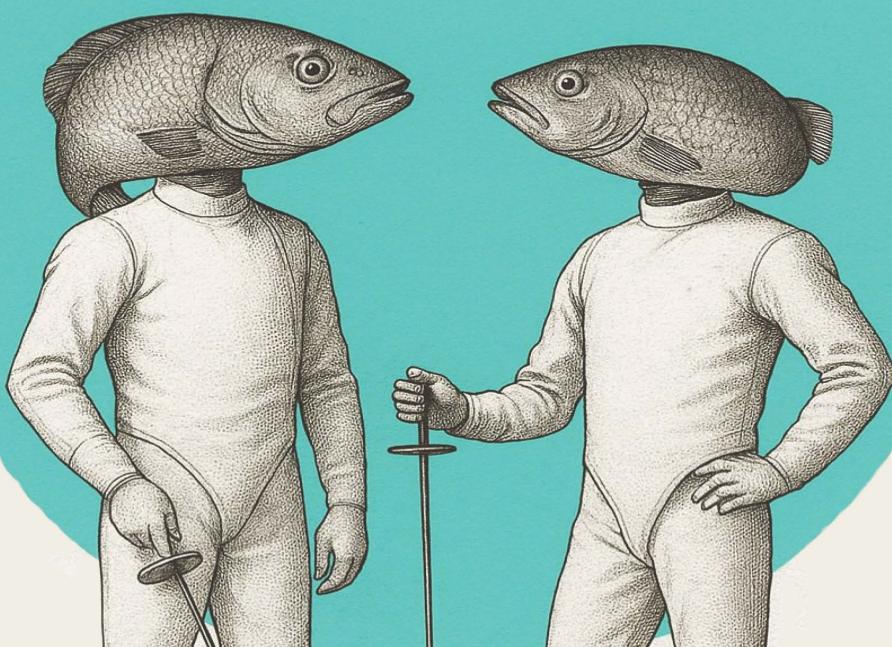


Gabriela Souto (Compiladora)

¿Narrativas en disputa?

Aportes para el abordaje de las problemáticas de consumo



Gorbacz, L./Trimboli, A./ San Miguel, T. / Spivak, C. / Pérez Barboza, H./ Coletti, M. / Touzé, G./ Dinamarca, M. / Gómez, P. / Brain, A. / Leicach, B. / Laurente, P./ Morales, J. / Fusco D. / Leitner, W.

¿Narrativas en disputa?
Aportes para el abordaje
de las problemáticas de consumo



¿Narrativas en disputa?

Aportes para el abordaje de las problemáticas de consumo

Gabriela Souto
(Compiladora)



**Editorial EDUCA
Universidad Nacional del Comahue
Neuquén - 2025**

¿Narrativas en disputa?: aportes para el abordaje de las problemáticas de consumo / Alberto Trimboli ... [et al.]; Compilación de Gabriela Souto; Prólogo de Paulo Amarante; Sabrina A. Contreras. - 1a ed. - Neuquén: EDUCO - Universidad Nacional del Comahue. Editorial Universitaria del Comahue, 2026.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-604-670-1

1. Prevención de Adicciones. 2. Adicciones. 3. Salud Mental. I. Trimboli, Alberto II. Souto, Gabriela, comp. III. Amarante, Paulo, prolog. IV. Contreras, Sabrina A. , prolog.

CDD 362.29

Declarado de interés Municipal por el Concejo Deliberante de la Ciudad de Neuquén, Res. N° 169/2025. Aprobada por unanimidad en la Sesión Ordinaria N° 22/2025 con fecha 11/12/25.

© 2025 – **EDUCO**

Editorial de la Universidad Nacional del Comahue.

Buenos Aires 1400 – (8300) Neuquén – Argentina.

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio.

Sin el permiso expreso de **EDUCO**.

*A la memoria de Alberto Calabrese, referente y amigo.
Por su palabra siempre viva y por seguir acompañando,
aún en la ausencia.*

Índice

Presentación.....	Pág. 9
Agradecimientos.....	Pág. 11
Sobre los autores.....	Pág. 13
Prólogo	
Paulo Amarante	Pág. 17
Prólogo	
Sabrina A. Contreras	Pág. 19
PARTE I: Narrativas y su incidencia en las problemáticas de consumo	
Discriminación, consumos y subjetividad: apuntes para pensar la intervención.	
Alberto Trimboli	Pág. 23
Paradigmas y leyes en tensión en salud mental.	
Leonardo Gorbacz	Pág. 52
La prevención en el campo de los consumos problemáticos.	
Graciela Touzé	Pág. 83
PARTE II: Clínica de los consumos	
Construcción histórica y social de la problemática del consumo.	
Claudio Spivak	Pág. 111
Conformaciones de la consulta, la admisión y la derivación en el entramado de los dispositivos de atención.	
Gabriela Souto	Pág. 125
Actos consumidos.	
Héctor Pérez Barboza	Pág. 142
Consumo, dolor y función del analista.	
Tomasa San Miguel	Pág. 155
Pasión por las apuestas y ludopatía.	
Mariela Coletti	Pág. 164

PARTE III: Experiencias de abordaje sociosanitarias y territoriales

El consumo problemático es una cuestión de salud: experiencias de abordaje en el Hospital Álvarez (CABA).

Alejandro Brain - Betsabé Leicach.....Pág. 181

Casa de Mujeres: relato de experiencia sobre la construcción de un dispositivo.

Mariana Dinamarca - Paola Gómez.....Pág. 199

Casa de Atención y Acompañamiento Comunitario

“Ni un pibe menos por la Drogas”.

Jaqueline Morales - Pablo Laurente.....Pág. 222

El Juego Responsable: una definición y el compromiso del

Instituto Provincial de Juegos de Azar del Neuquén.

Wanda Leitner - Diana Fusco.....Pág. 233

Presentación

Los textos que integran esta compilación son fruto de un trabajo sostenido, impulsado desde una política del lazo. El libro tiene su origen en el curso “Consumos problemáticos: abordaje integral desde una perspectiva de Derechos Humanos”, dictado durante el segundo cuatrimestre de 2024 por la Subcomisión de Consumos Problemáticos y Adicciones del Colegio de Psicólogos de la provincia de Neuquén, bajo mi coordinación.

La formación se centró en tres ejes principales: los Derechos Humanos, las problemáticas de consumo en la actualidad y los modos de abordaje. Asimismo, se propuso revisar y delimitar prácticas, analizar los efectos del discurso y reflexionar sobre la relación entre política y ética.

El curso contó con la participación de referentes provinciales y nacionales en la temática, con el propósito de generar un espacio de intercambio entre diversas miradas y prácticas en torno a las problemáticas de consumo.

De ese espacio de formación - de esa caja de resonancias - emergió el deseo de otorgar cuerpo, texto y materialidad a los aportes de quienes participaron en los encuentros. Se buscó evidenciar las narrativas que se tensan y se entrelazan, configurando distintos niveles de intervención y trazando escenarios políticos, clínicos y territoriales que marcan horizontes y dejan huellas en los sujetos.

Este libro reúne, en consecuencia, una selección de clases y artículos elaborados especialmente para esta edición. Su propósito es poner a disposición de la comunidad académica, profesional e institucional un conjunto de aportes que contribuyan a la comprensión y a la intervención en un campo de indudable relevancia social y sanitaria.

Con esta publicación se busca consolidar un espacio de producción colectiva de conocimiento, promover la circulación de diversas perspectivas y aportar a la construcción de políticas y prácticas que, desde una mirada integral y basada en los derechos, permitan afrontar los desafíos que presentan las problemáticas de consumo en nuestra sociedad.

