideales. El trabajador de la salud mental no debe quedar seducido en lo imaginario de los ideales, porque muchas veces el ideal social va contra la salud mental.

Es frente al rol asignado, y por medio del ejercicio de la reflexividad, que se abre la posibilidad de una praxis diferente: pensar roles posibles luego de cuestionar el rol asignado.

Conclusiones

En la demanda de prevención muchas veces subyace el intento de control social bajo el concepto de *normalidad*, el cual incluye un criterio explícito o implícito que es el de adaptación social a la pauta «ideal, a lo deseable» y encierra conceptos valorativos. Muchas veces en relación con éstos se actúa psicopáticamente, es decir, «se los usa sin hacerlos conscientes, se los actúa sin pensarlos, lo que constituye un claro ejemplo de la intrínseca articulación entre ciencia e ideología» (Boholavsky, 1971, p. 77). Es entonces cuando el profesional actúa como sujeto ideológico, responde al rol designado como bastión de control social formal.

Una práctica diferente y cuestionadora del rol asignado requiere de reflexión epistémica como práctica sistemática, una toma de conciencia del encargo y demanda implícitos tras el discurso de la escuela y tras las áreas propuestas para la intervención.

Esto implica, según Ana María Fernández, «crear condiciones de posibilidad para alojar lo inesperado» (2007, p. 105). No se trata de explicar el funcionamiento lógico de interacción de los sujetos con el consumo (rol asumido), sino de preguntar por el fondo indiferenciado de significaciones imaginarias sociales que producen formas y figuras de sentido.

Al mismo tiempo, la Ley de Salud Mental promueve un modelo de atención basado en el respeto a la persona en toda su integridad y en los derechos humanos, y favorece la inclusión social. Por lo tanto, como normativa que reglamenta el accionar del trabajador de la salud mental, pone en él la responsabilidad de favorecer la inclusión social de quien padece algún trastorno, derribando los mitos y prejuicios que estigmatizan y excluyen.

El profesional de la salud debe ir más allá de lo aparente. Al igual que la ciencia, como forma de conciencia social, tiene la obligación de «asumir una actitud de sistemática desconfianza frente a lo que naturalmente, por supuesto u obviamente, debe ser así...» (Boholavsky, 1971, p. 78).

Bibliografía

- Bauman, Z. (2005). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Benedito, G. (1975). «Rol del psicólogo: rol asignado, rol asumido y rol posible». En Braunstein, N. *Psicología, ideología y ciencia*. México: Editorial Siglo XXI.
- Bohoslavsky, R. (1971). «Reflexiones en torno al concepto de salud y enfermedad». En *Revista Argentina de Psicología*, N.º 10. Publicación de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, pp. 73-95.
- Bourdieu, P.; Chamboredon J. C.; Passeron, J. C. (1998). *El oficio del sociólogo*. México: Editorial Siglo XXI.
- Bourdieu, P. (dir.) (1998). *Cosas dichas*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Bourdieu, P. (2002). *Lecciones sobre la lección*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Braunstein, N. et ál. (1975). *Psicología, ideología y ciencia*. México: Editorial Siglo XXI.
- Castel, R. y Coppel, A. (1994). «Los controles de la toxicomanía». En Ehrenberg, A. (comp.). *Individuos bajo influencia*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.
- Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social*. Buenos Aires: Paidós.
- Castoriadis, C. (1986). *Los dominios del hombre. Las encrucijadas en el laberinto*. Barcelona: Gedisa.
- Castoriadis, C. (1989). *La institución imaginaria de la sociedad*. Barcelona: Tusquets.
- Conrad, P. (1982). «Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social». En Ingleby, D. (ed.). *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental*. Barcelona: Crítica.
- Correa, A. (1993). «Las instituciones en la encrucijada». Facultad de Filosofía y Humanidades, U. N. C., Córdoba (material de curso de postgrado).

- Dimov, M. I. (2005). «El dispositivo “drogodependencia”». En *El psicoanálisis y el hospital, Toxicidad y Adicciones*, N.º 27.
- Duschatzky, S. y Corea, C. (2001). *Chicos en banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Buenos aires: Paidós.
- Ehrenberg, A. (2000). *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fernández, A. M. (1993). «De lo Imaginario Social a lo Imaginario Grupal». En *Tiempo histórico y campo grupal. Masas, grupos e instituciones*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fernández, A. M. (2007). *Las lógicas colectivas: imaginarios, cuerpos y multiplicidades*. Buenos Aires: Biblos.
- Foucault, M. (1980). *Vigilar y castigar*. Barcelona: Editorial La Piqueta.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder y constitución de la subjetividad*. Barcelona: Editorial La Piqueta.
- Goffman, E. (2003) «Estigma: la identidad deteriorada». Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Lacan, J. (1987). «La equivocación del sujeto supuesto al saber». En *Momentos cruciales de la experiencia analítica*. Buenos Aires: Manantial.
- Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- López, H. (2000). «Intoxicación y criminalidad». En *El psicoanálisis y el hospital, Toxicidad y Adicciones*, N.º 27.
- Pombo, P.; Pérez, M.; Medrano, L.; Villalobos, G. (2009). *Estigma y discriminación hacia las y los usuarios de drogas y sus familiares* (en línea). México: CONAPRED. Recuperado de http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/E05-2009-1Co.pdf
- Saldarriaga, J. (2001). «Drogas, escuela y formación» (en línea). Medellín: Educación XXI. Recuperado el 02/09/2013 de <http://www.uned.es/educacionXX1/pdfs/04-07.pdf>

2. Dispositivos clínicos de atención a la demanda espontánea

Las dos comunicaciones reunidas en este apartado se detienen en la experiencia de atención a la demanda espontánea llevada a cabo en el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo). Además de analizar el primer acercamiento a la institución (es decir, la primera escucha), los trabajos problematizan las diversas dimensiones del primer encuentro con la institución, la derivación a un tratamiento ambulatorio o internación y los desafíos relativos a la articulación con otros servicios y sectores.

Primer acercamiento a la institución: un nuevo modelo para la intervención hospitalaria

Nadia Jausken, Laura Lombardi,
Rocío Mabilia Garófalo y Andrea Moyano

Introducción

En los últimos diez años de gestión, se profundizaron, en materia de Salud Pública, diversas políticas orientadas a la construcción de un país que eleve la concepción de justicia social, de modo que la salud sea concebida como un derecho inalienable. Los sujetos de derecho aparecen así como protagonistas de estas transformaciones, y el Estado, como garante de dicho derecho al intervenir de manera directa para garantizar la equidad y la igualdad de oportunidades. Como dice Ramón Carrillo: «Los hospitales no se organizan a base de libros ni de conocimientos estrictamente técnico-médicos, sino principalmente a base del conocimiento de la problemática social de la población a la cual el establecimiento va a servir, y de la política sanitaria que se ha trazado un gobierno» (2012, p. 108).

En atención de los nuevos desafíos que presenta nuestra época, la salud es entendida como una construcción social que, por lo tanto, se encuentra atravesada por componentes históricos, socio-económicos, culturales, psicológicos y biológicos, y cuya concreción como derecho humano inalienable implica el compromiso de toda la sociedad.

En el marco de esta concepción, la sanción de la nueva Ley de Salud Mental N.º 26.657 ha permitido la profundización de un modelo de acción que, enmarcado a su vez en la Ley de Derechos del Paciente N.º 26.529, aborde desde la complejidad las diversas problemáticas que se presentan en el campo de la Salud Mental. Esta

visión responde a los nuevos desafíos que implica correrse del viejo paradigma hospitalocéntrico para arribar a una mirada basada en redes asistenciales, donde la prioridad comienza a ser garantizar la igualdad de acceso a la salud.

Con este objetivo se ha puesto en marcha desde el hospital el *Plan Estratégico (2013-2015)*. Basado sobre las leyes mencionadas, el Plan entiende que el consumo problemático debe ser parte integrante de las políticas de salud mental, y da por sentado que las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, deben tener todos los derechos y garantías en relación con los servicios de salud. Para el cumplimiento de esta ley, es necesario romper con el modelo abstencionista que establece una relación lineal entre el usuario de droga y la sustancia, y entender que son múltiples las variables que intervienen a la hora de hablar de consumo problemático. Por tal motivo, el problema requiere de un abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial que fije objetivos y acciones destinados a responder a las necesidades de la población, con un rol activo del Estado y una fuerte participación comunitaria.

Para el cumplimiento de tales metas es imprescindible repensar nuevas estrategias de intervención, que propicien el espacio para la emergencia de la subjetividad como eje de esta nueva mirada y establezcan la importancia de vislumbrar cuál es el vínculo que el sujeto mantiene con el consumo, a fin de evitar lecturas reduccionistas.

Dispositivos que se orientan a la producción de subjetividad

A partir del viraje que ha dado el hospital, comenzó una búsqueda constante de nuevas acciones. Éstas procuran ajustar nuestras prácticas para atender la demanda de la población y garantizarles a nuestros pacientes una atención de calidad, que respete sus derechos y permita cumplir con nuestras obligaciones como institución efectora de salud. Este conjunto de innovaciones ha producido cambios en

toda la institución, tanto en relación con los recursos materiales como con el interior de los dispositivos de atención. Una de dichas innovaciones es la creación del Área de Gestión de Pacientes, que tuvo como principal objetivo repensar la dinámica de nuestros servicios para poder brindar una mejor atención en materia de salud.

Esta presentación intentará dar cuenta de las transformaciones mencionadas, sin dejar de ser sólo un recorte del nuevo modelo de intervención puesto en funcionamiento por el hospital y materializado en el *Plan Estratégico (2013-2015)*.

Si entendemos el dispositivo como un conjunto de prácticas y elementos relacionados intencionalmente para generar un efecto –un artificio de naturaleza estratégica puesto en marcha para hacer emerger un efecto–, se comprende el carácter imperioso de transformar las propias prácticas y elementos. De acuerdo con el nuevo objetivo del hospital, se hizo necesario realizar una deconstrucción de nuestras prácticas a fin de hacer visible la nueva concepción de sujeto protagonista de nuestra intervención.

Una de las primeras cuestiones que trabajó el Área de Gestión de Pacientes fue la posibilidad de cambiar el acuerdo de ingreso que los pacientes debían firmar para permanecer en la institución. El acuerdo que anteriormente estaba en vigencia tomaba la forma de un reglamento interno muy restrictivo. En él se detallaban varias pautas de conducta que los pacientes debían cumplir, entre ellas:

- «Deberá respetar estrictamente las indicaciones que se le efectúen con relación a su aspecto personal, higiene, vestimenta, así como llevar a cabo con la mayor diligencia las tareas que se le encomiendan».
- «Será obligación del asistido participar de todas las actividades que integran el subprograma residencial, de acuerdo con las normas fijadas por la Institución. La falta de cumplimiento estricto de esta obligación podrá acarrear su expulsión».
- «Se considerará falta grave la comisión de hechos reñidos con la moral y las buenas costumbres».

Además del cumplimiento de estas pautas, los pacientes del Servicio de Internación debían desvestirse ante cada ingreso para ser revisados y controlar que no ingresaran con ninguna sustancia.

Cabe en este punto apoyarse en el análisis que hace Foucault sobre el castigo ante la infracción de una ley, que no se centra ya en la pena física, sino que se traslada al sujeto mismo, a lo que él será y pueda ser:

«El cuerpo, según esta penalidad, queda prendido en un sistema de coacción y de privación, de obligaciones y de prohibiciones. El sufrimiento físico, el dolor del cuerpo mismo, no son ya los elementos constitutivos de la pena. El castigo ha pasado de un arte de las sensaciones insoportables a una economía de los derechos suspendidos» (2002, p. 20).

Así, en esta nueva forma del castigo toman relevancia los agentes que controlan los cuerpos: vigilantes, médicos, psiquiatras, psicólogos y educadores. De esta manera, la disciplina implica un orden «artificial» dispuesto por un reglamento que castigue aquellas conductas que no se ajustan a la norma y que funcione a modo de correctivo (Foucault, 2002, p. 199).

En relación con estos conceptos, muchas de las reglas dispuestas en el acuerdo apelan al castigo ante la posible desviación de la conducta, y amenazan con expulsiones, de manera que utilizan el castigo y el control como modo de disciplinar el comportamiento en la institución. En este sentido, y en línea con la sanción de la nueva Ley de Salud Mental y la Ley de Derechos del Paciente, el nuevo acuerdo de ingreso hace hincapié en los derechos que tienen los sujetos que necesitan tratamiento; se adicionan además algunas pautas de convivencia pero se elimina su carácter punitivo. Tanto al apuntar a la importancia del trabajo interdisciplinario como marco para todas las intervenciones, como al comprender que el castigo por una acción no contribuye con el objetivo, que no es más que aminorar el padecimiento, se intenta interpelar al sujeto en su implicancia con el tratamiento.

Otra de las cuestiones a destacar es que anteriormente el primer acercamiento a la institución no era lo suficientemente accesible. Había un mismo equipo de trabajo para las primeras entrevistas de admisión y para llevar adelante los tratamientos ambulatorios de Consultorios Externos, lo cual prolongaba la espera de los pacientes. Esto generaba dos obstáculos: por un lado, el proceso de admisión era muy largo, ya que los días y horarios para las entrevistas eran escasos e insuficientes para la demanda de la institución; por el otro, había muy pocas posibilidades de realizar tratamientos ambulatorios. Como afirmaba Ramón Carrillo, «los horarios jamás deben adaptarse a la comodidad de los empleados o funcionarios, sino a las necesidades del servicio» (2012, p.139).

En línea con esta idea, para abordar la problemática se diversificaron los servicios: se creó el Dispositivo de Atención a la Demanda Espontánea y se lo separó de Consultorios Externos. Si bien en la actualidad ambos servicios se encuentran separados, la implementación de un abordaje interdisciplinario conlleva necesariamente una articulación eficaz entre los distintos dispositivos, los cuales deberán estar en permanente conexión para brindar una atención integral.

Con este fin se han determinado las siguientes acciones:

- Ampliación del horario de atención para ambos dispositivos (de 8 a 20 h).
- Conformación de grupos interdisciplinarios más numerosos, lo cual ha sumado profesionales a la institución (actualmente contamos en ambos dispositivos con un 100% más de profesionales).
- La atención a la demanda espontánea comenzó a ser brindada en el momento de ingreso, dentro de este nuevo horario, pero sin turnos ni horarios fijados de antemano.
- Organización de un sistema de gestión de turnos: cada profesional cuenta con una agenda personal en la que se le asigna al paciente un horario que a partir de ese momento es sólo suyo. Esto genera un sentido de pertenencia institucional y constituye el primer paso para la construcción del vínculo terapéutico.

Si bien en este aspecto la variable del tiempo se ha vuelto un eje fundamental como hilo conductor de la gestión de cambios, no podemos desconocer ciertos aspectos socio-históricos que atraviesan nuestra práctica. La posmodernidad trajo consigo la cultura de la inmediatez y el consumo como espacio de identificación. En el capitalismo tardío, cuando aparece cierta fragilidad en los vínculos, un vacío en la trama social, los objetos de consumo (cualesquiera sean) se presentan como ese lugar seguro que nos brinda la certeza de saber quiénes somos, que satisface un antiguo ideal de completitud y que produce una homogenización del deseo en el consumo al esfumar la singularidad. Es esa misma sociedad que impulsa el consumo como fundamento del ser la que luego margina a aquellos sujetos que no pueden acceder a un estándar de consumo (Viñar, 2009, p. 63).

En este sentido, es importante que como institución especializada en consumo problemático, tengamos en cuenta que estamos tratando con sujetos que muchas veces no están enraizados socialmente, que se encuentran marginados. Si bien el contexto se hace texto en los discursos de salud, como profesionales debemos evitar las etiquetas diagnósticas, esas respuestas basadas sobre la lógica de la inmediatez que sólo taponan el espacio de la pregunta del sujeto por su deseo. Esto significa reconocer que en cada paciente hay una necesidad y una demanda singulares y que, con el apoyo de la transferencia entre profesionales y pacientes, es posible construir para cada sujeto un tratamiento adecuado que permita producir cierta modificación de su posición subjetiva en relación con el consumo, y aminore su padecimiento. Se trata entonces de un tiempo, pero de aquel que se necesita para construir la demanda de cada paciente y que por lo tanto se aparta de la lógica de la inmediatez que homogeniza a los sujetos. La reconstrucción de los dispositivos instala así la posibilidad de alojar a los sujetos y de intervenir clínicamente en el fortalecimiento de los lazos sociales.

De la misma forma que consideramos la variable «tiempo» como un eje central para la implementación de los objetivos planteados,

la reorganización del espacio también ha contribuido a poner en marcha las acciones para llevarlos a cabo.

Tras un amplio número de reformas edilicias, se ha desencadenado una manera distinta de ocupar simbólicamente el espacio en la institución, disposición que ha sido reconocida y valorada por los pacientes. Para la ejecución de estas refacciones, se tuvo como eje central el respeto por la intimidad y el carácter privado de las consultas, siguiendo los lineamientos establecidos por la Ley de Derechos del Paciente. Recordemos dos de los artículos de dicha ley que se relacionan directamente con lo recién mencionado:

«Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente».

«Intimidad. Toda actividad médico-asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley N.º 25.326».

En vista de estos aspectos que destacamos, y entendiendo que los cambios edilicios pueden traducirse en visitas al ejercicio de las prácticas en salud mental, es que nos resulta fundamental destacar dos modificaciones particulares: anteriormente, la apertura de las historias clínicas se realizaba en el mismo sitio del hospital en que se brinda orientación general, por lo que no se respetaba la intimidad de los datos personales del paciente. Por otro lado, la sala de espera para atención en consultorios externos estaba próxima a los consultorios, lo cual hacía que la consulta clínica perdiera su carácter con-

fidencial. La creación de un espacio diferenciado para la apertura de las historias clínicas junto con la construcción de nuevos consultorios dieron respuesta a esta falta de intimidad y confidencialidad.

Todas estas reformas trazan así una mejora significativa. Sobre todo, permiten que ese primer acercamiento a la institución genere una transferencia institucional altamente positiva para la iniciación de un tratamiento que respete los derechos que establece la ley.

A modo de cierre

Consideramos que los cambios institucionales, apoyados en la profundización de las políticas públicas en Salud Mental, han optimizado significativamente la calidad de atención de nuestros pacientes, pues tienen en cuenta las demandas actuales y permiten reformular los instrumentos para la construcción de un sistema sanitario equitativo.

La puesta en relación de diversos elementos conjugados estratégicamente, tales como recursos organizacionales, normativos, temporales, discursivos, y la reformulación de nuestras prácticas han posibilitado nuevos dispositivos. Éstos se orientan a la consecución de nuestros objetivos como institución especializada en consumo problemático: la emergencia de la subjetividad y la interpelación del sujeto acerca de su posición subjetiva en relación con el consumo. Dichos cambios favorecen una lectura que, desde la complejidad, aborda lo múltiple y reconoce lo singular como elemento de nuestro acercamiento terapéutico, signando un nuevo modelo para intervenir en la realidad actual.

Bibliografía

Carrillo, R. (2012). *Teoría del hospital*. Buenos Aires: Biblioteca Nacional.

- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar*. Buenos Aires: Siglo XXI. [1975].
- Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) (2013). *Plan Estratégico (2013-2015)*. Buenos Aires.
- Lewkowicz, I. (2004). *Pensar sin Estado*. Buenos Aires: Paidós.
- Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Ley N.º 26.529. Derechos del Paciente. Historia Clínica y Consentimiento Informado (2009). Sancionada el 21 de octubre de 2009. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 19 de noviembre de 2009.

La demanda espontánea como paso a la inclusión

Soledad Bordalecou, Martín Bruni, María Cecilia Elia,
Patricia Fridman, Gabriela Galland, Silvana Gargiulo, Gabriel Hagman,
Natalia Lamothe, Alejandra Maula y Teresa Romina Saeg

Introducción

Este trabajo se enmarca en la convocatoria a la *1° Jornada de salud mental y adicciones* realizada por el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo), al cual pertenecemos. Nos proponemos llevar adelante una tarea colectiva de reflexión sobre la práctica que desarrollamos cotidianamente en el Servicio de Atención a la Demanda Espontánea (en adelante, el Servicio o ADE). Teniendo en cuenta la novedad de este dispositivo, estimamos necesario abocarnos a su descripción y análisis, ya que en este ejercicio aparentemente «sencillo» comienza a develarse la complejidad del entramado que lo sostiene. Es nuestra intención compartir con el resto de los colegas del campo de la salud mental, y de este hospital en particular, parte de este entramado que nos interpela y desafía, tanto en nuestras dimensiones técnico-profesionales como ético-políticas.

El Servicio de Atención a la Demanda Espontánea fue creado a comienzos de este año como parte de la implementación del *Plan Estratégico (2013-2015)* del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo). Nuestra práctica se sostiene dentro de los principios y direcciones pautados por la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 y la Ley de Derechos del Pacientes N.º 26.529, y es parte de la apuesta clínica y política delineada en el mencionado plan.

Trabajar hoy en salud mental significa ampliar y garantizar los derechos humanos de toda la población con padecimiento mental. Para ello se hace necesario cuestionar y profundizar las transforma-

ciones de los paradigmas arcaicos y fragmentarios todavía vigentes en el campo de la salud mental. Nuestra práctica, como esperamos se pueda apreciar en el transcurso del trabajo, dialoga sistemáticamente con estas cuestiones.

El ADE se constituye como «la puerta de entrada al hospital», y adquiere características muy particulares que consideramos pueden ayudarnos en la reflexión-acción de los cambios que queremos profundizar y proyectar para lograr una mayor inclusión social de toda la población.

Marco teórico

El Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) se creó como institución especializada en la problemática del consumo de sustancias en un contexto histórico determinado, cuando se entendía que el abordaje posible y deseable para estos asuntos era el de la llamada «reeducación social». Sin lugar a dudas, este concepto refleja un enfoque teórico-práctico determinado sobre la problemática no sólo a nivel local, sino a nivel internacional.

Las políticas internacionales y nacionales sobre el tema se han abocado durante decenios casi exclusivamente al control de la oferta de drogas ilegales bajo el lema de *la guerra contra las drogas y el narcotráfico*, marco conceptual que se trasladó a las políticas sanitarias. A pesar de la promulgación de la nueva Ley N.º 26.657, estas propuestas siguen vigentes e imprimen su sello en el tipo de intervenciones sanitarias que aún se diseñan en muchas instituciones para los sujetos que consumen sustancias. Este modelo de intervención es abstencionista-prohibicionista, tiene como eje una valoración moralista y propone la abstinencia como modelo de atención (Galante et ál., 2009). Esta mirada reduce la complejidad del problema a una serie de respuestas homogéneas, a-históricas y, fundamentalmente, represivas y moralistas.

Sin embargo, la problemática requiere una respuesta integral que aborde en conjunto lo cultural –psicosocial– y lo biológico. Aquella

óptica reduccionista desconoce o niega la dimensión del placer-goce inherente a la experiencia humana y, entonces también, al uso de drogas, sin comprender el alivio transitorio del malestar que las drogas otorgan a sus usuarios.

Los quitapenas han estado siempre presentes en la historia de las civilizaciones y, aunque se han utilizado como ritual en ceremonias religiosas, fundamentalmente cumplen el papel de lidiar con el malestar en la cultura (Escohotado, 1996). Así, el abuso o el uso de sustancias está actualmente vinculado, por un lado, a evadirse, a alejar el dolor y el sufrimiento que puede devenir en la vida y, por otro, al imperio de alcanzar mayores logros, rendimiento y éxitos personales acordes al ritmo acelerado de la vida actual, producto de la modernidad líquida y la globalización, que genera, como lo indica Galende en *Una mirada al tema drogas desde la complejidad del campo de la salud mental* (2006), sociedades ansiógenas, competitivas e individualistas, donde el valor de la existencia está puesto no en lo que se es, sino en lo que se logra tener, es decir, en el consumo.

Las políticas abolicionistas-prohibicionistas han demostrado su fracaso en la meta de disminuir el consumo de drogas e incluso han generado efectos indeseables al reforzar las estigmatizaciones. En efecto, sumen a las personas que consumen sustancias en procesos de mayor exclusión social al tratarlas como delincuentes y como enfermos adictos. Marcelo Sain afirma al respecto:

«El fracaso es doble, debido a que no solamente ha habido un aumento estrepitoso de la producción, el tráfico y el consumo de drogas ilícitas en el mundo, sino que además han sido notables la expansión y diversificación de los mercados ilegales de esas drogas y de los emprendimientos criminales del narcotráfico» (2009, p. 134).

No podemos analizar la problemática del consumo de drogas en nuestra sociedad sin tener presente estas dimensiones histórico-culturales. Asumir que trabajamos en un campo complejo debe

llevarnos a complejizar también nuestros análisis y argumentaciones, para no conformarnos con respuestas simplistas y fragmentarias de la realidad.

El impacto de estas políticas de drogas que criminalizan a los usuarios se refleja en el trato que les dispensan tanto los tribunales como la fuerza policial y el poder mediático, los cuales generan un sentido común en la población al crear la figura fantasmática de un sujeto peligroso, colocado en las franjas más vulnerables de la sociedad. Este discurso también atraviesa las instituciones de salud, tanto a nivel de los profesionales como de los dispositivos que se diseñan para atender a esta población. Dicho enfoque se consolida, además, en la formación universitaria y de postgrado que se ofrece, y se reproduce en prácticas fragmentarias, hiperespecializadas, tecnificadas y expulsivas.

Así, no se atiende a personas sino patologías, de modo que se responde a criterios clasificatorios de enfermedades cargados de los mismos estereotipos sociales formateados durante las últimas décadas, los cuales atentan contra una escucha abierta y una atención singularizada. Al fragmentarse a la persona mediante una clasificación que la objetualiza como un problema psiquiátrico, psicológico, clínico, social o jurídico cuando aparece en la consulta alguna cuestión vinculada al consumo de drogas, en caso de no caer bajo ninguna de las etiquetas de ese marco interpretativo uni-causal y determinista, el paciente queda excluido y por lo tanto debe ser atendido en otro lugar.

Se comprende entonces la importancia que cobra el Servicio en una institución que se ha propuesto modificar este tipo de lectura fragmentaria que coexiste con otras, cuyo abordaje es el descripto.

Una primera característica es proponer el Servicio como un lugar de recepción necesaria para todos los sujetos que consultan a un servicio de salud mental, ya sea con o sin problemática de consumo. Es decir, no estipular a priori qué sujetos pueden consultar fijando criterios de admisión rígidos y estandarizados. Resulta entonces que se ofrece atender todo lo que en otros lugares se rechaza, silencia, expulsa o deriva. Para nosotros es un desafío y una tarea romper

aquella lógica de la derivación y, fundamentalmente, develar los sentidos que subyacen a estas prácticas. A diferencia de lo históricamente comprendido sobre las sustancias psicotrópicas, nos proponemos un enfoque que prioriza al sujeto por sobre la sustancia, y procura trabajar en la línea de identificar los condicionantes socio-históricos y la implicación subjetiva en lo que le ocurre al consultante y a su entorno. Por lo cual, quien venía a que «le saquen el mal del cuerpo», lo desintoxiquen unos meses hasta volver a estar listo para enfrentar la vida, se encuentra con otra respuesta institucional. Una vez que se corre la sustancia del centro de la escena, el sujeto se encuentra con su responsabilidad sobre lo que le ocurre.

Las intervenciones que realizamos en nuestro servicio se enmarcan en una concepción de salud entendida como posibilidad de resolver conflictos, como planteara Ferrara en *Teoría Social y Salud*. El autor expresa:

«La salud se relaciona con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y permita crear las condiciones donde a su vez se cree el ámbito preciso para el óptimo vital de esa sociedad [...] La adaptación completa, en cuanto equivale a la renuncia a la creación individual y social y al enfrentamiento de nuevos conflictos, es por ello mismo una forma clara de enfermedad» (1985).

Procuramos diseñar intervenciones singulares y específicas para cada sujeto, considerando el tiempo y las características con que llega a la consulta. Sostenemos una mirada clínica integral, principal herramienta de trabajo, teniendo como marco de referencia el paradigma de reducción de riesgos y daños, desde donde se incide para disminuir la complejidad de los problemas que se asocian al consumo de drogas y a la salud y salud mental en general, sobre todo en aquellos pacientes en los que se detecta un muy escaso contacto con los dispositivos sanitarios y sociales (Galante et ál., 2009). Las intervenciones no se acotan sólo a la problemática del consumo, sino a toda

la complejidad de problemas que se asocian y se relacionan con la vulnerabilidad psicosocial, cultural y biológica que presenta la mayoría de los pacientes que nos consultan.

Consideramos y pretendemos que nuestra tarea sea una marca que abra un espacio para la demanda y forme parte del tratamiento; que quede la huella, que se escriba el paso que da el paciente junto a nosotros. Para ello, estimamos a los consultantes como sujetos de derecho, activos y responsables, a quienes incluir en el entramado vincular del que emerge un posible camino transitible, del cual tanto los profesionales como los pacientes son parte. Trabajar en dirección a que los sujetos puedan apropiarse de sus actos y de sus efectos forma parte del trabajo de su subjetivación y socialización.

Breve historia de la conformación del Servicio

El antecedente inmediato de este servicio se encuentra en un espacio de admisión que funcionaba en el Servicio de Consultorios Externos de este hospital y recibía demandas de pacientes con una frecuencia de tres a cuatro días a la semana con una franja horaria de dos horas durante la mañana y la tarde. La atención se brindaba a pacientes y/o familiares, adultos y adolescentes (mayores de 14 años) con y sin obra social.

La intervención consistía en el desarrollo de una serie de entrevistas –que en un comienzo eran unidisciplinarias y luego de la sanción de la Ley 26.657, interdisciplinarias– cuyo objetivo era que el paciente construya una demanda de tratamiento, en el sentido psicoanalítico del término.

A partir de la puesta en marcha del *Plan Estratégico*, se diferenció el trabajo de consultorios externos del de admisión. Como resultado se creó el mencionado Servicio de Atención a la Demanda Espontánea, con una coordinación y equipos interdisciplinarios propios abocados a dicha tarea específica. A partir de estas modificaciones, el Servicio amplió su horario de atención de lunes a viernes de 8 a

20 horas, de modo que cubre 12 horas diarias de atención, sin turnos programados y sin necesidad de acreditar identidad testimonial (sin DNI ni huellas dactilográficas).

Durante el año se amplió la cantidad de profesionales en el Servicio: psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeros y una técnica. Desde entonces, también se cuenta con la participación de abogados y médicos clínicos de la institución que son convocados ante las situaciones que lo requieren. Esta composición profesional nos permite desarrollar un trabajo interdisciplinario amplio; es decir, no solamente consolidar la interdisciplina entre psiquiatra-psicólogo-trabajador social requerida como el mínimo legal, sino poner en juego todos los saberes que sean necesarios para abordar la situación que se nos presenta, poner en relación los diferentes discursos y soportar sus tensiones. El campo de la salud mental necesita hoy de equipos profesionales capaces de comprender la complejidad de los atravesamientos políticos, culturales, socio-económicos, biológicos, psicológicos y otros que se presenten en cada pedido o consulta que llega a los servicios de salud mental.

Marco operativo

Los consultantes y familiares que ingresan al Servicio son entrevistados por un equipo de profesionales con la finalidad de conocer, evaluar, orientar y proponer un tratamiento, para intentar una aproximación diagnóstica al conocimiento de los determinantes y condicionantes que operan en cada situación y a la posición del paciente en relación con el pedido de tratamiento.

La población que concurre al Servicio puede ingresar por propia voluntad, mediante derivaciones de hospitales e instituciones públicas y del tercer sector o por pedidos de evaluación interdisciplinaria vía Juzgados Civiles y/o Penales, Patronato de Liberados y también derivados por alguno de los equipos de APS (Atención Primaria de la Salud) de la institución, los cuales desarrollan sus tareas en dife-

rentes barrios de la Ciudad de Buenos Aires. A su vez, nos consultan muy frecuentemente familiares de individuos que consumen sustancias y que no presentan ninguna demanda de tratamiento. Se realizan entrevistas de orientación familiar, en las que se piensan estrategias que posibiliten el acercamiento de ese sujeto a la institución, y aquellos casos que requieran continuar en este proceso son derivados a orientación familiar en el Servicio de Consultorios Externos.

Como se puede apreciar, son múltiples los orígenes y características de las consultas que recibimos, lo que constituye uno de los primeros elementos que se consideran en la evaluación. Muchas veces los consultantes vienen de recorrer otros efectores de salud; en otros casos, son personas que consultan por primera vez.

Más allá de estas particularidades, resulta recurrente que los pedidos de intervención y acompañamiento nos demanden una escucha atenta, delicada y respetuosa y toda nuestra creatividad para brindar las respuestas más eficaces para resolver, en algún sentido, la situación que origina la demanda. De este modo y como ya hemos mencionado, el Servicio de Atención a la Demanda Espontánea constituye la puerta de entrada al hospital, y se configura como un espacio donde se aloja la problemática del paciente desde una mirada integral, compleja e intersectorial que propicia así un mayor acceso al sistema de salud desde el marco de los Derechos Humanos. Este hecho no queda en un enunciado meramente garantista, sino que imprime una dinámica nueva, tanto adentro como afuera del hospital, no sólo por la cantidad de pacientes que se atiende semanalmente y circula por el Servicio, sino también por la complejidad de sus situaciones de vida. Trabajamos con umbrales mínimos de exigencia, lo cual supone una apertura y flexibilidad poco comunes en otros servicios de salud mental.

Para nosotros es un desafío y una construcción permanentes. Entendemos que la demanda de tratamiento es una construcción que comienza con la llegada del paciente a la institución pero que no se agota en su paso por nuestro Servicio. Mientras las políticas institucionales de otros efectores rigidizan sus criterios de admisión

y expulsan a los pacientes con problemáticas de consumo de sustancias, nuestra apuesta es incluir cada pedido, cada consulta, con la intención de que desde allí se pueda pensar un tratamiento posible para ese sujeto singular.

El Servicio posee un modo de abordaje que juega en el borde de lo que se entiende como trabajo de guardia. Si bien se atiende lo emergente, lo que acontece en el momento sin programación de consulta, se tiende a alojar la situación y al sujeto, abriendo un espacio que permita un trabajo sin la premura de resolver la urgencia. Para esto es necesario que el abordaje interdisciplinario sea capaz de desplegar diversas estrategias no establecidas previamente, que haga uso de todas las herramientas con que contamos, que se hagan intervenir en esa misma consulta los vínculos con los que pueda contar el paciente, y que se creen lazos nuevos o se utilice el dispositivo de observación para en un segundo momento repensar las estrategias terapéuticas a seguir. El dispositivo de observación cuenta con una sala especial de internación transitoria similar al uso de las guardias hospitalarias.

Pueden surgir urgencias médicas que requieran la intervención de los médicos clínicos, a quienes también se convoca cuando el diagnóstico presuntivo del cuadro clínico es de orden biológico. Muy frecuentemente resulta necesaria la intervención de inicio de los abogados de la institución por situaciones legales que presentan cierta premura o que imponen cuidados o abordajes específicos. En determinados casos, se articula con el equipo de guardia para un mejor abordaje. En muchas oportunidades, es necesario en primera instancia brindarle al paciente alimentos o hidratación para recién después poder entablar una conversación. Tomamos esta intervención como parte de una desintoxicación, de una medida previa a la administración de medicación vía oral y/o como estrategia de acercamiento para promover transferencia en situaciones particulares que lo requieran. En pocos casos, proveemos de ropa. Una vez despejado lo emergente, se puede iniciar un trabajo junto al sujeto para que un tratamiento sea posible.

Apostamos a reforzar las indicaciones de tratamientos ambulatorios, aun en aquellos casos de gran complejidad y que requieren un abordaje interdisciplinario intenso. Para esto es necesario implementar estrategias que permitan aumentar la participación de familiares, referentes sociales u otras instituciones que propicien el armado de una red que facilite una mayor vinculación social por parte del sujeto que se encuentra en situación de vulnerabilidad. Para ello se requiere de un mayor compromiso subjetivo, creatividad y destreza de parte de los profesionales intervinientes.

Desde el Servicio se generan diagnósticos presuntivos integrales y situacionales como modo de indicar la mejor estrategia terapéutica en el momento de la consulta. Realizamos la entrevista de demanda espontánea generalmente con las características ya descritas: hacemos una primera escucha y si fuera necesario continuar trabajando el pedido de tratamiento, se propone volver a concurrir, para evitar frustrar el tratamiento.

Observamos que los pacientes no llegan al tratamiento acordado cuando las representaciones sociales hegemónicas que sostienen no logran conmoverse de manera suficiente o cuando no hay un deseo cierto de modificar su situación. Nuestras propuestas terapéuticas por lo tanto, deben ser trabajadas adecuadamente para que no resulten expulsivas. En esos casos, las intervenciones se dirigen sobre todo a deconstruir esa demanda insistente de internación con la que generalmente concurren pacientes, familiares y referentes, cuando se considera que el paciente no reúne los criterios para dicha modalidad terapéutica. Estos pedidos se acompañan habitualmente de una posición de des-responsabilización y/o culpabilización que carece de toda implicancia subjetiva, y deposita en el equipo profesional la resolución completa y rápida del problema. Lo que se propone es no sólo cambiar una noción que se ha venido sosteniendo del lugar de la sustancia como razón última y explicación final del problema, sino a su vez redefinir el lugar que tienen las instituciones en la posibilidad de dar respuestas. Si nuestra intervención no consiste en «sacar el mal del cuerpo», y por el contrario postulamos que se trata de un problema

vinculado con el paciente, su historia, sus vínculos y el contexto sociocultural, la respuesta, entonces, sólo comienza a construirse necesariamente junto a ellos. La encrucijada es amplia, no cuestiona sólo la relación asimétrica profesionales-pacientes históricamente construida, sino también las representaciones sociales en torno al encierro y la segregación como medidas supuestamente terapéuticas.

Una vez realizada la evaluación y acordado el tratamiento a seguir, se procede a la firma de dos formularios que expresan y sintetizan la participación del paciente en su tratamiento, y las obligaciones de la institución y los profesionales que la conforman: el Consentimiento Informado (que ya se utilizaba antes de la creación del Servicio) y el Acuerdo de Ingreso, como nuevo elemento formal que expresa los derechos y responsabilidades del paciente y de la institución en el marco de la Ley de Derechos del Paciente N.º 26.529 y de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657.

Entre las resoluciones que puede tomar el equipo interdisciplinario se encuentran las siguientes:

- Inicio de tratamiento ambulatorio (Consultorios Externos u Hospital de Día) o internación: Servicio de Internación Breve o internación dentro del hospital. Articulación con equipos de APS pertenecientes al hospital, en los casos que se evalúa más conveniente el seguimiento a través de ese dispositivo.

- Derivación para tratamiento ambulatorio o internación a través de SEDRONAR, ASA (Asistencia Social en Adicciones, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires) o CPA (Centros Provinciales de Atención en Adicciones, provincia de Buenos Aires).

- Derivación a evaluación por salud mental mediante obra social.

- Articulación con otras esferas públicas y privadas para el armado de *redes interinstitucionales y/o familiares* con el fin de propiciar internaciones domiciliarias o tratamientos ambulatorios.

- Reconducción a los dispositivos de salud mental donde los pacientes ya están instalados. Muchas veces se brindan evaluaciones interdisciplinarias y se busca fortalecer y continuar los tratamientos ya iniciados, aunque se lleven a cabo en otras instituciones.

– Se habilita un espacio de *observación del paciente* dentro del hospital ante situaciones de intoxicación u otro orden para propiciar en un segundo momento el tratamiento más adecuado.

Cuando se detecta en la consulta que el paciente vive en alguno de los barrios en los que contamos con equipo de APS, se tiene en cuenta esa estrategia terapéutica como una de las posibilidades para continuar su tratamiento ambulatorio allí.

Cuando es necesaria la derivación extrainstitucional, para una mejor accesibilidad al sistema de salud, ya sea a CPA u otros efectores de salud cercanos a la zona de residencia del paciente, se intenta una comunicación previa con dichas instituciones para articular y garantizar que el paciente sea recibido e inicie un tratamiento en ese lugar. También se realizó un acuerdo institucional con SEDRONAR, de derivación directa para aquellos casos que requieran internación o tratamientos ambulatorios en centros de día en los momentos en que no contamos con vacantes.

Muchos pacientes que consultan el hospital no cumplen a priori con los requisitos solicitados por algunas instituciones; en otras oportunidades, nos encontramos con pacientes que ya han transitado por otras modalidades terapéuticas que terminan por no resultar efectivas o satisfactorias en relación con su problemática y características singulares. Éste es un aspecto fundamental a considerar en la evaluación del paciente, al mismo tiempo que nos ubica en una encrucijada vinculada a la escasez de servicios de salud mental disponibles en la Ciudad de Buenos Aires y en el conurbano bonaerense.

Cuando no es posible efectuar la derivación en el día y se evalúa que el paciente no se encuentra en condiciones de volver a su hogar, procuramos que permanezca en la sala de observación hasta tanto se consiga la vacante para su internación.

Desde nuestra perspectiva, el tratamiento comienza con la llegada del paciente a la institución. Buscamos, entonces, que nuestras intervenciones y, en caso de que corresponda, las derivaciones sean inclusivas. La tarea que nos proponemos presenta enormes obstáculos y

desafíos que implican una tarea de articulación y discusión que se debe dar en el ámbito de la salud en general. Por lo tanto, los acuerdos mencionados son fundamentales para garantizar el acceso al tratamiento de la población que consulta; resta aún profundizar la discusión sobre las prácticas en salud mental acordes con los lineamientos propuestos por la Ley Nacional N.º 26.657.

Reflexiones finales

La tarea que demanda nuestro Servicio es de gran complejidad y tiene el propósito de generar las condiciones que posibiliten el inicio de un tratamiento a todo aquel que lo solicite. No trabajamos con criterios preautados ni rígidos en relación con la llamada «admisión de pacientes». Más bien, somos un Servicio de Atención a la Demanda Espontánea que procura brindar atención integral en el campo de la salud. Esto necesariamente le da una nueva entidad al hospital y una dinámica distinta hacia dentro y fuera de éste.

El hecho de ampliar el horario de atención a doce horas diarias y que no existan criterios de exclusión de pacientes hace que la demanda de atención haya crecido enormemente en estos meses. Implica recibir a los pacientes y acompañantes con toda la complejidad que hemos descripto y realizar las intervenciones necesarias con creatividad para que sea posible brindar un tratamiento singular acorde con sus problemáticas de salud en general. Esto trae aparejado la enorme dificultad que se presenta cuando necesitamos contar con otros efectores de salud que funcionan con otra lógica para resolver la situación que se plantea con el paciente. Para garantizar una respuesta a la demanda es necesaria una articulación adecuada con otras instituciones de salud y generar ámbitos de discusión acerca de las prácticas actuales en el ámbito de la salud pública. En efecto, muchas instituciones que reciben a los pacientes tienen criterios de admisión estrictos y pensados para sujetos que no son los que mayoritariamente consultan en los hospitales públicos, lo cual

hace que nuestros pacientes queden por fuera de ese sistema de salud. El circuito que recorren los pacientes por diversos servicios de salud sin recibir la atención adecuada a su problemática agrava la situación que vienen padeciendo y por ende, su modo de presentación en nuestro hospital.

Otro de los desafíos que se nos plantean es la dificultad de transmitir en forma escrita la complejidad de la clínica que desarrollamos y las estrategias implementadas en cada caso. Los diagnósticos categoriales unidisciplinarios no expresan la verdadera dimensión de esta complejidad, y sin embargo son los que se utilizan para mantener un diálogo profesional común y para cuestiones estadísticas.

Esto nos genera la necesidad de interrogarnos y plantear alternativas diagnósticas interdisciplinarias que se acerquen a la complejidad del padecimiento de quienes nos consultan, y se constituyan en herramientas terapéuticas y no meros etiquetamientos formales. Hacemos nuestro el desafío de profundizar estos debates para construir prácticas en salud mental que resulten inclusivas y transformadoras.

Bibliografía

- Escohotado, A. (1996). *Historia elemental de las drogas*. Barcelona: Anagrama.
- Ferrara, F. A. (1985). *Teoría Social y Salud*. Buenos Aires: Catálogos.
- Galante, A.; Rosi, D.; Goltzman, P.; Pawlowicz, M. P. (2009). «Programas de reducción de daños en el escenario actual. Un cambio de perspectiva». En *Escenarios*, N.º 14, pp. 113-121.
- Galende, E. (2006). «Una mirada al tema drogas desde la complejidad del campo de la salud mental». En Touzé, G. (comp.). *Visiones y actores del debate. III y IV Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas*. Buenos Aires: Intercambios. Asociación Civil para el Estudio y Atención de Problemas Relacionados con las Drogas, y Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, pp. 27-34.

- Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) (2013). *Plan Estratégico (2013-2015)*. Buenos Aires.
- Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Ley N.º 26.529. Derechos del Paciente. Historia Clínica y Consentimiento Informado (2009). Sancionada el 21 de octubre de 2009. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 19 de noviembre de 2009.
- Sain, F. M. (2009). «El fracaso del control de las drogas ilegales en la Argentina» (en línea). En *Revista Nueva Sociedad*, N.º 222. Recuperado el 03/09/2013 de <http://www.nuso.org>
- Thoumi, F. E. (2009). «La normatividad internacional sobre drogas como camisa de fuerza» (en línea). En *Revista Nueva Sociedad*, N.º 222. Recuperado el 03/09/2013 de <http://www.nuso.org>

3. Dispositivos clínicos de tratamiento ambulatorio

En este apartado se reúnen textos que abordan la experiencia de dispositivos ambulatorios intensivos y de segundo nivel presentados por equipos y profesionales del Servicio Ambulatorio del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo), así como del Centro de Día «La Otra Base de Encuentro» –dependiente del Área Programática del Hospital General de Agudos P. Piñero– y del Centro de Día «Carlos Gardel» –efector del Área Programática del Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía–. Los trabajos revelan algunas de las perspectivas del abordaje ambulatorio en el amplio campo del consumo problemático, recorriendo diversas experiencias, dispositivos e instituciones.

La intervención social en un Hospital de Día especializado en adicciones: «de cuando la droga es lo de menos»

Florencia Cohen Arazi

Los sujetos de la intervención y las problemáticas sociales complejas

Es habitual escuchar que hoy se interviene en un escenario signado por la fragmentación social y el enfriamiento del lazo social; donde lo individual cobra preeminencia, y los procesos de construcción de subjetividad dan cuenta de la incertidumbre, fragilidad, perplejidad y fluidez en las que se desarrollan.

La pérdida de la eficacia de las instituciones en tanto espacios de socialización y de constitución de subjetividades (Estado, familia, escuela y trabajo) hace que los viejos mandatos institucionales ya no sirvan para abordar a los «nuevos sujetos», constituidos en el padecimiento de no pertenencia a un todo social: el sujeto inesperado u objeto no anhelado (Carballeda, 2008).

Así, se configura un campo problemático definido a partir de «problemáticas sociales complejas» (expresión de la tensión entre necesidad y derecho), que se caracterizan por su dinamismo y transversalidad, y que exigen la elaboración de respuestas singulares destinadas a la heterogeneidad de las poblaciones con las que actualmente se trabaja.

A continuación se exponen dos reseñas sobre historias de vida de usuarios del Hospital de Día.

Primer caso

Hombre de 40 años, oriundo de Brasil. Migra a Argentina en abril de 2012 «escapando del crack». Su familia de origen (compuesta por hermanos y su madre) continúa viviendo en Brasil. Tiene formación profesional y amplia trayectoria laboral en el ámbito educativo, ha viajado, conocido lujos, entablado relaciones con el poder político y económico de su país.

Relata que con el crack empezó su decadencia, fue perdiendo poco a poco todo lo que tenía.

Llegado a Buenos Aires, no cuenta con ningún tipo de lazo. Sólo conoce que en el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) puede realizar un tratamiento por su adicción. Se instala en un parador para personas en situación de calle, no tiene ingresos.

El contacto con su familia de origen se fue diluyendo, en cierta medida por «voluntad de las partes», y otro poco por la dificultad para acceder a recursos materiales que le permitan entablar la comunicación.

Pierde su cédula de identidad, y no tiene otra documentación con la que acreditar quién es.

Dinero que toca lo destina al consumo de pasta base. Éste es el único consumo que puede establecer (en una sociedad donde el mercado se erige como el gran «ordenador» social).

Segundo caso

Joven de 24 años. Nació y creció en un barrio de emergencia del Gran Buenos Aires. Pertenece a una familia de nueve hermanos.

Empezó a consumir sustancias a los 10 años y a vivir situaciones de conflicto con la ley penal a los 14.

Así se inició, a causa de su adicción, un derrotero por institutos de menores, juzgados, defensorías, cárceles e internaciones. En cada salida: vuelta al barrio, a la droga, al delito.

No escribe y lee con mucha dificultad. Las veces que trabajó lo hizo en puestos que lo llevaban a estar 12 horas dentro de una fábrica. Duraba poco, los dejaba y luego volvía al consumo y al robo.

Su familia (sobre todo sus hermanas) lo acompaña, pero ya no saben qué hacer: «que tiene malas juntas», «que el barrio es un desastre», «se escapa de la casa, se queda con los pibes». «Un tiempo intenta no drogarse... no aguanta».

Tomando como ejemplo estos casos, pareciera que «se trata de sujetos que han perdido su visibilidad en la vida pública, porque han entrado en el universo de la indiferencia, porque transitan por una sociedad que parece no esperar nada de ellos. Es una *nuda vida*» (Duschatzky y Corea, 2005).¹ Se transforman en mera existencia que cuestiona la propia condición humana. Son seres absolutamente determinados.

En este escenario, es interesante ver cómo se presenta la demanda para el trabajo social en un dispositivo de tratamiento de Hospital de Día.

Configuración de la demanda

La demanda puede definirse como una categoría conceptual que encierra tanto la manifestación de las condiciones de vida del sujeto y el modo en que éste la percibe y la significa, como también el

1. Para entender el concepto de *nuda vida*, acuñado por Walter Benjamin y recuperado por Giorgio Agamben (2000), recordemos la diferencia que establecían los griegos entre *zoé* y *bios*. Mientras *zoé* se refería al simple hecho de vivir, común a todos los seres vivos, *bios* significaba la forma o manera de vivir propia de un individuo o grupo. Agamben define la vida humana como aquellos modos, actos y procesos singulares del vivir que nunca son plenamente hechos sino que son siempre y sobre todo posibilidades y potencia. Un ser de potencia es un ser cuyas posibilidades son múltiples, es un ser indeterminado. Un ser *nuda vida* es un ser al que se le han consumido sus potencias, sus posibilidades. *Nuda vida* es un ser absolutamente determinado.

imaginario que tiene el sujeto acerca de la profesión y de la institución en que presenta su demanda (lo socialmente instituido).

Tradicionalmente, las instituciones han definido la atención de la demanda desde el «catalogamiento» de problemas y necesidades sociales, sobre los cuales era plausible aplicar una «receta» para su solución. Así, quien acudía al Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) era definido como un individuo con una problemática de adicción sobre el que había que prescribir un tratamiento para «restaurarlo» o «reeducarlo».

Hoy, las nuevas estructuras e identidades sociales ya no permiten pensar al sujeto que demanda desde categorías homogéneas, sino que obligan a pensarlo como un sujeto singular contextualizado, que, siendo vulnerable en términos sociales, requiere de una lectura integral y de un abordaje más amplio, que permita acciones vinculadas a los derechos, así como requiere también que se problematizan los aspectos de lo social que implican padecimiento.

Ahora bien, teniendo en cuenta que la propia demanda encierra la representación social que los sujetos tienen de la institución, tenemos que partir por asumir que quien acude al Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) demanda tratamiento por uso problemático de sustancias psicoactivas (UPS). Y también debemos entender que aún falta que corra mucha agua bajo el puente para que la «lógica del encierro» se desinstale como el único abordaje posible de esta problemática.

En este contexto, el Hospital de Día se presenta como una alternativa «instituyente»: un dispositivo de asistencia ambulatoria de mayor complejidad e intensidad como internación diurna.

Aquí se configura uno de los aspectos de la demanda al trabajo social (TS). Este dispositivo de tratamiento propone al sujeto una concurrencia de al menos 6 horas diarias, luego de las cuales debe retirarse y retornar día a día. Este recorrido, que parece muy sencillo, no lo es: trabajamos con personas cuyas necesidades más elementales, que hacen a la mera supervivencia, no están cubiertas.

¿Cómo proponerle a una persona que no tiene dónde vivir ni satisfacer su necesidad de descanso que se retire de la institución y

vuelva al otro día?, ¿cómo plantear a quien debe arrastrar un carro todo el día para cubrir sus necesidades alimentarias y las de su grupo que disponga de 6 horas para hacer un tratamiento?

Estas situaciones exigen una construcción teórica que problematice lo naturalizado y dé lugar a la acuñación de categorías conceptuales que permitan una intervención profesional.

Otro aspecto de la expresión de demanda al TS es la que realizan los sujetos en relación con lo que socialmente estiman que se espera de ellos, lo que las instituciones ponen como condiciones para que sean considerados sujetos jurídicos. Así se escucha en las entrevistas, cual coro uniforme, frases tales como: «quiero trabajar», «quiero estudiar», «quiero recuperar a mi familia»; expresiones que remiten a las instituciones que tradicionalmente han sido constitutivas de subjetividades.

Trabajar con el sujeto en desarmar, estrujar, poner en cuestión estas categorías y llenarlas de un contenido posible apunta a que la persona construya una demanda en tanto sujeto de derecho y no objeto de asistencia.

Configurada de esta forma la demanda, resta pensar cómo debe ser abordada desde la especificidad del campo profesional.

La intervención

La intervención implica la puesta en acto de un saber profesional a partir de una demanda social, lo que incluye no sólo la atención de los problemas sociales sino también de los padecimientos que éstos generan en los sujetos con los que trabajamos.

En el Hospital de Día podrían establecerse así dos grandes ejes de la intervención:

- Aquel atinente a generar las condiciones básicas para el sostenimiento del sujeto en el dispositivo.
- Aquel que tiende a reforzar las referencias sociales más allá de los muros de la institución.

En el primer eje, la intervención se centra en la atención de las problemáticas que podrían considerarse urgentes y cuya falta de resolución implicaría que no puede proponerse a esa persona hacer tratamiento en Hospital de Día. En estos casos suele tratarse de la atención de problemáticas de índole socioeconómica (tales como necesidades alimentarias insatisfechas, problemas habitacionales, requerimiento de ayuda económica directa, documentación).

Esta línea de intervención da lugar a que el Hospital de Día se constituya como espacio de referencia a partir del cual los sujetos puedan comenzar a rearmar su red relacional, reconstruyendo sus lazos sociales (primarios, comunitarios) y estableciendo lazos institucionales en los casos en que sea necesario.

El segundo eje de la intervención apunta a que la trama del lazo social supere los límites de la institución, es decir, que el sujeto pueda establecer/restablecer una red relacional que favorezca su sostenimiento en lo que llamamos «el afuera» de la institución. En este punto es donde se hace central acompañar al sujeto en la toma de decisiones que le sirvan para realizar algunos cambios a partir de lo que él piensa y quiere hacer, abandonando lo «socialmente esperable» para construir lo «particularmente posible».

Cada intervención implica un proceso de construcción creativo que analice el entrecruzamiento de los aspectos universales, particulares y singulares de los sujetos, y que tenga como horizonte la transferencia de autonomía. Ese proceso también requiere cuestionar los modos de desarrollar la práctica profesional y desplegar nuevas estrategias que posibiliten un trabajo que produzca un cambio en las condiciones de vida de los sujetos.

Cuando la palabra es insuficiente: una posibilidad de ampliación de la accesibilidad

El proceso de elucidación de la práctica profesional en el marco de la atención, si se tiene en cuenta la complejidad de la cuestión social

actual, insta a repensar los modelos típicos de intervención. Un rasgo característico de la intervención del TS en el marco de una institución es la orientación acerca de los recursos sociales disponibles para la atención de distintas problemáticas.

Pero ¿qué sucede cuando dicha orientación no es suficiente, cuando no hay puntos de encuentro entre el sujeto necesitado y los recursos disponibles?

Las instituciones se definen tradicionalmente a partir de su especificidad. «Así, el sujeto que era producido por una institución era articulado y aceptado por otras» (Carballeda, 2007). En la actualidad, con la «pérdida de solidaridad sistémica», un sujeto producido por una institución probablemente sea rechazado por otras. Pareciera que las instituciones se vuelven omnipresentes y omnipotentes en la vida de las personas, y generan una relación de dependencia entre el individuo y la institución que lo ha construido.

A esto se suma que, amparándose en su especificidad, las instituciones establecen una serie de requerimientos estancos para entrar en ellas. El cumplimiento de estos requerimientos se torna muy dificultoso para los individuos, lo cual refuerza su vulneración y desafiación.

Tener en claro este panorama, donde se interviene desde instituciones en crisis, permite resignificar una práctica profesional que «se piense y se haga» más allá de los muros de la institución.

El relato de dos situaciones de la práctica profesional servirá de ejemplo para reforzar lo enunciado.

– El primer caso es el de una mujer de 23 años, con una hija de 5. Convive con su madre y con su pareja (padre de su hija).

Tiene una historia signada por la violencia: fue adoptada junto con su hermano biológico por un matrimonio cuando tenía alrededor de 6 años. Fueron declarados en estado de adoptabilidad tras comprobarse el maltrato que les propiciaban sus abuelos maternos. Éstos tenían la tutela de los niños porque su madre se encontraba internada en un psiquiátrico.

A los 12 años de edad comienza a sufrir abusos sexuales por parte del padre adoptivo. Ella empieza a consumir drogas. Su madre adoptiva resuelve la situación «mandando» a su marido a vivir al sur junto con el hermano de la paciente.

Forma pareja con un joven que se violenta física, psíquica y verbalmente con ella. Tienen una hija. Ella tiene dificultades para cumplir con los requerimientos cotidianos de la niña: llega tarde a buscarla al colegio, no cena con la niña, se ausenta por unos días de la casa, no tolera y escapa.

Su madre adoptiva, quien queda al cuidado de la niña, quiere sacarle la tutela.

Durante su concurrencia al Hospital de Día, empieza a problematizar la relación violenta que tiene con su pareja.

Relato de la intervención: se orienta a la paciente a que haga la denuncia en la Oficina de Violencia Doméstica (OVD) del Ministerio de Justicia de la Nación. Esta orientación no tiene efecto, ella no puede ir. Otra situación de violencia se repite, se reitera la orientación, se reitera la falta de efecto.

Nueva situación de violencia, se le propone acompañarla a la mañana siguiente en la puerta de la OVD. Accede, no podía hacerlo sola.

Esa mañana llega tarde, pero llega. Se muestra convencida. Entramos. Nos recibe una trabajadora social. Toma una breve entrevista sobre la situación que quiere denunciar. Refiere que tenemos que esperar a que el abogado tome la declaración.

Esperamos una, dos, casi tres horas. Varias veces intentó desistir, no toleraba más. Se la contiene, espera.

Declara, está con los abogados por más de 40 minutos. Le preguntan por su historia. Relata todas las situaciones en que fue violentada. Se entera de que los delitos de abuso sexual contra niñ@s no prescriben. Reconoce su derecho.

– El segundo caso es el de un hombre de 36 años, de origen paraguayo. Vino a Buenos Aires hace 7 años en busca de su padre, a

quien encontró en una localidad del Gran Buenos Aires y vio algunas veces.

En Paraguay dejó a su madre y hermanos. Tuvo que trabajar desde chico para ayudar en la casa. Estudió hasta tercer grado. Ahora no lee ni escribe.

Se instaló en la Villa 21-24 de CABA. Recibió auxilio de la gente de su colectividad. Trabajó como albañil, llegó a ser encargado de obra.

El consumo se le fue de las manos. Terminó en «situación de pasillo», sin trabajo, sin lazos. Empieza a asistir al Centro Barrial Hurtado,² le dan alojamiento, lo derivan para tratamiento al Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo).

Llega sin mucha demanda. Enuncia que hace tres años perdió su cédula, que varias veces le dijeron dónde tramitarla pero que no tiene el dinero para hacerlo y que «no le gusta hacer trámites».

Relato de la intervención: se le propone como objetivo trabajar en la obtención de su documentación. Se articula con el consulado de su país para tramitar el certificado de nacionalidad sin cargo. Solicitan que el interesado concurra para la gestión de dicho documento a una entrevista con la trabajadora social del consulado. Se lo acompaña.

Llegamos, nos recibe una administrativa y pide que complete una ficha con datos personales. El paciente no puede, se dividen tareas: uno dicta, el otro escribe.

Pasa a la entrevista. Entrega derivación donde se solicita eximición de pago. La aceptan. Tipean los datos para la confección del certificado. «Por favor, corrobore que los datos estén bien». No puede, se dividen tareas: uno lee, el otro corrobora.

Obtiene el certificado de nacionalidad y con ello la posibilidad de acreditar su identidad y de radicarse en el país en que vive.

2. El Centro Barrial San Alberto Hurtado es un dispositivo de contención para los usuarios de paco de la Villa 21-24. Forma parte del Programa de Inclusión y Acompañamiento Integral de Usuarios de Paco de la Vicaría para las Villas de emergencia del Arzobispado de Buenos Aires.

El «no me gusta hacer trámites» se llena, para el profesional, de sentido.

Al salir a acompañar y a auxiliar al sujeto con el que se trabaja para derribar esas barreras que se le presentan como insuperables y que lo dejan «del lado de afuera», se apunta a concretar lo tan enunciado: la restitución de derechos y la ampliación de ciudadanía.

Algunas reflexiones finales

La atención de las problemáticas sociales en un dispositivo de Hospital de Día implica un desafío que trasciende la intervención del trabajador social e involucra a todo el equipo tratante.

Con la universalidad de los derechos de las personas como horizonte, se trabaja con el objetivo concreto de producir un cambio en las condiciones materiales de vida de los sujetos, porque se entiende que esto contribuye a la construcción de subjetividades y de referencias sociales sostenidas.

El Hospital de Día se constituye hoy como un espacio de referencia central en la vida de muchas de las personas que atendemos. El reto mayor continúa siendo lograr que esa constitución trascienda los muros de la institución.

Todavía queda mucho por trabajar, tanto a nivel interno: para lograr deconsistir esa «omnipresencia» institucional; como a nivel de la sociedad: para la inclusión de las personas con padecimiento mental.

Bibliografía

Carballeda, A. (2008). «La intervención en lo social y las problemáticas sociales complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social». En *Margen*, vol. 48.

- Carballeda, A. *La intervención en lo social, las problemáticas sociales complejas y las políticas públicas* (en línea). Recuperado el 22/09/2013 de <http://www.trabajosocial.uct.cl/>
- Cazzaniga, S. (1997). «El abordaje de la singularidad». En *Revista Desde el fondo. Cuadernillo temático*, N.º 22.
- Duschatzky, S. y Corea, C. (2005). *Chicos en banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Malacalza, M. (2009). *El Trabajo Social y la construcción de estrategias de intervención en el escenario socio-histórico latinoamericano en un mundo globalizado*. Trabajo presentado en el I Seminario Latinoamericano «Palabras y cosas para el Trabajo Social. El lugar de las estrategias de Intervención», Universidad Alberto Hurtado, Santiago de Chile, Chile.

Y además de la droga, ¿qué? Algunas reflexiones en torno a un tratamiento en dispositivo Hospital de Día

Alejandra Doallo

Introducción

Presentamos en este trabajo algunas reflexiones en torno a los tratamientos de las toxicomanías/adicciones (subrayo la pluralidad en desmedro de lo único, masificante) a propósito de la consideración de un caso clínico. Si bien tomamos un tratamiento en un dispositivo ambulatorio interdisciplinario, hacemos hincapié en las intervenciones que son inherentes al psicoanálisis, sin desconocer los aportes de las otras disciplinas.

El caso escogido intenta mostrar más las dificultades en la práctica que un tratamiento en el cual «todo marcha por sus carriles».

No se trata de un «caso típico» (uno más de la serie) ni de un tratamiento «para todos», en donde la singularidad queda abolida. No se puede reducir la problemática de un sujeto al consumo de sustancias, como tampoco fundamentar el diagnóstico sobre la base del consumo (diagnosticar/etiquetar así al paciente como *drogado*). Es necesario adentrarse en la estructura subjetiva y los singulares avatares de su historia.

Korman (1995) plantea una pregunta interesante respecto del *antes de la droga*. Podríamos completarla diciendo: *Y además de la droga, ¿qué?*

Recorte de un caso clínico

La paciente, a la que llamaremos Melisa (los nombres están cambiados para preservar su anonimato), se presenta en el Hospital Nacio-

nal en Red (ex CeNaReSo) solicitando tratamiento, y es derivada al Hospital de Día por el equipo de Admisión. La historia clínica dice pertenecer a Mario (el nombre que figura en su documento de identidad) y entre paréntesis está escrito «Melisa».

Llevo a cabo una entrevista preliminar en el servicio, con el objetivo de recabar otros datos de su historia vital, continuar con el proceso diagnóstico y establecer las estrategias terapéuticas pertinentes.

Melisa se presenta vestida de mujer, correctamente arreglada, orientada en tiempo y espacio, lúcida. Refiere que no consume drogas desde hace siete meses, pero que concurre, en sus palabras: «porque me mandó el Dr. X (médico de guardia del hospital neuropsiquiátrico), porque tengo muchas ganas de tomar y si lo hago creo que voy a hacer desastres». Nunca había realizado otros tratamientos.

De las entrevistas mantenidas con ella y su madre, recortaré algunos datos significativos.

Es la menor de los cuatro hijos de Juana (65 años), su padre ha fallecido doce años atrás. De la unión de sus padres cuenta con un hermano de 43 años, una hermana de 41 años y otro hermano de 30 años. Melisa tiene 24 años. Sus tres hermanos conviven con sus respectivas parejas, y tienen hijos.

Vive con su madre y no tiene contacto con sus hermanos, cuñados y sobrinos. El único sostén económico proviene de la pensión derivada por el fallecimiento de su padre, percibida por su madre.

Antecedentes familiares:

- Padre: fallecido de cáncer.
- Madre: esquizofrénica, alcohólica, operada de aneurisma cerebral con secuelas motoras leves, con afecciones cardíacas según refiere (no se pudo determinar cuáles), con «depresión de toda la vida y con ideas de matarme», según sus dichos.
- Hermanos: uno adicto.
- Tíos: uno alcohólico y esquizofrénico, y otro adicto.
- Abuelos: uno golpeador y una alcohólica.

Cuestiones clínicas relevantes: asma, HPV genital, hidrocele en ambos testículos, convulsiones en estados de intoxicación con alcohol.

Desde su nacimiento, su madre la vistió de mujer, pues deseaba fervientemente tener una niña, y durante el embarazo no albergaba otra posibilidad respecto del sexo de su futuro descendiente. Esta situación se prolongó hasta los 4 o 5 años.

Cuando iba a la escuela primaria, lo hacía vestida de varón y se llamaba Mario, pero a escondidas, en especial de su padre, se vestía de mujer.

A los 16 años decidió hacer público su travestismo, y adoptó el nombre de Melisa, que era el que su madre había pensado en ponerle en caso de tener una niña. Alrededor de esa época, comenzó el consumo de sustancias psicoactivas y de alcohol, que la llevan hasta la actualidad a la exposición a situaciones de riesgo (mantener relaciones sexuales sin medidas de protección, prostitución y robo como manera de solventar su consumo). El círculo se realimenta porque para poder prostituirse y robar, necesita estar bajo los efectos del consumo, lo cual hace que no se cuide, tenga convulsiones, etc.

Refiere antecedentes de conductas heterolíticas bajo efectos del alcohol (numerosas peleas callejeras) y autolíticas (cuatro intentos de suicidio: a los 18, 20, 21 y 23 años, y cortes superficiales en ambas muñecas).

Seis meses antes de su ingreso al Hospital de Día, bajo los efectos del alcohol y de un brote psicótico, Melisa incendió su casa, mientras ella y su madre estaban adentro. Ambas fueron rescatadas por los bomberos, y la paciente fue detenida durante cinco meses en un penal de varones por «intento de homicidio». Fue liberada al ser declarada inimputable, y volvió a residir con su madre en ese mismo departamento, que hasta ese momento continuaba en condiciones sumamente precarias dada la carencia de medios económicos para arreglarlo.

Desde el episodio del incendio, es poco lo que Melisa puede contar; su respuesta reiterada es «no me acuerdo». Sí recuerda que había bebido mucho alcohol y que «el de abajo» le ordenaba quemar

a su madre y matarse ella misma. Con «el de abajo» se refiere al diablo, al cual no puede nombrar y sólo lo define por rodeos.

Respecto de su detención, ubica allí una de las situaciones más traumáticas de su vida, pues fue alojada en un penal de varones, con situaciones de maltrato y vulneración de sus derechos. Desde el primer informe del médico forense, se desprende que no pudo comprender la criminalidad de sus actos, pero sólo varios meses después fue declarada inimputable.

Durante su estadía en el penal, conoció a un detenido, a quien nombra como su pareja y con el cual tiene la fantasía de casarse «de blanco» dentro de cuatro años, cuando él termine de cumplir su condena.

En reiteradas entrevistas Melisa habla de su madre como uno de los motivos de mayor preocupación. Comenta:

«Mi sostén es mi mamá. El día que no la tenga yo no quiero vivir más. En vez de haberle hecho algo a ella tendría que haber matado a todos ellos (se refiere a sus hermanos, a quienes culpa de haber abandonado a la madre, razón por la cual Melisa debe hacerse cargo de ella en sus cuidados). Cuando estoy sin mi mamá hago desastres. Si estoy sola gasto la plata, no me depilo, me quedo tirada en la cama o salgo y termino mal. A veces tengo miedo de volver a hacer lo mismo de antes. Tengo miedo de hacer algunas cosas que pienso».

A Melisa, las situaciones de enfermedad y vulnerabilidad de su madre la desestabilizan y angustian.

Su madre comenta en una entrevista con la psicóloga que lleva a cabo la terapia familiar: «Cuando mi marido murió estábamos todos peleados. Ahora sólo quedamos Melisa y yo. Somos una fotocopia. No podemos estar la una sin la otra».

Es una situación de espejo en la cual ambas refieren que no pueden separarse de la otra y no se sabe quién cuida a quién. En verdad, ninguna de las dos está en condiciones plenas de cuidar a la otra. A

lo largo del tratamiento se trabajó reiteradamente con la madre para que retomara su propio tratamiento psiquiátrico y los controles clínicos que frecuentemente abandonaba.

Los tres primeros meses de tratamiento se vieron signados por ausencias reiteradas, desajustes en la toma de medicación (Melisa confundía las tomas, o deliberadamente dejaba de tomar la medicación por los efectos adversos que le atribuía respecto de dificultades para mantener relaciones sexuales o porque la aplanaban afectivamente), escasa continencia familiar, con poca capacidad de *insight* y minimización de conductas de riesgo en las cuales solía incurrir (salidas con otras travestis para prostituirse y donde terminaba golpeada, visitas a su pareja en el penal durante las que ingresaba drogas, etc.), no aceptación de las indicaciones del equipo tratante.

Se repetía el mismo ciclo: transgresiones, consumo compulsivo, madre que no puede contenerla, exposición a múltiples situaciones de riesgo, que Melisa relataba desafectivizadamente y sin implicación subjetiva, negando algunas y restándole importancia a otras («sos una exagerada, yo me cuido», dijo un día en que llegó con evidentes golpes, producto de una pelea estando alcoholizada y habiendo fumado pasta base).

Trabajamos en el equipo con la paciente, con su madre y un tío materno que acompañaba el tratamiento, bajo la indicación de una internación, como modo de parar con toda una serie de *actings* y situaciones donde el riesgo de vida estaba comprometido. Tanto a ella como a su familia les costaba aceptar la indicación. Luego de haber mantenido una entrevista en conjunto con la psiquiatra, Melisa se retiró intempestivamente del consultorio diciendo «estas dos –por ambas profesionales– están re locas, me quieren internar». Su familia también pensaba que «había que darle otra oportunidad a Melisa» para que dejara de consumir, y responsabilizaban a las drogas y a las «malas juntas» por el problema de la paciente.

Al día siguiente concurrió golpeada, ensangrentada, con evidentes signos de intoxicación. Refirió que el día anterior en vez de irse con su madre, se escapó y fue a consumir, sin regresar a su casa. Allí

se peleó con vagabundos que estaban en la misma plaza y que le «partieron la cabeza a fierrazos». Relató que dos amigas la llevaron a un hospital donde suturaron dos heridas cortantes y luego se escapó para venir al Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) con intención de internarse.

Dado el estado clínico (golpes, sin atención médica) y el cuadro de intoxicación alcohólica, se dio intervención al SAME. Melisa fue llevada a un hospital general para su atención médica. Ella sabía que en ese estado no era posible una internación en nuestra institución y que debía atenderse en un hospital general para curar sus heridas y desintoxicarse para luego ser trasladada nuevamente al Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) para internarse.

Tres horas después se escapó del hospital y concurrió a nuestro servicio para ser internada. En el camino volvió a tomar grandes cantidades de alcohol fino.

Se dio intervención al SAME nuevamente y fue conducida al hospital general. A medianoche, luego de estabilizarla, fue internada otra vez en nuestra institución.

Consideraciones sobre el caso. ¿Qué tratamiento es posible?

Si bien hemos presentado un recorte parcial, puede advertirse que se trata de un caso sumamente complejo, pero no por ello excepcional en comparación con la población a la que diariamente brindamos asistencia.

No porque consuma drogas un sujeto debe ser considerado un adicto y sin más debe hacer un tratamiento común «a todos los adictos». Es de vital importancia tener en cuenta la singularidad de cada sujeto al momento de evaluar y establecer las estrategias terapéuticas y los objetivos del tratamiento para cada paciente. Estos objetivos deben ser correlacionados con la estructura psicológica del paciente, los antecedentes psicopatológicos y los aspectos psicodinámicos e históricos.

Como lo han planteado Hugo Freda y otros autores provenientes del campo del psicoanálisis, es el sujeto toxicómano el que hace a su droga, el que construye su objeto. Se entiende así a lo tóxico como proveniente del sujeto, no del objeto-sustancia que se utiliza. Es la relación que el sujeto establece con el objeto lo que lo posiciona como toxicómano (o adicto) o no. Podemos pensarlo como una singularidad en el modo de gozar de cada quien.

Las adicciones pueden ser pensadas como efecto de la toxicidad pulsional. Es decir, lo que intoxica no es, primariamente, la sustancia (o las sustancias) ingerida, sino lo que proviene del interior del propio organismo y que el aparato psíquico no es capaz de procesar. La ingesta es un modo de procesar las magnitudes de excitación interna, un goce excesivo improcesable.

Moreira (1995) lo describe así:

«Es sin duda notorio que la intoxicación con sustancias externas al organismo (tales como la cocaína, el alcohol o la marihuana, por ejemplo) es el recurso (quita-penas) más descarnado y efectivo con que se cuenta para aliviar el sufrimiento del cuerpo propio (Freud, 1930a). Pero este método tiene para el psicoanálisis sólo un valor descriptivo o fenomenológico, en tanto remite a una intoxicación previa del paciente (endógena), causada por sustancias derivadas de un quimismo particular (pulsional). Es decir que la intoxicación por la droga o sustituto sólo es una puesta en escena, un efecto de ciertas porciones de libido vueltas tóxicas».

Para Naparstek (2008), la intoxicación (así se refería Freud al consumo de sustancias) es una operación real, no apunta a lo simbólico: no resuelve el malestar por vía de la palabra o de la sublimación.

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, el abordaje de los pacientes se hace siguiendo la lógica del «caso por caso», para poder establecer cuál es la mejor estrategia terapéutica. Esto se piensa como un proceso que se empieza a construir desde la primera entrevista y es susceptible de modificaciones a lo largo de todo el tratamiento.

En el caso particular de Melisa, el equipo interdisciplinario tuvo en cuenta varios parámetros para construir su dispositivo de tratamiento. La motivación para realizarlo no era muy clara. Refería siete meses de abstinencia pero con fuertes deseos de consumo. Se infería escasa e ineficaz contención familiar. Tenía proyectos de retomar la escolaridad secundaria o un curso de formación profesional. Cumplía así con criterios de ingreso al servicio, pero algunos indicadores en su discurso ponían en cuestión la pertinencia de ser incluida en un dispositivo grupal intensivo. La pregunta era si esto sería beneficioso para ella.

El episodio piromaniaco, los antecedentes de autoagresividad, las cuestiones referidas al diablo que daba órdenes –ninguna de estas cosas parecía ser rectificadas en abstinencia– ponían en duda si iba a poder ser incluida en todos los dispositivos, en especial los grupales. Se presentaba con un discurso de rasgos concretos, acelerado por momentos y desafectivizado. El equipo interdisciplinario decidió entonces establecer un dispositivo acotado: terapia individual, terapia familiar, control psiquiátrico-farmacológico, entrevistas con la trabajadora social, taller de dibujo, y tiempo compartido con el grupo de pacientes en los espacios informales de merienda y recreación (espacios de tiempo libre entre las distintas actividades). A medida que el paciente va circulando por los distintos espacios, se puede continuar con el proceso de diagnóstico y reevaluación permanente de las estrategias terapéuticas.

Como dice Miller (1995), «la droga aparece como un objeto que concierne menos al sujeto de la palabra que al sujeto de goce, en tanto permite obtener un goce sin pasar por el Otro». El goce es lo que está más allá del principio de placer, lo que no está ligado a una moderación de la satisfacción sino, por el contrario, a un exceso, a una exacerbación de la satisfacción que confluye con la pulsión de muerte.

Podemos ver el funcionamiento no regido por el principio de placer sino por el más allá, y las pulsiones de vida y de muerte defusionadas, donde las pulsiones de autoconservación se encuentran perturbadas en su funcionamiento. Recordemos en Melisa los in-

tentos de suicidio, sus ideas de muerte en relación con la posible desaparición física de su madre, los cortes autoinfligidos, el incendio de su casa estando ella adentro, la exposición a situaciones de riesgo donde terminaba con traumatismos físicos.

Algunas enseñanzas que nos deja Melisa

Si consideramos que lo que intoxica al sujeto no es el objeto droga, sino su propio exceso pulsional, el abordaje terapéutico es extremadamente más amplio que aquel cuya meta es la simple abstinencia. No podemos pensar en metas clínicas tales como meros levantamientos de la represión o del síntoma. Melisa es un claro ejemplo de que su problema no es simplemente «que consume drogas y alcohol»; es necesario pensar en un abordaje integral del sujeto y su contexto desde una mirada teórica más amplia.