Gabriela Souto

Agradecimientos

A los docentes que participaron del curso, por ofrecer con generosidad su tiempo y su voz, por trazar posiciones y convertirse, sin saberlo, en causa y latido de este proyecto.

A quienes sostuvieron la formación, por plantar preguntas que germinan una y otra vez en estas páginas.

A Paulo Amarante, por su lectura luminosa y por tender el hilo inicial que abre este libro.

A Sabrina Contreras pos sus palabras y al Colegio de Psicólogos de Neuquén, por acompañar con constancia cada intento y cada búsqueda.

A María Isabel Campos Matoso por aceptar “la movida del Cata” y traducir el prólogo.

A la Universidad Nacional del Comahue, por darle cuerpo y territorio a estas ideas.

Al Instituto de Juegos de Azar, por su apoyo y la confianza puesta en este recorrido.

A las personas lectoras, que se acercan con deseo de comprender y con voluntad de ampliar la mirada.

A quienes consultan, a los pacientes y a las personas usuarias de los servicios, cuya presencia tensa, interroga y también impulsa; porque en ellos y con ellos se escribe parte de esta historia.

Y, sobre todo, a aquellos que alojan y sostienen a quienes pueden ser familia. En especial a ellos.

Sobre los autores

Alejandro Brain. Médico psiquiatra. Especialista en consumos problemáticos. Psiquiatra en la sala de internación del Hospital General de Agudos Teodoro Álvarez desde el año 1998. Coordinador General de la Residencia en Psiquiatría. Autor y compilador de "Sala Abierta". Internaciones en salud mental en un hospital general. Traductor del libro "Yo Acuso. Las mentiras que matan a los adictos" de la Dra. Annie Mino.

Alberto Trimboli. Dr. en Psicología. Especialista en Psicología por el Ministerio de Salud de Nación. Se desempeñó como Director Nacional de Investigación de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación (SEDRONAR). Fundador, expresidente y actual presidente honorario de la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM). Ocupó el cargo de presidente de la Federación Mundial de Salud Mental (WFMH) entre 2017 y 2019. Se desempeñó como Coordinador del Sector de Adicciones del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez hasta octubre del 2024. Es profesor y actual codirector de la Carrera de Especialización en Adicciones de la Universidad Nacional de Tucumán. Director de la Diplomatura en Políticas, Gestión y Administración de Sistemas y Servicios de Salud Mental. El profesor en diferentes espacios de formación y autor y compilador de diversos libros.

Betsabé Leicach. Médica especialista en Psiquiatría. Se desempeña como coordinadora del Sector de Adicciones del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez. Especialista en Adicciones por la Universidad Nacional de Tucumán (UNT). Realizó la residencia en Salud Mental en el Hospital Álvarez y fue jefa de residentes. Supervisa residentes y concurrentes de SM de CABA y participa de espacios de docencia en cursos de Salud Mental de CABA.

Claudio Spivak. Lic. En Psicología (UBA). Psicólogo clínico. Psicoanalista. Miembro de la Escuela de la Orientación Lacaniana y de la Asociación Mundial del Psicoanálisis. Docente de la Facultad de Psicología de la UBA.

Diana Fusco. Licenciada en Psicología. Maestría en prevención y tratamiento multidisciplinario de las adicciones en CESUN (México). Diplomada en Responsabilidad Social y Sostenibilidad en la Universidad Torcuato Di Tella/ Buenos Aires. Integrante de la Comisión Interdisciplinaria de género de IJAN. Gestión de Responsabilidad Social de IJAN (Neuquén). Coordinadora de Responsabilidad Social de la Unidad. Coordinadora de Juego Responsable y Responsabilidad Social de ALEA/Argentina. Coordinadora de la Comisión de Responsabilidad Social Corporativa y Juego responsable de CIBELAE.

Gabriela Souto. Licenciada y Profesora en Psicología (UBA). Especialista en Consumos Problemáticos (UNT). Se desempeñó como psicóloga en el Sector de Adicciones del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez entre el 2014 y el 2018. Fué capacitadora y coordinadora de la Dirección de Capacitación de la Sedronar. Se desempeñó como investigadora en el Observatorio Argentino de Drogas de la Sedronar y en el Observatorio de Consumos Problemáticos de la Provincia de Neuquén entre el año 2020 y el 2024. Docente y directora de espacios de formación vinculados a la temática. Fundadora y coordinadora de la Subcomisión de Consumos Problemáticos y Adicciones del Colegio de Psicólogos de Neuquén. Actualmente se desempeña en el área de Consumos Problemáticos Adicciones de la Secretaría de Emergencias y Gestión de Riesgos de la Provincia de Neuquén.

Graciela Touzé. Es Trabajadora Social por la Universidad de Buenos Aires y Especialista en Ciencias Sociales y Salud por FLACSO. Miembro fundadora y Presidenta de Intercambios Asociación Civil desde 1995. Es profesora e investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires desde 1990, consultora del Grupo Internacional de Investigación en Toxicomanías de la Federación Internacional de Universidades Católicas, con sede en París (Francia) desde 1989, y miembro del Consejo Consultivo del Programa Nacional de Educación y Prevención de las Adicciones y el Consumo Indebido de Drogas del Ministerio de Educación de la Nación desde 2010. Es autora de numerosos libros y artículos sobre su especialidad en publicaciones nacionales e internacionales.

Héctor Pérez Barboza. Licenciado en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Practicante del Psicoanálisis. Psicólogo en el Centro Carlos Gardel de Asistencia en Adicciones (CABA). Docente de la UBA, UADE, UNSAM, AASM. Supervisor de práctica clínica. Co-Director en Fabulari (espacio de enseñanza de psicoanálisis para la clínica de la época). Autor y colaborador en diferentes libros y publicaciones.

Jaqueine Morales. Psicóloga Social. Técnica en procesos comunicacionales y análisis grupal (Vínculo, Primera Escuela de Psicología Social de Neuquén), Técnica superior en minoridad y familia (SÉNECA). Posgrado Universitario en Acompañantes Comunitarias Contra la Violencias de Género (Univ. Pcial. Cba). Diplomatura universitaria "Facilitadores en prácticas comunitarias: consumo problemático y adicciones" (UNCO). Operadora sociocomunitaria (ISEI). Coordinadora CAAC Sapere (Neuquén). Miembro del Movimiento Nacional #NiUnPibeYPibaMenosPorLaDroga

Leonardo Gorbacz. Psicólogo. Ex Diputado Nacional. Autor de la ley nacional de salud mental 26.657. Ex Jefe de Gabinete del Gobierno de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur. Es docente invitado en diferentes espacios de formación. Es coautor de numerosos libros y artículos sobre su especialidad.

Mariana Dinamarca. Licenciada y Profesora en Psicología (UNLP). Esp. en Psicología Forense. Se desempeña como psicóloga de planta del Servicio de Adicciones del Hospital Castro Rendón.

Mariela Coletti. Psicóloga y psicoanalista. Graduada en Maestría en clínica psicoanalítica UNSAM (Universidad Nacional de San Martín). Directora de Entrelazar (centro asistencia e investigación de la adicción al juego) desde el 2006. Perte-
nece a EOL (Escuela de la orientación lacaniana) y miembro de TYA (toxicoma-
nías y alcoholismo). Miembro fundadora Socilej (Sociedad científica iberolati-
noamericana para el estudio del juego). Docente en diferentes espacios de forma-
ción y en cursos de posgrado. Autora de "La adicción al juego... No va más?" y
coautora en distintos libros y revistas.