Propiciamos la interrogación y búsqueda de sentido del sufrimiento, partiendo de la singularidad. No obstante, no puede olvidarse el contexto social en el que se inserta cada sujeto.

Lo importante es definir si el enfoque terapéutico tiene en cuenta al sujeto o lo deja de lado.

Existe una compleja tensión entre clínica y situación social, que cuestiona de manera permanente nuestra praxis y nos obliga a la evaluación y posibilidad de rediseño continuo de las estrategias terapéuticas.

Bibliografía

Freud, S. (1981). *Más allá del principio del placer*. En *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva. [1920].

Freud, S. (1972). «Inhibición, síntoma y angustia». En *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva. [1926].

Korman, V. (1996). *El oficio de analista*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

- Moreira, D. (1995). *Psicopatología y lenguaje en psicoanálisis. Adicciones - Psicósomática - Autismo*. Rosario: Homo Sapiens Ediciones.
- Naparstek, F. y col. (2008). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Sinatra, E.; Silitti, D.; Tarrab, M. (comps.) (1995). *Sujeto, goce y modernidad. Fundamentos de la clínica*. Buenos Aires: Editorial Atuel.
- Sinatra, E.; Silitti, D.; Tarrab, M. (comps.) (1997). *Sujeto, goce y modernidad. Fundamentos de la clínica II*. Buenos Aires: Editorial Atuel.

Dispositivos de umbral mínimo de exigencia: un giro conceptual¹

Silvia Quevedo

Introducción

Los consumos problemáticos de drogas constituyen una suerte de respuesta, solución o recurso que varía según cómo se los conceptualice.

Podemos situar dos tipos de dispositivos en la oferta social y sanitaria de programas preventivo-asistenciales en materia de sustancias psicoactivas.

1) Dispositivos de umbral máximo de exigencia: centrados exclusivamente en la lógica de la abstinencia obligatoria de sustancias como condición de inicio. El objetivo central del tratamiento se orienta hacia la corriente abstencionista-prohibicionista de tolerancia cero.

Esta lógica abstencionista conceptualiza los consumos desde pseudoteorizaciones orientadas por los preceptos de terapias cognitivas comportamentales. Concibe la toxicomanía como una entidad autónoma que constituye una suerte de depósito donde se albergan desde reduccionismos de corte biologicista que consagran la omnipotencia de las sustancias como agente causal de adicción, hasta prejuicios morales e ideológicos que localizan a las drogas como flagelo social.

1. El presente artículo es una adaptación de Quevedo, S., «Tratamientos de usuarios de drogas, con criterios de umbral mínimo de exigencia», próximo a publicarse.

2) Dispositivos de umbral mínimo de exigencia: denominados así por no exigir la abstinencia obligatoria de sustancias como precondition para el inicio y despliegue de un tratamiento. Estos dispositivos se inscriben en la aplicación de los principios del psicoanálisis y se orientan hacia el campo de las políticas públicas en la corriente de reducción de riesgos y daños.

Para el psicoanálisis es central distinguir entre un uso simple de sustancias y la operatoria del *farmakon*, que «designa la especificidad del acto que precisamente crea una toxicomanía» (Le Poulichet, 1990, p. 75).

Ésta es definida como una operatoria de supresión tóxica del dolor. Siguiendo a Sylvie Le Poulichet, dicha operatoria «presta alucinatoriamente un cuerpo o un borde a quien ya no sabe soñar, es una formación de tipo transitoria [...] no tiene carácter estructural sino económico, carece de esencia estable [...] tiene que estar referida a lo que produjo su advenimiento» (1990, pp. 75-79).

Es destacable que el carácter de *autoconservación paradójica* de esta operatoria funcionaría como una suerte de protección frente a pensamientos o acontecimientos amenazadores que suscitan una suerte de devastación psíquica mayor, al precio del aplastamiento subjetivo.

La operatoria del *farmakon* configura más bien una suerte de automedicación precaria, al modo de un remedio, recurso, respuesta o solución.

Dispositivos clínicos de umbral mínimo de exigencia

Estos dispositivos de bajo umbral de exigencia, al no imponer ningún requisito de supresión obligatoria de sustancias, no desestiman como posibilidad cierta regulación en el consumo.

Desde esta perspectiva, la abstinencia no constituiría un objetivo en sí mismo, sino por añadidura, a ser localizado en la singularidad del caso por caso.

La adopción de estos criterios implica en los equipos asistenciales *un giro conceptual* que se pone en juego en distintos órdenes de intervención. A saber:

– *Giro conceptual* en los discursos hegemónicos estigmatizantes: estos dispositivos interpelan la construcción discursiva abstencionista segregativa sobre consumidores y sustancias. Dicha construcción equipara un consumo simple con un consumo problemático, y desestima otros caminos alternativos a la abstinencia, como, por ejemplo, la posibilidad de un consumo de sustancias moderado o regulado.

– *Giro conceptual* en las prácticas de los equipos de salud que atienden a pacientes con consumos problemáticos. En efecto, se considera la inclusión de criterios de reducción de riesgos y daños tales como: promover el pasaje de sustancias más tóxicas a menos tóxicas, cambios de las vías de administración, uso moderado de sustancias a través de la disminución de dosis y frecuencia, reducción del patrón de uso múltiple de sustancias, adopción de medidas de cuidado previas, simultáneas y posteriores al consumo, en lugar de propiciar la abstinencia como única opción.

– *Giro conceptual* en la praxis clínica con consumos problemáticos. Pasa a orientarse desde el psicoanálisis, pues estimar la importancia de la dimensión real del producto en la singularidad de cada quien implica una suerte de interpelación al límite de la práctica.

«Es frecuente la desestimación de los efectos neuroquímicos de las sustancias en el SNC, o sea, la función real del producto como compensatoria, por ejemplo, de una desestabilización en el caso de psicosis con uso de drogas» (Quevedo, 2007, pp. 58-59).

Jean Claude Maleval comenta en la entrevista realizada por Mario Sánchez que «la función del producto no es aleatoria»; que los efectos de las sustancias sobre el psiquismo difieren según la sustancia, y enfatiza que «lo real tiene su especificidad». Agrega, por otra parte, que «también se sabe que para los usuarios no todas las drogas son equivalentes. La función del producto puede atemperar o deslocalizar (el goce), no todo se juega en los movimientos del espíritu» (2001).

Dispositivos institucionales

La Ciudad de Buenos Aires cuenta con tres Centros de Día ambulatorios de asistencia en adicciones pertenecientes al sistema público de salud, que se rigen con dispositivos de umbral mínimo de exigencia.

En particular, se comentarán en este trabajo los dispositivos de tratamiento del Centro de Día «Carlos Gardel», efector del Área Programática del Hospital Ramos Mejía. Se trata de un centro que tiene una modalidad de atención ambulatoria destinada a usuarios y usuarias, de 17 años de edad en adelante, de diversas sustancias psicoactivas, tanto lícitas como ilícitas. Este centro cuenta con dispositivos de admisión, dispositivos clínicos y preventivos de umbral mínimo de exigencia. En el marco de la práctica institucional en el Centro «Carlos Gardel» intentamos sostener una clínica que apuesta a la invención, inscripta en las enseñanzas del psicoanálisis, y que se orienta en el campo de las políticas públicas hacia el modelo de reducción de riesgos y daños.

Los dispositivos clínicos incluyen entrevistas de admisión, orientación, tratamiento individual, grupal, entrevistas con familiares, grupo terapéutico de familiares, consulta psiquiátrica. Estos dispositivos se articulan en red de referencia y contrarreferencia con la red de alcoholismo, con el segundo nivel de atención en el hospital de base y la derivación a clínica médica –según el caso–, y con el primer nivel de atención en el CESAC N.º 45, también efector del Hospital Ramos Mejía.

Desde el proceso de admisión se intentan localizar las posibilidades de pasaje por los distintos espacios del centro o la derivación a otras instituciones (en situaciones de franco pasaje al acto o psicosis productivas que requieran de un tratamiento de mayor complejidad).

Así también, los dispositivos de admisión y primeras entrevistas permiten situar la percepción subjetiva de los pacientes respecto de sus propias prácticas de riesgo en los consumos, rituales, patrón de consumo múltiple de sustancias, pasaje de sustancias más tóxicas a menos tóxicas, cambios en las vías de administración.

La inclusión de los consultantes en los dispositivos no configura un camino lineal y predeterminado para todos por igual, sino que desde una escucha atenta de la singularidad del uno por uno, se trata de estimar la conveniencia de ingreso a un grupo, a un tratamiento individual, una consulta psiquiátrica, una interconsulta en clínica médica o un dispositivo vincular.

En relación con la creación de dispositivos colectivos, es interesante considerar que constituyen una alternativa que toma en cuenta la *lógica social de los nuevos síntomas*, pues los pacientes concurren a la institución convocados por un rasgo de identificación que los unifica bajo la nominación de *adictos*.

Estos dispositivos grupales permiten generar una estructura de sostén que brinda cierto soporte simbólico y lazo social. La apuesta radica en establecer una relación diferente a la que tenían con el tóxico, una relación estable con otros.

Intervenciones

Desde una práctica clínica que abreva en las enseñanzas del psicoanálisis y acompaña las políticas de reducción de riesgos y daños, operamos con dispositivos de umbral mínimo de exigencia tendientes a situar las coordenadas simbólicas, imaginarias y reales de los consumos.

La lógica de las intervenciones se juega en la articulación de los momentos que enhebran inicio, aumento del consumo y decisión de consultar, en una dimensión histórica que permita situar las coordenadas simbólicas, imaginarias y reales del consumo. A la vez, se propone, mediante la operación de rectificación del Otro (Recalcati, 2004, pp. 1-6), facilitar las condiciones posibles de instalación de la transferencia otorgando cierta garantía de verdad a sus dichos.

Estas maniobras tienden a propiciar el alojamiento en la transferencia y hacen posible incluir una intervención orientada a disminuir los riesgos de su práctica de consumo, intercalar intervalos en el

ritual del consumo, generar una disminución en las dosis y/o en la frecuencia. Por ello, las estrategias deben contemplar una gama variada de posibilidades según cada caso, para favorecer la accesibilidad de los consultantes al sistema de salud.

Conclusiones

En síntesis, incluir dispositivos de umbral mínimo de exigencia en la atención de pacientes con uso problemático de sustancias psicoactivas configura un *giro conceptual* en los equipos tratantes, ya que requiere de la revisión crítica de sus prejuicios, mitos, creencias y saberes tanto sobre las prácticas de consumo como sobre los diversos modos de vinculación de los individuos con las sustancias.

Interpelar críticamente los discursos prohibicionistas y hegemónicos sobre el uso de drogas es entonces condición *necesaria* para propiciar la invención de dispositivos, prácticas e intervenciones diversas que alojen a los consultantes y eviten la conformación de colectivos de usuarios segregados.

En estos dispositivos de umbral mínimo de exigencia la modalidad de tratamiento implica una apuesta desegregativa que apunta a promover la desmasificación, al ubicar la singularidad de cada quien en la conducción de cada tratamiento.

Bibliografía

- Ehrenberg, A. (1990). «Un mundo de funámbulos». En Ehrenberg, A. (comp.). *Individuos bajo influencia*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión, pp. 7-28.
- Grup Igia (1998). *Políticas e intervenciones de reducción de riesgos*. Barcelona: Editorial Grup Igia.
- Le Poulichet, S. (1990). *Toxicomanías y Psicoanálisis. Las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Marlatt, G. A. (1998). «Reducción del daño. Principios y estrategias básicas». En *Reducción del daño: estrategias pragmáticas para manejar comportamientos de riesgo elevado*, Centro Provincial de Drogodependencia de Cádiz, pp. 2-5. Recuperado el 01/09/2013 de <http://www.drogascadiz.es/>
- Quevedo, S. (2007). «Sobre simplificaciones y banalidades: la toxicomanía. Un caso ejemplar». En *Adicciones: del fantasma del flagelo a la dimensión de la pregunta*. Buenos Aires: Editorial Letra Viva.
- Recalcati, M. (2004). «La cuestión preliminar en la época del Otro que no existe». En *Revista Ornica? Digital - Nouvelle Epoque*, N.º 258, pp. 1-6.
- Sánchez, M. (2001). «Particularidades del uso de drogas en las psicosis». Entrevista realizada a Jean Claude Maleval. Publicada en *Annales de Medecine Interne*, vol. 152, N.º 7 suppl. París: Masson, pp. 2253-2258.

Dispositivos de abordaje extramuros con personas en situación de calle y en escenarios de consumo

Beatriz Baldelli, Eduardo Bogliano y Silvia Ghiselli

Consideraciones preliminares sobre el Centro de Día «La Otra Base de Encuentro». Área Programática Hospital General de Agudos P. Piñero, Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

El Centro de Día depende del Área Programática del Hospital General de Agudos P. Piñero, Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Se encuentra ubicado en el Barrio Rivadavia I, Bajo Flores, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Hablar de este efector nos permite dar cuenta de siete años de trabajo vinculado a los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas (SPA).

Se trata de un Centro de Día cuya propuesta está destinada a la atención ambulatoria de usuarios de SPA *con criterio de umbral mínimo de exigencia*. Atiende principalmente la demanda proveniente de los residentes de la zona, tanto de la población objetivo como de sus familiares, allegados y de los actores sociales intervinientes en la trama social local, pero también del resto de la CABA.

Desde sus orígenes fue pensado como un dispositivo de salud que pudiera responder a la compleja realidad local sobre los consumos problemáticos con *encuadres flexibles*, orientados a *contener y alojar* a los usuarios de SPA. Éste es el punto de partida para el despliegue de una positiva transferencia institucional que, al contar con la presencia del Otro, nos permite establecer estrategias de abordajes acordes con la singularidad de cada quien, es decir, del caso por caso.

En tal sentido, cuenta con los siguientes dispositivos: preventivos, asistenciales, de intervenciones sociales en reducción de riesgos y daños, de neoinserción social, y con un Área de Capacitación y Supervisión de equipos interdisciplinarios ambulatorios con despliegue territorial, y de equipos y profesionales que trabajan con personas con alto nivel de vulnerabilidad social.

A la hora de abordar los consumos problemáticos de SPA, adherimos a *una modalidad de abordaje integral* que nos permite comprender al usuario de sustancias no sólo desde una perspectiva biológica sino como un sujeto inscripto en un contexto social, histórico, cultural y económico, con una modalidad de vida y una historia personal.

En cuanto a nuestro marco conceptual, se fundamenta en las enseñanzas del psicoanálisis, en el paradigma de reducción de riesgos y daños y en la perspectiva de derechos. Nuestras intervenciones son de umbral mínimo de exigencia, interdisciplinarias e intersectoriales, y se orientan al reanudamiento del lazo social y a la construcción de ciudadanía.

El paradigma de reducción de riesgos y daños, que plantea objetivos intermedios y no descarta la abstinencia como un paso más, nos permite elaborar proyectos, estrategias, intervenciones y dispositivos alternativos que contemplan las características y posibilidades subjetivas de nuestros usuarios.

El concepto de *umbral mínimo de exigencia* refiere a no proponer como condición de inicio del tratamiento o de utilización de alguno de los servicios o talleres que ofrece el Centro, la prohibición del tóxico.

En este sentido, el Dr. Mario Kameniecki (2006) plantea que

«llegar a conocer la función del uso de sustancias psicoactivas (tóxico) en cada caso es una pieza clave [...] el objetivo –si se nos permite utilizar esta expresión– es que la sustancia pierda el valor que tiene para el sujeto en particular, en su economía psíquica. Dicho de otra manera, que *caiga* del lugar que ocupa y que el sujeto pueda *renunciar a la misma*».

No se trata entonces de prohibición, sino de renuncia.

Cabe comentar que si bien comenzamos hablando del Centro de Día «La Otra Base de Encuentro», éste nunca llegó a funcionar a la manera de un hospital de día con consultorios externos, como se pensó en el proyecto original, debido a la falta de recursos humanos y materiales. Devino entonces en una modalidad de ambulatorio ampliado que propone un recorrido institucional propio y de utilización de otros dispositivos comunitarios locales, de acuerdo con los criterios que se evalúen en la admisión y definidos en el caso por caso.

Dispositivo de abordaje extramuros con personas en situación de calle y en escenarios de consumo¹

Este dispositivo de abordaje está orientado a usuarios que no demandan tratamiento, y que al decir de Cavalcanti (1996),

«propone un giro conceptual en la intervención, es decir [...] un desplazamiento del centro de gravedad de la intervención intramuros a la intervención extramuros, donde las acciones se construyen a partir de las posibilidades subjetivas de los usuarios y de los lazos comunitarios con la trama social local».

Este dispositivo tiene como objetivos prioritarios:

- Conocer, en su territorio, a los sujetos con consumo problemático de SPA que no están dispuestos a dejar de consumir, para poder implementar intervenciones en reducción de riesgos y daños mediante técnicas de acercamiento acorde con sus necesidades.

1. Parte de la descripción que aparece a continuación ha sido extraída de Baldelli, B.; Bogliano, E.; Ghiselli, S., «Dispositivo de abordaje del consumo problemático de sustancias con sujetos en situación de calle en escenarios de consumo», próximo a publicarse. Ministerio Público Tutelar. Poder Judicial. CABA.

- Reducir mediante estas intervenciones riesgos y daños sanitarios, jurídicos y sociales asociados al consumo de SPA.
- Facilitar el acceso al sistema de salud generando previamente canales amigables con centros de salud y acción comunitaria del ámbito local y con el hospital de base.
- Y finalmente, propiciar el reanudamiento del lazo social como punto de partida de un proceso inclusivo que les permita a estos usuarios apropiarse progresivamente de sus derechos.

Intervenciones en territorio

Para dar cuenta del dispositivo extramuros, describiremos el proceso de intervención en tres momentos, pero en la realidad esta temporalidad no se manifiesta de un modo lineal.

i. Primer momento: inicio del proceso de reanudamiento del lazo social

En este primer momento, buscamos conocer a los usuarios en su territorio mediante la utilización de técnicas de acercamiento que promueven, por un lado: *la interrupción en el ritual habitual de consumo*, por medio de la entrega de agua y alguna colación. Dicha oferta de insumos facilita el acercamiento, pues da respuesta a una necesidad sentida por el usuario de pasta base. Por otra parte: *la interrupción en el continuo del consumo* introduce un tiempo, corte, que facilita la transferencia de conductas de autocuidado.

Con el trabajo sostenido del equipo interdisciplinario, esta interrupción temporal es más prolongada y podemos constatar, entonces, que estas intervenciones impactan en nuestra población objetivo en dos dimensiones:

- En los primeros desplazamientos del equipo al territorio o con aquellos usuarios contactados por primera vez en los escenarios de consumo, comienzan a surgir las demandas que noso-

tros denominamos «demandas a futuro», y que están relacionadas con la nominación de problemas de los que deberían ocuparse. Por ejemplo: «esta herida me duele, voy a pasar por el Centro».

- Con la presencia sostenida del equipo en territorio, es posible que estas demandas a futuro se transformen en *acciones concretas*. Es entonces cuando el Otro puede empezar a hacerse cargo de algo de lo que le pasa en el cuerpo o en el ámbito de su vida social.

Siguiendo a Cavalcanti (1996), consideramos que «la eficacia de la adscripción a estas metodologías radica en el proceso de transferencia de saberes, prácticas e instrumentos que posibilitan la apropiación simbólica de los recursos, para que los sujetos de la intervención devengan protagonistas responsables de sus cambios».

Es en este momento del proceso cuando comienza el referenciamiento al Centro de Día, a los Centros de Salud y Acción Comunitarias de anclaje local y a las Organizaciones de la Sociedad Civil amigables.²

Algunos indicadores de este proceso son:

- El acceso a los efectores amigables de salud del primer nivel de atención.
- El retiro de viandas del comedor comunitario.

ii. Segundo momento: fortalecimiento del reanudamiento del lazo social e inicio del proceso de inclusión

En este segundo momento se produce un nuevo giro, en el cual se pasa de *las intervenciones extramuros a las intramuros*, donde la inclusión de los usuarios de SPA a nuestro efector comienza a producirse a través de la utilización de los sanitarios, la ducha y el comedor.

2. Son las organizaciones de la sociedad civil o gubernamentales que se encuentran en el territorio y que están involucradas, por interés o intervención, con el consumo problemático de SPA y que nos proveen de recursos para las colaciones.

La incorporación de esta oferta de servicios no fue azarosa, se orientó a la recuperación de hábitos cotidianos por parte de estos sujetos mediante las siguientes posibilidades:

- Acceder a un espacio que les facilitara la higiene corporal.
- Usar platos y cubiertos en lugar de botellas descartables cortadas donde recibían la comida.
- Sentarse y compartir la mesa con otros en un escenario diferente al del consumo.
- Y, fundamentalmente, incorporar y respetar las pautas organizativas y de convivencia.

En esta etapa buscamos diferenciar el espacio público del privado, pasar del sujeto indiferenciado al sujeto singular mediante la nominación a través de su nombre y apellido. Es decir, comenzar a instalar una marca que haga la diferencia.

En este momento del proceso de inclusión, podemos decir que estas acciones promovieron en los usuarios la recuperación de subjetividad, que se manifestó por medio de las siguientes demandas:

- Asistencia médica por problemas agudos y crónicos de resolución en el primer nivel de atención. Modificación del perfil de la derivación al segundo nivel de atención, pasando de derivaciones enmarcadas en la emergencia a situaciones de urgencia.
- Búsqueda de contención en situación de tristeza, ansiedad, temores, dudas.
- Consultas frente a la preocupación por el alto nivel de consumo a partir del registro del cuerpo propio.
- Demanda de permanecer más tiempo en el centro de salud.

Aquí es cuando comienza una fuerte reapropiación del derecho a la salud y a condiciones más dignas de vida.

iii. Tercer momento: autorreconocimiento y profundización del proceso inclusivo

La apropiación progresiva del Centro de Día a través de la participación espontánea en diferentes talleres, como el de juego, radio y música, y

la permanencia más prolongada en la institución hacen posible, mediante la circulación de la palabra, la reconstrucción de la historia personal de los participantes. Por otra parte, comienzan a recuperar habilidades que ellos mismos reconocen como perdidas y, a partir de aquí, a reconocerse también como algo más que un usuario de sustancias.

Como equipo, buscamos en esta etapa del proceso:

- *En relación con el sujeto*: la postergación del consumo y la recuperación de otros aspectos vitales de la persona.
- *En relación con el equipo*: contar con elementos que nos permitan diseñar estrategias de intervención más adecuadas al caso por caso, que promuevan favorablemente el proceso de inclusión social.

Es importante destacar que no siempre el Otro se incluye de la manera que el equipo considera que debe acontecer. Es más, de no respetar los tiempos del Otro y de no realizar una correcta lectura sobre lo que éste puede sostener, se corre el riesgo de promover conductas defensivas que hacen fracasar o detener el proceso de inclusión.

Ahora bien, hablamos de esta etapa como de profundización del proceso inclusivo porque a partir de la recuperación de capacidades perdidas y de la posibilidad subjetiva de ubicarse en otro lugar social, comienzan a surgir diferentes tipos de demandas que cada vez reanudán más el lazo social: requerimiento del DNI, necesidad de salir de la situación de calle, problematización del consumo y solicitud de tratamiento, autorregulación del consumo, interrupción del consumo sin necesidad de tratamiento, y solicitud de revinculación familiar, entre otras. Se advierte entonces una reapropiación del derecho a la identidad, a la vivienda, a la educación y al trabajo.

A modo de cierre

La complejidad que requiere la intervención con sujetos con consumos problemáticos de SPA en situación de calle está fuertemente

asociada a la inclusión social y al pleno ejercicio de los derechos humanos.

La población que hoy se encuentra en situación de calle y con consumo problemático da cuenta del costado más salvaje de las políticas neoliberales aplicadas en los años 90. Esta situación, que se encontraba invisibilizada, a partir de la implementación de políticas inclusivas pone en escena a esta población con sus derechos vulnerados. La implementación de estas políticas públicas en esta década ganada favorece la accesibilidad al sistema de derechos. El afianzamiento de este proceso inclusivo requiere, aún, de unos pasos más. A la accesibilidad a derechos que garantiza hoy el Estado debe sumarse la disponibilidad de sus agentes para ir al encuentro de aquellos que aún están al margen del margen.

Esta nueva etapa de políticas sociales requiere de la formación de un recurso humano capaz de comprender que los discursos tradicionales en torno al consumo responsabilizan al sujeto por su debilidad frente a la sustancia que lo domina. De esta forma, los derechos ciudadanos de quienes consumen son vulnerados y ellos creen merecer ese trato, el daño mayor que produce el consumo en estos sujetos es la marginación y el aislamiento. En contraposición, nuestra propuesta de intervención se basa en un abordaje integral, interdisciplinario, intersectorial y territorializado que promueve la autonomía de dichos sujetos mediante la apropiación de sus derechos ciudadanos.

Bibliografía

- Baldelli, B.; Bogliano, E.; Ghiselli, S. (2013). «Dispositivo de abordaje del consumo problemático de sustancias con sujetos en situación de calle en escenarios de consumo». En el Ministerio Público Tutelar, Poder Judicial de la Ciudad de Buenos Aires.
- Baldelli, B.; Bogliano, E.; Ghiselli, S. (2011). «Algunas reflexiones acerca de las estrategias implementadas en el trabajo de acerca-

- miento en calle con usuarios de sustancias psicoactivas». Centro de Día «La Otra Base de Encuentro». Publicado en el *Boletín del Centro Carlos Gardel*, edición electrónica, N.º 16.
- Baldelli, B.; Bogliano, E., et ál. (2007). «Anudando lazos. Estrategias de acercamiento con usuarios de drogas». *XXIV Jornadas Multidisciplinarias Hospital Parmenio Piñero*. Publicado en el *Boletín del Centro Carlos Gardel*, edición electrónica, N.º 5, 2008.
- Castel, R. (1977). *La metamorfosis de la cuestión social*. Buenos Aires: Paidós.
- Cavalcanti, L. (2005). «La relación entre globalización y reducción de daños». II Symposium Internacional sobre Reducción de Riesgos: Globalización y Drogas. En *Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología*, N.º 19. San Sebastián.
- Cavalcanti, L. (1996). «Intervenciones comunitarias en el campo de las toxicomanías». En *La investigación en toxicomanía: estado y perspectivas*. Medellín: GRITO: CCI-FIUC, pp. 49-91.
- Cazzaniga, S. «Metodología: el abordaje desde la singularidad» (en línea). En *Revista Desde el Fondo. Cuadernillo Temático* N.º 22. Centro de Documentación. FTS. UNER. Paraná. Recuperado el 03/09/2013 de <http://www.fts.uner.edu.ar/publicaciones/fondo/num21/cazzaniga21.htm>. 2001
- Duschatzky, S. y Corea, C. (2002). *Chicos en banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Kameniecki, M. (2006). «Concepciones clínicas e institucionales en las toxicomanías». En *Clínica institucional en toxicomanías. Una cita con el Centro Carlos Gardel*. Buenos Aires: Editorial Letra Viva.

Alcohol: ¿a su salud? Nuevas perspectivas

Haydee Gloria Cimino

La nueva Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 puede pensarse como una herramienta que nos introduce en la reflexión y el debate de diversas cuestiones que se vinculan con la atención de la salud mental y las adicciones, en especial, con el consumo problemático del alcohol. En este orden, se abre el desarrollo de nuevos caminos que permitirán barajar, dar de nuevo y hallar otras salidas para el tratamiento de este padecimiento.

El alcoholismo ingresa en el amplio espectro de lo que llamamos «adicciones», su historia ha acompañado al ser humano en la búsqueda de estados de euforia, que llegan incluso al abatimiento y a la depresión. Su función ha formado parte de la solución-ilusión que los hombres continúan buscando en un intento de paliar el sufrimiento.

En *El malestar en la cultura* (1930), Freud describe las diferentes formas de enfrentar el dolor de vivir. En este texto, entiendo, anuncia el horizonte de la vida pulsional y señala una lista de estrategias, donde figuran el amor, la religión, el delirio, la sublimación y el uso de narcóticos. A estos últimos les da el valor de remedio frente a la enfermedad de la existencia humana. Aún seguimos siendo testigos, desde la clínica actual, de los odiseos modernos: sujetos que emprenden la travesía para hallar el alivio al dolor de existir.

El alcohol es el ancestro de la familia de las sustancias psicoactivas, viene a ocupar dentro de la lista de las sustancias problemáticas un lugar clave en la práctica tóxica. Acompañando el uso de otras sustancias, se resiste a ser excluido, muy por el contrario, es el amigo de las fiestas. A la hora de las reuniones, viene a promover los lazos

sociales en la vida de las diferentes generaciones. En especial entre los jóvenes, forma parte del encuentro, no olvidemos que uno de los festivales de rock más importantes que se realizan en nuestro país lleva el nombre comercial de una cerveza.

El alcoholismo sigue siendo para muchos uno de los malestares extremos a los que puede llegarse; atraviesa la salud al punto de dejar a los sujetos en la soledad y la exclusión; se vuelven cuerpos intoxicados y vacíos, «zombies» –así se identificaba un paciente–. Se trata de quienes llegan a la consulta, al hospital, a los servicios de salud mental poniendo en escena la tensión entre los saberes y sus prácticas, interpelando las intervenciones dentro de los servicios de atención de la salud pública. Son los que demandan la atención «exclusiva» de la clínica médica en los hospitales generales, los que son tratados por el estrago que sufren sus cuerpos por la acción del alcohol, y que muchas veces no tienen posibilidades de continuar los tratamientos médicos, sea por la ausencia de otras estrategias terapéuticas, sea por el rechazo o la desesperanza que rodea a la propia recuperación del sujeto que padece.

En este viejo escenario de las representaciones, nuevas resonancias pueden escucharse a través de lo manifestado en la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, capítulo VII, art. 27, acerca de la prohibición de la creación de nuevos establecimientos monovalentes, manicomios, y el art. 28 sobre las internaciones de salud mental. Éstas deben realizarse en hospitales generales, a tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios: el rechazo de la atención de pacientes ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de una problemática de salud mental y adicciones, será considerado acto discriminatorio.

Volviendo a la problemática del alcoholismo, los sujetos que padecen este malestar podrán recibir mayores garantías en cuanto a dispositivos ampliados para su abordaje. Esto permite pensar en un cambio significativo, no sólo semántico, que haga viables tratamientos ligados al marco de restitución de derechos, y permita abandonar finalmente el concepto de enfermedad crónica, con la conse-

cuenta carga discriminatoria negativa, la segregación y el prejuicio de que la situación del sujeto no se puede modificar; con todo lo cual intenta terminar la ley.

En la clínica del caso por caso, orientada por el psicoanálisis, nos encontramos con sujetos reactivos al tratamiento, que rechazan el inconsciente. Estas cuestiones problematizan el abordaje clínico en tanto que el uso del alcohol, en estos casos, plantea un *impasse* sobre la palabra, con el consecuente aplastamiento de la dimensión subjetiva. Los analistas en el hospital afrontan estos *impasses* al interior de la supervisión y en las conversaciones dentro de los equipos interdisciplinarios.

Que se haga extensiva la aplicación de esta ley al sistema de salud público dependerá de nuestras propias decisiones profesionales a la hora de construir una trama de intervenciones, saberes donde la práctica médica no quede como única o última respuesta. De este modo, saberes y prácticas permitirán ampliar el horizonte de atención del sujeto y de los lazos sociales donde se reeditan las representaciones del rechazo y la negación hacia el paciente afectado especialmente por este tipo de consumo.

Lo que hoy llamamos «interdisciplina» se vuelve la alternativa para incluir mayores recursos en las estrategias de intervención, crea un espacio de transversalidad, donde la palabra de los pacientes en la construcción de la demanda de tratamiento tenga lugar a que esto advenga.

Pensar a partir de la interdisciplina supone diferentes estrategias, lo que como el propio término indica, resulta fecundo porque admite un despliegue múltiple y, por qué no, ligado a la teoría del juego y de la decisión, que se hace extensivo al campo de la terapéutica. Entiendo, sin embargo, que en la práctica esta construcción mantiene una tensión permanente entre el «para todos» y el «no como todo el mundo». La construcción de las intervenciones necesitará entonces de un profundo y permanente diálogo entre disciplinas.

Del lado del analista, la apuesta está en el síntoma, en el terreno de la clínica del caso, que hace lugar al nombre propio y al sujeto

del inconsciente, teniendo en cuenta este horizonte de lo que se presenta como lo incurable en sujetos que tienen una práctica de consumos.

La interdisciplina puede entonces constituirse en un lugar de hallazgo y creación, que lleve al equipo de salud a transitar el territorio de la investigación compartida entre los saberes de la clínica médica, la psiquiatría, el psicoanálisis y el campo de lo social. Esta problemática adquiriría así mayor visibilidad a través de su cuestionamiento y estudio.

Bibliografía

- Ehrenberg, A. (comp.) (1994). *Individuos bajo influencia: drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.
- Freud, S. (2006). *Tres ensayos sobre la teoría sexual y otros escritos*. Madrid: Alianza. [1901-1905].
- Freud, S. (1986). *El malestar en la cultura*. En *Obras Completas*, vol. XXI. Buenos Aires/Madrid: Amorrortu. (1930 [1929]).
- Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Ley N.º 23.592. Ley Nacional de Antidiscriminación. Sancionada el 3 de agosto de 1988. *Boletín Oficial*, Buenos Aires. Argentina, 3 de agosto de 1988.

Recuperar lo perdido

Ignacio Peleregui

Introducción

Los cuadros psicopatológicos que tratamos todos los días en el Servicio nos obligan a replantearnos nuestros propios límites en la práctica, nuestras concepciones del posible paciente, el modo de atender a la siempre potencial demanda, etc. Desde el Hospital de Día, se tiene el privilegio de visualizar el síntoma puesto en acto, la representación escénica que se hace muchas veces de esa posición que requiere una atención que suele presentarse en la mayoría de los casos como una urgencia. Esta oportunidad peculiar permite ver cómo los estados de ánimo de nuestros pacientes, las decisiones que toman (y las que no), lo que piensan, creen y reflexionan puede ser modificado por ellos durante la semana en varias oportunidades, a veces durante el mismo día.

En el Hospital de Día los pacientes pasan al menos cinco horas todos los días, horas de trabajo terapéutico que enfrentan al paciente con sus contradicciones, angustias, desesperaciones y otras yerbas. Estos estados anímicos suelen ser desconocidos, y el psicólogo acompaña ese camino de autodescubrimiento que nunca es fácil y en donde la mayoría de las veces se pone en jaque la práctica clínica convencional.

Al existir un marco general que define el tratamiento ambulatorio como intensivo, cada vez que un paciente ingresa, el potencial tratamiento es delineado por el equipo tratante. Este tratamiento de ningún modo es el mismo para todos, cada uno de ellos es pensado

y eventualmente modificado; implica considerar el devenir de un sujeto que configura en su psiquismo la concurrencia al hospital por alguna razón en especial.

Los dispositivos

Nada es evidente, nada está dado,
todo es construido.
GASTÓN BACHELARD

Los encuadres móviles del paciente son los espacios de psicoterapia individual, grupal y familiar, aunque a veces resulta dificultoso ceñirse a lo que estos marcos indican en su propia definición. El psicólogo tiene la oportunidad única de rescatar, cuando se le permite, aquello que a veces suele estar perdido o desaparecido (en lo que en la clínica se conoce como «área vital de la persona»). El universo del sujeto puede estar definido por pocos elementos no conjugables que hacen de su cotidianeidad y de su vida un devenir que, al estar atravesado por el tóxico, se resuelve como envenenado, o al menos, atosigado por el objeto droga.

Como hace Atlas con la bóveda celeste, nuestros pacientes cargan sobre sus hombros las etiquetas que los señalan desde el mundo externo y los definen a partir de la droga.

La Psicología Social Comunitaria, desarrollada por Ignacio Baró, postula que existe una falsa neutralidad científica, que propone pensar a los objetos de estudio del ser biopsicosocial unilateralmente o, mejor dicho, sesgando muchas veces información contextual que termina interviniendo sobre el objeto. Adelanta aquello en lo que algunos profesionales de la salud mental suelen caer: una equivocada concepción moral sobre las drogas que continúa posicionando la pasta base, la cocaína y demás en un lugar de objeto a ser desterrado; de este modo, «los que saben» (academicistas) ubican el propio límite conceptual frente a lo que el sujeto deseante recrea. La díada adicto-

criminal ha sido (es) causante de silencios sobre el padecimiento de quienes vienen al hospital a relatar algo de su recorrido por el mundo de las sustancias; ha sido también la causante de la estigmatización del sujeto adicto en la opinión pública y mediática de nuestra sociedad. La circularidad preponderante entre a. *pobreza*, b. *represión policial* y c. *rehabilitación compulsiva por orden judicial* ha inhabilitado la oratoria de nuestros pacientes durante mucho tiempo.

Es necesario el replanteo de esta premisa en los profesionales de la salud que trabajan con sujetos que presentan consumo problemático de drogas. El destierro del tóxico no puede ser considerado el objetivo terapéutico que subyace a la premisa del profesional especialista en adicciones que interviene; menos aún si no es el objetivo de aquel de quien se trata, sino de un afuera que estigmatiza, criminaliza, segrega y discrimina al usuario de drogas.

La psicología social comunitaria ha dado efectivas herramientas para repensar la necesidad teórica, metodológica y profesional de producir una psicología que responda a los urgentes problemas de las sociedades latinoamericanas —entre ellos, el uso problemático de sustancias—, para los cuales una práctica centrada en la adaptación acrítica de modelos importados abstencionistas no aporta respuestas adecuadas ni eficientes. Es esta la razón por la cual se hace necesario que las prácticas psicológicas tengan un marco que represente fehacientemente nuestra realidad como país y sociedad, y que intente esquivar modelos psicoterapéuticos descontextualizados.

«Me golpearon hasta que perdí la memoria»

Casildo, de 31 años, es un paciente de nuestro Servicio. Oriundo de la provincia de Corrientes, vive hace dos años en un conventillo de la Boca, junto a su mujer y su hijo de 7 años. Concorre al hospital para solicitar tratamiento luego de haber vuelto de visitar a su familia en Corrientes. La visita no fue del todo grata. En una tarde cualquiera, es acorralado en la calle por dos patrulleros de la policía de

la capital provincial. El motivo: lo estaban buscando por haber robado un local de comidas de la ciudad. Casildo no había robado el negocio, quien lo había hecho era su hermano, que posee facciones físicas de características similares. Fue abusado de formas que quienes tienen determinado poder se ufanan de ejercer: lo golpearon, escupieron, insultaron y humillaron de otras formas terribles. Nuestro (ahora) paciente intentó en vano refutar que él fuera a quien estaban buscando, y se «ligó por mentiroso» una decena de patadas en la cabeza: «Me golpearon hasta que perdí la memoria».

Casildo llega al Servicio del hospital en un mar de lágrimas. No habla en sesión, llora. Lloro y repite un soliloquio: «Yo no era así, me arruinaron la vida, ¿por qué me pasó esto a mí?». Luego de llorar y sin responder a pregunta alguna, deja el consultorio para repetir la escena del llanto y el soliloquio día a día.