Paola Gómez. Médica generalista con perspectiva de género. Feminista. Coordi-
nadora General del Dispositivo de abordaje y acompañamiento comunitario de
bajo umbral con perspectiva de género para Mujeres gestantes, puérperas e infan-
cias "Casa de mujeres, las resilientes".

Pablo Laurente. Docente (EPEA n°3). Técnico agropecuario (con especialización
en producción animal). Profesorado en educación técnica (INET). Diplomatura
universitaria "Facilitadores en prácticas comunitarias: consumo problemático y
adicciones" (UNCO). Miembro del Movimiento Nacional #NiUnPibeYPibaMe-
nosPorLaDroga. Coordinador CAAC (S. P. Chañar). Concejal en la localidad de
San Patricio del Chañar (2023/2027)

Tomasa San Miguel. Psicoanalista. Ex Residente y Jefa de Residentes del Hospi-
tal Evita de Lanús. JTP de Clínica de la Urgencia Titular Dra Inés Sotelo. Adjunta
de Psicopatología II, Titular Dr. Fabián Schejtman, Facultad de Psicología (UBA).
Docente de Posgrado Facultad de Psicología (UBA). Investigadora UBACyT.
Autora y Compiladora del libro "La escritura del nudo", Ed. Brueghel. Integrante
de la Revista "Huellas: Psicoanálisis y territorio". Docente y Supervisora de hospi-
tales públicos. Supervisora Hospital Nacional en Red Laura Bonaparte.

Wanda Leitner. Licenciada en psicología (UBA). Maestría en prevención y asis-
tencia de las adicciones (Universidad del Salvador - Argentina/ Universidad de
Deusto-España)- Tecnicatura en gestión y responsabilidad social. Jefa de departa-
miento de juego responsable del Instituto Provincial de Juegos de Azar del Neu-

quéen. (2006-2024). Miembro de la comisión científica de la unidad coordinadora de responsabilidad social y juego responsable de la asociación de loterías, quinielas y casinos del estado argentino (Alea).

Prólogo

Paulo Amarante. *Médico psiquiatra. Doctor y Posdoctor en Salud Pública y Salud Mental. Investigador Senior de la Fundación Oswaldo Cruz. Integra el Laboratorio de Estudios e Investigaciones en Salud Mental y Atención Psicosocial (LAPS) y el Centro de Estudios Estratégicos (CEE).*

Una herramienta para superar el obscurantismo en el ámbito del uso problemático

El tema del “consumo problemático de sustancias” es uno de los que más producen posicionamientos polarizados, emocionales y radicalizados en los tiempos contemporáneos.

Del lado conservador, proliferan apoyos ruidosos a la “guerra contra las drogas”, a la criminalización y penalización del consumo, a las internaciones involuntarias, a los tratamientos compulsivos, a la abstinencia total, a las políticas de prevención y represión del uso, así como a supuestas relaciones irrefutables entre enfermedad mental, drogas y otros aspectos vinculados al género.

Desde otra perspectiva, se defienden - y se ejercen, con un éxito que vale la pena remarcar - propuestas de reducción de daños, de construcción de vínculos con los sujetos, de prácticas de cuidado de si y de cuidado mutuo, de cuidado en libertad, de regulación del uso de sustancias y, fundamentalmente, de promoción de la ciudadanía y respeto a los Derechos Humanos.

En la línea del conservadorismo, se multiplican las clínicas de “desintoxicación” y de tratamientos de “drogadictos”, muy especialmente las autodenominadas “comunidades terapéuticas”: entidades absolutamente indefinibles como instituciones de salud. Quizás esta sea, incluso, la única definición posible: estas “comunidades terapéuticas” no son instituciones de salud. Muy por el contrario, constituyen un fraude profundo al proyecto ético, político y epistemológico de las Comunidades Terapéuticas (con C y T mayúsculos y sin comillas), aquellas verdaderas que, concebidas por T.H. Main, M. Jones y tantos otros, fueron pioneros en las propuestas de participación política y protagonismo de los usuarios y trabajadores de la salud mental en los procesos de reforma psiquiátrica.

Este es, de hecho, uno de los aspectos que más nos moviliza: la corrupción consciente y perversa de un proyecto tan innovador e históricamente central para la transformación de prácticas, instituciones y saberes psiquiátricos arcaicos, totalitarios y violentos.

Por estos motivos, resulta especialmente significativo y oportuno el surgimiento de *¿Narrativas en disputa? Aporte para el abordaje de las problemáticas de consumo*, un libro que ofrece reflexiones, experiencias y propuestas consistentes y muy bien fundamentadas, rigurosamente comprometidas con la ética del cuidado, en libertad, de los sujetos que hacen un uso problemático de sustancias, y con las políticas contemporáneas adoptadas por la mayoría de los países y de los organismos internacionales en torno a la regulación consciente y ciudadana del uso de sustancias.

En particular, desde la aprobación de la Ley 26.657, la Ley Nacional de Salud Mental, Argentina ha sido escenario de importantes innovaciones en este campo. Y en relación con el uso problemático de sustancias y otras prácticas —como el uso de pantallas o las apuestas en línea— no ha sido la excepción. Numerosas reflexiones y experiencias innovadoras han caracterizado la producción argentina, así como su reconocimiento en la región.

Cabe destacar, además, la contribución fundamental que subraya que la cuestión del consumo problemático de sustancias no puede pensarse al margen de los Derechos Humanos, ni sin considerar la necesidad de trabajar en red, de no excluir a los propios sujetos de sus procesos de cuidado ni de contextualizar las prácticas en sus dimensiones sociales, culturales, económicas y políticas.

Así, considero que este libro ocupará un importante lugar de referencia para los procesos de construcción de posibilidades y estrategias clínicas, éticas y políticas en el campo del uso de sustancias en Argentina. Incluso en un escenario nacional desfavorable, su desarrollo puede volverse más prometedor en la medida en que se consolida en el país un proceso social comprometido con las transformaciones que constituyen la base misma de este libro.

Estoy seguro que este libro será una herramienta imprescindible en este proceso.

¡Que se haga un buen uso!

Prólogo

Sabrina A. Contreras. Lic. en Psicología (UNCo). Presidenta del Colegio de Psicólogos de Neuquén.

El desafío de materializar el trabajo de varios meses en este libro, sin dudas enorgullece e invita a sostener y acompañar iniciativas que permitan continuar las líneas del desarrollo del conocimiento y distintas formas de intervención en un contexto particular y situado.

Esta obra, es el resultado de un trabajo colectivo motorizado por el interés de problematizar el contexto particular en el que habitamos y las problemáticas del consumo, que nos circundan.

Iniciamos la lectura de este recorrido de tres tiempos, en el que, durante el primero, es imperativo revisar las normas legales que enmarcan roles, funciones, modos de pensar, y metodologías de intervención, en el campo de la Salud Mental. El primer apartado, nos permite tener como horizonte los aspectos e incumplimientos legales de las prácticas, sin dejar de observar los propios marcos de referencia, así como las representaciones sociales que nos atraviesan en relación a las sustancias, al que consume, lo deseable o lo que se determina de acuerdo al binomio normal/ patológico. De este modo, la posibilidad de poder revisar los distintos modelos de abordaje desde una mirada crítica, nos interpela a continuar trabajando en este sentido, a considerar la apertura hacia la complejidad desde una óptica multidimensional. En tal sentido, es de vital importancia considerar, según lo que menciona Touzé respecto al “carácter social e histórico de la construcción del *problema de la droga*”.

En la segunda parte de este recorrido, nos encontramos con perspectivas que profundizan en el análisis de las características y particularidades de las problemáticas de consumo, en una sociedad que, de manera constante, presenta estos nuevos modos de identificación del ser con la categoría de *ser consumidor*. De esta manera, pensar en dispositivos específicos, como intervención que habilitará o no la posibilidad de un tratamiento, nos desafía a revisar las prácticas iniciales y los posicionamientos de los profesionales, que permitirán apertura o rechazo del sujeto que consulta.

Por otro lado, conceptualizaciones como la de “actos consumidos”, invita a plantear una perspectiva particular para el tratamiento de esta problemática, que no encuadra en una categoría diagnóstica, pero si, permite delinear otras formas de direccionar los abordajes específicos.

La perspectiva de los autores, trazada a partir del psicoanálisis, da cuenta de la necesidad de una práctica contextualizada, orientada a la apertura de las preguntas que se dirigen a la producción de una subjetividad distinta a la que se impone en una sociedad de consumo.

Finalmente, en la tercera parte, se dan a conocer dispositivos concretos, propuestas que emergen de la problemática local y que, por un lado, nos permite poner en valor la experiencia de las y los profesionales de la zona, y, por otro, dar cuenta del establecimiento de redes como posibilidad de intervención y su relevancia en el trabajo comunitario.

Sin dudas, el despliegue de los diversos conceptos y propuestas que se desarrollan a lo largo de este libro, se transforman en una herramienta fundamental tanto para profesionales, como para aquellas personas que estén vinculadas a esta temática. La problemática del consumo y sus efectos, requiere del compromiso continuo de revisión de miradas, abordajes y los propios posicionamientos que tengan por objeto, sostener una práctica ética y responsable.

PARTE I

Narrativas y su incidencia en las problemáticas de consumo



Discriminación, consumos y subjetividad: apuntes para pensar la intervención

Alberto Trimboli

En los últimos años, diversos grupos han promovido con insistencia la derogación de la Ley Nacional de Salud Mental o bien la creación de una legislación específica para el abordaje de las adicciones. Estas iniciativas no son aisladas: en la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires, así como en el Congreso Nacional, tanto en la Cámara de Diputados como en el Senado, se despliegan de manera sostenida acciones de lobby con el fin de modificar el marco normativo vigente.

Frente a estos intentos, es fundamental subrayar que ya existe una ley específica sobre consumos problemáticos: se trata del Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP), Ley 26.934. Aunque formalmente es una ley, que lamentablemente aún no fue reglamentada, su carácter programático le otorga la dimensión de plan de acción, estableciendo criterios, dispositivos y formas de abordaje que están en plena sintonía con los principios consagrados por la Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Esta articulación normativa da cuenta de una perspectiva integral que no requiere de nuevas leyes, sino de una implementación plena y sostenida.

Aunque resulte evidente que los consumos problemáticos constituyen una dimensión de la salud mental, los sectores que impulsan modificaciones legislativas suelen ser los mismos que históricamente han resistido los avances en materia de derechos en este campo. Lo preocupante es que, en lugar de fortalecer las políticas existentes, muchas veces se busca segmentar y aislar los consumos de las demás problemáticas de salud mental, reproduciendo miradas reduccionistas y estigmatizantes.

Este fenómeno se inscribe en un problema más amplio: la persistencia de un sistema de salud que tiende a desentenderse de los consumos y que rechaza a las personas que consumen. Lejos de ser un rasgo exclusivo del contexto argentino, este patrón se verifica a escala global. Sin embargo, en nuestro país, adquiere formas particularmente graves, ya que se articula con una trama social fuertemente atravesada por el rechazo y la discriminación hacia quienes consumen sustancias, en especial sustancias ilegales.

Este rechazo no se dirige solamente a quienes atraviesan consumos problemáticos o situaciones de adicción. La estigmatización recae sobre todo consumidor, operando como una forma de exclusión social que se legitima desde múltiples

espacios: los medios de comunicación, los discursos políticos, las instituciones de salud y también, muchas veces, desde el propio sentido común.

Como profesionales, o funcionarios públicos, o integrantes de equipos de gobierno, no estamos exentos de reproducir estos prejuicios. Formamos parte de una sociedad que ha construido imaginarios muy potentes sobre el consumo y sus implicancias, y aunque no somos responsables de nuestro origen familiar o cultural (no elegimos en la familia y el entorno en que nacemos), sí tenemos la responsabilidad de revisar críticamente nuestros marcos de referencia cuando ocupamos lugares de decisión o intervención. En ese sentido, la inclusión debe ser un imperativo ético, por encima de cualquier condicionamiento heredado o construido por la sociedad.

El problema no reside en el objeto, en la sustancia, el dispositivo o la tecnología, sino en la relación que cada sujeto establece con él. De hecho, existen consumos problemáticos que no implican sustancias, como los que se dan actualmente en entornos digitales: redes sociales, videojuegos, apuestas online, uso compulsivo del celular o navegación sin límites. La sociedad aún no ha tomado plena conciencia de esta problemática emergente, y sin embargo, su impacto subjetivo y social es cada vez más visible.

No podemos atribuir la responsabilidad al objeto en sí: la sustancia y la tecnología están disponibles para todos. Lo que diferencia un uso del otro es la configuración subjetiva de esa relación. Un número reducido de personas establece con esos objetos un vínculo problemático, y entre ellas, no todas desarrollan una adicción o requieren la abstinencia como único horizonte posible.

En muchos espacios académicos y sociales persiste la idea de que todas las drogas son inherentemente peligrosas por sí mismas. Sin embargo, esta afirmación generalizada no resiste un análisis riguroso. En realidad, cualquier objeto, conducta o sustancia puede tornarse problemática en función del vínculo que una persona establezca con ella. El ejemplo de la alimentación es ilustrativo: existen múltiples problemáticas vinculadas a la comida, la bulimia, anorexia, obesidad, entre otras, que no responden simplemente a la presencia o ausencia de un alimento, sino a complejas configuraciones subjetivas.

Este enfoque es crucial para revisar críticamente las posiciones abstencionistas que sostienen que el único objetivo válido de un tratamiento debe ser el abandono total del consumo. Si bien en muchos casos la suspensión del consumo puede ser beneficiosa, especialmente tratándose de sustancias no esenciales para la vida, no siempre constituye la única ni la mejor vía posible de recuperación o mejora de la

calidad de vida. En ciertas situaciones, el objetivo puede ser transformar un consumo problemático en un consumo no problemático, y este matiz es clave para evitar intervenciones rígidas o moralizantes que lo único que consiguen es que el paciente abandone el tratamiento.

En este sentido, es fundamental comprender que no todo consumo es necesariamente problemático. Si una persona comparte una comida familiar acompañada por una copa de vino o una cerveza, eso no suele ser interpretado como un signo de adicción. Sin embargo, el consumo de sustancias prohibidas, incluso en ausencia de consecuencias negativas, es rápidamente etiquetado como “adicto”, en gran medida por el peso de los prejuicios sociales.

Esta disparidad en las representaciones tiene un profundo anclaje cultural: vivimos en una sociedad que condena el consumo de ciertas sustancias más por su estatus legal o simbólico que por sus efectos reales. Esta lógica contribuye a reforzar estigmas, dificultar la demanda espontánea de ayuda y limitar los abordajes posibles desde una perspectiva de derechos.

Como profesionales del campo de la salud mental y los consumos problemáticos, no podemos sostener nuestras prácticas sobre la base de prejuicios ni representaciones sociales que, aunque compartidas ampliamente, no se corresponden con la realidad empírica. Las representaciones sociales operan como construcciones simbólicas colectivas que permiten a las sociedades alcanzar ciertos consensos provisорios cierto fenómenos complejos, generando un marco de referencia que tranquiliza y orienta. Sin embargo, estos marcos compartidos no necesariamente reflejan la verdad ni promueven intervenciones justas o efectivas.