En el camino de los estigmas *etiquetantes*, el uso indebido de drogas, la delincuencia organizada y la propagación de enfermedades suelen ser los tópicos de elección primaria para los debates mediáticos sobre causas de fragmentación social; debates que luego son repetidos por sectores de la población (con intereses específicos). Sin embargo, los derechos vulnerados (o la carencia de derechos), la carencia de recursos y capacidades básicas (como lo es el acceso a la legalidad, a la educación y a la protección social) hacen que muchas veces no sea posible una participación social plena de nuestros ciudadanos. Y es ésta la razón por la cual un tratamiento orientado a «curar al adicto» suele tomar tanto tiempo, cuando no termina en un intento infructuoso de curar lo enfermo en un sujeto.

Casildo no había tenido posibilidades de denunciar por sí mismo a quienes habían violentado su persona. Hace unos meses, el paciente se dirigió a la capital de la provincia para designar a una abogada que colaborara en el esclarecimiento del hecho y en la búsqueda de Justicia, con mayúscula. Él dice no poder hacerlo solo (la esposa de Casildo es quien denuncia en un juzgado de Corrientes la golpiza) y pide ayuda. Desde aquel día, nuestro paciente consume de manera compulsiva y diariamente grandes dosis de cocaína.

En cierto encuentro en el cual Casildo lloraba porque lo habían llamado a declarar, se le dice al paciente que su llanto puede funcionar como ingrediente de algo que aún no está terminado y que recién empieza, que explica su ser y otorga una definición de sí mismo. Un ser que acarrearía esta vivencia, pero ella no necesariamente definiría un futuro desolado. El equipo interdisciplinario trabajó desde el primer momento con Casildo, de otro modo no hubiera sido posible que declarara. Nuestra trabajadora social vehiculiza lo necesario para conseguirle un pasaje de colectivo para viajar a Corrientes; nuestra abogada lo aconseja en lo referido al marco legal, y entre todos comenzamos a responder a lo que ese llanto requería de nosotros. Luego de no poder decir nada, Casildo pide auxilio.

El consumo sólo puede generar una pauta de repetición cuando la sustancia elegida es eficiente para modular aquellos aspectos que la persona vive como displacenteros. Sintéticamente, a mayor efectividad del objeto de consumo para equilibrar los síntomas egodistónicos, mayor adherencia al tóxico se generará. Estos síntomas abren un abanico de posibles razones a ser tratadas por los profesionales intervinientes, siempre y cuando atañan a la salud psicosocial del paciente. Para Casildo era de crucial importancia encontrarse, equipo tratante mediante, con lo que resultara de la denuncia por el maltrato recibido por parte de la policía correntina; encontrarse con lo perdido de su memoria, con lo que para él es en este momento objeto principal de su angustia manifiesta.

Al volver de Corrientes, Casildo dice que decidió dejar de consumir cocaína. Es la primera vez que logra sostener una abstinencia de consumo durante semanas.

Algo de historia

El uso de sustancias en Latinoamérica tiene orígenes diversos. Al parecer, los primeros registros datan de la época de los colonizadores españoles, que documentan cómo los curanderos de la isla La

Española utilizaban tabaco para producir visiones que les permitían diagnosticar enfermedades y adivinar sucesos del futuro. Antes de la llegada de los españoles, los nativos consumían diferentes tipos de sustancias (coca, tabaco, yopo, yague, chicha) con motivos religiosos, medicinales o festivos, y esto no constituía en absoluto un problema sociosanitario. La colonización española produce importantes cambios en los usos, y como consecuencia, se violenta la eficacia con que las tradiciones y costumbres regulaban culturalmente las diferentes maneras de consumir dichas sustancias. Los abusos en el consumo comienzan a aparecer en coincidencia con los maltratos y la explotación de los pueblos originarios, y con la promulgación de leyes que intentaban regular dicho consumo.

En la época moderna, con el auge del consumo mundial generalizado, aparece al igual que en otras partes del mundo, el uso de marihuana. Luego irrumpen en escena el clorhidrato de cocaína y más recientemente, la pasta base, cuyos primeros indicios de consumo se dan en los años 80 y se circunscriben a países tales como Perú, Ecuador y Colombia. Favorecido su uso por la crisis económica, su bajo costo y la falta de otras drogas, como la cocaína y la marihuana, en el período 2002-2004 la pasta base se instauró y difundió en nuestro país, lo que generó un fuerte quiebre en los sistemas sanitarios y dificultó a priori lo complejo del diagnóstico clínico. Sin embargo, el problema no es el tóxico.

La comunidad asistencial identificó, durante mucho tiempo, el problema de las drogas como uso indebido de drogas (UID). Lo «indebido» referido en el concepto presupone que algo no se debe hacer por no ser conveniente, legal o justo. Nuestros pacientes siempre tienen una razón debida (*de vida*) por la que consumen: algo que regular, algo que modular, algo que satisfacer. Las diferencias entre las estructuras clínicas psicológicas son muchas veces salteadas, lo que hace que se caiga en la conocida «bolsa de gatos», donde todos consumen por la misma razón (es decir, el mismo supuesto).

La consecuencia de un diagnóstico erróneo –como en cualquier otra área de tratamiento asistencial– suele sesgar equívocamente el

tratamiento subsecuente. No todas las personas expuestas a drogas, incluyendo aquellas que lo han estado por un lapso prolongado, desarrollan una dependencia a sustancias psicoactivas. Para que se genere una dependencia, es necesaria una confluencia de predisponentes tales como: cierta vulnerabilidad social, psicológica, genética, determinada conformación familiar, una constelación libidinal singular que determina un padecimiento subjetivo, y la ambición de vivenciar situaciones estabilizadoras que, sin los químicos, el paciente considera que no puede obtener.

Para dialogar, preguntad primero;
después... escuchad.

ANTONIO MACHADO

El término «uso indebido de drogas» puede estimular a algunos profesionales de la salud a posicionarse en lugares de saber legalista, moralista o correccional, y por lo tanto, hacer de su escucha terapéutica una dirección hacia la cura que no tendrá otro fin más que el fracaso. Se esquivo de ese modo la verdadera razón por la que la mayoría de nuestros pacientes consumen: una realidad en donde el tóxico permitió (permite) la supervivencia en un mundo que no les ha sido ofrecido. Los modelos abstencionistas de asistencia al adicto consiguen sólo por coerción que el paciente deje de consumir; de esta manera, lo condenan a una nueva dependencia (al tratamiento) o logran que el sujeto sólo interrumpa el consumo siempre y cuando se encuentre encerrado.

La posición del psicólogo no debe ser de mera escucha pasiva, es condición necesaria de un tratamiento en adicciones intentar otorgar herramientas para que el sujeto trate de acercarse al empoderamiento de su vida, a un ser autónomo de buenas (¡justas!) decisiones sobre su vida. Las transacciones a las que hacen referencia nuestros pacientes (*transa* de drogas) no se reducen sólo a las de sustancias; existe algo más en ese intercambio de necesidades que

deja a nuestros pacientes desprovistos de subjetividad, ésa que les fuera negada, quitada otrora y que, en la medida en que inician un tratamiento y el psicólogo acompañe, comenzará a construirse nuevamente, pero esta vez, según sus propias necesidades. Como dice Lacan: «El analista no es el que sabe, quien sabe es el analizante, es el supuesto al saber».

El uso problemático de sustancias suscita dificultades para el equipo de salud mental, específicamente en cuanto al diagnóstico, gravedad, fases y comorbilidad. Tales dificultades son, en gran parte, atribuibles a defectos de la educación que los psicólogos, terapeutas y analistas hemos recibido sobre la temática.

En términos generales, los diagnósticos se hacen a partir de la sola referencia del paciente en cuanto a qué consume. Eventualmente se incluirán la frecuencia, las dosis y las vías de administración. Esta compulsión sintomatológica puede ser necesaria pero no suficiente para arribar al diagnóstico. A dicha variable se le debe asociar necesariamente la objetivación de un cortejo de síntomas propios de lo que sucede, de lo que se haya articulado y/o desencadenado en forma contemporánea con el consumo en nuestros pacientes. El criterio diagnóstico focalizado en la sustancia implica un error que propicia inconsistencias frecuentes en los esquemas de tratamiento y que podrían, acaso, explicar parte del actual índice desalentador de fracaso terapéutico en la subespecialidad.

La histórica preponderancia que se ha dado a la sustancia por sobre el complejo trastorno que implica su consumo parecería manifestarse en el generalizado prejuicio de que las sustancias psicoactivas son estupefacientes de un poder embriagador tal que ninguna persona podría evitarlas, y que por vía de ciertos mecanismos, autoperpetúan el consumo, lo que conforma una adicción. Según tal prejuicio, entonces, toda persona es un adicto en potencia, y serlo sólo dependería de cuánto puede autolimitarse en su capacidad de obtener placer.

El ahora caduco *DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)* asimismo hace hincapié en el diagnóstico

basado en el tóxico y distingue los trastornos relacionados con sustancias en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, etc.). La especificidad en el diagnóstico de los trastornos por consumo permite un diagnóstico ceñido al cuadro clínico que cada consumidor presenta. Esto determina que el proceso diagnóstico excede la exploración de la sustancia y su uso; exige una objetivación de los aspectos previos y la modulación particular que la sustancia ha brindado al sujeto. De ahí que los tratamientos sean difícilmente generalizables y, por el contrario, sean de mayor éxito cuando se ciñen al cuadro singular que cada sujeto presenta.

Conclusión

Estas palabras intentan señalar algunas tendencias y tensiones, frecuentemente contradictorias, en las complejas realidades vinculadas al tratamiento de pacientes con uso problemático de drogas. Entre las principales, se destaca la compleja urdimbre representacional de nuestros tiempos, que enarbola el consumo de drogas lícitas, los objetos materiales superfluos y estilos de vida inalcanzables, y al mismo tiempo estigmatiza y segrega al sujeto que usa las drogas problemáticamente.

De la misma manera, los modos de institucionalización tradicionales conviven con programas terapéuticos diversos e históricos que a veces dificultan la articulación con las transformaciones económicas, políticas, legislativas y de los modos en los que se decide «tratar» a los pacientes en la Argentina de hoy.

En este contexto, lejos de igualar las diferencias, el modo de (in)dividualizar al paciente y tratarlo definirá la dirección de la cura y la efectividad de un tratamiento en sus diferentes modalidades, para la amplia diversidad de prácticas del uso problemático de drogas.

Bibliografía

- Castaño Pérez, G. A. (1999). «Drogas en América Latina y los programas de reducción de daño». En *Adicciones*, vol.11, N.º 4, pp. 387-393. Colombia: FUNLAM.
- Epele, M. (2010). *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Hemming, J. (2003). *The conquest of the Incas*. Mariner Books (s. l.).
- Martín-Baró, I. (1986). «Hacia una psicología de la liberación». En *Boletín de Psicología*, N.º 22, pp. 219-231. UCA Editores.
- Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la Psicología Comunitaria: la tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.

4. Dispositivos clínicos de urgencia

A través de casos clínicos y reflexiones sobre los dispositivos de urgencia, los trabajos de esta sección posibilitan un contacto con los desafíos de los servicios de Guardia Interdisciplinaria e Internación Breve del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo). Los textos presentan el recorrido de los equipos del hospital y abarcan experiencias que analizan aspectos centrales del tratamiento del episodio agudo, que configura también una instancia de observación diagnóstica interdisciplinaria, de articulación y derivación al dispositivo más apropiado. Los textos de este apartado señalan caminos ante la complejidad de la urgencia.

No hay vida sin ella

Carolina Alcuaz, Pablo Fabrykant, Roxana Piediferri,
Leticia Storino y Sara Szeinman

El objetivo de las siguientes páginas es ilustrar, a partir del relato de un caso clínico, el funcionamiento de la modalidad interdisciplinaria de abordaje en un dispositivo de internación breve. Se intenta con esto poner de relieve cómo la interdisciplinariedad entra en juego a medida que el caso y su tratamiento se desarrollan.

La internación

S., de 38 años, ingresó en el Servicio de Internación Breve derivado por el equipo de Admisión, por consumo compulsivo de alcohol, PBC (pasta base de cocaína) y conflictiva familiar que lo exponían a una situación de riesgo. Antes de su ingreso, permaneció unos días en la casa de un cuñado, quien le aconsejó realizar tratamiento, ya que se encontraba desde hacía un mes en situación de calle debido a una medida perimetral. Ésta fue consecuencia de una denuncia de su mujer por violencia física de S. contra ella y contra los hijos de ella. La mujer de S. tiene hijos de un matrimonio anterior, dos de los cuales, con pareja e hijos, conviven con ellos. También tiene con S. una hija, menor de edad.

Hace diez años aproximadamente, la mujer consultó en algunas oportunidades en la institución, también por su consumo y por sus problemas de pareja. Sin embargo, rápidamente abandonó las entrevistas ofertadas.

La medida judicial actual determina una situación de «alto riesgo» con la consecuente exclusión de S. del hogar y la prohibición de

tomar contacto tanto con su mujer y su hija como con los hijos de su mujer que viven con ellos.

Al ingresar estuvo en la sala de observación; en el período inicial dormía casi todo el día y resultaba difícil sostener un diálogo con él. No se ocupaba de su higiene personal y se encontraba parcialmente desorientado a nivel temporal. Al comienzo, la medicación permitió regular el ritmo sueño-vigilia, lo que posibilitó un primer vínculo con el personal de enfermería, y que S. pudiera ir organizando actividades de la vida cotidiana (higienizarse, comer, dormir). Mientras tanto, el equipo tratante se hacía presente en su habitación ofertando un espacio de escucha con el fin de que lograra poner en palabras su malestar.

Al cabo de una semana, empezó a manifestar en las entrevistas su conflictiva con la hija de su mujer, quien, a partir de su separación matrimonial, comenzó a convivir con ellos. La presencia de esta hija tiene el efecto de desregular la relación de pareja del paciente. Él le reclamaba a su mujer que debían vivir solos, sin esta hija, que al poco tiempo trae una nueva pareja a vivir a esa misma casa. En este contexto aumentan las escenas de violencia verbal y física del paciente hacia su mujer y hacia esta hija. Los hijos de su mujer intervienen, y S. es expulsado del hogar. A los días aparece en el trabajo de su pareja alcoholizado, oportunidad en la cual interviene prefectura y se lo notifica de la medida cautelar. Comienza a vagabundear por la calle durante tres semanas hasta alojarse, previamente a su internación, en casa de un cuñado. Durante ese lapso, en varias oportunidades pensó en matarse. Antes de ingresar a la institución se alcoholizó con la idea de sufrir una sobredosis y morir.

Historia familiar

Con relación a su origen refiere que su madre muere cuando él tenía 5 años y que no conoció a su padre biológico. Fue criado por una hija de su madre, cuyo esposo, de edad avanzada, lo visita actual-

mente en la internación. Otra de sus hermanastras vive en Formosa, y durante un tiempo vivió con ella. En esa época, hace 15 años, tuvo un hijo, con el cual no sostiene un vínculo frecuente.

Los celos

S. relata que sabe que su mujer lo engaña. Esta certeza dispara escenas de violencia contra ella y contra compañeros del trabajo, dado que en numerosas oportunidades interpreta delirantemente los que él considera signos del engaño, y busca a dichas personas para amenazarlas o insultarlas.

La presencia de un tercero en la relación de pareja, ya sea la hija de su mujer o el supuesto amante de ésta, desencadena el estallido imaginario de violencia. No hay otra lógica posible que la de la disyuntiva: él o su competidor, al cual trata de agredir.

Durante su internación, el lazo con el Otro, se trate de familiares o de profesionales, pasó, en general, por el pedido de aprovisionamiento y por el enojo o por insultos en caso de que le fuera negado algo de lo que solicitaba.

El riesgo del acto

Hablar de sus celos lo condujo a un episodio de excitación psicomotriz que lo llevó a querer retirarse de la internación para agredir a su esposa y a la hija que tuvo con ella. Nos habló de su plan: si mataba a su hija, ésta no llegaría a cumplir los 15 años, lo cual provocaría un sufrimiento en su esposa. Las intervenciones por la palabra y las farmacológicas encontraban su límite en esa situación de riesgo para sí y para terceros. Por esta razón, en esa circunstancia se procedió a tornar involuntaria la internación.

Remitido el cuadro, el paciente siguió manifestando querer irse y se negó a sostener un diálogo sobre lo acontecido. Se intervino

recordándole que la exclusión del juez le impedía en ese momento volver a su casa, y que si no se solucionaban los conflictos por los cuales había ingresado, se encontraría en la misma situación que antes.

Se lo observa en una conducta autística, se pasa todo el día durmiendo. Por momentos rechaza las entrevistas con el equipo de profesionales o se niega a tomar la medicación. La vigencia de la medida de exclusión judicial funciona como límite a su deseo de irse.

Otros lazos familiares

Se realizaron entrevistas familiares tanto con el cuñado como con la mujer del paciente. El cuñado lo visitó durante su internación para aconsejarle mantener un tratamiento y no volver a su hogar. S. insiste en que la solución es que la hija de su mujer no viva con ellos, cuestión que no es posible por el momento. Este planteo da cuenta de la ubicación del malestar en la presencia de esta mujer y no en la complejidad de su relación con las mujeres, con los celos y con su hija.

Se propiciaron las visitas del cuñado con el fin de armar otros lazos sociales menos desestabilizantes, y se favoreció una salida a la casa de su familiar, la cual transcurrió sin inconvenientes.

Una instancia tercera

Entre la idea delirante celotípica y el acto, la medida de exclusión de su hogar funcionó como mediación que permitió poner a distancia el acto de violencia. El desafío que el caso nos plantea es cómo mediar entre su certeza celotípica y el pasaje al acto, en relación con su mujer, con su hija y con cualquiera que para él se interponga en su relación de pareja. Nos encontramos con un límite en la posibilidad de que el paciente encuentre cómo regular su relación con el

Otro mediante el trabajo simbólico en la terapia. Continúa reticente, hablar del tema lo lleva inmediatamente a la irritación y a la agresión verbal hacia el terapeuta.

Dirección del tratamiento

El equipo decide entonces hacer intervenir una instancia tercera que pueda regular la relación entre el paciente y su familia. Se establece comunicación con el juzgado civil, donde se nos informa que el expediente del paciente ha sido archivado. En este caso, para volver a activarlo es necesario que su mujer lo haga, ya que fue ella quien inició la denuncia. Dada esta situación, se confeccionó un informe dirigido al juez sobre la situación delicada y no resuelta a nivel familiar, que podría repetirse en el afuera.

Por otro lado, se mantuvieron entrevistas con la esposa del paciente, quien relató que su esposo siempre fue celoso, que hubo muchas denuncias de parte de ella luego de actos agresivos de él en su contra y que jamás S. realizó ninguna crítica sobre lo sucedido. Aportó también algunos datos sobre la historia de S. Éste, a los 5 años, pierde a su madre, quien se suicida por ahorcamiento en un contexto de maltrato físico con su pareja. La esposa del paciente manifestó tener miedo de las amenazas de muerte hacia ella, ya que veía que su marido cada vez era más agresivo. Sin embargo, con respecto a varias oportunidades en que lo echaba de la casa, comenta que le «daba pena y lo iba a buscar». En una de las entrevistas nos muestra marcas en su brazo de quemaduras que se hizo cocinando, ya que trabaja como chef. La posición subjetiva de la esposa da cuenta de cierta modalidad de goce del cuerpo, expuesto a sufrir daños. Por otro lado, se deja ver cómo consiente que sus hijos le peguen a él en las discusiones.

Dada la falta de división subjetiva en su relato, se intervino situando la seriedad de lo que había pasado y la gravedad de la situación, y la conveniencia de que no convivan juntos en este momento.

Si bien no está dispuesta a renovar una «exclusión» del hogar, dirá que no quiere que él vuelva a convivir con ella en este momento. Sabe que él cuando salga la llamará por teléfono, se aparecerá en su trabajo, volverá a lo mismo. Teme perder de nuevo su trabajo por un accionar de él.

Se la orienta sobre la posibilidad de consultar cerca de su domicilio –ya que dice carecer de tiempo– con relación a cómo proceder frente a esas situaciones y a cómo seguir, en el afuera, el vínculo con S., y el de S. con la hija de ambos. Se le informará sobre el Programa de Atención «Las Víctimas contra las Violencias», del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, con quienes el equipo tratante se comunica previamente en función de la complejidad del caso.

Por otro lado, S. vivirá con su cuñado y se le ofertará atención en nuestra institución luego de su externación.

Bibliografía

- Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Ley N.º 26.485. Ley de Protección Integral a las Mujeres. Sancionada el 11 de marzo de 2009. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 1 de abril de 2009.
- Stolkiner, A. (1999). «La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas». En *Campo Psi-Revista de Información especializada*, año 3, N.º 10.

La intervención en la frontera

Sergio Berkowsky y Andrés Rodríguez Evans

En un artículo de 1924 que lleva por título «La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis», Freud establece que uno de los rasgos diferenciales entre psicosis y neurosis es tóxico: mientras que en la primera se trata de un conflicto entre el yo y la realidad en el que el yo desmiente una parte de ésta al servicio del ello –se enajena primero de la realidad y emprende luego un trabajoso proceso de reconstrucción–, en la segunda se trata de un conflicto entre el yo y el ello en el cual éste, en su vasallaje a la realidad, procede a reprimir una moción pulsional proveniente de aquél y se enajena de la realidad sólo en lo atinente al ámbito de lo reprimido y sus retoños.

En cuanto a la melancolía, el conflicto ocurre entre el yo y el superyó. Son, en ese sentido, elocuentes los autorreproches del melancólico, el ánimo dolido, la desazón, la rebaja del sentimiento de sí. Lo cual sitúa a la melancolía en el grupo de las psiconeurosis llamadas «narcisistas». Diez años antes, en «Duelo y Melancolía» (1914), Freud advierte el carácter de querrela dirigida al objeto abandonónico del autorreproche melancólico, lo cual permite incluir a la melancolía en el ámbito de las psicosis. En el trato cruel al que el yo melancólico se entrega es audible la voz del superyó. Éste se rebela contra el yo, en quien acusa la entificación del objeto abandonante y al que, en una alianza con el yo disociado del sujeto, puede incluso llegar a asesinar.

Esta forma de pasaje al acto requiere de un ánimo exaltante que permita un acceso a la motricidad, que le es rehusado al depresivo.

Se trata de un ánimo exaltante, que no por eso ha sucumbido menos a la devastación.

La manía es una victoria a lo Pirro: destrucción exaltante; rechazo triunfal de un vacío insondable que comienza en una escalada de acción tan misteriosa como desmedida y que se acompaña de manifestaciones en el área del lenguaje (logorrea, fuga de ideas). Dichas manifestaciones expresan la veloz desorganización del universo mental del paciente.

Lacan, en el tratamiento que realiza de la perspectiva freudiana de las psicosis, en su seminario de 1953-54, advierte en este rechazo originario el estatuto de un mecanismo organizador de una estructura. Así como la negación da cuenta, desde el punto de vista de Freud, de un origen mítico del juicio a partir de una afirmación primordial que es seguida de un esfuerzo de desalojo (*Bejahung-Ausstossung*), una experiencia puede ser alojada por el aparato psíquico sin quedar inscrita en él. Y del mismo modo que el retorno de lo reprimido se evidencia bajo la forma de la negación, la no inscripción de una experiencia retorna percibida desde el exterior en forma de alucinación, en la materialidad auditiva del significante.

El desencadenamiento psicótico es entonces una profunda transformación del universo simbólico del sujeto a partir de la forclusión de un significante primordial que se manifiesta en la disolución de su mundo imaginario, en el derrumbe de la escena de su existencia. Esto se evidencia en los primeros síntomas, que en su pregnancia auditiva dan cuenta del retorno a través de la materialidad sonora de la desbandada significante, del desasimiento de su trama, del proceso de su des-articulación. La vivencia de crepúsculo del mundo, que exige una profunda reforma de la sociedad, de los elementos simbólicos para su reconstrucción o, mejor, para el ensamble de una existencia posible para el sujeto, son elocuentes de la profunda conmoción por la que el sujeto psicótico atraviesa en ese momento crítico de su existencia.

En el caso de la melancolía, es la pérdida lo que se estructura como imposible de representar, de manera que el sujeto queda a la

deriva de un duelo tan interminable como imposible. En relación con la manía, será el rechazo de este vacío lo que se experimente como una derrota exaltante, como un triunfo arrasador en el que el yo pareciera haber dominado la pérdida del objeto y, en consecuencia, haberse emancipado de éste.

Viñeta clínica

A partir de un recorte clínico expondremos el caso de un joven de unos 30 años de edad que fue paciente del Servicio de Internación Breve del hospital y que, a raíz de su cuadro psicopatológico, presentaba diversas dificultades para permanecer internado en el marco del dispositivo ofertado. Abordaremos cuestiones sobre el lugar del consumo en su patología y la problemática de la derivación.

Dos años atrás el joven había llegado a Buenos Aires desde un país limítrofe para hacer un tratamiento. Desde hacía unos meses se encontraba trabajando y había entablado una relación de pareja.

Ante esta situación, y la aparente solución definitiva de la problemática de consumo de drogas, el padre del chico decide que éste vaya a vivir con la novia y reserva un departamento para ambos. El tema de la adicción del hijo parecía estar resuelto, a pesar de que, en forma disimulada, continuaba consumiendo cocaína.

En la fecha en que debe firmar el contrato de alquiler, falta a la cita, deja plantados a su padre y a su novia y comienza a consumir compulsivamente durante tres días. Insomne y desaseado, habiendo vendido sus pertenencias, regresa al hotel donde vivía junto a su padre. Éste solicita asesoramiento con un conocido, que le propone la posibilidad de consultar en este hospital, en el cual se evalúa que sea internado.

Al momento de su ingreso se presenta expansivo, verborrágico, muy comunicativo, de pensamiento de curso acelerado, de un humor exaltante y excesivamente animado, a pesar de la situación que estaba atravesando. Acompaña su relato con una gesticulación ampulosa

que evidencia una marcada exaltación maníaca. Se manifiesta con una autoestima exagerada. Habla de sí como de alguien exitoso en diversos aspectos. Estima que su desempeño hubiera sido mucho mejor si no hubiera consumido drogas. Refiere constantemente cuestiones relacionadas con el tema de las pérdidas materiales que ha ocasionado la adicción en su vida. Hace alarde del dinero despilfarrado en cocaína, en mujeres, en cabarets. Y menciona que desea imperiosamente volver a «recuperar lo perdido». Habla del tema de su adicción como de algo secundario y desestima su problemática, que claramente sobrepasaba el consumo.

Despliega su historia: su padre es una persona reconocida en su país de procedencia; los inicios del consumo de drogas datan desde los 15 años, momento en que comienza a habitar la vida nocturna, lo cual era favorecido por la posición social en que se encontraba su familia en ese entonces. Aparecen los excesos: frecuente ambientes de música electrónica, fiestas inacabables, consume drogas sintéticas, trabaja como modelo y luego, en determinado momento, incursiona en la prostitución. Menciona que en ese entonces, en que era un gran deportista, a través del consumo y de su estilo de vida descontrolado se sentía «un superhombre». Habla sobre sus acciones extravagantes y a veces absurdas en los momentos en que consume, e intenta continuamente destacarse. Dice ser adicto a todo: al sexo, a la comida, al deporte y, sobre todo, a la cocaína.

Se manifiesta exaltado, expresa sus deseos imperiosos de comenzar a trabajar nuevamente, de retomar sus estudios, de recuperar a su novia, que lo había abandonado.

En las entrevistas se evidencia la propia imposibilidad de encontrar un límite a sus impulsos: «empiezo, y ya no puedo parar». Pueden pasar meses de su vida sin consumir, pero en el momento en que comienza a hacerlo, no puede detenerse. Entonces empieza a entrar en un estado loco, de acción sin parar, que llega a franquear los límites de lo que el cuerpo puede soportar así como los límites de lo legal. En diversas oportunidades es internado por sobredosis. En esos estados de excitación, sustrae objetos y pertenencias a su

familia, de sus lugares de empleo, a amigos, etc. Dice sentirse sobreexcitado ante el dinero en estas formas de acción maníacas, en las que experimenta un estado de excesiva vitalidad. Sus acciones lo llevan a pedir préstamos, realizar estafas a empresas, etc.

Comienza a traslucirse que los momentos de descompensación del paciente ocurren en su vida sobre todo ante situaciones de triunfo. En ellas dice vivenciar una especie de excesivo bienestar, el cual, a medida que incrementa, cobra la dimensión de una escalada desenfrenada que desemboca en el consumo compulsivo. Dice hacerlo cuando siente «demasiada felicidad».

El paciente admite haber realizado múltiples tratamientos desde su infancia, en un principio debido a su hiperactividad. A los 9 años se le diagnostica ADDH (Déficit de Atención con Hiperactividad). Luego, trastorno bipolar; comienza a ser medicado a muy temprana edad y hasta el día de hoy.

El consumo fuerte comienza en su adolescencia, momento en que viaja con la familia desde su país de origen al exterior, donde él se desempeña como deportista de excelente rendimiento. A medida que alcanza mayores logros en el deporte, el consumo de cocaína así como su modo de vivir desmedido se hacen cada vez más marcados.

El paciente se manifiesta ansioso ante el posible embarazo de su novia y dice no poder dar cuenta de los motivos por los cuales había consumido antes de internarse. En parte, lo atribuye a haberse sentido «demasiado feliz... tenerlo todo»: novia, trabajo, un posible hijo... Transcurren 48 horas y de manera intempestiva abandona la internación. Consume compulsivamente. Ya sin dinero, intenta sustraer objetos materiales de su lugar de empleo; ante esta situación lo detienen por 24 horas. Con una causa penal abierta por tentativa de hurto, varios kilos menos tras consumir PBC (pasta básica de cocaína) y más agitado que en su primer ingreso, es internado otra vez. Transcurren tres días, de manera improvisada sustrae objetos pertenecientes a la institución y se va nuevamente sorteando uno de los muros de ésta.

Continúa consumiendo compulsivamente hasta el momento en que, tras vender toda su ropa y sin tener a quién acudir (su padre había decidido volver a su país de origen), pide ayuda a la persona que en su momento había propuesto que consultara en esta institución. Ante los reiterados abandonos por su intolerancia al encierro y ante la imposibilidad de que el dispositivo de internación ofertado por el hospital pueda dar contención a la impulsividad del paciente, se decide operacionalizar una especie de internación domiciliaria. Ésta indica que el joven concurra diariamente a entrevistas y sea acompañado de manera permanente.

El joven sostiene el tratamiento por un periodo de un mes en forma ambulatoria, pero a medida que se siente saludable y aumenta su bienestar, se manifiesta entusiasta, exaltado. En ese momento comienzan a emerger pequeñas acciones transgresivas dentro del lugar en el cual estaba viviendo, que lentamente incrementan su estado de excitación y lo hacen retornar al consumo. Ante esta situación, vuelve a ser internado en el hospital, por un período breve. Se manifiesta ansioso e insiste en que ya no soporta el encierro. Habla con entusiasmo y sobreexcitación de sus planes para el futuro, los cuales cobran la dimensión de grandes proyectos que se desvanecen en breves lapsos de tiempo. Permanece dos días de ánimo ansioso, demandante e inquieto. Finalmente vuelve a abandonar la internación y antes sustrae objetos de la institución; consume compulsivamente por dos días. Tras este último acontecimiento, el personal de la fundación que venía acompañando al paciente decide desvincularse del tratamiento.

Luego de dos días, el joven asiste a la institución con marcados signos de intoxicación. Insiste en volver a ser internado y argumenta no tener dónde dormir. Se le niega el pedido de ingreso, se le aconseja que pernocte en un parador y asista a entrevistas en forma ambulatoria. Frente a la situación de riesgo en la cual se encontraba, siendo un extranjero sin documento ni pasaporte, en situación de calle y con una causa penal abierta, se contacta a la familia para comunicarle la situación del joven, y los familiares viajan a Buenos Aires. En los días en que vive en la calle detiene el consumo.

En la entrevista los padres dicen estar cansados de acompañar a su hijo en los tratamientos. La madre dice sentir «rechazo» por él, y ambos padres insisten en no saber qué hacer. Refieren haber consultado en su país cuanto especialista existiera en materia de adicciones, pero que todos los tratamientos fracasaron; el primero de los cuales tiene lugar en la infancia, a raíz de la hiperactividad del chico y de que era un niño «excesivamente feliz». Los padres reciben orientación y se les ofrece esclarecimiento sobre el particular desempeño de su hijo: el consumo de sustancias es un hecho accesorio respecto de los particulares estados anímicos en los cuales lleva a cabo acciones transgresivas. El joven realiza estas acciones de un modo un tanto pueril, en un estado de exaltación e incremento de su actividad motora sin sentido aparente, que, a raíz de la agitación e inestabilidad, desemboca en el consumo.

Ante la indicación de que el joven no se encontraba en condiciones de vivir solo, los padres deciden llevarlo de vuelta a su país y plantean la posibilidad de regresar en intervalos regulares para llevar a cabo un tratamiento en este hospital. Dichos intervalos, sumados a la distancia, eran incompatibles con una estrategia terapéutica sustentable. Por ello se los orienta y asesora para realizar un tratamiento en su país, y se acuerda quedar en contacto a la manera de una instancia de interconsulta.

De un lado y otro de la frontera es prematuro hoy por hoy decidir dónde ocurre realmente el tratamiento y de qué borde de la interconsulta, que se realiza cada tres semanas aproximadamente, se sostiene el vínculo con el paciente, que aún permanece compensado.

Bibliografía

- Cancina, P. H. (1992). *El dolor de existir... y la melancolía*. Rosario: Homo Sapiens Editores.
- Freud, S. (1988). «Duelo y melancolía». En *Obras Completas*, vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu. [1917 (1915)].

- Freud, S. (1986). «Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente». En *Obras Completas*, vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu. [1911-1913].
- Grandinetti, J. (1993). «La psicosis maníaco-depresiva (algunas consideraciones clínicas)». En *Lacan... efectos en la clínica de las psicosis*. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- Lacan, J. (2002). «Las psicosis». En *El Seminario. Libro III*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2006). «La angustia». En *El Seminario. Libro X*. Buenos Aires: Paidós.

La interurgencia

Mariana Agosta, Laura Beatriz Castro y Meital Felder

Introducción

En este trabajo se realiza una articulación teórico-práctica partiendo de un caso. Para ello se reseña el abordaje de una situación de urgencia que tuvimos la posibilidad de presenciar a partir de nuestra inclusión como residentes en la Guardia del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo). Para el análisis se recurre a la diversidad de saberes y aportes de nuestras disciplinas de procedencia (Medicina, Psicología, Trabajo Social).

Presentación de un caso

A las 19 h el jefe de Guardia le informa a la GID (Guardia Interdisciplinaria) que llegará al hospital una paciente a la que la familia mantiene atada en una habitación en el domicilio.

A las 23 h llega al hospital Wanda, de 27 años, traída por su padre y por su hermana en auto. Los profesionales de la Guardia entrevistan primero a la familia con el objetivo de obtener algunos datos acerca del motivo de consulta. Los familiares señalan que el problema de Wanda es el consumo compulsivo de alcohol y anti-depresivos, «el problema de ella es que consume, pero no consume cosas ilegales, consume clonazepam y alcohol», afirma el padre de la paciente. También refiere que la paciente ha tenido intentos de suicidio por ingesta de benzodiacepinas, y conductas autoagresi-

vas, cortes en los antebrazos, etc. Relatan que el día anterior presentó un cuadro de excitación psicomotriz con heteroagresividad y que fue derivada al Hospital Estévez donde aconsejaron su internación. Su padre se opuso con el alegato de que «era un lugar horrible, lleno de locas, que no era para ella y que le habían dicho que el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) era un lugar mejor». Luego se le pregunta al padre acerca de si hay antecedentes de enfermedad psiquiátrica y/o de consumo en la familia, a lo que responde que no. Respecto de si existen situaciones de violencia, responde que no.

Posteriormente, se procede a entrevistar a Wanda, quien impresiona como retraída, atormentada y distante, hablaba con voz muy baja y con cierta dificultad para expresarse.

Refiere que si bien su padre afirma que es adicta, lo que en realidad sucede es que consume para tratar de tranquilizarse. Al consultarle acerca del motivo por el cual se encuentra intranquila, expresa que es porque no puede dormir. Cuenta que antes de separarse de su expareja y padre de sus hijos residía en una casa muy grande y antigua, que había ruidos, que le daba miedo quedarse sola. Comenta que en la escalera se le aparecían unos «piecitos». Al preguntarle si esto le ocurría luego de haber consumido, responde que no, que por lo general recurría al alcohol y al clonazepam para poder estar tranquila y dormir. Se le pregunta si le han ocurrido otros fenómenos de estas características y responde que en ocasiones, al encontrarse sola, siente presencias y que la observan. En ese momento irrumpe en llanto y relata que a veces siente miedo de agredir a los hijos ya que no los reconoce, y aclara: «Yo sé que son mis hijos, pero de repente los desconozco». Posteriormente, se indaga acerca de si reconoce su propia imagen en el espejo; dice que nunca se mira en el espejo porque no se ve a ella y que de hecho en su casa no tiene espejos.

Cuenta que las alucinaciones empezaron a la edad de 15 años y que el inicio de consumo fue a los 17, con clonazepam y alcohol, de manera frecuente para tapar los síntomas. Este consumo no siempre

logra aplacar sus alucinaciones, por lo que también recurre, en oportunidades, a ingerir antidepresivos y a fumar marihuana. Refiere haber tenido intentos de suicidio mediante ingesta de medicamentos y cortes en los antebrazos, e ideas de muerte sin plan. Manifiesta haber estado internada previamente en una clínica privada.

Respecto de la situación socio-laboral, relata que cuando se encontraba bien, realizaba artesanías en su domicilio, pero que el sostén económico de la familia era su expareja, quien además, consume cocaína. Asimismo refiere haber sido víctima de violencia familiar por parte de su expareja.

Posteriormente, la hermana solicita hablar sola con parte del equipo. De la entrevista surge que su padre no ha sido preciso respecto de los antecedentes psiquiátricos familiares, ya que su madre padecía esquizofrenia y ha estado internada en hospitales de salud mental por este motivo. Relata que su padre siempre ha sido violento con ellas y con su madre. Y que a su vez consume alcohol de manera problemática.

Respecto del episodio que motiva la consulta de Wanda, expresa que tuvo lugar luego de que la expareja de su hermana manifestara la voluntad de hacerse cargo de los hijos. Esto hizo que Wanda se dirigiera a la casa; comenzaron a discutir hasta que aparecieron situaciones de violencia, por lo que se dio intervención al Servicio de Emergencias de provincia, y Wanda fue derivada al Hospital Estévez. Refiere preocupación por el bienestar de sus sobrinos.

A partir de esos datos, la psiquiatra de Guardia arriba a un diagnóstico presuntivo: descompensación psicótica con ideas de autolisis.

Decisiones de los profesionales de la Guardia

Se decide la internación de la paciente por presentar riesgo cierto e inminente para sí y para terceros al momento de la evaluación. Se acuerda que la institución no presenta las condiciones necesarias para abordar la descompensación del cuadro de base de la paciente

y se considera la posibilidad de pensar una derivación a otro hospital vía SAME. Se le explica a Wanda la conveniencia de una internación, ella acepta. Se articula mediante el SAME una derivación al Hospital Alvear.

Se entrevista nuevamente a la familia para brindar información y contención sobre lo que le ocurre a Wanda.

Análisis: evaluación en la urgencia

El examen psiquiátrico adquiere relevancia para recabar información semiológica, importante al momento de pensar un diagnóstico presuntivo y estrategias de intervención. Éste permite la evaluación de la paciente a través de la alteración o conservación de sus funciones psíquicas: con conciencia de situación, una inatención aparente propia de su descompensación psicótica, ya que el enfermo en general está atento a sus contenidos mentales y desapegado del mundo exterior; orientada globalmente; su sensorpercepción alterada con alucinaciones visuales y auditivas; presenta sentimientos de despersonalización, signo del espejo, timia displacentera, pensamiento de curso disgregado y contenido delirante; se encuentra hipomímica e hipobúlica. También se reseñan los antecedentes, lo cual permite establecer una relación entre el momento actual, eje transversal en la vida de Wanda, y su historia, eje longitudinal. Esto es válido para ponderar el riesgo en el caso de las psicosis, pero no es lo mismo el antecedente que el fenómeno actual. Asimismo, se obtiene información acerca de sucesos pasados de violencia familiar y de una hospitalización previa en una clínica psiquiátrica privada.

Es frecuente que junto con pacientes psicóticos exista como comorbilidad el abuso de sustancias, en donde es imprescindible hacer un control clínico debido a las interacciones que existen entre las drogas que se utilizan como terapia farmacológica y las drogas de abuso. El caso de Wanda no representa una adicción a sustancias psicoactivas en sí, o por lo menos no como problema principal para

resolver en su tratamiento, ya que en su discurso quedó claro que las alucinaciones y los fenómenos de despersonalización que sufría la paciente la llevaban a tomar la conducta de consumo como un escape a su sufrimiento.

Desde el punto de vista médico, es importante poder hacer el diagnóstico de un trastorno adictivo en un paciente psicótico debido al solapamiento de síntomas que existen entre ambos. El diagnóstico diferencial entre estos trastornos incluye varios factores: 1) que los síntomas disminuyan o se acrecienten luego del consumo de sustancias; 2) que el paciente tenga o no antecedentes familiares de psicosis; 3) que la psicosis aparezca antes o después del consumo. La paciente afirmó que muchas veces los síntomas disminuían luego del consumo de alcohol o de benzodiacepinas, pero otras veces empeoraban. Hay antecedente de internación psiquiátrica materna sin poder obtener datos sobre su causa por ocultamiento de la información por parte del padre. Finalmente, en el caso de Wanda, los síntomas de su psicosis empezaron en su adolescencia, antes de comenzar a consumir alcohol y otras sustancias. Es por ello que el trastorno principal a ser tratado desde la urgencia es el cuadro de descompensación psicótica. En efecto, desde la evaluación clínica y psiquiátrica, no hay signos de intoxicación por abuso de sustancias psicoactivas.

Asimismo, desde el punto de vista psicoanalítico, poder entrevistar a la paciente es una instancia indispensable para abordar la dimensión del sujeto. Tomasa San Miguel (2009) afirma que

«la urgencia subjetiva se define como cadena rota, cuestión que da cuenta en la clínica de dos fenómenos frecuentes: la angustia, como pasaje al acto o *acting out*, y la descompensación psicótica. Algo de otro orden irrumpe en la cadena significativa, deteniendo su engranaje, que sostiene al sujeto. Allí la urgencia».

Wanda llega a la Guardia cerca del grito, de la excitación psicomotriz, del aislamiento, de la rigidez sin palabras propias, más que de

una demanda articulada. La primera cuestión a leer en la entrevista es: de qué padece Wanda, cómo se eleva ese grito a la función de llamado.

En lo que se refiere al diagnóstico, desde la perspectiva psicoanalítica de orientación lacaniana, se lo concibe en tanto estructura subjetiva. Para poder arribar a un diagnóstico de psicosis es necesario identificar en la entrevista la presencia o no de fenómenos elementales. Este término proviene de la Psiquiatría y es tomado por Lacan de Clérembault, pero con una acepción diferente. Para Lacan «elemental» quiere decir irreductible, se trata de fenómenos irreductibles a cualquier otra cosa que no sea la misma estructura, son los que la muestran. Clínicamente se caracterizan por la aparición en lo real y porque el sujeto queda involucrado en ellos. En el caso de Wanda, las alucinaciones visuales y los fenómenos de despersonalización pueden pensarse como retornos en lo real que dan cuenta de, «muestran», la estructura psicótica. Dicha estructura se define desde este marco teórico por la forclusión del significante del «Nombre del Padre». Dicho significante cumple, en la neurosis, una función primordial en lo que se refiere a la regulación del goce y la satisfacción pulsional, el acceso a la significación fálica, el armado de la realidad y de la imagen corporal.

Respecto de la mirada que se puede aportar desde el Trabajo Social, al momento de la urgencia, la interacción familiar violenta resulta un factor determinante para evaluar el riesgo, y contribuye a la decisión de que la internación es la modalidad terapéutica más apropiada, en ese momento, para aliviar a la paciente.

El trato recibido al interior de su propia familia: un marido maltratador y con problemática de adicción, quien a su vez quiere hacerse cargo de los hijos de ambos sin tener en cuenta la decisión de Wanda; un padre con problemática de consumo de alcohol, con una historia de negación del padecimiento mental de su mujer y de su hija, con episodios de agresividad hacia los miembros de su familia; finalmente, una hermana que detecta estas situaciones, pero que no tiene la capacidad, al menos al momento de la entrevista, de contra-

decir a su padre (esto se hace manifiesto al solicitar una entrevista aparte). Se trata de factores para evaluar que son una familia no continente, que no configuran una red de apoyo socio-afectivo y que tienen una interacción violenta.

La intervención deberá estar enfocada en garantizar que se respeten los derechos de la paciente¹ y del Consentimiento Informado, y debe tener a la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 como marco de la intervención; debe orientarse a realizar contención verbal y emocional, y brindar la información requerida y pertinente. Todo esto, en concordancia con la función asistencial del Trabajo Social² que se requiere en una situación de urgencia.

En palabras de Carballada (2002), Wanda es un «sujeto inesperado», que viene de transitar situaciones en las que se le ha sido negada la atención a la salud, han sido vulnerados sus derechos, ha recibido tratos injustos y ha padecido situaciones de violencia.

Conclusión

Para definir qué es la urgencia, retomaremos conceptos de Sotelo (2007), quien la caracteriza como «aquello que insta a ejecutar algo con rapidez, urge una respuesta».

El paciente espera que allí, en la Guardia del hospital, se le resuelva algo de lo que padece. La entrevista realizada por el equipo interdisciplinario permite arribar a un diagnóstico de situación y, como consecuencia de su elaboración, plantear las estrategias para abordar la problemática.

Nosotras utilizamos esta instancia como el ensayo de una pausa frente a la interpelación de la urgencia; pausa que permitió la elabo-

-
1. Nos referimos a la Ley Nacional de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud N.º 26.529, cap. I.
 2. Función que se encuentra definida bajo la Ley del Ejercicio de la Profesión del Servicio Social o Trabajo Social N.º 23.377, art. 2º.

ración de preguntas en relación con el caso, con la urgencia, el diagnóstico y la interdisciplina. Entre ellas: ¿por qué los familiares se acercan a la consulta indicando que la problemática de Wanda es el consumo compulsivo de alcohol y psicofármacos sin hacer mención de las alucinaciones y fenómenos elementales que la paciente padece? ¿Por qué a pesar de haber tenido antecedentes psiquiátricos, se encontraba sin tratamiento? ¿Se tratará de una cuestión de estigma en relación con el diagnóstico psiquiátrico que conlleva una negación por parte del grupo familiar? ¿Será una estrategia de la familia para enfrentar los obstáculos institucionales para tratar las problemáticas duales? ¿Serán el estigma y la negación por parte de los familiares los que obstaculizan muchas veces la solicitud de ayuda a un servicio de salud mental? ¿Habilitará esta primera escucha a crear condiciones o generar situaciones que contribuyan a construir una demanda de tratamiento? Para finalizar, ¿es posible el trabajo en salud mental sin pensar en un trabajo interdisciplinario?

Creemos que la coordinación y el abordaje de la paciente desde la interdisciplina es una modalidad propicia para tratar de garantizar que sus derechos y su subjetividad sean resguardados al momento de la atención. Ello por dos cuestiones, la primera: permite dar una respuesta lo más integralmente posible. La segunda: en continuidad con Stolkiner estimamos que como toda disciplina entraña una forma de poder, es necesario ponerlas a dialogar. Nuestra experiencia incipiente, trabajando como residentes en un equipo interdisciplinario, nos permitió adquirir más conciencia de la relación que cada una de nosotras establece con su propia disciplina, y del marco legal que atraviesa y regula nuestras prácticas, sin perder de vista que el objetivo primordial que nos convoca es el de trabajar entendiendo a la salud como un derecho.

Para finalizar, quisiéramos citar a Stolkiner (1999): «toda relación con una disciplina es pasional: podemos someternos a ella, refugiarnos en ella, o hacerla trabajar, desafiarla».

Bibliografía

- Carballeda, A. (2002). *Intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Ley N.º 26.529. Derechos del Paciente. Historia Clínica y Consentimiento Informado (2009). Sancionada el 21 de octubre de 2009. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 19 de noviembre de 2009.
- Ley N.º 23.377. Ley del Ejercicio Profesional del Servicio Social o Trabajo Social. Sancionada el 18 de septiembre de 1986. Decreto Reglamentario, 1568/88, 1 de noviembre de 1988. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 13 de febrero de 1987.
- San Miguel, T. (2009). «Angustia y urgencia». En Sotelo, I. (comp.). *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Sotelo, I. (comp.) (2005). *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista*. Buenos Aires: JVE Editores.
- Sotelo, I. (2007). *Clínica de la urgencia*. Buenos Aires: JVE Editores.
- Steven H. y George T. (1987). *Manual de urgencias psiquiátricas*. Barcelona: Salvat.
- Stolkiner, A. (1999). «La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas». En *Campo Psi-Revista de información especializada*, año 3, N.º 10.

¿... y Candela? Abordaje diagnóstico en la urgencia

Mariana Bermejo, Paula Piñero
y Alejandra Pozzer

Caso clínico

C. C. es una paciente de 45 años internada en la institución desde junio de 2013 por agravamiento de su trastorno de base. El diagnóstico presuntivo consiste en trastorno depresivo mayor, trastorno por consumo de sustancias (cocaína y alcohol durante más de 20 años) y trastorno de personalidad no especificado.

Como antecedentes de su enfermedad actual, se encuentra su tránsito por dos internaciones en la institución, a los 16 y a los 24 años, además de la realización de tratamientos ambulatorios en 2003, 2009, 2010 y 2012. No pudo completar ninguno de dichos tratamientos, los abandonó luego de algunos meses de empezarlos. Si bien ya en 2009 contaba con criterio de internación y manifestó su voluntad de hacerlo, se priorizó su demanda de cumplir con el cuidado de su hija enferma (quien padece VIH positivo, igual que ella).

Finalmente, en junio del corriente año acepta internarse. En el transcurso de dicha internación, la Guardia es contactada por enfermería, ya que C. C. se encontraba desorientada luego de tomar la medicación. Se la observa hipoproséxica, con tendencia al sueño y desorientada temporoespacialmente. Se ayuda a la paciente a llegar hasta su habitación y se la acompaña hasta que logra conciliar el sueño. Más tarde, esa noche, C. C. vuelve a levantarse en las mismas condiciones en dos oportunidades, entre las 22 y 23 h, pero en cada una responde a la contención verbal, se calma y vuelve a dormir.

A las 24 h la paciente persiste en su confusión y desorientación, presenta un discurso delirante y deseos de abandonar la institución. Se intenta contención verbal, pero en esta oportunidad la paciente no cede y argumenta que «en esta casa molesta» y que se quiere ir. Se administra refuerzo farmacológico, con aceptación de la paciente. Además, se decide trasladarla a una habitación cercana a enfermería donde pudiera ser cuidada y observada sin interferir en el descanso del resto de los pacientes, que ya empezaban a alterarse. Asimismo, esta intervención permitiría atender mejor sus necesidades.

En este traslado, la paciente adopta una posición querellante y agitada, demanda que se le permita abandonar la institución. Llega incluso hasta la puerta, entre el jardín y el hall principal, y hace mención de sus derechos a dejar la institución en la medida en que su internación es voluntaria. Es contenida por el equipo de Guardia y se intenta nuevamente tranquilizarla verbalmente. En esta instancia C. C. insiste en ver a su hija, que, según la paciente, también se encontraba en la institución «dopada, en una torre», dice, señalando a lo lejos (esto nos hace pensar en alguna alucinación visual). En efecto, se decide medicarla con antipsicóticos e inductores del sueño que esta vez C. C. rechaza.

Ante esta situación y por las demandas de C. C., se recurre a un llamado telefónico a la familia, para que la paciente sepa de su hija, como herramienta para conseguir que consienta quedarse. Habla con su madre y consigue calmarse. Se la instala en la habitación de observación, se la contiene verbalmente en su discurso delirante, que versaba sobre sus deberes y obligaciones de madre y buscaba poner en perspectiva el peso de estos deberes: «Nadie nace sabiendo cómo ser padre». Luego de esta intervención, la línea discursiva de C. C. se diversifica y comienza a abordar otros temas, como la necesidad de «acomodar los muebles del comedor para tomar la sopa»; también se refiere a animales que no se encontraban en el entorno («jirafas de colores»). Luego de la contención verbal, acepta la medicación.

Más tarde, la paciente se despierta desorientada y continúa con su discurso delirante. Ante la persistencia del cuadro alucinatorio, se procede a la contención verbal y se refuerza la medicación. Finalmente, la paciente logra conciliar el sueño.

El rasgo más distintivo del cuadro de C. C. es la desorientación temporoespacial: la mayor parte del tiempo no podía especificar con claridad dónde se encontraba, si bien en otros momentos lo sabía e incluso podía argumentar al respecto, como sucedió por ejemplo a la hora de querer irse de la institución cuando hacía referencia a sus derechos como paciente, lo que nos habla de la fluctuación del estado de conciencia.

En lo que respecta a su atención, por momentos se encontraba dispersa. No obstante, ante cierta insistencia se lograba que atendiera a lo que se le decía, y podía responder de acuerdo con las intervenciones y siguiendo cierto hilo en su discurso, aunque éste fuera delirante.

En lo que respecta a las alteraciones del lenguaje, se la observaba disártrica, con cierta dificultad para articular las palabras, pero sin la presencia de otro tipo de alteraciones, como taquialalia o estereotipia.

También se advirtió la presencia de alucinaciones visuales (sobre todo de noche), algunas referidas por ella misma; otras, supuestas por el equipo en ciertos momentos en los que la atención de la paciente parecía ser captada por algo más que lo que realmente se presentaba en el entorno. Se puede hablar de hipoprosexia preponderantemente a expensas de la atención voluntaria.

En ninguno de estos casos las alucinaciones fueron interpretadas por la paciente como algo «raro» o siquiera cuestionadas de alguna forma. Por otro lado, no hay evidencias de la presencia de alucinaciones verbales y/o auditivas.

El episodio sucedió en forma súbita, sin historia de alteraciones previas de la personalidad o la conducta en la misma línea. C. C. empezó a experimentar síntomas la madrugada anterior, cuando despertó y dijo que había tenido «sueños raros, como si estuviera en otro lado». Además, relata una vivencia en la que «se le despren-

dió el cono del ojo con una parte de la cabeza», y que a causa de eso veía sombras de día y de noche.

Durante el día subsiguiente, C. C. aparece más orientada y responde algunas preguntas, pero sin poder explicar si lo que le sucedió la noche anterior había sido un sueño o una alucinación. Además, se observa que a la hora de hablar de estos fenómenos, se desconecta y desorienta, aunque responde a las intervenciones verbales y se vuelve a orientar. Esta alternancia entre orientación y desorientación al tocar el tema de las alucinaciones se repite a lo largo del día. La conducta que se toma al respecto, además de la contención verbal, es el ajuste del plan farmacológico. Asimismo, C. C. ya planteaba deseos de abandonar la institución, de lo que se desprende que tenía noción de dónde se encontraba en ese momento, además de tener conciencia de enfermedad y de sí misma.

Sobre la base de esto se puede pensar en, al menos, dos posibles diagnósticos de la situación: o bien se trataba de un síndrome confusional, o bien de un episodio psicótico agudo.

Hablamos de estos posibles diagnósticos por la presencia de alteraciones de la conciencia, discursivas y del juicio, y alucinaciones.

En cuanto a las alteraciones de la conciencia, en el episodio agudo presenciado en el espacio de Guardia, fueron preponderantes la obnubilación de la conciencia y la fluctuación de la atención. Estos mismos síntomas son lo más característico del síndrome confusional agudo, mientras que en el episodio psicótico agudo la conciencia se encuentra conservada (Climent López et ál., 2005).

Las alteraciones discursivas típicas del episodio psicótico agudo son la desviación del discurso, es decir, la imposibilidad de seguir una línea directriz; además de fenómenos como la estereotipia, la perseveración y la ecolalia (Giner Jiménez et ál., 1998), ninguno de los cuales estaba presente en este caso. Por el contrario, C. C. mantenía una referencia constante a un mismo tema dentro de su discurso incoherente: el deseo de ver a su hija (que se encontraba en una torre, que debía llevarla a la escuela, que el acuerdo había sido tratarla a ella y no a su hija, etc.).

Si bien las alucinaciones son posibles en ambos, en el episodio psicótico agudo predominan las alucinaciones auditivas. En cambio, en el síndrome confusional las alucinaciones visuales toman protagonismo (Giner Jiménez et ál., 1998), tal como sucede en el caso abordado (con la visión de sombras y jirafas de colores). Además, en caso de alucinación visual, debe siempre sospecharse de un sustrato orgánico, que en C. C. también estaba presente.

Con anterioridad al episodio, según consta en la historia clínica, se realizó una consulta con una clínica médica a raíz de unos dolores referidos por la paciente en el abdomen. El médico clínico diagnostica infección urinaria e inicia tratamiento antibiótico con una evolución aparentemente favorable. Asimismo, como antecedente, cuenta con un diagnóstico de VIH de larga data, sin tratamiento retroviral ni seguimiento.

Las infecciones como el VIH y la infección urinaria son factores típicos que participan de la etiología de síndromes confusionales, mientras que en el episodio psicótico agudo las causas más comunes son diversos trastornos psiquiátricos. Como causa de síndrome confusional se encuentra el déficit de vitamina B12, generalmente asociado al alcoholismo. En el caso de C. C., el factor se encontraba compensado por la administración del complejo vitamínico.

Además, el comienzo de ambos episodios también es distinto: mientras que el síndrome confusional es insidioso y agudo, el episodio psicótico agudo puede tener una fase prodrómica (Giner Jiménez et ál., 1998).

A los efectos de la terapéutica en la urgencia, el tratamiento psicofarmacológico sería similar en ambos cuadros psiquiátricos, con el fin de tratar los síntomas positivos (si esto fuera necesario). No obstante, está claro que en el síndrome confusional agudo prima el tratamiento del trastorno orgánico que esté originando el cuadro clínico. Dicho tratamiento será crucial para la futura remisión del síndrome confusional y la restitución clínica del paciente.

Conclusiones

En nuestra opinión, el episodio en cuestión consistía en un síndrome confusional agudo, sobre todo por los antecedentes de enfermedad orgánica en juego (VIH), no tratada y de larga data, que se suma a la infección urinaria en curso en ese momento. Además, el cuadro de C. C. cumplía con los criterios diagnósticos del Confusion Assessment Method.

Dentro de las conductas adoptadas a la hora de enfrentar la urgencia, rescatamos como acertadas la contención verbal, que aprovechaba los recursos con los que C. C. aún contaba, como el interés por el cuidado de su hija: aludiendo a este tema era posible captar su atención y orientarla.

En esta misma línea, se atendió a la palabra de la paciente que manifestaba la necesidad de conectarse con alguien de su familia. Fue así que se acordó con ella un llamado telefónico a un familiar, después de lo cual aceptó tomar la medicación y volver a la habitación de observación.

En cuanto al tratamiento farmacológico, acordamos que la conducta adoptada fue también acertada, ya que las sucesivas administraciones de psicofármacos se dieron en forma escalonada, apuntando a su sintomatología positiva y logrando una sedación progresiva que dio lugar tanto a su palabra como a la de los profesionales. De esta forma, observamos un efecto colaborativo en los distintos abordajes de las disciplinas involucradas. Así como muchas veces es la medicación la que habilita la palabra, en este caso se dio también la inversa: en ciertos momentos fue necesaria la intervención de la palabra para posibilitar el abordaje farmacológico.

Como en toda urgencia, también en este caso se requirió de intervenciones rápidas y efectivas. No obstante, es importante recordar que la urgencia no debe tomar a los profesionales. Con «no ser tomados» por la urgencia nos referimos a que éstos deben ser capaces de establecer una pausa y planificar una acción acorde con la situación que se presenta.

En esta línea vemos que, en principio, se trató el cuadro descripto como si fuera un episodio psicótico agudo. No obstante, a posteriori de las intervenciones y sólo luego de la lectura exhaustiva de la historia clínica, se llega a la conclusión de que el diagnóstico más certero era el de un síndrome confusional agudo. Se advierte que quizás en primera instancia no se aprovechó la ventaja de contar con el valioso recurso de la historia clínica debido a que cierta urgencia nos interpelaba y nos compelia a actuar. La revisión de la historia y los antecedentes es entonces de suma utilidad ya que orienta el diagnóstico y, sobre todo en la urgencia, determina el curso a seguir.

En definitiva, la enseñanza más importante que nos deja este caso, más allá de la articulación teórico-clínica que se pudo hacer, es que mientras más urgente sea la situación, más importante se vuelve poder tomarse el tiempo necesario para asesorarse sobre los distintos factores que intervienen, y así poder trazar estrategias más acertadas.

Asimismo, es destacable la posición ética involucrada en este caso. La misma posición ética a la que hace referencia la nueva Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 cuando hace explícito que debemos partir de un sujeto de derecho con capacidades. Fue esto lo que se hizo al darle un lugar tan importante a la palabra de la paciente. Es una cuestión de ética profesional a la que se hace mucha referencia y que en este caso estuvo realmente presente.

Bibliografía

- Climent López, C. E. (coord.) (1998). *Urgencias psiquiátricas. Guías de práctica clínica basada en la evidencia*. Bogotá: Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Recuperado el 01/09/2013 de <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Urgencias%20Psiquiatricas.pdf>
- Fridman, P. y Hagman, G. (s. f. y s. l.). *Síntomas psicóticos y episodio psicótico agudo* (archivo PowerPoint, material de estudio).

- Giner Jiménez, L.; Carballo Belloso, J. J.; García Thuring, L.; Baca García, E. (2006). *Urgencias en Psiquiatría: guía práctica para residentes*. Madrid: Editores GlaxoSmithKline, S. A.
- Inouye, S. (2003). *The confusion assessment method (CAM)* (en línea). Yale University School of Medicine. Recuperado el 01/09/2013 de http://www.dementiaassessment.com.au/delirium/The_Confusion_Assessment_Method.pdf
- Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Peluffo, I. (s. f. y s. l.). *Síndrome Confusional* (archivo PowerPoint, material de estudio).

Síndrome confusional agudo en una Guardia Interdisciplinaria

María Lorena Battán Carabajal,
Analía del Valle Moreno y Carlos Ariel Morales

Introducción

En este trabajo se describe el momento agudo de un síndrome confusional en el curso de una hospitalización por consumo problemático de sustancias, con la posterior mejoría por control del factor precipitante. El síndrome confusional agudo (a partir de aquí, abreviado como SCA) constituye una urgencia por ser una manifestación clínica atípica de enfermedades agudas graves. Si bien el SCA es usualmente reversible cuando se trata su causa, puede dejar secuelas cognoscitivas y/o ser mortal.

Antes de proceder a la descripción del caso clínico, es necesaria la explicación de algunos conceptos introductorios.

Hacia una definición de «urgencia»

El concepto deriva etimológicamente del latín «urgentia» (*RAE*, 2001), que hace referencia a algo con cualidad de urgente: una necesidad o falta apremiante de lo que es menester para algún negocio; la inmediata obligación de cumplir una ley o un precepto. El término también se refiere a la sección de los hospitales en que se atiende a los enfermos y heridos graves que necesitan cuidados médicos inmediatos. Por lo tanto una urgencia implica una necesidad apremiante o una situación que requiere de atención sin demoras.

En salud, según la OMS (Organización Mundial de la Salud), «urgente» es aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente

mortal, pero que debe ser atendida en un máximo de 6 horas. Así pues, para poder definir una urgencia es preciso que el paciente padezca una enfermedad que sin el tratamiento adecuado evolucionaría, en un periodo de tiempo más o menos amplio, hasta comprometer su vida. Una emergencia en cambio es aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos, y en el que la aplicación de primeros auxilios por cualquier persona es de importancia vital.

Una «urgencia psiquiátrica» es cualquier perturbación en el pensamiento, los sentimientos o la conducta que requiera una intervención terapéutica inmediata (Kaplan y Sadock, 1996). En salud mental, presentan algunas características diferenciales respecto de otras urgencias médicas, ya que pueden implicar problemas que comprometan la integridad del paciente y/o su entorno. Con frecuencia hay una problemática social relacionada, existen limitaciones de la información, y el diagnóstico es basado en la entrevista y la observación del paciente (Perales, 1998).

En las urgencias psiquiátricas, según la *Guía de atención urgente sobre enfermedad mental* (2009), se debe averiguar la causa, obtener la mayor información posible, descartar y/o evaluar organicidad, circunstancia médica que entrañe riesgo vital, y tomar en cuenta ciertas constantes vitales, así como aspectos legales. La evaluación diagnóstica se dará según la exploración física y pruebas complementarias: bioquímica general, tóxicos y ECG (electrocardiograma), la exploración psicopatológica y la valoración de circunstancias psicosociales.

Tipos de intervención

Entre los tipos de intervención se encuentran:

- Tratamiento
- Contención verbal
- Contención farmacológica
- Contención mecánica
- Derivación

- Seguimiento ambulatorio
- Hospitalización

Según Garmendia (2013), en una urgencia psicológica aparece en primer lugar la prisa subjetiva, la urgencia de ser recibido de inmediato: la situación es tan trágica y ha llegado a tal extremo que no se puede esperar, tiene que ser atendido ese mismo día o el día siguiente, ya que hay *algo que desborda al individuo, lo angustia y no puede manejarlo*. Está *afectada el área de la conducta, la afectividad o el pensamiento*. Puede suceder que sea el mismo paciente quien pida el auxilio, la familia, la policía, etc. Además podría ser la urgencia del familiar, del médico o de otro, y no la de ese sujeto supuestamente en urgencia. Para Tomasa San Miguel, la urgencia se refiere a una ruptura en la cadena signifiante, hay algo en el decir que no se articula, por lo que el sujeto no puede representarse a sí mismo.

El psicólogo en la urgencia puede brindar una escucha, la cual podría orientar el caso hacia un posible tratamiento; asimismo, puede introducir algún interrogante dirigido al sujeto y que lo implique posteriormente en aquello que le ha sucedido. En determinados casos, puede también brindar contención, acompañar la labor del médico clínico o psiquiatra, o realizar la derivación pertinente al profesional adecuado cuando el cuadro sea uno eminentemente clínico. Además, puede participar a través de la evaluación de las funciones yoicas. Los efectos de las funciones yoicas comprenden la adaptación a la realidad, el sentido y prueba de realidad (orientación, cognición, juicio), el control de los impulsos, mayor tolerancia a la frustración con capacidad de demora y capacidad sublimatoria (y las cualidades de autonomía, plasticidad, adaptabilidad, permeabilidad a influencias de cambios múltiples, etc.).

Descripción del cuadro

Los datos recogidos para la evaluación del cuadro tienen como fuente la presentación del paciente, su historia clínica, además de los apor-

tes del personal de enfermería y compañeros de habitación, quienes forman parte del Servicio de Internación Breve de esta institución. Con respecto al tipo de internación del caso que presentamos, consistiría en una reinternación, pues el paciente había ingresado con anterioridad de manera voluntaria.

El paciente (de ahora en adelante llamado «Bruno») es un varón de 38 años, con antecedentes de policonsumo desde aproximadamente los 15 años de edad. Esto podría explicar el deterioro importante que evidencia a nivel general, un elemento no menor a tener en cuenta, ya que los sujetos que padecen SCA suelen ser gerontes. Además, el paciente, al momento de ingresar, atravesaba una conflictiva vincular con su pareja, con quien tiene una hija.

El SCA, por definición, se trata de un proceso agudo, que tiene comienzo en horas, días o hasta en el lapso de dos meses. Peculiarmente presenta fluctuaciones a lo largo del día con frecuente empeoramiento durante la noche (quienes lo padecen pueden estar tranquilos durante el día, pero al anochecer se agitan, por lo que es importante interrogar a familiares y cuidadores), inversión del ritmo sueño-vigilia y desorientación en tiempo y espacio.

Al momento de convocatoria del equipo interdisciplinario de Guardia se observa, en horas de la tarde, que Bruno presenta cierta inestabilidad motora (choca las paredes); deambula por los pasillos, parcialmente desorientado. Este cuadro se instaló de manera progresiva con el correr de las horas y fue *in crescendo*.

Como primera medida se realiza una entrevista con el paciente, quien manifiesta somnolencia, deseos de dormir y descansar un poco. Los psicólogos que conforman la Guardia (tanto de la institución como de la residencia interdisciplinaria) además de participar en la entrevista, proceden a realizar una intervención que consistió, en un primer momento, en evaluar las funciones yoicas, es decir, la orientación autopsíquica, la ubicación temporoespacial y el grado de alteración de la conciencia. Posteriormente se realiza contención verbal, se intenta ayudarlo a ubicarse y calmarse, lo cual fue posible ya que en ese momento aún era viable hacer circular la palabra y

generar un recurso en el cual Bruno pudiese posicionarse y cambiar su comportamiento. Posteriormente se lo acompaña a su habitación para que pueda descansar.

El SCA se caracteriza esencialmente por ser un síndrome con fluctuaciones del estado de la conciencia (atención y alerta principalmente), déficit de atención, trastornos sensorceptivos, trastornos afectivos y de la conducta. Además, se presenta con alteraciones en la orientación (desorientación en persona, espacio y tiempo), en el nivel de conciencia (hipervigilancia, somnolencia, confusión, estupor y coma) y en el pensamiento (bradipsiquia, incoherencia, bloqueos, perseveración o delirio). También pueden aparecer trastornos del movimiento, del ciclo del sueño, trastornos perceptivos, del lenguaje, convulsiones o síntomas de disautonomía simpática.

En horas de la noche, en una nueva entrevista, se encuentra al paciente con alteración de la conciencia (alterna estados de vigilia y somnolencia), lo cual fue evolucionando hacia un estado de hiperalerta, orientación fluctuante, disforia, disartria, discurso poco claro, incoherente, paraprosexia, amnesia retrógrada, pensamiento de curso acelerado, con ideas delirantes de tipo persecutorias («me están buscando [...] tengo que buscar mi bicicleta»). Se observan signos de agitación motora, acatimia, mioclonias focalizadas en músculos del rostro y dificultad para conciliar el sueño, alucinaciones auditivas y visuales, juicio desviado, orexia conservada.

A primera vista el cuadro respondería a una presentación clínica de aparente origen psicopatológico, motivo por el cual se hace necesario realizar un diagnóstico diferencial con cuadro psicopatológico de base y episodio psicótico agudo.

Al relevar mayor información se constata que el paciente estaba cursando un cuadro de infección urinaria, en tratamiento antibiótico por vía parenteral durante esa semana. Se realizan las valoraciones físicas y psiquiátricas, y se alcanza un diagnóstico presuntivo de síndrome confusional agudo, basado en la existencia de una infección y en el gran deterioro general del paciente. Se dispusieron las medi-

das pertinentes a seguir, una vez establecida la causa del síndrome, para instalar un tratamiento definitivo.

«*Delirium* es un trastorno del funcionamiento cognoscitivo global, de la atención, la actividad psicomotora que puede llegar a fluctuar en su sintomatología dentro de un mismo día, cuyas manifestaciones tienen una etiología directa, específica y demostrable...» (Lipowski, 1990). Siempre es secundario a un sustrato orgánico, dato fundamental para poder discernirlo de lo que es un episodio psicótico agudo. Puede ser causado por múltiples etiologías, su curso es fluctuante, además de representar una urgencia médica. Por lo descripto, en Bruno se cumplían los criterios correspondientes al SCA.

Según el *DSM IV*, los criterios diagnósticos del SCA son: alteración de la conciencia con disminución para centrar, mantener o dirigir la atención adecuadamente. Cambio en las funciones cognitivas o alteración perceptiva. La alteración se presenta en un corto período de tiempo (horas o días) y tiende a fluctuar durante el día. Demostración, a través de la historia clínica, la exploración física y/o los exámenes complementarios de una etiología orgánica.

Para el diagnóstico son necesarios los dos primeros criterios más alguno de los otros dos.

Este cuadro responde a diversas etiologías: del SNC (sistema nervioso central): traumatismo encéfalo-craneano, enfermedades vasculares/degenerativas, epilepsia, etc.; endocrinológicas: alteraciones tiroideas o de glándulas suprarrenales; cardiopulmonares: arritmias, infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca, tromboembolismo pulmonar; infecciosas: encefalitis, meningitis, sífilis, HIV, sepsis, ITU; injurias térmicas; abstinencias; intoxicaciones; deficiencias, otras.

Sus formas de presentación clínica son las siguientes:

– *Hiperactivo*. Causa más frecuente: síndrome de abstinencia. Agitación motora, alucinaciones e ideas delirantes, insomnio.

– *Hipoactivo*. Causa más frecuente: alteraciones metabólicas (encefalopatía hepática). Somnolencia, apatía; de difícil diagnóstico.

– *Mixto*.

El tratamiento debe dividirse en dos aspectos principales: tratamiento de la enfermedad orgánica de base y manejo sintomático del síndrome confusional agudo (general y farmacológico).

El tratamiento etiológico es el pilar del manejo del síndrome confusional agudo. En primera instancia, fue tratado de manera farmacológica con antibióticos. La respuesta fue lenta.

En relación con el manejo sintomático, la mayoría de las veces las medidas no farmacológicas son suficientes. En este caso fue necesaria la contención farmacológica psiquiátrica, pero el cuadro de excitación psicomotriz no tuvo una resolución favorable. Dada la posibilidad real de peligrosidad manifiesta en el paciente, de daño inminente de su propia persona, el equipo interdisciplinario decide abordar el próximo paso dentro de la terapéutica: contención física del paciente.

El tratamiento de soporte fue asegurar una adecuada alimentación e hidratación y optimizar el cuidado intensivo de enfermería, además de procurar un ambiente adecuado, lo más tranquilo posible, para que Bruno pudiese descansar.

Conclusión

El SCA corresponde a un complejo síndrome con manifestaciones polimórficas, que entorpecen y dificultan un diagnóstico certero. Autores tales como Carlos Reyes y Uriel Largo (1998) plantean que hasta en un 80% de los casos el SCA no es reconocido por los médicos en el hospital debido a la dificultad que se presenta en su diagnóstico.

En la práctica clínica en salud mental es fundamental tener conocimientos de psicopatología, de semiología y urgencias psiquiátricas que permitan diagnósticos adecuados y tratamientos pertinentes. Por lo tanto, conocer estos temas se hace necesario para todos aquellos que trabajan en este campo de manera interdisciplinaria, ya sean médicos, psicólogos, trabajadores sociales u otros. El espacio de la

urgencia en sí mismo constituye un desafío para todo tipo de abordaje que se interrogue sobre la subjetividad o la salud mental.

Seguindo a Sotelo (2007), podemos decir que una urgencia, ya sea que se presente bajo las formas clínicas del *acting out* (el pasaje al acto), el desborde angustioso, la violencia, los episodios psicóticos, la abstinencia o el síndrome confusional, siempre indica «una ruptura abrupta de la homeostasis del sujeto», ante lo cual el equipo interdisciplinario debe obrar con inmediatez: urge una respuesta. Entra en juego la suposición del paciente de que allí, en la Guardia del hospital, se le resolverá algo de lo que padece. Por lo cual la urgencia demanda una respuesta y de forma inmediata.

Los profesionales de la Guardia de salud mental deberán localizar la urgencia, ubicar qué es lo que está en juego en cada urgencia y para quién.

Tal vez la acción urgente requiera instaurar un compás de espera, instalar un espacio y un tiempo en el cual la respuesta y las acciones a ejecutar puedan ser pensadas y simbolizadas; o tal vez sea necesario, como en el cuadro que nos convoca en esta exposición, donde el cuerpo está en riesgo, una atención médico-clínico inmediata.

A través de una situación de estas características se aprende que es importante no psicologizar, o sea, poder dimensionar el «no todo de la palabra», así como procurar no medicalizar, en el sentido de no callar de manera compulsiva síntomas que tal vez sean secundarios, como, en nuestro caso, un cuadro de especificidad no psicopatológico. Indagar trascendiendo la inmediatez de lo dado constituye el verdadero quehacer de la clínica en salud mental.

Bibliografía

American Psychiatric Association (APA) (2001). *DSM-IV TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Editorial Masson.

- Carretero Faner, M. (2002). «Plan de cuidados: síndrome confusional agudo». En *Revista Gerokomos*, vol. 13, N.º 4, pp. 178-184.
- Fiorini, H. (1987). «Las funciones yoicas en el proceso terapéutico». En *Teoría y técnica en psicoterapias*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.
- Garmendia, J. (2013). «Urgencia psiquiátrica. Una perspectiva psicoanalítica». Madrid: Nucep. Instituto del Campo Freudiano. Recuperado el 03/09/2013 de <http://nucep.com/wp-content/uploads/2013/01/Javier-Garmendia-URGENCIA-PSIQUIATRICA.-UNA-PERSPECTIVA-PSICOANALITICA.pdf>
- Guía de atención urgente sobre enfermedad mental* (2009). Córdoba, España: Editorial Defensor de la ciudadanía de Córdoba.
- Kaplan, H.; Sadock, B. (1996). *Manual de psiquiatría de urgencias*. Buenos Aires: Panamericana.
- Moya, M. (1999). *Guía de actuación en urgencias*. España: Ed. McGraw-Hill-Interamericana.
- OPS/OMS (1998). *Borrador del Informe de la Reunión de Expertos*. Washington: Grupo de Trabajo de Expertos en Política de Desarrollo de Sistemas de Servicios de Urgencia Médica.
- Perales, A. et ál. (1998). *Manual de Psiquiatría Humberto Rotondo*. Lima: Fondo Editorial UNMSM.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española* (22a. ed.). Madrid: Espasa.
- Reyes, C.; Ortiz, M; Largo, U.; Cárdenas, J. (1998). «Síndrome confusional agudo en un nonagenario hospitalizado». En *Colombia Médica*, vol. 29, N.º 4, pp. 158-61.
- Seldes, R. (1989). «La urgencia y el discurso». En Grupo de invest. y asist. sobre la urgencia. *La urgencia: el psicoanalista en la práctica hospitalaria*. Buenos Aires: Editorial Vergara.
- Sotelo I. *Admisión y asistencia: encrucijadas éticas*. Inédito.
- Sotelo I. (2007). *Clínica de la urgencia*. Buenos Aires: JVE Editores.
- Stolkiner A. (1987). «Prácticas en Salud Mental». En *Revista de Investigación y Educación en Enfermería*, vol. VI, N.º 1. Medellín, Colombia.