Una de las representaciones más arraigadas sostiene que los consumidores de sustancias son jóvenes, pobres y delincuentes. Esta imagen, que opera como un estereotipo simplificador, invisibiliza la diversidad de trayectorias vinculadas al consumo y oculta el hecho de que se trata de una problemática transversal, que atraviesa todas las clases sociales, edades y contextos culturales.

Incluso la valoración moral del consumo varía según el origen social de la persona. Cuando una persona de sectores populares consume, se lo asocia con el delito; cuando lo hace alguien de sectores acomodados, se interpreta como parte de una experiencia lúdica o recreativa. Esta doble vara no solo reproduce desigualdades estructurales, sino que legitima respuestas punitivas selectivas. En una expresión pública muy significativa, una exgobernadora, actual diputada nacional, afirmó que “no es lo mismo fumarse un porro en una villa que en Recoleta”. Este

tipo de declaraciones no solo refuerzan estigmas, sino que cristalizan la desigualdad como criterio para interpretar la conducta.

Desde una perspectiva ética y profesional, resulta imprescindible desarticular estas representaciones. Los consumos problemáticos deben ser comprendidos como fenómenos complejos, atravesados por múltiples dimensiones: sociales, económicas, políticas, subjetivas, vinculares y también espirituales. Solo así es posible diseñar e implementar abordajes integrales, respetuosos de los derechos humanos y ajustados a las singularidades de cada persona.

Uno de los desafíos más persistentes en el abordaje de los consumos problemáticos es la tendencia a simplificar fenómenos que, en realidad, son profundamente complejos. Esta simplificación se expresa tanto en los discursos institucionales como en las prácticas de intervención, y resulta particularmente dañina cuando se trata de adicciones. Reducir la problemática a categorías binarias impide captar la multiplicidad de factores que configuran la relación singular de cada persona con el consumo.

Esta mirada simplista se vuelve aún más problemática cuando quienes solicitan ayuda encuentran serias dificultades para acceder a dispositivos de atención adecuados. Conseguir un turno en un hospital general, por ejemplo, sigue siendo una tarea extremadamente difícil para muchas personas que atraviesan un consumo problemático. Aunque no se trata de afirmar que el hospital general deba concentrar toda la oferta asistencial, su relevancia simbólica es indiscutible: representa, para buena parte de la población, el lugar legítimo del acceso a la salud, aquel al que se acude por situaciones cotidianas como una gripe, una extracción dental, un accidente o un parto.

En ese contexto, cuando los hospitales rechazan la atención a personas con consumo problemático, el mensaje que se transmite a la sociedad es profundamente excluyente: se refuerza la idea de que hay personas que pueden ser asistidas en el sistema de salud y otras que deben ser atendidas “en otro lado”, que se haga cargo otro: la justicia o la policía. Esta lógica no solo atenta contra los principios de equidad y universalidad, sino que reproduce la estigmatización estructural hacia las personas que consumen.

Es cierto que, a partir de la Ley Nacional de Salud Mental, ha habido avances significativos en la inclusión de los consumos problemáticos en los dispositivos públicos. Sin embargo, los recursos siguen siendo notablemente insuficientes. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la jurisdicción con mayor presupuesto del país, el único Hospital de Día público especializado en consumo problemático es

el que funciona en el Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez. Cabe destacar que esta experiencia no surgió como resultado de una política pública planificada, sino a partir de la iniciativa de un grupo de profesionales que decidió impulsar un dispositivo de atención en respuesta a una necesidad urgente.

Este escenario reafirma la necesidad de intervenir desde la complejidad, abandonando las simplificaciones diagnósticas o morales, y construyendo estrategias interdisciplinarias, accesibles y respetuosas de los derechos de quienes atraviesan situaciones de consumo.

A pesar de los prejuicios iniciales, algunas de las experiencias de atención en consumos problemáticos fueron consolidándose con el tiempo. En algunos casos, esto ocurrió por el impulso sostenido de equipos profesionales que lograron instalar dispositivos de atención específicos, generando una transformación institucional progresiva. En el Hospital Álvarez, por ejemplo, el trabajo con personas que atraviesan consumos comenzó en 1989, y en 2003 se creó formalmente el Hospital de Día. En sus inicios, estas propuestas fueron recibidas con fuertes resistencias, basadas en estigmas profundamente arraigados: el temor a “llenarse de drogadictos”, los prejuicios sobre la peligrosidad, la sospecha constante sobre la figura del consumidor.

Con el tiempo, las resistencias iniciales hacia la atención de los consumos problemáticos en el Hospital Álvarez comenzaron a ceder. Esto no se dio por un cambio espontáneo en las representaciones sociales, sino gracias a la legitimación que otorgan las prácticas clínicas sostenidas, los resultados visibles en los procesos de atención y el reconocimiento por parte de las propias comunidades. Hoy, si bien nadie discute la necesidad de que siga existiendo el dispositivo específico para estos abordajes, persisten serias dificultades ligadas a la escasez de recursos, la falta de voluntad política y la limitada expansión territorial de los servicios.

Uno de los principales obstáculos sigue siendo el modo en que se construye socialmente la figura del consumidor de sustancias. La representación dominante, frecuentemente reforzada por medios de comunicación, discursos institucionales y ciertos actores del propio sistema de salud, presenta a estas personas como violentas, imprevisibles, peligrosas, incluso como “zombis”. Esta imagen deshumani zante obstaculiza la empatía, legitima la exclusión y exime a las instituciones de su responsabilidad en garantizar el derecho a la salud.

Este imaginario estigmatizante tiene consecuencias directas en las prácticas de atención. En numerosos servicios, tanto públicos como privados, se rechaza a quienes presentan consumos problemáticos. En el ámbito privado, muchas veces

se los acepta únicamente si disponen de recursos económicos suficientes, aun cuando no se justifique clínicamente la necesidad de internación o tratamiento. En los hospitales públicos, por su parte, la frase “*aquí no se atienden adicciones*” se ha vuelto tristemente común, configurando un mensaje de exclusión institucional frente a una problemática que debería ser considerada prioritaria en salud pública.

Frente a este panorama, es indispensable promover e institucionalizar enfoques interdisciplinarios e intersectoriales, que reconozcan la complejidad del fenómeno y la necesidad de abordarlo desde múltiples dimensiones. Superar las lógicas expulsivas y construir una red de atención accesible, inclusiva y respetuosa de los derechos humanos no es un gesto de buena voluntad, sino una obligación indelegable del sistema de salud.

Uno de los obstáculos más frecuentes que enfrentan las personas con consumos problemáticos es la fragmentación de los dispositivos de atención. Es habitual que los pacientes refieran haber recorrido múltiples centros antes de lograr ser recibidos, lo cual evidencia no solo una barrera en el acceso, sino también una desarticulación entre los distintos niveles del sistema de salud. Esta situación pone en evidencia la necesidad de trabajar en red. Entender que ninguna disciplina ni institución está sola frente a esta problemática permite distribuir responsabilidades, enriquecer los abordajes e integrar saberes provenientes de distintos campos profesionales y sectores sociales.

El abordaje en red favorece no solo una atención más eficaz, sino también una práctica profesional menos solitaria y angustiante. Cuando se habilita el trabajo interdisciplinario e intersectorial, los equipos logran sostener intervenciones más sólidas, evitando recaer en la exigencia de “resolver todo” desde una única posición.

En este marco, resulta pertinente revisar críticamente ciertas clasificaciones que, lejos de facilitar la atención, han contribuido a reforzar la exclusión. Una de ellas es la categoría de “paciente dual”, utilizada para referirse a personas que presentan un diagnóstico psicopatológico y a la vez un consumo problemático. Esta noción carece de fundamento clínico sólido y ha generado efectos altamente problemáticos.