Trabajo social en un Servicio de Urgencia. Internación breve en situación de episodio agudo

Roxana Piediferri

Algunas preguntas previas

¿Existe la urgencia en lo social? Urgencia versus respuesta inmediata ¿es igual a intervención asistencialista? ¿Cuál sería la demanda para la profesión en la urgencia? ¿Cómo es la respuesta desde la emergencia a los derechos subjetivos?

Introducción

En la problemática de las toxicomanías, lo cotidiano-social hace referencia, generalmente, a lo conocido. Aunque para la persona y el núcleo afectivo cercano la situación no sea esperable, el consumo, en ocasiones, es conocido por algún miembro del entorno. Esto revela cierto control sobre la situación y otorga un saber en algunas situaciones para moverse con lo que les ocupa y preocupa.

Cuando se produce una situación de intoxicación, consumo compulsivo y descompensación psíquica que deriva en internación, ésta irrumpe en la vida, en lo cotidiano. Se presenta un desajuste eventual en el proceso dinámico de la persona y su contexto, se aloja en un lugar ajeno a lo habitual, y se sitúa la seguridad emocional, la salud física y mental en un entorno diferente (actores-profesionales y espacio-institución). La pérdida de control temporal de lo cotidiano produce incertidumbre y ésta es un generador de estrés y desborde. La espera de una respuesta inmediata implica una interpretación del

tiempo desfasado de la necesidad del sujeto. Se observan consultas de personas que se presentan sin referente ni acompañante para solicitar información, asesoramiento, medicación, entrevista; son estas solicitudes las que se convierten en demanda.

Es probable que el usuario de drogas solicite ayuda a su entorno, ayuda que se traduce en una consulta en una institución. Dicha consulta modifica el modo de presentación de la demanda y la diferencia entre la que es propia del usuario de drogas y la de su entorno (familia, referente, acompañante o consultante).

Intervenir en problemáticas complejas atendiendo lo emergente en una situación de episodio agudo implica cierto grado de inmediatez e invita a involucrarse en un proceso constante de reflexión, evaluación y fortalecimiento de las propias prácticas interdisciplinarias. Significa armar un *triage* de intervenciones de acuerdo con el caso y romper moldes y modelos enlatados de procedimientos.

Una mirada social para la intervención

La intervención debe responder al diagnóstico de un escenario de problemáticas sociales complejas. Éstas dan cuenta de una multiplicidad de factores y actores que se interrelacionan de tal manera que requieren de un abordaje integral y cuya resolución, a su vez, trasciende una disciplina.

Dicha intervención no es un evento natural, sino la construcción conjunta de un espacio-tiempo, de un momento que se constituye desde la perspectiva de diferentes actores (tanto desde los que solicitan la intervención –instituciones, sujetos individuales y colectivos– como desde el propio sujeto profesional).

Se entiende por «intervención» la puesta en «acto» de un trabajo, función, elección y decisión a partir de una demanda social, en un momento determinado y en el marco institucional de una especificidad profesional.

La demanda (solicitud de intervención) se expresa atravesada por la construcción imaginaria de la profesión y la propia percepción de los problemas y necesidades de los sujetos que la solicitan, en un encuadre y en un contexto histórico particular.

Por lo tanto, será la percepción de la oferta institucional, de sus servicios o prestaciones, la que construya la demanda. Es decir que nuestro estar allí como institución, como equipo de profesionales con diferentes saberes, también modificará el escenario actual de atención/intervención, propiciando o no nuevas demandas.

Al ser identificada previamente como explícita, implícita o inespecífica, la demanda o su ausencia se retraduce en un «caso» dentro de un dispositivo de internación breve. Éste presenta las condiciones desde las cuales es posible inferir si se trata o no de uno de esos problemas que se pueden identificar y transmitir como tales. Mediante el abordaje en los niveles de intervención (persona, familia-grupo relacional, referente comunitario-institucional, barrio-comunidad), se puede dimensionar la problemática en su contexto y enunciar una aproximación diagnóstica.

El diagnóstico contiene las complejas relaciones entre sujetos (actores), prácticas (acción) y escenario (estructura). Es allí donde se debe posicionar la mirada para dar lugar a la escucha y a la palabra.

Indicación de internación

La persona que llega a la instancia de internación lo hace por una demanda, propia o ajena, a través de una evaluación interdisciplinaria que se realiza previamente a la indicación de internación. Ésta es considerada como el último recurso, allí donde se evidencia un riesgo cierto e inminente, asociado a múltiples factores: patologías duales (trastorno adictivo más trastorno mental), intento de suicidio, proceso de duelo, excitación psicomotriz, situación de angustia y crisis, abandono, episodios confusionales, consumo compulsivo ligado a situación de calle, dificultad de acceso a los recursos,

exclusión del hogar por violencia familiar, maltrato y abuso sexual, entre otros. Si bien muchas veces las situaciones que se presentan se enmarcan en una emergencia social, y por ello requieren atención social inmediata, existe una variedad de consultas que no corresponderían a la categoría de «emergencia» por tratarse de situaciones crónicas que tuvieron su origen a lo largo de la historia del sujeto, y que comprometen la salud, las relaciones y/o vínculos, la autonomía e incluso la vida de las personas en su contexto relacional. Se trata de factores que obligan a una evaluación constante y a un abordaje interdisciplinar que incluye aspectos sociales, psicológicos, legales y médicos.

El ingreso del paciente al Servicio de Internación Breve habilitará al equipo interdisciplinario para evaluar las variables, condiciones, características y otras consideraciones referidas a la permanencia del paciente dentro del dispositivo. Así, el equipo debe mantener precisiones que ajustan la internación a un tiempo concreto para dar respuesta a un episodio agudo, y debe asimismo ubicar criterios específicos y determinantes para desarrollar una intervención interdisciplinaria.

La población que participa del dispositivo de internación está delimitada por el paciente, su familia y/o referente cuando el diagnóstico está relacionado con un episodio agudo, pero también puede tratarse de derivados de Servicios de Urgencia de hospitales generales, de APS (Atención Primaria para la Salud con equipos interdisciplinarios propios de la institución que trabaja en territorio), de admisión, de orientación, de Consultorios Externos e Internación del hospital, de Hospital de Día y de otras instituciones CESAC (Centros de Salud y Acción Comunitaria del Área Programática), CIC (Centros de Integración Comunitaria), defensorías, juzgados, etc., lo cual nos recuerda que el sujeto puede ser tanto un paciente voluntario como involuntario, según indica la Ley 26.657.

El eje de la intervención social en la emergencia se centra en la articulación entre aquellas necesidades del sujeto que irrumpen y la búsqueda de una respuesta inmediata. Ésta debe abordar la crisis,

lo inesperado, sin obviar el devenir histórico del sujeto y su entorno, sin fragmentar, y visualizando los factores socio-económicos, históricos y culturales que aventuraron la configuración de la realidad situacional.

En cuanto al proceso metodológico de la intervención y el seguimiento, según Rozas Pagaza (1998), consta de tres etapas: inserción (¿sobre qué?), diagnóstico (¿para qué?) y planificación (¿cómo y con quiénes?). Dicho proceso puede recrearse en los niveles individual, grupal y comunitario.

Es de destacar que aun en el ámbito de la emergencia es posible concretar la intervención desde las funciones específicas del Trabajo Social. Desde la disciplina se estima, por lo general, que el proceso de intervención requiere de plazos que permitan, primero, el conocimiento de un sujeto reconocido como sujeto social, de su grupo familiar, de su barrio-comunidad y de su red social, actores comunitarios o institucionales; la problematización de la situación, lo cual implica establecer causas y consecuencias probables e investigar el sujeto-objeto de la intervención; y la consolidación de una planificación estratégica a través de alternativas y decisiones para la inclusión del sujeto. En un segundo momento, el trabajo conjunto con la persona, sujeto de derecho con propuestas, expectativas ligadas a creencias y posibilidades.

La intervención del Trabajo Social en este dispositivo ofrece atención inmediata y se instrumenta, para no convertirse en una respuesta asistencialista, administrativa o de mera interconsulta, en la siguiente propuesta:

- Identificar interdisciplinariamente la demanda y los momentos de intervención.
- Trabajar los tiempos y momentos de la internación y del tratamiento (representación social o creencias de que internaciones largas es igual a mejores resultados).
- Alojar el acompañamiento: ofrecer una escucha a las familias de pacientes con episodio agudo, mediante entrevista y registro de la demanda.

- Realizar un diagnóstico situacional y relacional presuntivo en el momento del ingreso al dispositivo de internación breve. Realizar análisis de problemáticas complejas.
- Si la persona llega sola, localizar referentes vinculares o de apoyo y datos de identidad.
- Incrementar el eficaz acceso a los derechos de las personas y sus familias.
- Facilitar la articulación de los recursos profesionales con las necesidades del paciente y su familia en las mejores condiciones posibles, a fin de contribuir al tránsito de la demanda dentro del Servicio.
- Apuntar a maximizar la calidad de vida en todos los niveles de intervención.
- Favorecer la reconstrucción de redes sociales y familiares de los sujetos.
- Establecer estrategias que permitan el acceso a los recursos que la situación demande en el ingreso, tratamiento, derivación y externación.
- Disponer la articulación inter- e intrainstitucional, intersectorial e interministerial favoreciendo la atención de acuerdo con las problemáticas complejas presentadas y fortaleciendo el acceso adecuado al sistema de salud mental.
- Posibilitar la continuidad y el seguimiento de estrategias entre colegas, a través de la circulación de registros e información de un servicio a otro, compartiendo diagnóstico y pronóstico.
- Promover derechos, atención sanitaria, integración vincular e inclusión sociocomunitaria desde el ingreso, y luego en el tratamiento, en la externación y en el seguimiento.

Es indispensable, en el área de Trabajo Social, llevar un registro diario de las intervenciones y gestiones en cada turno de trabajo. Esto permite facilitar la información al colega del turno siguiente sobre lo sucedido durante el servicio, así como ordenar nuestro control estadístico y de seguimiento. De este modo, se informa sobre los pacien-

tes que ingresan desde otros dispositivos y que, ya desde los servicios derivadores, presentan un perfil socio-sanitario-legal complejo. El objetivo es el acceso a la información desde el primer día de ingreso a fin de acotar y planificar la articulación o derivación del paciente. Ésta puede realizarse a un dispositivo con otros tiempos de internación y otros dispositivos ambulatorios y/o de externación. Es por ello que la coordinación resulta imprescindible, tanto para tener actualizada la situación social de la persona como para informar/derivar a pacientes a diferentes dispositivos de abordaje. La derivación y el asesoramiento permiten el pasaje del paciente a otro dispositivo con sugerencias del equipo tratante, ya sea mediante confección de informes, registros en historias clínicas, comunicación telefónica, circulación de información y encuentros entre servicios.

Interdisciplina como abordaje

Si hablamos de interdisciplina, un equipo de trabajo se construye día a día en un proceso activo que aloja: el conflictivo, los cruza-mientos, encuentros y desencuentros, inclusiones, deserciones y aprendizajes en forma constante.

Esta forma de pensar un equipo interdisciplinario en salud mental supone fundamentalmente el compromiso de sus miembros con la práctica cotidiana de intervención. Sólo así es posible sostener la consulta, la discusión de estrategias, la coordinación de esfuerzos y propuestas que puedan abrir nuevas posibilidades, y los espacios de diálogo de diferentes actores (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, abogados, enfermeros, médicos clínicos, nutricionistas, operadores socioterapéuticos, musicoterapeutas).

Una diferencia entre equipos interdisciplinarios de investigación y equipos interdisciplinarios de asistencia, según Alicia Stolkiner,

«es que estos últimos se constituyen a partir de distintas profesiones (y se da, por supuesto, que cada una representa una disci-

plina). Este deslizamiento (de disciplina a profesión) es un claro deslizamiento hacia el campo de prácticas.

Una pregunta que los equipos asistenciales deben también hacerse es cómo incorporan una amplia gama de saberes que no son disciplinarios.

Un equipo interdisciplinario es un grupo, debe ser pensado con alguna lógica que contemple lo subjetivo y lo intersubjetivo. Lo primero, y más evidente, es que un saber disciplinario es una forma de poder y, por ende, las cuestiones de poder aparecerán necesariamente».

La conformación de estos equipos implica dificultades, pero desde el Trabajo Social no pueden pensarse proyectos ni dispositivos sin implementarlos desde esta modalidad, como herramienta ineludible del abordaje de distintas problemáticas y situaciones de complejidad que se presentan en el campo de la salud mental.

Estas problemáticas van desde las dificultades de accesibilidad y la incertidumbre con respecto a los recursos, a la aparición de problemas emergentes relacionados con los procesos sociales. Es decir, se trabaja en un contexto heterogéneo donde los viejos y conocidos problemas de salud adquieren nuevas connotaciones. Los escenarios sociales complejos no representan intervenciones complicadas: no son la sumatoria de problemáticas sociales no resueltas, son un entramado que genera un nuevo padecimiento social y subjetivo. Dentro de los nuevos espacios o modalidades de trabajo, es estratégico pensar dichos escenarios dentro y fuera de las instituciones, tanto para la resolución de problemas como para el enriquecimiento del colectivo profesional, ya que «lo social» no puede considerarse una «variable asociada» más.

El medio social es un campo en el que se producen y reproducen prácticas sociales; enmarca, condiciona y permite la lectura de los procesos de salud-enfermedad y atención de las personas con las que se trabaja. El medio social es el que aloja al usuario de los servicios de salud mental y a su entorno relacional antes del episodio

agudo, y se presenta en crudo ante el equipo tratante. La intervención colectiva dentro y fuera de la institución permitirá la construcción de miradas diferentes de todos los actores, lo cual posibilita la adherencia al tratamiento luego de la externación, y la resignificación de la vuelta a casa, al barrio o a otro entorno que se considere como recurso saludable.

En este punto es específico el abordaje desde el trabajo social familiar, que funda un espacio de reflexión creativo y creador de instancias que proporcionen un acompañamiento familiar del paciente dentro de la internación, y que luego posibiliten el armado de condiciones para la externación e inclusión del sujeto en nuevos espacios sociales. Estas condiciones se construyen en las entrevistas familiares desde un abordaje interdisciplinario, pues la familia requiere, según su imaginario, de una receta que garantice regular la confianza y el deseo de un tratamiento exitoso. Éste es entendido, en ocasiones, como plena abstinencia, independencia económica, habitacional e inserción laboral.

Poder pensar los problemas de salud como problemáticas sociales encausa la intervención desde la medicina social y la salud colectiva, y resalta la importancia de incluir los determinantes sociales en los procesos de salud-enfermedad.

Los conceptos de *participación social*, *ciudadanía*, *educación popular* y *derecho a la salud* fundan los pilares de una intervención para comprender y responder a los problemas de salud desde una perspectiva social y de inclusión: protección, promoción, participación, accesibilidad.

A modo de conclusión

Hasta aquí se describió el abordaje interdisciplinario dentro de un contexto institucional y desde un servicio de asistencia específico. Para dar respuesta al padecimiento subjetivo dentro del marco de la salud mental, debemos pensar en una respuesta integral. La con-

vocatoria se dirige a los diferentes actores y agentes de salud que funcionen como efectores de ésta.

La modalidad de abordaje propuesta en el capítulo V de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 consiste en la construcción de la Red de Servicios con Base en la Comunidad, que implica una nueva manera de gestión de la demanda en el seno de la comunidad. Se considera el paradigma de Salud Mental Comunitaria, integrador de diversas disciplinas, como la Psiquiatría, la Psicología, el Trabajo Social, la Terapia Ocupacional, el saber de la comunidad y la del propio usuario, entre otros, como el trabajo intersectorial, solidario, participativo y territorial. Además, la ley afirma que debe estar garantizada «la cercanía de la atención al lugar donde vive la persona», la continuidad y articulación en el tratamiento, la participación de personas usuarias, familiares y otros recursos existentes en la comunidad «para la integración social efectiva». A esto tendrá que sumarse el «reconocimiento de las distintas identidades étnicas, culturales, religiosas, de género, sexuales y otras identidades colectivas».

En ese marco, las políticas de abordaje intersectorial «deberán incluir la adaptación necesaria de programas que garanticen a las personas con padecimientos mentales la accesibilidad al trabajo, a la educación, a la cultura, al arte, al deporte, a la vivienda y a todo aquello que fuere necesario para el desarrollo y la inclusión social».

La ley implica un cambio de paradigma, refuerza el reconocimiento de la protección legal del sujeto con padecimiento subjetivo, con una mirada centrada en los derechos en un marco de libertad.

Esta ley contempla las adicciones: expresa que éstas deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental; afirma que las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la ley en su relación con los servicios de salud.

No hay salud sin salud mental, no hay salud mental sin inclusión; dicha afirmación nos convoca a pensar a la salud desde una perspectiva de intervención interdisciplinaria con una mirada holística de

la persona, su entorno relacional y situacional, que respete su historia, cultura y posición subjetiva. Nos convoca a construir junto a la participación colectiva, bienestar y mejoras en la calidad de vida de los sujetos y su entorno.

Bibliografía

- Aguirre, V.; Cabrera, C.; Monetta, L.; Pombo, A.; Sánchez, M. (2011). «La intervención profesional en una guardia hospitalaria ante situaciones de violencia basada en género en la pareja». En *Revista Margen*, N.º 63.
- Carballeda, A. (2008). *Los cuerpos fragmentados. La intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto*. Buenos Aires: Paidós.
- Carballeda, A. (2008). «La intervención en lo social y las problemáticas sociales complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social». En *Revista Margen*, N.º 48.
- Cazzaniga, S. (2007). *Hilos y nudos: la formación, la intervención y lo político en el Trabajo Social*. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Chadi, M. (2005). *Familias y tratamiento familiar: un desarrollo técnico-práctico*. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Escalada, M.; Fernández Soto, S.; Pilar Fuentes, M.; Travi, B., et ál. (2001). *El Diagnóstico Social: proceso de conocimiento e intervención profesional*. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Netto, P.; Parra, G.; Carballeda, A.; Coraggio, J.; Aquin, N.; Eroles, C., et ál. (2002). *Nuevos escenarios y práctica profesional. Una mirada crítica desde el Trabajo Social*. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Stolkiner, A. (1999). «La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas». En *Revista El Campo Psi*, N.º 10.

- Travi, B. (2006). *Dimensión técnico-instrumental en Trabajo Social: reflexiones y propuestas acerca de la entrevista, la observación, el registro y el informe social*. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Troiani, M. J. (2011). «La identidad profesional del Trabajo Social en la Guardia de Urgencia». En *Revista Margen*, N.º 63.

5. Dispositivos clínicos de internación

Esta sección reúne trabajos de profesionales del Servicio de Internación del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo). Las comunicaciones subrayan la centralidad de la construcción del plan terapéutico en esta instancia. Asimismo, los aspectos legales correlacionados a la internación son objeto de reflexión detenida en el presente apartado.

Aspectos legales de la urgencia y articulación con las prácticas en los Servicios de Internación

Mariano Gustavo Rey y Silvia Rodríguez

A lo largo de los distintos momentos socio-históricos, se fue avanzando en la conceptualización del campo de la salud y sus problemáticas. El marco legal, creado a partir de la orientación de las políticas públicas hacia la promoción y protección de los derechos humanos, funciona como plafón desde donde se despliegan una serie de intervenciones que en él encuentran sentido. Resulta crucial entonces pensar en clave de época los modos de concebir la salud mental en general, y los consumos problemáticos en particular, así como los posibles abordajes que desde dichas concepciones emergen en las instituciones que dan respuesta al padecimiento subjetivo.

Sobre las leyes

Consideramos pertinente hacer una breve revisión de la situación previa a la sanción de las últimas leyes promulgadas en materia de salud mental. Al respecto, destacamos que la anterior Ley de Salud Mental (Ley N.º 22.914/1983) fue sancionada cuando finalizaban 7 años de una feroz dictadura cívico-militar. En dicha ley, el juez se encuentra ubicado en un lugar preponderante a la hora de determinar la internación de un sujeto con padecimiento mental o con problemática de consumo.

Asimismo, en materia de consumos problemáticos, la llamada «Ley de Drogas» o Ley de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes (Ley N.º 23.737/1989) –la cual continúa actualmente en vigencia– tipifica entre

otras conductas, la tenencia simple, la tenencia para consumo personal y la tenencia con fines de comercialización. Esta ley le otorga al juez la potestad para determinar los tratamientos como medida de seguridad curativa –tratamiento o cumplimiento efectivo de la pena en prisión–, o bien como medida de seguridad educativa para los casos en los que se considere un principiante o experimentador (art. 21).

En igual sentido que el indicado para la derogada Ley N.º 22.914, el Código Civil en su artículo 482 establecía una serie de disposiciones que le permitían al juez ordenar la privación de la libertad de los dementes cuando se temiera que usando de ella se dañaran a sí mismos o a terceros, o bien afectaran la tranquilidad pública, al tiempo que permitían disponer la internación de personas sin justificar la declaración de demencia, alcoholistas crónicos o toxicómanos, previa información sumaria. Las autoridades policiales también podían disponer la internación, dando inmediata cuenta al juez.

En consonancia con lo antedicho, podemos percibir que la declaración de incapacidad o inhabilitación giraba en torno de las carencias de las personas y no de sus capacidades, sin considerar tampoco la posibilidad de una limitación temporal de la declaración de incapacidad o de su transitoriedad.

Es así como la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657/2010, decreto reglamentario 603/2013, y la Ley de Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud N.º 26.529/2009, decreto reglamentario 1089/2012 y su modificatoria Ley N.º 26.742, son el resultado, en salud, de un proceso que comienza en el año 2003, que pone la mirada atenta a la reconfiguración de un nuevo mapa social, e inicia «un proceso de producción del contenido y de la forma de los derechos políticos» que amplía los derechos de las grandes mayorías populares.

La Ley N.º 26.657 encuentra definido su espíritu en el artículo 3.º; desde allí irradia en el resto de su articulado la conformación de una ingeniería jurídica que incluye modificaciones en el Código Civil con el fin de adecuar disposiciones al nuevo orden de la ley nacional, introduce limitaciones a las facultades del poder judicial

y acota la vigencia de medidas que condicionaban el ejercicio de los derechos de las personas declaradas inhábiles o incapaces.¹ Asimismo, ubica en el equipo interdisciplinario la responsabilidad de la toma de decisiones sobre los tratamientos de las personas con padecimiento mental y consumos problemáticos, al tiempo que da cuenta de la necesidad de trabajar intersectorialmente en su abordaje para atender a las múltiples aristas que se ponen en juego en una problemática compleja.

Sobre las prácticas

El contexto previamente descrito, marcado por la pérdida de centralidad del Estado y el comienzo de la era de la fragmentación, neoliberalismo mediante, tuvo como consecuencia la proliferación de dispositivos asistenciales en el ámbito privado, que comenzaron a dar respuesta a la problemática de consumo. Entre aquéllos, predominaron dos modelos de intervención preventivo-asistenciales, a saber: el modelo *ético-jurídico* y el modelo *médico-sanitario*.² No

-
1. Nos parece destacable ponderar la evaluación del equipo interdisciplinario para determinar la inhabilitación o incapacidad de las personas por un tiempo no mayor a 3 años, para cuya renovación se requerirá de una nueva evaluación, que especifique las funciones y actos limitados, y procure afectar en la menor medida posible la autonomía del declarado incapaz (disposición complementaria art. 152 ter. Código Civil). Asimismo, la modificación del art. 482 del Código Civil marca la imposibilidad de ser privado de la libertad el declarado incapaz por salud mental o adicciones si no media una situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.
 2. En este punto ha sido determinante el lugar que ocuparon las organizaciones no gubernamentales en la recepción de pacientes que en gran parte no eran admitidos dentro del sistema público de atención, el cual no quedaba eximido de tales enfoques en sus prácticas. Vale la pena remarcar que una minoría de dispositivos del ámbito público y privado ha generado respuestas desde otras perspectivas preventivo-asistenciales, orientados por modelos socio-culturales, psico-sociales o bien desde el modelo ético-social propuesto por profesionales del Fondo de Ayuda Toxicológica, bajo la dirección del Dr. Alberto I. Calabrese.

es objetivo del presente trabajo hacer una descripción acabada de dichos modelos, basta para nuestros fines con marcar que el acento está puesto en la sustancia por sobre el sujeto que la consume o en la relación que establece con ésta. Ambos plantean una propuesta abstencionista en materia de asistencia y otorgan a la internación un lugar central en la oferta de dispositivos para lograr tal cometido. En esta línea, ha primado una lógica de homogeneización de los sujetos, a los cuales se los nomina a partir de un rasgo que los identifica entre sí —«soy adicto»—. Esta misma lógica condujo a abordajes reduccionistas, que desconocen la trama territorial, política, social, histórica, simbólica y familiar en que se produce la adicción, y resultan en prácticas ineficaces que refuerzan el sufrimiento de quienes padecen, al tiempo que los cronifican.³

De igual modo, hay una serie de mitos que se han desplegado en la sociedad y dan cuenta de un instituido, que delimita significaciones que operan como organizadores de sentido en el accionar y pensar de ciertos colectivos. Para dar un ejemplo, el planteo «si existe consumo compulsivo de sustancias, se debe proceder a una internación». Éste es un discurso que atraviesa tanto a los consultantes y sus entornos como a parte de la comunidad profesional. Esta postura deja entrever una percepción del encierro o aislamiento como cura.

En este marco, el posicionamiento de la Ley Nacional de Salud Mental se ubica como instituyente, y postula la internación como medida restrictiva y residual, lo cual implica que sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones que se pudieran realizar en el entorno comunitario. Agrega que en caso de ser necesaria, debe durar el menor tiempo posible y propiciar el mantenimiento de los vínculos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el en-

3. Recomendamos la lectura del apartado «Los medios del buen encauzamiento», del capítulo «Disciplina», en *Vigilar y castigar*, de M. Foucault (2002) para una mejor comprensión del funcionamiento del poder disciplinario, de los medios de los que se vale, y así pensar cómo puede impactar en las instituciones.

torno laboral y social, al tiempo que se deben incluir en los tratamientos estrategias de reducción de riesgos y daños. Todo ello en línea con el reconocimiento de la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona (art. 3 de la Ley N.º 26.657).

Sobre la urgencia

A los efectos del presente trabajo, podemos discriminar dos niveles de urgencias. El primero de ellos se ubica con relación a los modos de presentación de quienes se acercan al hospital por Guardia o vía Demanda Espontánea. En dichos dispositivos se despliega una serie de presentaciones que van desde pedidos de tratamiento hasta la resolución de urgencias médicas, derivadas fundamentalmente del consumo de sustancias. Esta instancia se propone la resolución de la situación crítica y posterior derivación a otro dispositivo de asistencia en caso de ser necesario. El otro tipo de urgencias son aquellas que se dan en el devenir de los tratamientos, ya sea en su modalidad ambulatoria o en los servicios de internación.

Para Freud (1920), la urgencia instala un momento de quiebre, que produce, a partir de una irrupción pulsional, una ruptura en la homeostasis con que la vida transcurría hasta el momento. Esto supone la abolición momentánea del principio de placer.

Será radicalmente distinto el devenir de la urgencia si los pacientes acuden al hospital por elección propia o son traídos, sobre todo en cuanto a la posibilidad de localizar acontecimientos relacionados con la aparición de la urgencia.

Es importante pensar en el recorte que hace el equipo interdisciplinario que interviene; éste debe ser diferenciado del que realizan los sujetos que consultan y su entorno. De limitarse únicamente a calmar lo disruptivo que la urgencia nos muestra, se corre el riesgo

de reeditarla una y otra vez. La apuesta está enmarcada entonces a transformar la urgencia en urgencia subjetiva: que aquel que consulta pueda interrogarse acerca de la causa de su padecer.

Hacia una articulación posible

Las leyes tienen implicancias directas en las prácticas, las cuales encuentran en aquéllas su regulación y en parte, su sentido. El nuevo posicionamiento parte del principio de presunción de capacidad de las personas, y de una concepción de sujeto de derechos que da cuenta de la aptitud para adquirir derechos, así como para contraer obligaciones. El Acuerdo de Ingreso Institucional se presenta entonces como un instrumento crucial para pensar esta dimensión, dado que delinea las mínimas condiciones para que un tratamiento sea posible. Permite generar una instancia explicativa no expulsiva, en el camino a garantizar el acceso a un tratamiento con un marco nómico que lo contenga.

En la misma dirección, aparece el lugar del Consentimiento Informado, instrumento mediante el cual se materializa la voluntad de recibir una prestación diagnóstica o un tratamiento por los equipos tratantes. Consiste en una declaración efectuada por el paciente o su representante legal, en los casos que así se requiera, luego de recibir de parte del profesional información clara, precisa y adecuada en un lenguaje que aquel pueda comprender. Dicha declaración puede ser revocada total o parcialmente en cualquier momento.

Resaltamos entonces que el libre consentimiento de una persona expresado para iniciar un tratamiento es la regla y consecuencia del reconocimiento de capacidad de las personas. Junto con el libre consentimiento, el mantenimiento de los vínculos familiares y sociales completan las condiciones basales del tratamiento.

En cuanto a la modalidad de abordaje, el corpus legal establece que debe basarse en los principios de la Atención Primaria de la Salud, y debe proponer tratamientos con base en la comunidad pre-

ferentemente fuera del ámbito de internación hospitalaria, orientados al reforzamiento, restitución y/o promoción de los lazos sociales. De esta manera, el lugar que tiene la internación es el de último recurso, cuando ya se ha agotado previamente una gama de intervenciones ambulatorias, y siempre preservando el mantenimiento de los lazos familiares, laborales y sociales. La internación es pensada entonces como una intervención clínica que, en estos casos, debe aportar mayores beneficios que cualquier otra alternativa, dado su carácter restrictivo, y debe durar el menor tiempo posible. Por lo antepuesto, no se trata de abandonar la internación como recurso terapéutico sino de poner en valor su sentido en el marco de un plan terapéutico que la va a trascender necesariamente.

En el caso de las internaciones involuntarias, éstas devienen un recurso excepcional, cuando no resulte posible un abordaje alternativo y sólo cuando a criterio del equipo interdisciplinario haya riesgo cierto e inminente para sí o para terceros al momento de la evaluación.⁴ Esto implica pensar que no siempre que haya consumo compulsivo de sustancias se procederá a una internación, y menos aún a una internación involuntaria.

Las condiciones para que proceda la internación más allá de la voluntad de una persona o aun en su contra se encuentran taxativamente establecidas en el artículo 20 de la Ley N.º 26.657 y dan cuenta de la prevalencia que se le otorga a otros dispositivos relacionados con esa dinámica de construcción social, a la que hicimos mención anteriormente.

La justificación para que el equipo interdisciplinario tratante resuelva que el cuidado de una persona no puede depender de lo que decida su libre consentimiento y que procedería su internación debe

4. La figura del riesgo cierto e inminente es definida como «aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros y que debe estar condicionado por actitudes o conductas derivadas de un padecimiento mental». Art. 20, Reglamento N.º 603 de la Ley N.º 26.657, B.O. 29.5.2013.

sustentarse en una situación de urgencia que amerite la alternativa de hacer uso de las excepciones.

Lo anteriormente expuesto nos lleva a pensar que la idea del tratamiento no descansa ya en el aislamiento y el control, o bien en la decisión de encierro ordenada por un poder judicial o policial, sino que se traslada a otros dispositivos acordes para el abordaje de las urgencias, los cuales atienden a la complejidad de la situación a la que se intenta dar respuesta, e introducen nuevos y diversos actores que marcan la necesidad de pensar y promover la interdisciplina y la intersectorialidad.

Bibliografía

- Belaga, G.; Sotelo, I. (2005) (comps.). *Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista*. Buenos Aires: JVE Ediciones.
- Código Civil de la República Argentina (en línea). Artículo N.º 482. Recuperado el 01/09/2013 de <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/105000-109999/109481/texact.htm>
- Castoriadis, C. (1983). *La institución imaginaria de la sociedad*, vol. 1. Barcelona: Tusquets.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Freud, S. (1997). *Más allá del principio de placer*. En *Obras Completas*, vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores. [1920].
- Lewkowicz, I. (2000). «Subjetividad adictiva: un tipo psicosocial históricamente instituido». En Donghi, A.; Vazquez, L. (comps.). *Adicciones: una clínica de la cultura y su malestar*. Buenos Aires: JVE Ediciones.
- Ley N.º 26.742. Sobre Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado. Modificación de la Ley N.º 26.529. Sancionada el 9 de mayo de 2012. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 24 de mayo de 2012.

- Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Ley N.º 26.529. Derechos del Paciente. Historia Clínica y Consentimiento Informado (2009). Sancionada el 21 de octubre de 2009. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 19 de noviembre de 2009.
- Ley N.º 23.737. Ley de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes. Sancionada el 21 de septiembre de 1989, promulgada el 10 de octubre de 1989. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 11 de octubre de 1989.
- Nowlis, H. (1975). «La verdad sobre la droga» (en línea). Recuperado el 31/7/2013, de <http://es.scribd.com/doc/51896565/La-verdad-sobre-la-droga-NOWLIS>
- Sotelo, I. (2007). *Clínica de la urgencia*. Buenos Aires: JVE Ediciones.

El tratamiento de la demanda¹

Rubén Bernardo Ghía

Acerca de la oferta

El actual Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) ha extendido su oferta asistencial al amplio campo de la salud mental, en el que, tal como se establece en el art. 4.º de la Ley 26.657, se incluye a las adicciones: «las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental».

A pesar de tratarse de una institución que en su recorrido histórico se ha focalizado en el tema de las adicciones, esta «especialización» convoca a la pregunta por las prácticas, pues la «especificidad» de esa oferta impacta aún en muchas de las demandas de intervención que en aquélla se efectúan.

En relación con las instituciones para la atención de adictos, afirma Miller (2005):

«Es bastante difícil que podamos conducir al sujeto a perder su oropel identificatorio, su “yo soy toxicómano”, que le permite ubicarse en el Otro social, dentro de una institución para toxicómanos. Hay que hacer una operación muy paradójica que implica subvertir desde el interior el lugar que le es ofrecido» (p. 313).

1. Algunas ideas aquí desarrolladas son adaptaciones del trabajo titulado «La admisión en una institución para toxicómanos», que se presentó en la jornada *¿Qué programa? El Psicoanálisis frente a las adicciones*, realizada en el Centro Descartes el 26 de agosto de 2006.

Freda (2005) le responde:

«La cuestión es saber hasta qué punto el trabajo que se pueda hacer allí marque en la subjetividad un antes y un después, cosa que está marcada desde antes sólo por la droga. Que el encuentro con cierto tipo de trabajo le permita hacer una comparación entre los años hablados y los de intoxicación, y hay pacientes que efectivamente pueden seguir este trabajo» (p. 314).

Un camino posible en tal sentido consiste en sostener la idea freudiana de considerar cada caso como si fuera el primero. Se trata de una clínica del sujeto y no de las identidades sociales, lo que implica desplazar la droga como centro del discurso. Lo anterior nos remite a considerar el sentido y la función del tóxico en cada situación.

Esto es coincidente con el actual enfoque legal del tema; la reglamentación del art. 4.º de la Ley 26.657 establece: «El eje deberá estar puesto en la persona, en su singularidad, más allá del tipo de adicciones que padezca».

Si la oferta de un centro «especializado» implicaba cuestionar el mismo lugar ofrecido para no promover el sostenimiento de una «identidad adictiva», la inclusión de la temática dentro de la salud mental facilita evitar el refuerzo de estas identificaciones imaginarias.

Si bien los profesionales de la institución siempre orientaron su quehacer en dirección al caso por caso apostando a la dignidad subjetiva aun en el marco de la Ley 23.737, la promulgación de la presente Ley Nacional de Salud Mental comenzó a promover contextos más favorables para el ejercicio de sus prácticas.

Las demandas de intervención

No obstante el actual marco legal, en el imaginario social sigue prevaleciendo, en la temática de las adicciones, una lectura reduccionista

gestada, promovida y sostenida por la aplicación durante varias décadas de estrategias abstencionistas.

Lo mencionado condiciona recurrentemente los pedidos de intervención dirigidos hacia la institución, no sólo por parte de la comunidad en general sino también de las personas con consumos problemáticos.

Ya en las primeras entrevistas, en el proceso de admisión, surgen «demandas», más específicamente pedidos de intervención que, por la modalidad de su formulación, generan tempranos condicionamientos a la propuesta institucional.

Se trata de situaciones complejas en las que se pone de manifiesto la dificultad del Otro social para tramitarlas solicitando perentoriamente una respuesta institucional a una diversidad de aspectos que se velan bajo el significante «drogadicto».

Con anterioridad a la actual Ley Nacional de Salud Mental, juzgados civiles o penales solían indicar la internación compulsiva para la rehabilitación de personas que presentaban (según el *DSM IV* [*Manual diagnóstico de los trastornos mentales*]) diversos tipos de trastornos, todos ellos articulados con el uso de sustancias actuales o pretéritas.

Aún en el actual contexto son frecuentes las derivaciones realizadas por distintos organismos de salud en las que ya viene predefinida la indicación en cuanto a lo que se entiende como modalidad de intervención adecuada.

Lo anteriormente señalado pone de manifiesto que los enfoques terapéuticos sostenidos en estrategias prohibicionistas siguen vigentes como marcos referenciales de diversos profesionales de la salud mental. Lo cual hace necesaria una constante reflexión sobre éstos y las prácticas resultantes a los efectos de promover un cambio en los viejos paradigmas.

En cuanto a las demandas de los familiares, surge recurrentemente la exigencia de internación como única alternativa de intervención ante hechos de violencia, problemas con la ley, conductas impulsivas o estados confusionales, entre otras manifestaciones, y se menciona el consumo de drogas como causa excluyente.

En lo que se refiere a las presentaciones «espontáneas» de algunos consumidores, sus pedidos se relacionan más con presiones sociales o con la necesidad de un control sobre la ingesta de tóxicos que con una demanda de tratamiento.

Es frecuente que, en las modalidades descriptas, aparezca una petición de ayuda, asistencia y curación que se expresa en lo manifiesto de las siguientes maneras:

- El reclamo de una intervención perentoria. La exigencia de una respuesta inmediata, urgente.
- Un conocimiento previo acerca del origen del padecimiento: lo que ocurre es consecuencia del consumo de drogas, que refuerza así identificaciones en su dimensión imaginaria.
- La reducción del consumo a un signo, una desviación que debe ser erradicada vía medicación, un tratamiento conductual o alguna otra terapéutica estandarizada con la consiguiente dificultad para constituir síntomas.
- Un camino de intervención presupuesto: internación - desintoxicación - rehabilitación - reinserción.
- La presunción de la abstinencia como condición previa al inicio de un tratamiento.

En resumen, cuando la estrategia del consumo falla, el Otro social está presto a cerrar la posible interrogación acerca de la causa proponiendo al sujeto un significante con el cual identificarse; aparece el «soy adicto». Ante la ausencia de su palabra, ciertos discursos médicos, psicológicos, jurídicos o sociales intervienen produciendo la categorización de estas personas al nombrarlas a partir de la clasificación de sus prácticas.

Se trata de discursos segregativos que no tienen en cuenta las determinaciones inconscientes y la responsabilidad subjetiva. Los «adictos» suelen aceptar esta definición socialmente adjudicada concurriendo desde una posición objetualizada a la institución para que «se los trate».

Cavalcanti (1995) menciona como obstáculos para el desarrollo de la consolidación de nuevos paradigmas en el tema, «las resisten-

cias profesionales que se sostienen en prácticas tradicionales. Las introyecciones de los propios actores marginalizados. Los imaginarios sociales que refuerzan la marginalidad y agravan la separación de los actores en riesgo».

Señala Bialacowsky (1997) que «un cambio sostenible sobre drogodependencias requiere [...] un cambio en los paradigmas científicos que dan apoyo a las intervenciones profesionales y en buena medida a las intervenciones políticas».

La admisión

En el contexto antes mencionado, los profesionales, que realizan las entrevistas de admisión desde una escucha analítica en el marco de un trabajo clínico e interdisciplinario, suelen formularse diversos interrogantes:

– ¿Cómo alojar institucionalmente este malestar emergente que exige intervenciones partiendo de presupuestos previos que pretenden condicionarlas?

– Cuando se realiza una admisión, ¿qué se admite? ¿A quién se admite? ¿Por qué alguien elige esta institución y no otra, por ejemplo, una comunidad terapéutica?

Es fundamental entonces, establecer un diagnóstico de las características de la demanda. Poder escuchar: ¿quién y qué demanda? ¿A quién dirige esa demanda? ¿Cómo intervenir ante su ausencia o frente a las peculiares formas de su presentación?

Es a partir de esta consideración que el equipo interdisciplinario podrá concluir en una decisión posible: admisión, derivación intra- o extrainstitucional u otras alternativas terapéuticas.

Se trata de preguntas que es necesario realizar en tanto que, según la modalidad de tramitarlas, se puede establecer una divisoria entre un criterio clínico y diversas propuestas que tienden a responder sin cuestionar la lógica en la que están inmersas.

Una respuesta «especializada» podría dar consistencia a estos pedidos a partir del denominador común y homogeneizante del consumo, procediendo a admitir sin más a todos aquellos que se nombran o son nombrados como «adictos».

Si no se interrogara en su singularidad cada una de estas presentaciones, se condicionaría desde un inicio el tratamiento posible a partir de supuestos saberes institucionales previos, en mayor o menor armonía con la demanda social de «cura». El paciente sería ratificado en una definición proveniente de un Otro, que da un significado a su conducta y prescribe un tratamiento, previo a la formulación de cualquier demanda, obturando la posibilidad de sintomatizar algo en relación con la dependencia.

La exigencia de rapidez y eficacia en la remisión del consumo a través de medicamentos, tratamientos conductuales o terapéuticos de sentido elude el tema del sujeto y la responsabilidad subjetiva.

El tratamiento de la demanda

Las neurosis, la psicosis o aun las perversiones se expresan en la actualidad en las instituciones de manera diversa: anorexias, ataques de pánico, adicciones, entre otras. Se trata de manifestaciones del padecimiento subjetivo que no adoptan una forma sintomática y en las que las personas se definen por una práctica.

Son en todo caso síntomas mudos, en los que se evidencia una modalidad de goce que no genera preguntas en el plano de la subjetividad. La represión cede ante las versiones descarnadas de la pulsión. Hay en estas presentaciones una búsqueda de autonomía, un intento de rechazo del Otro.

Afirma Freda (2005) que «el toxicómano es ese personaje de la modernidad que a partir de su hacer quiere probar que el inconsciente no existe» (p. 307).

Cuando éste llega a la institución, es probable que la precaria estabilidad que mantenía con la sustancia haya vacilado. Sin embargo

suele estar distante de formularse alguna pregunta. Su «ser adicto» aparece como la causa y la respuesta a lo que le ocurre.

Vera Ocampo (1988) señala que «es el toxicómano el que hace a la droga, debido al lugar que le asigna en la psique y en función del vínculo que establece con el objeto» (p. 45). Esto plantea una perspectiva diferente a la de considerar al sujeto como el resultado de una serie de circunstancias externas que lo condicionan.

¿Cómo operar allí para que aparezca la posibilidad de una pregunta? ¿Cómo habita en estas situaciones el deseo del analista, cuáles son sus intervenciones posibles en el caso por caso? Él mismo tendrá que interrogar estas particulares formas de manifestación de la demanda. Es promoviendo el despliegue transferencial como se intentará intervenir, al propiciar el surgimiento de una pregunta, de algo del orden de la falta.

Se oferta la posibilidad de establecer un vínculo diferente, de propiciar la dimensión discursiva. Esto implica suponer, aun en estas presentaciones, una subjetividad velada y apostar a su emergencia.

Viñeta clínica: «Yo soy drogadicto»

Alberto, un joven de 30 años, llega a la institución derivado desde un hospital en el que estuvo internado debido a profundas heridas de arma blanca producto de una gresca callejera. Como se trata de un consumidor compulsivo de diferentes sustancias (marihuana, alcohol, cocaína), los médicos ponen como condición para el alta clínica la internación del joven en algún centro para que realice un tratamiento por su adicción.

Lo acompaña a la institución su madre, quien solicita la internación argumentando entre otras razones la adicción de su hijo y la recomendación de los profesionales del hospital que lo deriva.

El joven es evaluado por el equipo interdisciplinario de la institución. Si bien los profesionales concluyen en la necesidad de un

dispositivo de internación por las características del caso, refieren que no hay una manifiesta demanda de tratamiento.

Ya en la internación comienza a concurrir a un espacio de entrevistas individuales. Alberto refiere en un primer encuentro: «No sé muy bien qué estoy haciendo aquí. Bueno, sí, soy drogadicto. Consumo drogas desde los 14 años, últimamente venía dándome con todo. Por eso mi madre y mi pareja me trajeron por indicación médica y del juez».

Relata accidentes con la moto, detenciones por hechos de violencia en la vía pública y episodios de sobredosis. Enumera otros tratamientos en comunidades terapéuticas que abandonó a poco de iniciar. Dice que no puede controlar su consumo, que se está drogando demasiado, pero que «no sabe» si podrá estar internado dado que siempre hizo lo que quiso y le cuesta aceptar las normas.

Al concluir esta primera entrevista, se le propone mantener una serie de encuentros para acordar si es posible un tratamiento en la institución, dado que, tomando los propios significantes del paciente, eso «aún no se sabe».

Al día siguiente, concurre a una actividad grupal; allí comenta su sorpresa y desconcierto por lo acontecido en la entrevista individual. Refiere no entender por qué hay que evaluar su situación. Pregunta: «¿Es que acaso no soy un adicto? ¿La institución no está para atender a los drogadictos? ¿Entonces, cómo es el tratamiento?».

En entrevistas posteriores se sigue sosteniendo la apertura de esta pregunta apostando a la constitución de algún enigma. En cuanto a la demanda familiar, se resuelve trabajar con la madre y la pareja del joven la particular modalidad de presentación de aquélla.

Comentarios

Alberto se nombra desde las primeras entrevistas como «drogadicto» y, como tal, más allá de su convencimiento o acuerdo, es derivado a la institución para «ser tratado». Su «ser adicto» aparece para él y

para el Otro social como referente de su identidad. Se trata de un significativo que funciona como un signo, en tanto expresa una aparente unidad entre el nombrarse «drogadicto» y lo que ello significa.

Desde un inicio, las intervenciones tendieron a interrogar esta presentación y a ubicar a los profesionales intervinientes en el lugar de «no saber» a qué hace referencia el paciente al definirse como adicto. Aceptar el nombre con el que alguien se designa, sin proceder a las preguntas que permitan, paso a paso, interrogar la función y el sentido de esta nominación, produce, como dice E. Sinatra (1993), «efectos de ignorancia: complicidad entre analista y analizado en no querer saber de eso» (p. 31).

En suma, cuando se conceptualiza el tema de la adicción como una práctica social ilícita o enferma, «el adicto» aparece como efecto de esa práctica y como producto de la definición del Otro. Podrá así ser nombrado como un marginal al que hay que adaptar o un enfermo al que hay que brindar un tratamiento, pero no será reconocido como alguien capaz de tomar la palabra. Los tratamientos sostenidos en la demanda social responden a cierto activismo asistencial, al «algo hay que hacer», sin cuestionar sus intervenciones.

Los organismos de salud pueden funcionar como agentes que actúan regulando la relación entre el sujeto y el Otro social –que promueven el control social– o transformarse en instancias que propician el encuentro responsable de cada persona con las causas de su padecimiento.

Las instituciones –a través de sus miembros– suelen ser demandadas a responder reproduciendo la lógica social en la que están inmersas. Serán los profesionales de la salud mental, quienes también participan de esa lógica y están atravesados por estos imperativos, los que tendrán que desalojarse de ese lugar de transmisores de la demanda social para poder cuestionarla.

La actual Ley Nacional de Salud Mental se ha constituido en un instrumento proactivo en tal sentido. Ésta se orienta hacia la protección de los derechos de los pacientes con padecimiento mental legislando sobre las prácticas profesionales a los efectos de evitar

intervenciones que pudieran resultar abusivas o lesivas de los pacientes.

Vera Ocampo (1989) menciona que «paradójicamente –pero quizás no lo sea tanto– el toxicómano, que por un lado vive en la abstinencia de todo placer compartido, es al mismo tiempo un prisionero del exceso; del suyo, claro, pero también del de los otros, que él suscita y padece» (p. 189).

En este sentido, queda aún mucho por hacer y por interrogar, tanto con respecto al imaginario social como a los paradigmas y las prácticas de los profesionales de la salud mental.

Bibliografía

- Âflalo, A. (2005). «Las psicoterapias y el psicoanálisis». En *Colofón*, N.º 23. *Boletín de la Federación Internacional de Bibliotecas del Campo Freudiano*.
- Bialakowsky, A. L. (1997). «Debate entre paradigmas. Notas sobre experiencias europeas en la intervención de problemáticas de consumo de sustancias psicoactivas». En *Revista Margen*, N.º 10.
- Cavalcanti, L. (1995). *Drogodependencias y trabajo comunitario: del difícil arte de conciliar lo conflictivo. La Experiencia de la Asociación «Espoir Goutte d'or» (EGO) París*. Trabajo presentado en el II Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario, Cádiz, España.
- Coccoz, V. (2005). «Modalidades de la transferencia reticular». En *Colofón*, N.º 23. *Boletín de la Federación Internacional de Bibliotecas del Campo Freudiano*.
- Eldar, S. (2005). «Presencia de la institución en la clínica». En *Colofón*, N.º 23. *Boletín de la Federación Internacional de Bibliotecas del Campo Freudiano*.
- Esqué, X. (2005). «La puesta en acto de la realidad del inconsciente en la institución». En *Colofón*, N.º 23. *Boletín de la Federación Internacional de Bibliotecas del Campo Freudiano*.

- Freda, F. H. (comp.) (1998). «S.N.C.». En Inchaurrega, S. (comp.). *Reflexiones sobre el sujeto y la cultura*. Rosario: Homo Sapiens. CEADS-UNR.
- García Dupont, E. (1994). *Hacia un diagnóstico diferencial de la oferta y la demanda. El diagnóstico diferencial. Su valor en la institución asistencial (pública o privada)*. Argentina: Fundación Estilos.
- Ghía, R. (2006). *La admisión en una institución para toxicómanos*. Trabajo presentado en la jornada *¿Qué programa? El Psicoanálisis frente a las adicciones*. Centro Descartes.
- Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010. Cap. II, art. 4.º y Reglamentación. *Boletín Oficial*. Buenos Aires, Argentina, 28 de mayo de 2013.
- Miller, J. A. y Laurent, E. (2005). «La secta y la globalización». En *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Buenos Aires: Paidós.
- Naranjo, J. S. y Fernández Blanco, M. (2005). «Instituciones sin el Otro de la institución». En *Colofón*, N.º 23. *Boletín de la Federación Internacional de Bibliotecas del Campo Freudiano*.
- Padilla, E. R. (2005). «De la transferencia a la institución, a la institución de la transferencia». En *Colofón*, N.º 23. *Boletín de la Federación Internacional de Bibliotecas del Campo Freudiano*.
- Ramos, M. (2005). «Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado a la terapéutica/Psicoterapia. El psicoanalista en la institución». En *Colofón*, N.º 23. *Boletín de la Federación Internacional de Bibliotecas del Campo Freudiano*.
- Sinatra, E. S. (1993). «Variantes del argumento ontológico en la modernidad». En *Sujeto, goce y modernidad. Fundamentos de la clínica*. Buenos Aires: Atuel - TyA.
- Vera Ocampo, E. (1988). «La categoría de la droga en el discurso de los toxicómanos». En *Droga, psicoanálisis y toxicomanía. Las huellas de un encuentro*. Buenos Aires/Barcelona: Paidós.
- Vera Ocampo, E. (1989). *De la pasión adictiva como patología del exceso*. En el seminario: «El diagnóstico psicopatológico en el campo de las drogodependencias». Barcelona: Grup Igia.

Verdicchio, O. y Viganó, C. (1995). «La clínica de Jacques Lacan en un centro para toxicómanos y alcohólicos». En *Toxicomanía y alcoholismo. Sujeto, goce y modernidad III. De la monotonía a la diversidad*. Instituto del Campo Freudiano. Argentina: Atuel - TyA.

¿Todos adictos o todos deprimidos?

Marcelo Olmedo

Voy a abordar algunas cuestiones que afectan a nuestra civilización en relación con las toxicomanías en la época actual y, por qué no, pensarlas en conexión con otras temáticas de nuestro tiempo, como las nuevas virilidades, los nuevos modos de presentación del encuentro entre los sexos y las nuevas formas de familias.

Si nos acercamos a estos problemas desde la clínica del falo, podemos pensar que, al anunciarse que el padre de algún modo ya no es el héroe de la civilización, si la significación fálica afecta directamente la relación entre el niño y la madre (la madre desea otra cosa y el niño se pregunta qué es esa otra cosa que ella desea que no es él), entonces se produce la significación fálica y la estructura del deseo como deseo del Otro. Esta significación ha tenido desde siempre una profunda intensidad porque permite al sujeto formular la siguiente pregunta: «¿qué quiere el Otro que no soy yo?». Así, podría hacerse una primera lectura de la caída del padre como una caída en la significación fálica. Es decir, la madre ya no se distrae tanto, ya no mira tanto para ese otro lado y entonces se orienta hacia el niño, lo que lo convierte en el nuevo dictador de la civilización.

Ahora bien, esto podría también tener una consecuencia directa en la relación del sujeto con su deseo. Se habla mucho de la cuestión de que el sujeto moderno es pobre, carga con la pobreza del deseo y es desesperanzado, desesperado, porque no cuenta con el ideal familiar que Freud supo leer tan bien: el peso del ideal aplastando el deseo del sujeto. Lo que hay es desesperación, en efecto, al haber un ideal que perturbe la realización del deseo es más deses-

perante no desear, esto es, el sujeto se encuentra solo con la miseria de su deseo. Podemos decir que esta situación de debilidad del sujeto y su deseo lo hace más manipulable por los objetos del mercado. Si la salvación para el sujeto contemporáneo no es el deseo, entonces lo será el goce con su contundencia de satisfacción; lo cual hace que los sujetos busquen más y más alcanzar el goce por la vía de los objetos. En ese sentido podemos preguntarnos: ¿todos adictos o todos deprimidos en el mundo actual?

En relación con el tema de las nuevas virilidades, hay un artículo de Miller, titulado «Buenos días sabiduría» (1996), donde él va a ir ubicando distintos momentos cronológicos de lo que podríamos llamar «la historia de las virilidades». En ese texto, que toma ciertas ideas de Kojève, encontramos un momento de los padres de la civilización y también un momento de la virilidad, que Kojève ubica en Hegel, Napoleón y Sade. Eran tres faros, tres Nombres del Padre del nuevo mundo que podemos pensar como los referentes de una civilización que ya no existe. Kojève se basa sobre las novelas de una jovencita, Françoise Sagan, tituladas *Buenos días tristeza* y *Una cierta sonrisa*. Allí, a través de sus relatos, podríamos decir que ella nos enseña que el hombre ya no existe –y estamos hablando de textos de 1945, textos de la postguerra de la Segunda Guerra Mundial–. De ahí que Kojève diga que estamos en un mundo sin hombres; se burla un poco de los tres nuevos padres de la civilización, que son Malraux, Montherlant y Hemingway. De Hemingway dice que terminó solo con su novela: el hombre y el pez. Él, que había sido tan viril, lucha ahora con un pez. También esto se sitúa en el horizonte de la relación entre la caída del padre y el cambio en las fórmulas de la sexuación, que, por un lado, produce un cambio en la sexualidad y, por el otro, conlleva un cambio en la búsqueda de un goce que muchas veces desemboca en toxicomanía.

Como decía, estos cambios en lo viril no podrían darse sin la caída del padre, es lo que de alguna manera quedaría de las fórmulas de la sexuación si le quitáramos la excepción. Entonces, ¿qué quedaría de las fórmulas de la sexuación masculina si le quitáramos la

excepción? Si hiciéramos esto, nos quedaría solamente «para todo x si cumple la función fálica», es decir, el «para todos», todos iguales, todos democráticos. Es entonces el daño hecho a la función paterna lo que explica el sentimiento de desaparición de lo viril y, podemos agregar, el auge de las toxicomanías; pues lo que se quita es la excepción y entonces quedan todos iguales. A partir de ese «todos iguales», podemos ver los efectos tanto en las nuevas virilidades y las nuevas feminidades como en la explosión de la toxicomanía—consecuencia, al decir de Miller, del acceso al cénit del objeto A, que provoca el *fading* del sujeto: el estado de fascinación por el objeto y el empuje a su obtención instantánea—.

Me gustaría ahora entrar de lleno en algunos efectos que se producen en la civilización con la presión de los objetos de consumo ligados a las adicciones. Para emprender el camino de las chifladuras adictivas voy a usar el modelo de Eric Laurent, quien dio una videoconferencia el 5 de noviembre de 2010 en Brasil, en el Seminario Internacional de Alcoholismo y Drogas. La cuestión es que este momento del objeto droga en la civilización es original y particular. Esto se debe a que tenemos que enfrentar el debate del objeto droga en el marco del fracaso de dos ideales. Por un lado, el ideal de represión, que tuvo como significante crucial la guerra contra las drogas, fue una invención. El primero que exclamó «war on drugs» fue Richard Nixon. Vinieron entonces nuestros amigos los liberales, muy ingleses ellos, que pensaron que podían confiar en que los mercados regularían el objeto droga como si fuera cualquier imitación del objeto plus de gozar. Por supuesto que el ideal inglés también fracasó, porque al fracasar los ideales universales se hace evidente que esto resiente el ideal de aquellos que han sido referencia del mundo, para bien o para mal (depende de qué lado del mapa uno se encuentre).

Quiero tomar ahora el ejemplo de una serie que se llama *Weeds*. Se trata de una mujer de clase media norteamericana que, al morir el marido, para mantener el nivel de vida se pone a vender marihuana a hombres y mujeres de su misma clase social, que, parece, tiene un

gusto especial por la hierba. Lo que se ve claramente en algún momento de la serie es que si bien en el Parlamento fracasan las propuestas para legalizar la droga, si un norteamericano quiere fumar legalmente marihuana, solo necesita declarar alguna dolencia fuerte –que puede ser migraña–, conseguir una receta y listo. ¿Qué significa esto sino que está legalizada de alguna manera? Europa oscila entre la legalización y la prohibición de la extrema derecha. Si bien esto no puede ser una referencia universal, muestra que la actitud reaccionaria extrema de EE. UU. y de México no lleva a lugares éticos para tratar la problemática del objeto droga. Esto significa que hay un reverso, es decir, no se piensa como única solución; por lo menos el psicoanalista debe siempre tener el eje en la dimensión ética, esto es: ni la obscenidad prohibitoria del superyó «war on drugs», ni la figura obscena del superyó del mercado en tanto empuje al goce, lo cual implicaría una liberación sin freno y sin que se especifique de qué droga se trata. Nos preguntamos: ¿se trataría esta propuesta de la liberación del Nombre del Padre del mundo?

Eric Laurent (1997) muestra que este recurso de la guerra contra el terrorismo, contra las drogas, ha surgido curiosamente en un momento de paz en que las leyes funcionan y permiten mantener un estado de excepción, pero no en el sentido de la buena cara del ideal –no la excepción de las fórmulas que inscribe la ley–, sino que ante la falta de esa excepción, que era el padre muerto de *Tótem y tabú* para el pensador Giorgio Agamben, el pensamiento del estado de excepción implica ocupar ese lugar vacío, que precisamente suspende la democracia. Eso es lo peligroso para las democracias, crear, por ejemplo, un estado de excepción contra las drogas, que es una falsa esperanza y les quita recursos a la salud, a la educación y a la posibilidad de políticas de información para las nuevas generaciones.

Desde otro ángulo, vemos los fracasos de los tratamientos autoritarios de las toxicomanías, se nos revela que la droga no es un producto soluble, ni con la guerra, ni con la economía liberal: ni en los ideales, ni en los protocolos universales. La droga es un paradigma problema-problema, cuya solución debemos intentar ubicar en el

sujeto, precisamente porque la droga es un producto paradigmático y nos invita a realizar un pasaje hacia una posición humilde que hoy ya no podemos tener sólo con las drogas sino también con otras patologías. Ésta es la posición de humildad de la nueva clínica, como propone Eric Laurent. Tenemos que renunciar no solamente a las soluciones del superyó sino también a las soluciones del ideal del yo. No hay y nunca hubo para el psicoanálisis una solución universal, antes podíamos tomar un poco prestado del ideal, pero no en estos casos. Las toxicomanías nos llaman no sólo a escapar de la solución del universal, de un «para todos», sino que nos llaman al particular, a considerar los efectos de cada droga en su especificidad, y nos llaman también a la singularidad de la elección del sujeto por un tóxico y de lo que ese tóxico produce.

Como no hay una solución universal, antes bien tenemos que pasar a lo múltiple –que no es ni la excepción ni el complejo de Edipo como propuesta–, se nos introduce en una verdadera tolerancia con lo imposible, sin ceder ni a la resignación ni al cansancio ante una carrera que roza así lo imposible. Implica para nosotros una modestia activa frente a este flagelo. Así nos vamos a encontrar no sólo con el límite de lo imposible sino con el límite de las desigualdades sociales.

Como ustedes saben, Keith Richards, el *rolling stone*, publicó sus memorias bajo el título *The life*, porque durante veinte años fue introducido en la lista de personas que probablemente morirían al año siguiente, considerado un muerto potencial durante todo ese tiempo: él, que fue un drogadicto durante cuarenta años, reflexiona en su libro: «Nos salvamos porque siempre usamos lo mejor de lo mejor, la más rica, la más pura». Ahora nuestros consumidores de paco en Latinoamérica o los consumidores de *crack* en Europa y en EE. UU. no correrán la misma suerte. ¿No sería mejor entonces antes que producir esa cuestión de la prohibición o la legalización (el extremo masculino o el extremo que prescinde de la ley), ocuparse de los que consumen las drogas duras? Tratar de multiplicar los centros de atención para los adictos a drogas duras, mantener un

diálogo con ellos y no condenarlos ni abandonarlos a su goce autista. Ésta es la lucha que enfrentamos en nuestra tarea diaria cada vez que llega un paciente en estado de emergencia. Tratamos de sacarlo de ese autismo, de insertarlo en el sistema de salud, para poner un tercero entre él y su objeto mortífero.

De eso se trata la nueva clínica que nos espera con ánimo y coraje frente a la adversidad. Es decir, parece por un lado que ya el mundo nos dijo que sí, todo el mundo se presta a encontrarse en tratamiento analítico, es la solución para los miedos del niño, para las rupturas del adulto, para el impulso adolescente; pero por otra parte, debemos pensar que el mundo nos dice que sí para que enfrentemos al monstruo del superyó porque no hay ética ni en la excepción extrema ni en la falta de regulación. En ese sentido el mundo ha fracasado con las soluciones a la pulsión de muerte, y acude a nosotros, y nosotros no debemos olvidarnos de aquellos que más allá de los síntomas de la época no cedieron un milímetro la causa analítica. Sin embargo, a veces ese no ceder implica hacer nuevas lecturas que nuestros maestros no hicieron porque no les tocó vivir nuestra época: el mismo Freud, si bien se encontró con el fenómeno tóxico-mano, no vislumbró ni pensó en la escalada fenomenal que iba a tener en el siglo XXI.

Continuando con esta idea de situarnos como una terceridad entre el sujeto y su objeto mortífero, voy a tomar una viñeta clínica de un caso que tengo todavía en tratamiento.

Viñeta clínica: sublime

Intentaré situar, con una viñeta clínica –un caso de adicción–, la manera en que un sujeto a través del uso de una droga afirma una posición de identificación y sumisión al Otro materno, y cómo la vía del análisis por medio de un *impasse* en el circuito de consumo permite situar una posición melancolizada anterior al consumo que se afirma luego de un período de falso alivio.

La primera entrevista con el paciente, al que llamaré D. –de profesión médico anestesista–, tuvo lugar en una terapia intensiva, cuando ya se encontraba fuera de peligro. Había intentado inyectarse un opiáceo utilizado en quirófano, pero por «error» lo que se había inyectado fue un relajante muscular que casi le provocó la muerte.

El sujeto venía de una internación de un año con un intento de inserción laboral. Esto había resultado un fracaso. Desde siempre había sido una batalla perdida entre trabajo y consumo.

La primera intervención del analista se produce, entonces, en ese lugar de terapia intensiva. Será necesario un *impasse* en su función de anestesista con el fin de establecer cuáles son sus posibilidades subjetivas para ejercer un trabajo de esas características.

El paciente acepta la indicación. Si bien la sustancia es de las que podemos llamar «drogas duras», al no ser necesaria su internación el analista decide que el tratamiento sea ambulatorio, pues de repetir la internación ésta ubicaría al sujeto del lado del retorno de lo igual. Es decir, el mismo circuito otra vez: un tiempo internado y luego nuevamente a llevar adelante esa batalla perdida entre trabajar y consumir.

La novela familiar

Luego del alta clínica comienza un período de entrevistas donde podemos situar el punto de entrada en la adicción. Algo fundamental en el tratamiento de este tipo de patologías es que antes de pensar en la salida debemos poder ubicar la entrada, esto es: cuál fue el hecho traumático que llevó al sujeto a responder por fuera del circuito del Nombre del Padre. Dicho de otro modo, a responder más del lado de la ruptura con el Otro que con la identificación.

Veremos entonces en este caso de qué manera el sujeto pasa de lo que llamaré «sublime» de su posición a lo sublime, pero del lado de la sublimación.

Desde cierta perspectiva, lo sublime está del lado de lo destacado, se trata de un lugar de privilegio en el Otro, ganado por las propias aptitudes. Puede ubicarse entonces en el lugar de lo sublime aquello que el Otro va a reconocer como destacado por el propio accionar del sujeto. Pero, desde otra perspectiva, lo sublime tiene una cara mortífera, es la cara del superyó que no responde a la lógica del significante. Puede ubicarse, entonces, lo sublime del lado de la pulsión de muerte. Desde esta idea, se puede pensar que detrás del consumo de una sustancia podemos ubicar la alienación al deseo materno que impide a un sujeto que lo sublime sea aquello que otorga un valor fálico.

Por lo tanto, aquello sublime puede estar relacionado con la paradoja del superyó en su carácter asocial.

D. es el menor de cuatro hermanos, único hijo varón y también único profesional en la familia. Su madre es producto de una relación prohibida entre una mucama y el hijo de un estanciero. Nunca fue reconocida por su padre: éste no le dio su nombre aunque la ayudó económicamente.

El padre del paciente era suboficial de aeronáutica. Al año de vida de D., muere producto de un infarto y su mujer (la madre de D. cae bajo una gran depresión. En este punto el análisis le permite ubicar al paciente dos consecuencias: la primera es que la madre se tiró literalmente en la cama y permaneció así durante el período aproximado de un año. D. se ubica a partir de esto en cierto lugar de mortificación con relación al valor fálico. Él no alcanzaba para levantar a la madre. Esta frase del superyó de «no alcanzar» para el deseo del Otro se irá ubicando en el análisis en relación con su pareja y con su trabajo.

La segunda consecuencia que podemos extraer es una escena que le relatan en la niñez: el médico de la familia le pone límites a la depresión de la madre y la empuja a levantarse de la cama para que se haga cargo de la casa y de sus hijos. Esto le permite entender al sujeto de análisis la causa de la elección de su carrera: la medicina era un emblema que podía ponerle límites a la tristeza y al estrago de la madre.

La entrada en la adicción

El paciente tiene dos hijos: un varón y una mujer. La hija se llama como la madre de él y como su primera hermana. Es decir, el nombre de la madre se transmite de generación en generación. El paciente es un anestesista exitoso casado con una mujer que encarna la voz del superyó desde la frase «no alcanza». Esa voz del superyó marca una insatisfacción permanente más allá del esfuerzo del paciente. Por otra parte, en el trabajo también piensa que su hacer cotidiano no alcanza o que es inferior. Mide su protagonismo con relación al protagonismo del cirujano para sostener él también esa posición de inferioridad. Es decir, con relación al Otro materno el paciente transporta este axioma de no poder alcanzar el valor fálico más allá de sus producciones en el campo profesional y de su lugar como padre de familia.

Antes de que el paciente comience su análisis, su madre había enfermado gravemente y, si bien había tenido una mejoría transitoria, falleció al poco tiempo. Es en ese momento en que D. comienza a inyectarse: usaba calmantes para los dolores de espalda, finalmente de todos esos elige uno que tiene varios nombres, pero uno de ellos es un significante relevante para este caso: «sublime». La actividad de inyectarse no se detiene hasta la internación y continúa tiempo después de salir de ésta, hasta el encuentro con un analista en la sala de terapia intensiva.

Dos momentos del análisis que intentan situar un mas allá ocurren luego de que el paciente consintiera a la propuesta del analista de abandonar la actividad de anestesista hasta clarificar su historia.

El primer momento se da cuando por la vía del análisis el paciente rememora que el padre murió súbitamente de un paro cardíaco a la edad de 35 años y que él durante la residencia se sintió atraído por la actividad relacionada con la cardiología. Había sido apreciado por sus colegas debido a algunas intervenciones que realizó en casos de pacientes en urgencia cardíaca. Más tarde se inclinó por la anestesia, actividad en la que también se destacó, hasta la enfermedad de la madre.

A partir de esto recuerda todo lo que había escuchado del padre como hombre y lo que representó para él su ausencia. Decide entonces iniciar una residencia en cardiología, como una manera de ubicarse intentando salvar al padre, comenzando a separarse de ese «no alcanzar» para levantar al Otro materno de la posición melancolizada.

El segundo momento se da cuando empieza la residencia en cardiología. El paciente pasa por el discurso el cuadro de melancolización que él portaba, vía la identificación con el Otro materno. En esto se destaca el desagrado moral de que el propio yo, al decir de Freud, se encuentra empobrecido más allá de cualquier situación, privilegiada o negativa. Cuando la libido frente a la pérdida del objeto de amor no se desplaza a otro objeto, sino que inviste el yo, se produce una identificación del yo con el objeto perdido y en lo sucesivo el yo será juzgado como un objeto abandonado. En este punto el paciente utiliza el tóxico para afirmar una posición melancolizada frente a la pérdida de su madre, que a la vez era una persona eternamente triste y que el paciente luchaba por animar. El punto de *impasse* que puso el análisis a su actividad de médico anestesista le permitió pasar por el discurso esa posición de tristeza eterna. A la vez, le permitió al sujeto resituarse en la profesión de médico encontrando un nuevo rumbo a sus posibilidades profesionales. Ese día, cuando en sesión descubre que el calmante tenía este segundo nombre, «sublime», le sorprende que en su vida pensara en trabajar para llevar a cabo algo sublime, algo que lo destacara sobre el resto.

Bibliografía

- Freud, S. (1996). *Psicología de las masas y análisis del yo*. En *Obras Completas*, vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu. [1920-1921].
 Freud, S. (1996). *El malestar en la cultura*. En *Obras Completas*, vol. XXI. Buenos Aires: Amorrortu. [1930 (1929)].

- Freud, S. (1978). *Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico*. En *Obras Completas*, vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu. [1914-1916].
- Lacan, J. (1977). *Psicoanálisis, radiofonía y televisión*. Barcelona: Anagrama.
- Lacan, J. (2002). *El Seminario. Libro XVII. El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós. [1969-1970].
- Laurent, E. (1997). «Los nuevos síntomas y los Otros». En *El Caldero de la escuela*, N.º 57, Escuela de Orientación Lacaniana. Ediciones Grama.
- Laurent, E. (1998). «La ética del psicoanálisis hoy». En *Freudiana*, N.º 23, Escuela Europea de Psicoanálisis.
- Laurent, E. (2011). «Chifladuras adictivas». En *Pharmakon*, vol.12. Ediciones Grama.
- Miller, J. A. (1996). «Buenos días sabiduría». En *Colofón*, N.º 14. *Boletín de la Federación Internacional de Bibliotecas del Campo Freudiano*.

Una madre y dos paradigmas

Paula Costa, Paula Molina y Vedia,
Patricia Pierri y Silvia Rodríguez

Introducción

El presente artículo desarrolla un caso concreto que nos permite comprender la manera en que el nuevo paradigma de salud mental introduce un límite a la omnipotencia de ese Otro jurídico e institucional que encajaba complementariamente con determinado Otro familiar. Partimos de la idea de que las políticas públicas en los últimos años han incorporado el *enfoque de derechos*, entendido como la introducción del marco conceptual de los Derechos Humanos para el diseño de las políticas sociales. En este contexto, la nueva Ley Nacional de Salud Mental implementa modificaciones en el articulado del Código Civil respecto de la situación de personas declaradas incapaces. Así, restringe el alcance temporal de la medida judicial que declara dicha incapacidad y enumera específicamente las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible; todo ello en línea con la presunción de capacidad de las personas y su reconocimiento como sujetos plenos de derecho, punto de partida de la nueva Ley de Salud Mental.

En este marco, presentamos el caso de Ramón, quien, bajo iniciativa de su madre, fue declarado incapaz por orden judicial en el año 2007. Frente a esta situación, el equipo interdisciplinario tratante apuntó a construir un *agujero en el Otro*, es decir, un límite a la omnipotencia del Otro (el Otro familiar, el Otro judicial, el Otro institucional). Asimismo, el equipo tratante intentó construir con Ramón herramientas para que pudiese tramitar conflictos de forma

diferenciada del recurso de la sustancia y, en acto, tomar distancia ante ese Otro arbitrario y sin fisuras.

Contexto político, social y cultural en el que surge el nuevo paradigma de salud mental

La crisis de 2001 marcó un quiebre en el modelo de acumulación y en el rol del Estado. El aumento de la pobreza e indigencia se combinó con la falta de respuesta del aparato estatal que todavía seguía implementando ajustes fiscales, y que llegó, en el año 2001, a subejecutar aún más las partidas presupuestarias destinadas a las políticas sociales. En ese contexto, la desigualdad social agravada con la crisis tuvo, por un lado, un efecto negativo basado en el aumento del desempleo y la pobreza; por el otro, el efecto positivo de que se configurara una nueva correlación de fuerzas sociales, a partir de la cual se reformuló la política social.

A esta nueva política social se la ubica, en los últimos años, dentro de lo que Vilas (2011) denomina *enfoque integral*. Este enfoque supone un tipo de estrategia global de desarrollo e inclusión social que se propone eliminar las causas generadoras de la problemática social a partir de la transferencia de ingresos y de la promoción de políticas de desarrollo de infraestructura. A su vez, la política social tiene como misión articular los programas dirigidos a la pobreza estructural y a la población precarizada con la política económica y la estrategia de desarrollo. Para esta articulación, se destaca la importancia que tiene, según Pautassi (2011), el *enfoque de derechos*; éste propone la utilización del marco conceptual de los derechos humanos para el diseño de las políticas sociales. Eso implica, desde un punto de vista operacional, el fortalecimiento de las instituciones democráticas, a partir de la orientación de las políticas públicas hacia la promoción y protección de los derechos humanos.

En cuanto al contenido de los derechos, Franco (1997) entiende que deben ser conquistados desde las clases bajas, y que además se

podría agregar la producción de objetos culturales nuevos a los incluidos en las declaraciones de derechos humanos que tienen de base el estándar de vida de las clases altas. A esta forma de conquista la denomina «ciudadanía plebeya» y la define como una forma de identidad político-cultural que delimita el régimen democrático, al tiempo que explora las condiciones de otro camino para «otra democracia». En la misma dirección, De Souza Santos propone la epistemología del Sur, a la que entiende como el reclamo de nuevos procesos de producción y de valoración de conocimientos válidos, científicos y no científicos, «y de nuevas relaciones entre diferentes tipos de conocimientos, a partir de las prácticas de las clases y grupos sociales que han sufrido de manera sistemática las injustas desigualdades y las discriminaciones causadas por el capitalismo y por el colonialismo» (2010, p. 43). Aclara que el *Sur global* es una metáfora del «sufrimiento humano» causado por el capitalismo y el colonialismo que también existe en el *Norte global*.

Estas tendencias de pensamiento comenzaron a ponerse en práctica en varios países latinoamericanos. Esto lo reconoce Vilas cuando sostiene que las modificaciones de los aparatos de gestión pública indican las transformaciones que se están procesando en la estructura de poder, entre actores sociales y sus expresiones políticas: «Mucho más que el tamaño del Estado y de sus áreas de incumbencia está en juego en varios países de la región el rediseño profundo de las relaciones de poder político» (2011, p. 136). Es decir, ganar las elecciones significa para las clases populares compensar con el poder del Estado la subalternidad socioeconómica, cultural y social a la que se encuentran sometidas por las élites.

Dentro de este escenario descrito por el autor, Grassi destaca que desde el Gobierno argentino hubo un llamado a reconstruir el «capitalismo nacional», que convocaba a la participación ciudadana y al «cambio cultural y moral» a partir de la propuesta del «bien común» como parámetro de éxito de la política de gobierno. De esta manera, el Estado recuperaba su capacidad reguladora a través de la implementación de políticas activas de desarrollo, crecimiento eco-

nómico y trabajo. «Por boca del nuevo Presidente, la palabra “igualdad” retornaba al discurso político: “debemos hacer que el Estado ponga igualdad allí donde el mercado excluye y abandona”» (2011, p. 6).

El nuevo paradigma de salud mental y su impacto en los derechos de las personas declaradas incapaces por el Poder Judicial

Es en este contexto en el que, a fines del año 2010, se promulga la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 (reglamentada a principios del año 2013), cuyo objetivo es asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas personas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional. Asimismo, el concepto de *salud mental* receptado en la ley obliga a introducir modificaciones en el Código Civil con el fin de ceñirse a los cambios establecidos. De esta manera, el artículo 42 de la ley incorpora al Código Civil el artículo 152, que sostiene que

«las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de tres años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible».

Su destinatario es ahora considerado como sujeto pleno de derecho, y con ello se pretende resguardar en la mayor medida posible la decisión del destinatario sobre qué es lo mejor para él. Ya no se trata apenas de la resolución del juez sino que se abre un espacio para que el destinatario elija tratamiento por otros dispositivos distintos a la internación, medida que de por sí es tomada por la nueva ley como

de carácter restrictivo y residual. Es decir que sólo procederá cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social.

A su vez, la nueva ley sustituye el artículo 482 del Código Civil y establece en su nueva redacción, primer apartado, lo siguiente:

«No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial».