En la práctica, el diagnóstico de “paciente dual” ha operado como una etiqueta que justifica el rechazo institucional. En los servicios de salud mental se sostiene que no se atienden adicciones; en los dispositivos de atención en adicciones se argumenta que no se atienden cuadros psiquiátricos. Así, las personas quedan excluidas de ambos espacios, sin un lugar legítimo donde recibir atención.

Además, la idea de “dualidad” supone que existen dos cuadros psicopatológicos independientes y coexistentes, por ejemplo, psicosis y adicción, cuando en realidad las manifestaciones clínicas deben ser comprendidas desde una lógica integral, que reconozca la interacción entre factores subjetivos, sociales y culturales. La utilización indiscriminada de etiquetas como “trastornos por consumo de sustancias”, que no es un cuadro, sino un síntoma de un cuadro preexistente, corre el riesgo de reproducir clasificaciones vacías, que fragmentan la atención y desdibujan las trayectorias singulares de los sujetos.

Frente a ello, es necesario reafirmar una perspectiva compleja, que se aleje de etiquetas estigmatizantes y que habilite la construcción de dispositivos realmente accesibles, inclusivos y respetuosos de los derechos de quienes atraviesan situaciones de sufrimiento subjetivo.

El enfoque hegemónico en salud mental, especialmente el que se desprende de clasificaciones como el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM), ha contribuido a consolidar una mirada reduccionista sobre los consumos problemáticos. Desde esa perspectiva, el foco se coloca sobre la sustancia o la conducta adictiva en sí misma, desatendiendo las condiciones subjetivas, históricas y sociales que le dan sentido.

Una lectura más compleja y clínica permite comprender que el consumo no puede ser pensado como fenómeno aislado, sino como una manifestación secundaria de otras configuraciones previas del padecimiento subjetivo. En muchas personas, el consumo problemático se inscribe sobre una estructura previa de vulnerabilidad en salud mental, que puede incluir desde padecimientos psicóticos hasta sufrimientos subjetivos no patologizados. Este enfoque permite explicar por qué, frente a un mismo objeto, la sustancia, algunas personas desarrollan una relación problemática y otras no. No es la sustancia en sí la que determina la adicción, sino el lugar que ocupa en la economía psíquica del sujeto.

Este punto, aunque pueda parecer evidente para quienes trabajan cotidianamente en el campo, no está suficientemente internalizado en los discursos profesionales generalizados. En muchos ámbitos formativos o clínicos, todavía persiste la idea de que el trabajo con consumos requiere herramientas “especiales” o ajena a las propias de la formación profesional de base. Esta representación es reforzada por la figura del “especialista en adicciones”, concebido casi como un actor separado del campo general de la salud mental.

Este modo de pensar conduce a situaciones absurdas, como la fragmentación del abordaje clínico entre distintos profesionales: psicólogas o psiquiatras que

trabajan con una persona pero derivan el tema del consumo a otro dispositivo “especializado”. Esta práctica, que puede observarse tanto en el sistema público como en el privado, refuerza la exclusión simbólica del sujeto que consume, y reproduce la idea de que el consumo es algo escindido de la subjetividad integral de la persona.

Reafirmar que el abordaje de los consumos problemáticos es parte constitutiva del campo de la salud mental, y no un saber marginal o “adjunto”, resulta esencial para construir intervenciones clínicas integrales, continuas y no expulsivas. Esto implica reconocer que las herramientas necesarias para estos abordajes ya existen en las distintas disciplinas, y que lo que se requiere es una mayor articulación, formación específica y compromiso institucional.

En la práctica profesional, persisten aún concepciones erróneas y simplificaciones que obstaculizan una comprensión profunda de los consumos problemáticos. Uno de los errores más frecuentes es focalizar la intervención exclusivamente en la sustancia o en la conducta visible, desatendiendo los factores subjetivos que sostienen dicha conducta. Esta mirada superficial impide construir abordajes integrales y tiende a reforzar respuestas sintomáticas y poco eficaces.

Desde los aportes fundacionales del psicoanálisis, ya a comienzos del siglo XX, Freud señalaba que no se enferma quien quiere, sino quien puede, aludiendo a que los procesos de padecimiento psíquico responden a configuraciones complejas de determinaciones múltiples. Su teoría de las series complementarias, que articula factores constitucionales, experiencias tempranas, acontecimientos desencadenantes y contextos históricos, resulta aún vigente para pensar cómo ciertos consumos se tornan problemáticos en algunas personas y no en otras.

En este marco, resulta esencial indagar las condiciones de posibilidad del consumo problemático como expresión de una conflictiva subjetiva previa. Es decir, que el consumo no puede entenderse de forma aislada, sino como parte de un entramado clínico más amplio, que incluye formas de sufrimiento psíquico, trayectorias biográficas, estructuras vinculares y condiciones sociales. No se trata solo de identificar una “sustancia”, sino de reconocer un cuadro psicopatológico o padecimiento psíquico, leve, severo o moderado, que muchas veces permanece invisibilizado incluso para quienes brindan atención.

No son infrecuentes los casos de personas que han estado institucionalizadas durante largos períodos sin que se haya establecido un diagnóstico claro. Esta omisión no solo limita la calidad de la intervención, sino que perpetúa la desresponsabilización clínica. El vínculo entre consumo y padecimiento psíquico debe

entenderse como un circuito recursivo: el consumo puede agravar un cuadro previo, y dicho cuadro puede intensificar la compulsión al consumo, generando un círculo vicioso que debe ser abordado de manera conjunta y no fragmentaria.

En este punto, también es necesario desmitificar ciertas narrativas instaladas en el imaginario clínico y social. Una de ellas sostiene que “las adicciones no se curan” o que “una persona adicta lo será para siempre”. Estas ideas, reforzadas por analogías simplistas con enfermedades crónicas como la diabetes, instalan un horizonte de cronicidad inevitable y cancelan la posibilidad de transformación subjetiva. Asimismo, categorías como “adicto activo” o “adicto en recuperación” perpetúan una identidad patologizante, donde la persona queda fijada a un diagnóstico que le impide construir una narrativa de cambio.

Estas representaciones no solo son inexactas desde una perspectiva clínica, sino que también consolidan un modelo de intervención que produce clientes cautivos, sellados simbólicamente por una etiqueta que los acompañará de por vida. Frente a esto, es fundamental recuperar una perspectiva clínica que restituya la posibilidad de elaboración, de cambio y de autonomía en el camino de quienes atraviesan consumos problemáticos.

En el abordaje de los consumos problemáticos, resulta crucial diferenciar entre la internación (terapéutica) y el encierro (arbitrario o injustificado). La internación, en el marco de un proceso clínico, es una herramienta válida y necesaria en situaciones específicas, como en momentos de crisis aguda o cuando existe riesgo cierto para la integridad del paciente o de terceros. En estos casos, su función es proteger, contener y habilitar un espacio de intervención intensiva y transitoria.

Sin embargo, otra realidad muy distinta se expresa en aquellas situaciones donde la internación no responde a criterios clínicos claros, sino a lógicas punitivas, morales o económicas. En estos casos, el encierro se impone como un fin en sí mismo, desprovisto de justificación terapéutica. Se trata de situaciones en las que personas son institucionalizadas durante meses o años simplemente por haber consumido alguna sustancia, sin que medie una evaluación integral o un plan de tratamiento estructurado. Este tipo de prácticas no solo carecen de evidencia científica, sino que constituyen violaciones a los derechos humanos.