Es decir, pone el acento en la presunción de capacidad de las personas, y este cambio de enfoque permite modificar la forma de concebir el tratamiento. La internación ahora podrá ser voluntaria, salvo que el equipo interdisciplinario evalúe estar frente a una situación de riesgo cierto o inminente para sí o para terceros y no sean posibles los abordajes ambulatorios. Con la anterior legislación, el poder de decisión del juez reducía anticipadamente las intervenciones posibles y se limitaba al recurso de la internación involuntaria; excluía así la posibilidad de un abordaje complejo y singular, a la altura de cada situación planteada. Es decir, la nueva Ley de Salud Mental fija la subjetividad alrededor de los derechos de las personas declaradas incapaces, mientras que con el viejo modelo se fijaba la subjetividad alrededor de las carencias.

Teniendo en cuenta estas modificaciones, el nuevo paradigma, cuyo epicentro se encuentra en la presunción de capacidad de toda persona y de su carácter de sujeto pleno de derechos, todavía debe enfrentarse con la inercia del Poder Judicial y social que durante décadas ha practicado el estigma, el aislamiento, la limitación de los actos y la cronificación de la situación de quienes fueran declarados incapaces o inhábiles, sin ahorrar esfuerzos en intentar convencer sobre las bonanzas de ese encierro, para sí y para el bien común.

Ramón. El enfrentamiento del nuevo paradigma ante la arbitraria inercia del Poder Judicial junto al poder de su madre

Ramón ingresa al Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) a principios del año 2013. Comienza su tratamiento en el Servicio de Internación por ser la única alternativa; al momento del examen interdisciplinario, firma, informado, el pertinente consentimiento. Transcurridas dos semanas, Ramón se presenta en el espacio terapéutico individual y dice estar muy cansado «del encierro» porque ha pasado los últimos diez años de su vida internado en comunidades terapéuticas y en hospitales psiquiátricos. La motorizadora de gran parte de esas internaciones ha sido su madre, luego de que Ramón fuera declarado incapaz en el año 2007. Vale aclarar que, en ese tiempo, en los períodos en los que Ramón no estuvo internado, vivió durante dos años en la calle y sin tener conocimiento del domicilio de su madre y su hermano menor. Esto fue, según su madre, por «el temor a escenas que habría realizado hacia su familia». Si bien Ramón dice que quiere hacer un tratamiento y habla de su consumo de drogas y alcohol como algo problemático en su vida, no considera que la internación/reclusión sea el único dispositivo para realizarlo.

Hasta ese momento, existía un matrimonio perfecto entre esta madre y el Poder Judicial. Ante este matrimonio y teniendo en cuenta la demanda de externación de Ramón, surge la pregunta sobre su voluntariedad en el tratamiento. En una primera evaluación se infiere que, tratándose de una declaración de incapacidad del 2007, anterior a la entrada en vigencia de la nueva Ley Nacional de Salud Mental, Ramón debería ser considerado un paciente involuntario. De esta manera, el equipo se encuentra con un Poder Judicial que legaliza la arbitrariedad y la omnipotencia de la madre. Surge entonces la pregunta: ¿cómo intervenimos para sacar a Ramón de este lugar de objeto del Poder Judicial y del poder de su madre? ¿Cómo intervenimos desde el «poder institucional»?

Cuando comienza a hablar de su historia en las entrevistas, no tarda en surgir un gran enojo hacia su madre. Este enojo va tomando un papel protagónico en el tratamiento, desde el momento mismo en que su madre se presenta como su curadora oficial, portando la declaración de incapacidad de su hijo como aquello que obligaba incuestionablemente a Ramón a la reclusión como «tratamiento» único. Desde esos inicios y articulado a este posicionamiento de la madre, Ramón plantea su deseo de abandonar el tratamiento. No soporta más el encierro. Habla sobre la bronca que le da sentir que él es como un auto y su madre es quien tiene esos papeles (declaración de incapacidad que son, para él, los papeles de propiedad del auto, los papeles de propiedad de él mismo). Teniendo en cuenta estos sentimientos, se trabaja sobre el cuestionamiento de esta supuesta propiedad del Otro sobre él, tratando de limitar esa omnipotencia, de ir cavando un agujero en este hacer omnipotente, caprichoso y arbitrario de la madre.

La intervención del equipo tratante da valor a la palabra de aquel declarado incapaz masivamente desde la arbitrariedad, y así, *per via di levare*, metáfora escultórica que Freud refiere al método psicoanalítico, «ir quitando de la piedra la masa que encubre la superficie de la estatua en ella contenida» (Freud, 1905, p. 250). «Mientras la estatua flota como imagen de la fantasía ante los ojos del artista, éste continúa jugando con lo real; cuando el artista traspasa esa imagen al mármol, juega con el sueño» (Nietzsche, 2006, p. 209).

Simultáneamente, en las entrevistas vinculares se decide convocar al hermano, quien jamás había sido incluido en los tratamientos anteriores, en un espacio propio, diferente del «territorio» de la madre. De esta manera, Ramón tenía dos entrevistas vinculares semanales, una con su madre y otra con su hermano. La decisión de mantener aún el espacio con la madre tenía como fin su inclusión acotada en el tratamiento de Ramón, intentando imposibilitar una nueva exclusión de éste bajo el arbitrio de la madre, en el afuera.

El espacio de trabajo con el hermano fue fundamental porque allí se intentaba trabajar una alianza que le permitiera a Ramón construir

herramientas que hicieran de límite a esta madre y la destituyeran del lugar que ocupaba. Al tiempo, su hermano comienza a plantear sus propios conflictos con esta madre invasiva y endogámica. Así, Ramón construye herramientas, desde el humor común, y estrategias conjuntas para acotar y, a su vez, transformar su propia posición hacia la omnipotencia materna.

Respecto del exterior, las salidas del paciente se decidían exclusivamente y por acuerdo entre ambos, en el espacio terapéutico fraterno. Así, la alianza entre hermanos invita al paciente a tramitar la rivalidad y la exclusión cronificadas; esculpir simbólicamente «otra madre» e intentar ampliar lazos sociales vía el universo fraterno. Es precisamente en este momento cuando Ramón manifiesta: «Dejé de ver a mi hermano como mi enemigo, ahora me doy cuenta de que es alguien que me ayuda a arreglármelas con mi mamá...». Ramón pudo tomar estas intervenciones y pudo comenzar a involucrarse en su tratamiento, apropiándose de él como algo que quería y elegía más allá del deseo materno.

Avanzado el tratamiento en el Servicio de Internación, Ramón plantea su deseo de querer continuar en forma ambulatoria para construir una vida propia en el afuera. Ante esto surgen nuevas resistencias por parte de la madre, que no acepta la idea de externación de Ramón e insinúa con firme certeza tener el poder en el juzgado para internarlo en un hospital psiquiátrico, en el que ya estuvo. En este punto, vuelven a surgir en el equipo los interrogantes sobre la voluntariedad e involuntariedad del tratamiento de Ramón. Al realizar una nueva evaluación de la Ley Nacional de Salud Mental se observa que, en la actualidad, existen artículos que modifican otros del Código Civil que hasta el momento le permitían a la madre consensuar con el juzgado la continuidad de la internación y posibilitaban que una persona declarada incapaz por el Poder Judicial fuera internada involuntariamente.

Teniendo en cuenta esto último, la intervención comienza a tener el objetivo de «sacarle los papeles» a esta madre, en las dimensiones jurídica, psíquica e institucional, para que Ramón conduzca su pro-

pia vida. Se trabaja esto con la madre y ocurre en ella algo que produce un cambio en su actitud, dado que acepta convivir con su hijo mientras éste realiza tratamiento ambulatorio. Asimismo, el hermano aliado, semejante y a la vez diferente, vehiculiza en la vida extramuros del paciente el tránsito desde una primera y dificultosa salida con su madre –bajo el lema «comer una pizza y sus ingredientes»– hasta las últimas entrevistas, en las que hoy Ramón pregunta qué curso de formación hacer. Es un nuevo escenario de subjetivación de aquel declarado «incapaz» en el ejercicio de sus derechos y su palabra.

Consideraciones finales

A lo largo del artículo se observó que la crisis económica, política y social de 2001 tuvo como efecto negativo el aumento de la pobreza, y como efecto positivo la reconfiguración de la política social hacia el *enfoque integral*. Esta política tiene como objetivo articular la estrategia global de desarrollo con los programas dirigidos a la pobreza, a partir de la promoción y protección de los derechos humanos.

En este contexto, se destacó la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, promulgada en el año 2010 y reglamentada en el año 2013, que asegura el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional. Dentro del nuevo paradigma, se hizo foco en las personas declaradas incapaces por el Poder Judicial, mostrando que al ser consideradas actualmente como sujetos plenos de derecho, tienen la capacidad para decidir lo mejor para sí. Ello significa que podrán elegir tratamiento a través de otros dispositivos distintos de la internación.

Dentro de este marco se analizó la situación de Ramón, quien, por solicitud de su madre, comenzó tratamiento de manera involuntaria en el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) por ser declarado incapaz por el Poder Judicial en el año 2007. Ante esta

situación, el equipo interdisciplinario intervino intentando construir un agujero en el Otro (madre y Poder Judicial), para limitar este hacer omnipotente, caprichoso y arbitrario de la madre, un hacer avalado por la inercia del Poder Judicial amparado en el anterior paradigma legal, y que aún hoy en muchos casos continúa resistiendo la aplicación de la nueva ley.

Entonces, destacamos que sin el reconocimiento de las personas como sujetos plenos de derechos y de la presunción de su plena capacidad, a partir de la aplicación de la nueva Ley de Salud Mental, todo intento de subjetivación se diluiría en lo arbitrario, como otro ladrillo en la pared.

Bibliografía

- De Sousa Santos, B. (2010). *Refundación del Estado en América Latina. Perspectivas desde una epistemología del Sur*. Lima: Instituto Nacional de Derecho y Sociedad.
- Franco, C. (1997). «Ciudadanía plebeya y organizaciones sociales en el Perú. Otro camino para “otra” democracia». En Sierra, G. (dir.). *Democracia emergente en América del Sur*. México: UNAM.
- Freud, S. (1978). *Sobre psicoterapias*. En *Obras Completas*, vol. VII. Buenos Aires/Madrid: Amorrortu. [1905].
- Grassi, E. (2011). *Argentina: la Reforma neoliberal y la ¿«contra reforma»? Transformaciones estructurales y una larga transición*. Seminario internacional «Dilemas latinoamericanos actuales de cara al desarrollo y la democracia». Cátedra Alain Turaine-ITESO, Guadalajara. Recuperado el 01/09/2013 de <http://www.webiigg sociales.uba.ar/grassi>.
- Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) (2013). *Plan estratégico (2013-2015)*. Buenos Aires.
- Lacan, J. (1984). *Seminario 3. Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós.

- Lacan, J. (1984). «De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis». En *Escritos 2*. México: Siglo XXI.
- Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Nietzsche, F. (2006). *El origen de la tragedia*. México: Editorial Porrúa.
- Pautassi, L. (org.) (2011). *Perspectiva de derechos, políticas públicas e inclusión social*. Buenos Aires: Biblos.
- Vilas, C. M. (2011). *Después del neoliberalismo, Estado y procesos políticos en América Latina*. Buenos Aires: UNLA.
- Vilas, C. M. (2011). *Estrategias de acumulación y estrategias de política social* (en línea). Recuperado el 01/09/2013 de <http://www.cmvilas.com.ar>

6. Nuevos dispositivos de intervención clínica

El texto que integra este apartado se detiene en tres nuevos servicios desarrollados por el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo). En primer lugar, la *Casa Amigable*, en implementación, que consiste en un dispositivo de primer nivel para aquellos pacientes que aún no han generado pedido de asistencia. Se enmarca en la estrategia de reducción de riesgos y daños, a través de intervenciones de umbral mínimo de requerimientos. Luego, la *Casa de medio camino*, ya implementada, que consiste en un dispositivo intermedio entre la internación y la externación, para personas que tienen condiciones de salir de la internación hospitalaria, aunque no poseen ambiente receptivo. El texto también aborda la externación a partir del programa en implementación *Vuelta a casa*. Tales dispositivos invitan al pensamiento de la institución fuera del establecimiento hospitalario.

De camino a casa. Nuevos dispositivos de intervención clínica extramuros: la *Casa Amigable*, la *Casa de Medio Camino* y el *Programa Vuelta a Casa* en el marco de la (re)construcción del lazo social

Edith Benedetti y Diego Medolla

I. Condiciones socio-epocales y normativas para la implementación de los nuevos dispositivos de intervención clínica

En las últimas décadas se podrían señalar algunos hitos a nivel internacional, pero especialmente algunas experiencias locales, que llevan a la constatación del agotamiento de las prácticas manicomiales, a la necesidad de pensar cambios normativos y, consecuentemente, a la creación de nuevos dispositivos de atención en salud mental. A su vez, algunas de estas experiencias, de cierto modo, se reflejan en la nueva Ley Nacional de Salud Mental.

Antes de discurrir brevemente sobre tales experiencias, se hace necesaria la remisión a la *Teoría del hospital*, de Ramón Carrillo, una obra insoslayable en el proceso para otorgar un nuevo estatuto al concepto de salud y para asentar las bases de ciertos cambios en la Argentina. Ciertamente la tradición de sanitaristas argentinos como Carrillo y Ferrara debe ser resaltada en una reflexión sobre la salud en nuestro país.

A propósito de ello quisiéramos destacar, entre los antecedentes nacionales de gran relevancia, una iniciativa puesta en marcha durante la gestión de Floreal Ferrara en el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Durante la década del 80, se generó el llamado «Movimiento por un sistema integrado de salud». Allí se trabajaba con cursos de Medicina Social, y también se daba inicio a la reflexión sobre cómo sería un sistema integrado de atención progresiva de la

salud. La salud era concebida por Ferrara no como el *estado de completo bienestar*, usualmente presente en documentos internacionales, sino como la capacidad de resolver conflictos, intrínsecos a la vida misma. Esto supone pensar la salud como algo no circunscrito al individuo, sino desde una concepción social e histórica, que a su vez aporta a la idea de la participación ciudadana como indicador de salud mental. A partir de allí, se desarrolla el *SIAPROS*: «Sistema Integrado de Atención Progresiva».¹ En ese marco, la puerta de entrada al sistema era un dispositivo llamado *ATAMDOS*, que significa «Atención Ambulatoria Domiciliaria de la Salud». Dicho dispositivo consistía en disponer equipos interdisciplinarios (integrados por médicos generalistas, enfermeros, trabajadores sociales y psicólogos) para el trabajo en los barrios. A través del sistema se desarrolló, además, por medio de la implementación de la unidad sanitaria, el trabajo de producción y promoción de la salud en el primer nivel de asistencia. Se partió del concepto de *disponibilidad*, es decir: poner efectores allí donde las personas lo necesitan. Asimismo, se promovió la participación de los ciudadanos, con herramientas tales como el armado de redes sociales y cartografías del territorio, así como comisiones de salud, que posibilitaban a las personas pensar qué necesitaban, en el ámbito de la salud, en su territorio (por ejemplo, una zanja, agua potable, asfalto, una escuela, la campaña de vacunación, planificación familiar, etc.). Tales estrategias dan testimonio de una construcción en primer nivel de atención que antecedió y se refleja en dispositivos actualmente en implementación.

Sin embargo, ¿qué se entiende, más precisamente, por «atención progresiva»? Se trata de la articulación de los distintos niveles de complejidad, desde una lógica que busca que el Estado intervenga progresivamente desde el primer nivel hasta la alta complejidad.

1. Tuve la oportunidad de ser coordinadora de salud mental a cargo de la Región sanitaria VII, que comprendía La Matanza, Tres de Febrero, Morón (que abarcaba Ituzaingó y Hurlingham), Merlo, Moreno, General Rodríguez, Marcos Paz, Las Heras y Luján (Edith Benedetti).

Siendo así, en los hospitales generales se abrieron internaciones breves –el programa SAC (Servicio de Atención en Crisis)– que posibilitaban resolver episodios agudos psicopatológicos, como cuadros de intoxicación por consumo problemático de sustancias. Es decir, en los hospitales generales se implementaron guardias en salud mental y camas para la salud mental, con la premisa de que la internación no se realizara en el manicomio.

En ese marco, vale mencionar además la experiencia que llevamos a cabo en la Colonia Cabred, conocida como *Open-door*. A fines de los años 80, enmarcado en un proceso de disminución de las internaciones prolongadas, se abrió el mencionado SAC, así como un servicio para tratar adicciones en la Colonia. Se dio inicio, por ejemplo, a la externación de pacientes crónicos en una cooperativa agraria.

Experiencias como éstas –en el *primer nivel de atención* y en la *externación*– fueron cruciales para el establecimiento de ideas centrales en la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657. Por ejemplo, la atención brindada por un *equipo interdisciplinario*, presente especialmente en el capítulo VI, y en el capítulo V, artículo 9º:

«El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales».

Este pasaje representa una primera condición normativa para la creación de nuevos dispositivos de externación, como también para el énfasis en los principios del primer nivel de atención. Si el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito hospitalario, es necesario crear condiciones para la externación de pacientes con una larga trayectoria de internaciones, pero que eventualmente podrían orientarse hacia la restitución de lazos, desde el momento en que sean creados dispositivos con este fin.

Asimismo, es imprescindible tener en cuenta la consideración legal respecto de las adicciones:

«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» (cap. II, art. 4º).

Posteriormente se agrega, además, que el padeciente tiene «derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud» (cap. IV, art. 7º, inc. a.).

Según la Ley Nacional de Salud Mental, la internación debe considerarse como el último recurso y, de ser necesaria, no debe concebirse como algo desarticulado con el ulterior proceso de externación. A esto se añade la necesidad de diseñar también los dispositivos de externación de los referidos pacientes que cuentan con muchos años de internación.

Respecto de ello y de los posibles «nuevos dispositivos», la Ley N.º 26.657 dispone:

«La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de

trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas».

Los elementos normativos señalados son condición necesaria e invitan al pensamiento sobre la atención fuera del ámbito hospitalario. Sin embargo, para que tales condiciones sean suficientes, es imprescindible un complejo proceso de construcción institucional.

A partir de lo antedicho, entendemos que es imperioso concebir las transformaciones, las leyes y la clínica en clave de época y en situación. Si se debe pensar la atención preferentemente fuera del ámbito hospitalario, ¿cómo forjar un dispositivo que contemple a los pacientes crónicos? ¿Qué respuestas se pueden ofrecer a estos pacientes que llevan otro tiempo de tratamiento, que están desanudados, con una vinculación social extremadamente lábil, que atravesaron múltiples tratamientos y cuya situación exige una intervención de mayor profundidad? ¿Qué estrategia cabe frente a lo que está en extremo «desanudado», «desafiliado», frente a lo que ni siquiera llegaría al establecimiento hospitalario? A continuación presentaremos la propuesta del dispositivo de primer nivel de atención *Casa Amigable*, así como el proceso de externación propuesto por el Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).²

II. Las *Casas Amigables* como estrategia de anudamiento en nivel primario

Las denominadas *Casas Amigables* favorecen el ingreso a tratamiento de pacientes que aún no han generado pedido de asistencia. Este

2. Cabe añadir que, en la misma constelación y bajo los mismos principios de los dispositivos que son objeto del presente artículo, también se implementará en breve la *internación domiciliaria*. La internación en el establecimiento hospitalario pasa a ser entonces el último recurso, se trata de un dispositivo que posibilitará dar respuestas a muchas situaciones de necesidad, considerando la singularidad del caso y sin tener que valerse de un recurso extremo.

dispositivo posibilita trabajar desde la reducción de riesgo y daño, con intervenciones de umbral mínimo de exigencia. Permite afianzar el contacto y construir una demanda que, bajo la hipótesis del «desanudamiento», no cabe suponer articulada.

Este dispositivo extramuros se encuentra en proceso de implementación en el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo). Partimos de los principios del primer nivel de atención y, a su vez, del referido paradigma de reducción de riesgo y daño, con el objetivo de construir un espacio con un umbral mínimo de requerimientos. El dispositivo consiste en casas en el territorio que funcionan las 24 h. Por «umbral mínimo de requerimientos» se entiende que alguien pueda venir, quedarse a dormir, al otro día irse y al otro día volver, sin horarios preestablecidos. Concebimos como parte del proceso esas *idas y venidas*; son lo que le permiten al equipo empezar a construir un lazo y comenzar a establecer una marcación institucional. En eso consiste el «umbral mínimo»: no hay una reglamentación para los usuarios que les exija estar determinado tiempo, de modo que, si no se cumple, son excluidos. El término «amigable» indica ese paso para que algo distinto pueda ocurrir.

En el marco de la reducción de riesgos y daños, ¿qué se desarrolla en este dispositivo? El lugar posibilita llevar a cabo actividades variadas: las personas que tengan un consumo problemático pueden estar, acercarse, bañarse, comer, mirar televisión, dormir, así como iniciar un trabajo con el equipo, a través de grupos, talleres, actividades artísticas, etc. Además de esto –y fundamentalmente– los sujetos pueden aproximarse a un espacio que aloje algo de lo que les ocurre y, en ese lapso de tiempo, se interrumpe el consumo.

El dispositivo está diseñado sobre todo para chicos que están en situación de calle o de pasillo, es decir, pasillos de la villa. Actualmente, en estos pasillos hay chicos que son de esas mismas villas y hay otros que han llegado a comprar, a consumir y allí se quedan. Estas *Casas* son lugares donde hay mucha necesidad por parte de sujetos que tal vez no llegarían, de otro modo, al establecimiento hospitalario. En función de eso se propone este dispositivo como un modo de dar respuesta a esa necesidad.

Por lo tanto, lo que se establece en la *Casa Amigable* no implica necesariamente un tratamiento. El tratamiento está en el horizonte del dispositivo y constituye uno de sus objetivos. No obstante, es un trabajo previo al tratamiento, un punto de partida. Del mismo modo trabajan los operativos en los barrios: a través de una alternativa de primer nivel, con el fin de acercar algo allí, ponerlo a disposición y aproximar el equipo a un trabajo que puede devenir en un pedido de tratamiento –en otros términos, posibilita la *construcción de la demanda*– o no, pero siempre entendiendo que es un momento en el que se interrumpe el consumo de sustancias. De este modo se configura la reducción de riesgo y daño; en el momento del contacto con el dispositivo, hay algo que construye un lazo social e interrumpe ese *estar en la calle*. Lo que está en cuestión es el desamparo social, que produce desamparo subjetivo, y desde ese lugar es posible deconstruir ese desamparo. En este sentido, el objetivo y la direccionalidad clínica del dispositivo es, por cierto, construir un cambio en la posición subjetiva.

Para la implementación de esta línea, hemos cartografiado los territorios, una etapa imprescindible para partir de lo situacional y no de algo preestablecido o preformateado. Si bien consideramos que es necesario tener en cuenta los elementos de orden *macro*, es indispensable partir de la singularidad dentro de lo plural. Asimismo, el hecho de que el hospital lleve allí el dispositivo implica un incremento de la presencia del Estado en dichos territorios. Finalmente, entendemos que para empezar a anudar algo de esto que está completamente desanudado, la *Casa Amigable* es un espacio posible.

III. Dos dispositivos que configuran el proceso de externación del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo)

En relación con la continuación de tratamientos de pacientes crónicos, el hospital construye y pone en marcha la implementación de

dos dispositivos que pueden funcionar de modo complementario y que recorren todo el camino que va desde la internación hospitalaria hasta la externación en el ámbito familiar, comunitario, social. La primera etapa de esta trayectoria es la *Casa de Medio Camino*.

1. *Casa de Medio Camino*

El primer dispositivo ya implementado –*Casa de Medio Camino*– surge ante el gran desafío de diseñar una estación intermedia entre la internación y la externación. Está concebido para aquellos pacientes, especialmente los crónicos, que están en condiciones de pasar de internación a tratamiento ambulatorio, pero no tienen un grupo familiar receptivo, o que, tras un largo periodo de aislamiento, tienen escasos vínculos.

Uno de los elementos relevantes en este dispositivo es, reiteramos, pensar la *continuidad del tratamiento*; de este modo, la salida del establecimiento hospitalario no debe representar un abandono o interrupción abrupta. Comprendemos que si hay una transferencia establecida con el equipo tratante en la internación, cortar este proceso o cambiar el equipo puede ser iatrogénico, es decir, puede obstaculizar esa etapa del proceso. En la *Casa de Medio Camino* se llevan a cabo una serie de actividades que permiten la construcción de la autonomía, en paralelo al tratamiento clínico con el mismo equipo actuante en la internación. Nuestro principal objetivo en este marco es acompañar al sujeto para lograr una autonomía posible, con respaldo institucional, sin que se trate de un «abandono» (una preocupación recurrente de los pacientes cuando el alta es inminente), pero tampoco de una relación de dependencia cronicante con el «Otro institucional».

El primer paso para el desarrollo del dispositivo fue la adquisición de una propiedad, con los ambientes y artefactos habituales de una casa. El equipamiento de la vivienda se llevó a cabo con similares criterios. El propósito es que los habitantes puedan vivenciar –además del tratamiento ambulatorio y de otras actividades que refuerzan el lazo social (talleres, grupos, salidas, actividades artísticas,

laborales, entre otros)–, paulatinamente, la cotidianeidad, los quehaceres domésticos, la planificación de las comidas y la limpieza, la organización y el uso del tiempo, la promoción de hábitos saludables y el autocuidado, en el marco de la convivencia. Dichas tareas, usuales para cualquier individuo, son frecuentemente extrañas al paciente con larga internación. La posibilidad de experimentarlas, con el gradual incremento de la responsabilidad que conllevan, forma parte del camino hacia la referida autonomía. Se debe agregar que el dispositivo funciona con un coordinador, enfermería 24 h y acompañantes terapéuticos. Asimismo, se realizan entrevistas con la familia de los pacientes que habitan la *Casa*, y eventualmente se organizan paseos los fines de semana, con el objeto de estimular el reanudamiento del vínculo familiar.

2. Programa *Vuelta a Casa*

El segundo dispositivo, en proceso de implementación –*Vuelta a Casa*–, está centrado en la externación efectiva. Está diseñado para pacientes crónicos, con distintos tratamientos e internaciones, con los cuales, en virtud de algunas características de su padecer, difícilmente se logre construir una independencia completa respecto de la institución.

El programa consiste, en términos generales, en otorgar un subsidio a estos pacientes, para que puedan tener una vida relativamente independiente. Eso se implementa junto con un tratamiento permanente, y por medio de dispositivos que promuevan, dentro de lo posible, la reinserción social de estos sujetos.

El dispositivo puede eventualmente constituir un segundo paso para aquellos pacientes que estuvieron en la *Casa de Medio Camino* y que, por sus características y por la ausencia de un ambiente familiar que los aloje, sean posibles candidatos para el programa *Vuelta a Casa*. Si, por un lado, la *Casa de Medio Camino* constituye una estación momentánea, el programa *Vuelta a Casa*, por otro, imagina lo permanente.

La respuesta que anteriormente se ofrecía ante estos casos era la estructura asilar. No es poco común que algunos pacientes internados reiteren discursos arraigados en la idea «fuera de aquí, me muero». No obstante, constatamos que otras respuestas ante tales casos son posibles y deseables. Este dispositivo apunta a mantener el vínculo institucional y el respaldo que la institución ofrece al sujeto, pero con una vida fuera del hospital. El subsidio establece una base mínima para vivir fuera del hospital, lo cual no implica el fin del tratamiento, que puede ser permanente, y se analiza en función de las condiciones de la patología del paciente.

A través de ambos dispositivos –*Casa de Medio Camino* y *Programa Vuelta a Casa*– se espera que el paciente (anteriormente destinado a una internación asilar permanente, con prácticas manicomiales) pueda tener una vida relativamente independiente –aún de modo incipiente–, más allá de que tenga que continuar con un tratamiento ambulatorio (quizá por muchos años, en el caso del segundo programa). Se busca generar las condiciones para que el paciente acceda a un trabajo, a una vida social; en otras palabras, los dispositivos trabajan para la construcción del lazo social, que es, en definitiva, nuestra meta de fondo.

Bibliografía

- Carrillo, R. (1951). *Teoría del hospital*. En *Obras Completas*, tomo I. Buenos Aires: Eudeba.
- Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) (2013). *Plan Estratégico (2013-2015)*. Buenos Aires. Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Ministerio de Salud del Gobierno del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires (gestión Dr. Floreal Antonio Ferrara) (s. f.). *SIA-PROS. Sistema Integral de Atención Progresiva de la Salud*.

Acerca de los autores

Sebastián ABAD. Licenciado en Filosofía. Director del Centro de Pensamiento Contemporáneo de la Universidad Pedagógica de la provincia de Buenos Aires (UNIPE) y director de Hydra Capacitación e Hydra Editorial.

Mariana AGOSTA. Médica. Residente de primer año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Carolina ALCUAZ. Licenciada en Psicología. Integrante del equipo profesional del Servicio de Internación Breve del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y docente de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) de dicha institución. Se desempeña además como supervisora clínica de las Residencias de Psicología del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez y del Hospital General de Agudos P. Piñero.

Beatriz BALDELLI. Licenciada en Psicología con orientación en Salud Comunitaria. Integrante del Área de Formación del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Jefa a cargo del Centro de Día «La Otra Base de Encuentro», dependiente del Área Programática del Hospital General de Agudos P. Piñero, y consultora y supervisora de trabajos de equipos de campo.

María Lorena BATTÁN CARABAJAL. Licenciada en Psicología. Residente de primer año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

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

Mariana BERMEJO. Licenciada en Trabajo Social. Residente de primer año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Sergio BERKOWSKY. Médico especialista en Psiquiatría y psicoanalista. Integrante del equipo profesional del Servicio de Internación del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Eduardo BOGLIANO. Licenciado en Trabajo Social. Desarrolla tareas en el Centro de Día «La Otra Base de Encuentro», dependiente del Área Programática del Hospital General de Agudos P. Piñero, y es consultor y supervisor de trabajos de equipos de campo.

Soledad BORDALECOU. Licenciada en Trabajo Social. Integrante del equipo interdisciplinario del Servicio de Atención a la Demanda Espontánea del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Martín BRUNI. Licenciado en Trabajo Social. Integrante del equipo interdisciplinario del Servicio de Atención a la Demanda Espontánea del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Se desempeña además como titular de la

Guardia Interdisciplinaria de salud mental del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich.

Paula Gabriela CABANCHIK. Técnica superior en Pedagogía y Educación Social. Coordinadora del Servicio de Atención Primaria de la Salud del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Mariana CANTARELLI. Profesora de enseñanza media y superior y licenciada en Historia. Coordinadora del Área de Formación del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y coordinadora académica de Ediciones Licenciada Laura Bonaparte, sello editorial de dicha institución. Es también directora de Hydra Capacitación e integrante del comité editorial de Hydra Editorial.

Laura Beatriz CASTRO. Licenciada en Trabajo Social. Residente de primer año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Vanina Paula CATALÁN. Licenciada en Trabajo Social, integrante del equipo interdisciplinario del Servicio de Atención Primaria de la Salud del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) e instructora de residentes de Trabajo Social de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) de dicha institución.

Haydee Gloria CIMINO. Profesora en Pedagogía y licenciada en Psicología. Psicóloga de planta permanente del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Se desempeña en la actualidad como coordinadora en el Servicio de Consultorios Externos de dicha institución.

Laura Daniela CITTADINI CARRERA. Licenciada en Psicología. Integrante del equipo interdisciplinario del Servicio de Atención Primaria de la Salud del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Florencia COHEN ARAZI. Licenciada en Trabajo Social. Trabajadora social del Servicio Hospital de Día del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y miembro del equipo docente de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) de dicha institución. Se desempeña además como perito en Cámara Civil con competencia en familia.

Pablo Andrés CORONEL. Médico especialista en Psiquiatría infanto-juvenil y médico legista. Integrante del equipo interdisciplinario del Servicio de Atención Primaria de la Salud del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) e instructor de residentes de Psiquiatría de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) de dicha institución. Se desempeña además como integrante del equipo interdisciplinario de la Guardia de Salud Mental del Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde.

Paula COSTA. Licenciada en Psicología. Psicóloga del Servicio de Internación del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Analia DEL VALLE MORENO. Médica. Residente de primer año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Alejandra DOALLO. Licenciada en Psicología y psicoanalista. Psicóloga del Servicio Hospital de Día del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

María Cecilia ELIA. Licenciada en Trabajo Social y especialista en Abordaje Integral de las Problemáticas Sociales en el Ámbito Comunitario. Integrante del equipo interdisciplinario del Servicio de Atención a la Demanda Espontánea del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Se desempeña además como trabajadora social en el Centro Provincial de Atención Avellaneda, dependiente de la Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones de la provincia de Buenos Aires.

Pablo FABRYKANT. Médico especialista en Psiquiatría. Integrante del equipo profesional del Servicio de Internación Breve del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Meital FELDER. Licenciada en Psicología. Residente de primer año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Patricia FRIDMAN. Licenciada en Psicología y en Sociología. Integrante del equipo interdisciplinario Servicio de Atención a la Demanda Espontánea del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Se desempeña además como suplente de la Guardia Externa Interdisciplinaria del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich.

Gabriela GALLAND. Licenciada en Psicología. Integrante del equipo interdisciplinario del Servicio de Atención a la Demanda Espontánea del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Silvana GARGIULO. Licenciada en Psicología. Integrante del equipo interdisciplinario del Servicio de Atención a la Demanda Espontánea del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adic-

ciones (ex CeNaReSo). Se desempeña además como perito de oficio en juzgados nacionales.

Rubén Bernardo GHÍA. Licenciado en Psicología y magíster en Prevención y Asistencia de las Drogodependencias. Jefe del Departamento de Asistencia Integral del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Silvia GHISELLI. Licenciada en Trabajo Social. Desarrolla tareas en el Centro de Día «La Otra Base de Encuentro», dependiente del Área Programática del Hospital General de Agudos P. Piñero, y es consultora y supervisora de trabajos de equipos de campo.

Gabriel HAGMAN. Médico especialista en Psiquiatría. Exjefe de residentes e instructor de Psiquiatría de la Residencia de Salud Mental del Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía. Integrante del equipo interdisciplinario del Servicio de Atención a la Demanda Espontánea del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Nadia JAUSKEN. Licenciada en Psicología. Integrante del Área de Gestión de Pacientes del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Natalia LAMOTHE. Médica especialista en Psiquiatría. Exjefa de residentes de Psiquiatría de la Residencia de Salud Mental del Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú. Coordinadora del Servicio de Atención a la Demanda Espontánea del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Se desempeña además como titular de la Guardia Interdisciplinaria de Salud Mental del Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú.

Laura LOMBARDI. Licenciada en Trabajo Social. Integrante del Servicio de Atención a la Demanda Espontánea del Hospital Nacional

en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Se desempeña además en el Programa de Atención Domiciliaria Psiquiátrica en Situación de Crisis del Hospital Infanto-Juvenil C. Tobar García.

Rocío MABILIA GARÓFALO. Estudiante de Psicología. Integrante del Área de Gestión de Pacientes del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Alejandra MAULA. Médica especialista en Psiquiatría y psicoanalista, realizó también la especialización en Psicología y Psicoanálisis de los Vínculos. Integrante del equipo interdisciplinario del Servicio de Atención a la Demanda Espontánea del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Diego MEDOLLA. Director institucional de la Fundación FEPSA y coordinador de la *Casa de Medio Camino* del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Paula MOLINA Y VEDIA. Licenciada en Trabajo Social y maestranda en Políticas Sociales. Trabajadora Social del Servicio de Internación del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Carlos ARIEL MORALES. Licenciado en Psicología. Residente de primer año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RI-SaM) del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Andrea MOYANO. Licenciada en Psicología. Directora asistente del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo), y coordinadora del Comité de Gestión Ambiental de dicha institución.

Marcelo OLMEDO. Licenciado en Psicología, miembro de EOL y de la AMP. Titular de Guardia del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Ignacio PELERETEGUI. Licenciado en Psicología y especialista en Psicología Clínica y Terapia Cognitiva. Psicólogo del Servicio Hospital de Día del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Roxana PIEDIFERRI. Licenciada en Trabajo Social. Integrante del equipo profesional del Servicio de Internación Breve del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Patricia PIERRI. Licenciada en Psicología. Psicóloga del Servicio de Internación del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Paula PIÑERO. Médica. Residente de primer año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Alejandra POZZER. Licenciada en Psicología. Residente de primer año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Silvia QUEVEDO. Licenciada en Psicología, licenciada en Sociología y psicoanalista. Integrante del Área de Formación del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Se desempeña además como admisora, directora de diversos cursos y coordinadora académica del Programa Bidual de Actualización en Toxicomanías en el Centro de Día «Carlos Gardel» del Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía, y como direc-

tora de cursos y supervisora de casos en el Centro de Día «La Otra Base de Encuentro», dependiente del Área Programática del Hospital General de Agudos P. Piñero.

Mariano Gustavo REY. Licenciado en Psicología. Coordinador del Departamento de Asistencia Integral del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) e instructor de residentes de Psicología de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) de dicha institución.

Silvia Inés RODRÍGUEZ. Abogada y mediadora, combina el ejercicio privado de la profesión con el trabajo en administración pública. Actualmente forma parte del equipo del Servicio Jurídico Asistencial del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Andrés RODRÍGUEZ EVANS. Licenciado en Psicología. Integrante del equipo profesional del Servicio de Internación del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Teresa Romina SAEG. Médica especialista en Psiquiatría, con posgrado completo de la carrera de Médico especialista en Psiquiatría del Hospital José T. Borda. Integrante del equipo interdisciplinario del Servicio de Atención a la Demanda Espontánea del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Se desempeña además como suplente de la Guardia Externa del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez.

Leticia STORINO. Licenciada en Trabajo Social. Integrante del equipo profesional del Servicio de Internación Breve del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Sara SZEINMAN. Licenciada en Psicología. Coordinadora del equipo profesional del Servicio de Internación Breve del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Sobre el sello Ediciones Licenciada Laura Bonaparte

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

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

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

Lic. Edith Benedetti
Interventora general y directora de la editorial

Cantidad de ejemplares: 300
Este libro se terminó de imprimir
en Bibliográfika, Bucarelli 1160,
Ciudad Autónoma de Buenos Aires,
en el mes de abril de 2014.

En este volumen reunimos una serie de trabajos presentados en la *1° Jornada de salud mental y adicciones*, realizada en octubre de 2013 en el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo).

¿Qué modalidades de intervención clínica pueden plantearse en el marco de la implementación de la nueva Ley de Salud Mental? ¿Qué implica pensar un dispositivo clínico en este marco? Con estas interrogaciones como norte, los artículos seleccionados analizan diversos dispositivos clínicos de intervención (Atención Primaria de la Salud, Atención a la Demanda Espontánea, tratamientos ambulatorios, urgencia, internación y dispositivos de externación) que se distribuyen en los tres niveles de atención en salud mental.

A través de este volumen inaugural buscamos difundir el conocimiento construido por los miembros del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) sobre sus prácticas institucionales y asistenciales. Está destinado, por ello, a interesados, profesionales, equipos interdisciplinarios y efectores que se dedican al amplio y complejo campo de la salud mental y las adicciones.



**Ministerio de
Salud**
Presidencia de la Nación

Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales



Hospital Nacional en Red
Especializado en salud mental y adicciones.
EX. CENARES0