En un contexto donde existen avances significativos en psicofarmacología, psicoterapia, trabajo comunitario e inclusión social, prolongar internaciones más allá de lo estrictamente necesario resulta injustificable. Las internaciones prolongadas tienen efectos devastadores: deterioran la autonomía, obstaculizan la reincisión laboral o educativa, debilitan los vínculos familiares y profundizan la

estigmatización. En muchos casos, la “rehabilitación” posterior al encierro consiste en reconstruir las capacidades que fueron anuladas por la propia lógica institucional.

La situación se agrava en aquellas instituciones que, bajo la retórica de la profesionalización, implementan “programas” estructurados en fases rígidas, que se replican sin considerar la singularidad de cada caso. Se trata de dispositivos donde, una vez que la persona egresa y presenta una recaída, frecuentemente mínima, como el consumo aislado de una sustancia, se le indica que debe reiniciar el proceso desde el principio, como si nada hubiera ocurrido. Esta lógica lineal, que borra la trayectoria subjetiva, convierte el tratamiento en una experiencia circular, frustrante e ineficaz.

Estas prácticas, muchas veces direccionadas hacia familias con capacidad económica, configuran un modelo de atención centrado en la cronificación del padecimiento. Se instala la noción de que la persona “adicta” será siempre “adicta”, en una identidad inmodificable, lo que justifica tratamientos indefinidos, ingresos prolongados y una dependencia estructural de las instituciones.

Frente a esto, es necesario reivindicar el derecho a la atención en salud mental bajo criterios clínicos, éticos y de derechos humanos. Implica reconocer que el uso de sustancias no es sinónimo de adicción ni de consumo problemático. Existen múltiples formas de uso, muchas de las cuales no generan consecuencias negativas para la vida cotidiana de las personas. Aceptar esta complejidad es un paso indispensable para desmontar los discursos que confunden uso, abuso y dependencia, y para construir dispositivos de atención que respeten la dignidad, autonomía y singularidad de quienes consultan.

En el abordaje clínico y comunitario de las sustancias psicoactivas, uno de los desafíos más relevantes es diferenciar entre uso, consumo problemático y adicción, categorías que suelen confundirse tanto en el discurso social como en el institucional. Esta confusión da lugar a diagnósticos imprecisos, derivaciones erróneas y tratamientos inadecuados.

Un ejemplo elocuente es el del consumo excesivo esporádico, frecuente en contextos festivos, especialmente entre adolescentes y jóvenes. En muchos de estos casos, se trata de personas que no consumen con regularidad, pero que lo hacen de manera desmedida en ocasiones puntuales, generando consecuencias físicas o psíquicas severas. El organismo no responde igual cuando debe procesar ciertas sustancias en grandes cantidades en lapsos breves, y los riesgos asociados a

estas prácticas son elevados, aunque no configuren un cuadro de adicción en sentido estricto.

Un caso paradigmático fue el de los cinco jóvenes fallecidos en una fiesta electrónica en Costa Salguero, en la ciudad de Buenos Aires. Uno de los sobrevivientes, de apenas 17 años, fue derivado al Hospital Álvarez luego de haber estado en terapia intensiva para intervenir sobre su problema de consumo. Luego de su evaluación se constató que no presentaba una adicción, ya que consumía solo esporádicamente, dos o tres veces al año, en contextos específicos, solo cuando participaba de fiestas electrónicas. Sin embargo, cada uno de esos episodios tenía consecuencias graves: descompensaciones físicas, internaciones, episodios de violencia. Claramente se trataba de un consumo problemático, aunque no adictivo, lo que requería igualmente una intervención clínica.

Situaciones similares se observan en otras formas de conducta compulsiva, como el juego patológico. Existen personas que no juegan habitualmente, pero que en una ocasión particular pueden poner en riesgo su patrimonio, su entorno familiar o su estabilidad emocional. Estos casos ilustran que el impacto del consumo, y no su frecuencia o continuidad, es lo que debe orientar el diagnóstico clínico y la propuesta de abordaje.

En muchos dispositivos asistenciales, persiste la tendencia a etiquetar como “adictos” a quienes presentan cualquier forma de consumo de sustancias ilícitas, sin discriminar la dimensión problemática del mismo. Esta sobregeneralización es contraproducente: desdibuja las trayectorias singulares, estigmatiza innecesariamente y puede llevar a tratamientos inadecuados.

Abordar esta complejidad requiere formación específica, criterios clínicos sólidos y sensibilidad frente a las diversas formas que puede adoptar el sufrimiento subjetivo. Reconocer que no todo consumo es adictivo, pero que muchos consumos no adictivos pueden ser problemáticos, es esencial para construir dispositivos de atención más precisos, respetuosos y eficaces.

En el análisis del fenómeno de los consumos problemáticos, no puede soslayarse el lugar central que ocupa la criminalización del consumo de sustancias psicoactivas en la legislación argentina. A partir de la Ley 23.737, sancionada en 1989, el Estado argentino equipara legalmente al consumidor con el narcotraficante, al establecer que ambos se encuentran contemplados en la misma norma penal, diferenciándose únicamente por el tipo de pena. Esto implica que la mera tenencia de una sustancia, aún en cantidades ínfimas para consumo personal, puede dar

lugar al inicio de una causa judicial, a la detención y a la estigmatización de la persona implicada.

Este marco normativo, lejos de proteger la salud pública, refuerza la marginación de las personas que consumen sustancias, especialmente aquellas que pertenecen a grupos históricamente excluidos: personas pobres, jóvenes, migrantes, habitantes de barrios populares. Estos colectivos suelen ser los más perseguidos, controlados y responsabilizados de fenómenos sociales complejos como la inseguridad, la desocupación o la violencia, reproduciendo una lógica discriminatoria y clasista profundamente arraigada en las representaciones sociales.

A pesar de ciertas interpretaciones erróneas, la ley nunca ha sido modificada. La tenencia de sustancias sigue siendo considerada delito, incluso cuando no hay intención de comercialización. Esta situación revela una paradoja jurídica: se penaliza la tenencia para consumo personal, pero el acto de consumir en sí no está penalizado, lo cual resulta absurdo desde cualquier lógica sanitaria o jurídica. Esta contradicción normativa ubica a la sustancia como un agente autónomo, casi con voluntad propia, desresponsabilizando a los dispositivos del Estado y a la sociedad de generar estrategias de acompañamiento, inclusión y prevención.

El discurso político y mediático ha jugado un rol fundamental en la consolidación de esta perspectiva punitiva. Conceptos como “el flagelo de la droga” han sido ampliamente utilizados para justificar políticas represivas, sin evidencia de eficacia y con altos costos sociales y económicos. Tal como ha señalado Alberto Calabrese, esta metáfora del “flagelo” opera como un significante vacío, que permite a los discursos oficiales sostener generalidades sin asumir compromisos reales con la transformación del modelo de atención ni con los derechos de las personas que consumen.

Este contexto no puede ser entendido sin analizar el modo en que la sociedad construye al consumidor de sustancias como un sujeto peligroso, culpable, enemigo interno. Estas representaciones legitiman el castigo, la exclusión y la intervención violenta, a la vez que desvían la atención de los determinantes estructurales del sufrimiento psíquico, la desigualdad y la falta de acceso a la salud.

En este sentido, repensar la legislación en clave de derechos humanos y salud pública, así como transformar las prácticas institucionales y las representaciones sociales, son pasos imprescindibles para construir una política de drogas que no castigue la vulnerabilidad, sino que la acompañe, la escuche y le ofrezca alternativas de cuidado.

Uno de los mecanismos más eficaces y peligrosos para reproducir el estigma y la exclusión social es el tratamiento que los medios de comunicación hacen de los consumos problemáticos. De manera sistemática, se construye un relato que asocia el consumo de sustancias con la delincuencia, la violencia y el peligro, incluso en situaciones donde el consumo no tiene ninguna relación con los hechos narrados.

En muchos noticieros televisivos, por ejemplo, se presenta una noticia policial, un homicidio, un hecho de violencia urbana, un accidente, sin mención alguna al consumo de sustancias. Sin embargo, en la pantalla se despliega, casi como un sello, la línea 141 de Sedronar, destinada a la atención de personas con consumos problemáticos. Este recurso visual instala una conexión automática e infundada entre adicciones y criminalidad, reforzando la idea de que quienes consumen son peligrosos o están fuera de control. Es un tipo de violencia simbólica que opera de forma silenciosa pero eficaz, generando miedo, rechazo y aislamiento.

El estigma no se limita al consumo. La discriminación por clase, color de piel o apariencia física sigue operando con fuerza en la sociedad argentina, incluso en instituciones que deberían sostener principios de igualdad y derechos. Un caso reciente ilustra esta situación: dos adolescentes morochos, hermanos de 14 y 19 años, fueron detenidos al salir de un partido de fútbol en Mataderos, mientras que dos hombres mayores, rubios, que los habían agredido físicamente, no solo no fueron detenidos, sino que acusaron falsamente a los jóvenes de haber intentado robarles. La policía, sin investigar ni verificar los hechos, actuó en función del prejuicio y detuvo a los hermanos solo por su aspecto físico.

Este mismo sesgo atraviesa el sistema de salud, donde también se discrimina en función de las representaciones sociales dominantes. Las personas que consumen reciben un trato desigual con respecto al resto de la sociedad, y es común, que si solicitan un turno en un hospital sobre un problema de consumo son sistemáticamente rechazadas con el argumento de que “acá no se tratan adicciones”.

Frente a este panorama, es necesario recordar que el uso de sustancias psicoactivas es una práctica tan antigua como la humanidad. Estas sustancias han estado históricamente asociadas a ritos religiosos, funciones culturales, prácticas laborales y sistemas medicinales. En la actualidad, muchos pueblos originarios continúan utilizando ciertas plantas con fines espirituales o terapéuticos, como la coca, la ayahuasca o el peyote.

Incluso sustancias de uso cotidiano, como el café, el té, el mate, el alcohol o los psicofármacos, forman parte del espectro de sustancias psicoactivas, aunque

no estén prohibidas. Esta doble vara evidencia que el problema no radica en la sustancia en sí, sino en el marco cultural, legal y simbólico en el que se inscribe su uso.

Revisar críticamente estas construcciones es una condición indispensable para pensar políticas públicas de salud mental y adicciones que no reproduzcan la exclusión, sino que promuevan la inclusión, el respeto a la diversidad cultural y el acceso equitativo a la atención.

Como hemos mencionado, el uso de sustancias psicoactivas ha acompañado a la humanidad desde tiempos remotos, asociado a prácticas culturales, rituales religiosos, usos medicinales y necesidades laborales. Civilizaciones antiguas como la egipcia, la griega o la persa ya conocían los efectos del opio, al que se atribuían propiedades tanto analgésicas como espirituales. Andrómaco, médico del Imperio Romano, y posteriormente Galeno, documentaron el uso de sustancias derivadas de plantas en preparados terapéuticos.

Durante siglos, el conocimiento popular y las tradiciones etnobotánicas transmitieron saberes sobre “plantas mágicas”, muchas de las cuales eran utilizadas como remedios caseros o sustancias sacramentales. Esta convivencia con lo psicoactivo no implicaba, como lo hace hoy, una asociación automática con la patología o la criminalidad.

El quiebre de esta lógica llega con la modernidad capitalista y la irrupción de la industria farmacéutica, que transforma estas sustancias naturales en compuestos químicos estandarizados, con nombre comercial, prescripción médica y valor de mercado. La coca, el opio o la cannabis fueron progresivamente reconfigurados por los laboratorios como morfina, heroína o cocaína, y pasaron de la farmacopea tradicional a convertirse en mercancías reguladas, y en muchos casos, posteriormente prohibidas.

Este proceso de medicalización y mercantilización reconfiguró profundamente el vínculo de la sociedad con las sustancias, generando nuevos dispositivos de control, nuevas formas de acceso y también nuevas formas de estigmatización.

Incluso figuras fundacionales del campo de la salud mental, como Sigmund Freud, participaron de esta transición. En textos como *Über Coca* (1884), Freud describe sus experiencias con la cocaína, sustancia que consumía ocasionalmente y recomendaba a colegas y pacientes. En su correspondencia personal, por ejemplo con su novia, Martha Bernays, señala que planeaba consumirla para afrontar con mejor ánimo reuniones profesionales. Su actitud hacia la sustancia era positiva.

va, en tanto consideraba que potenciaba sus capacidades cognitivas y le proporcionaba bienestar subjetivo.

Es importante aclarar que, evidentemente, Freud no fue un consumidor problemático ni un adicto, al menos en los términos actuales del diagnóstico. Sin embargo, algunos de sus pacientes desarrollaron dependencia a la cocaína a partir de sus prescripciones. Esto evidencia los límites del conocimiento médico de la época y también la dificultad de predecir los efectos de una misma sustancia en diferentes sujetos.

La progresiva prohibición de muchas de estas sustancias, que durante años fueron vendidas libremente en farmacias, como la morfina o la heroína, se inscribe en un proceso de regulación política, económica y moral, más que exclusivamente sanitaria. Muchas de las sustancias prohibidas hoy fueron primero legitimadas por la medicina oficial y luego criminalizadas, dejando a millones de personas atrapadas entre el discurso médico, el negocio farmacéutico y el castigo penal.

Comprender esta historia es clave para desarmar las narrativas simplificadas sobre el consumo, y construir enfoques que reconozcan la dimensión cultural, histórica, subjetiva y política de las sustancias.

El paso de las sustancias psicoactivas del ámbito ritual, medicinal o doméstico al circuito mercantil global no fue solo un fenómeno químico o legal. Implicó también una operación cultural profunda: la creación de nuevas necesidades a través del marketing, la publicidad y la industria cultural.

Durante el siglo XIX y principios del XX, numerosas sustancias que hoy son ilegales o altamente controladas eran vendidas libremente en farmacias, promovidas como tónicos revitalizantes, remedios para el malestar psíquico o incluso como tratamientos para otras adicciones. La cocaína, por ejemplo, fue aislada en 1860 por Albert Niemann y comenzó a utilizarse como ingrediente en múltiples productos comerciales.

Entre los casos más emblemáticos se encuentra el “Vino Mariani”, una mezcla de vino con cocaína creada por el químico corso Angelo Mariani. Este tónico se popularizó rápidamente, fue consumido por artistas, políticos, emperadores, papas y figuras reconocidas en todo el mundo. Incluso fue exportado a Estados Unidos, donde su éxito inspiró la creación de otras bebidas. La fórmula original de la Coca-Cola, patentada por John Pemberton en 1885, incluía cocaína, que recién fue eliminada cuando la legislación estadounidense prohibió su uso, siendo reemplazada por cafeína en una cantidad capaz de simular parte de sus efectos estimulantes.

La publicidad de estos productos no solo prometía salud, sino también felicidad, éxito y plenitud emocional. Frases como “si se siente deprimido, pesimista o abatido, solicite cocaína” o “no pierda el tiempo, sea feliz” no eran excepcionales, sino parte de una retórica publicitaria que anticipaba las estrategias de la industria farmacéutica contemporánea: transformar malestares difusos en mercados rentables.

Este fenómeno, que hoy puede parecer insólito, sienta las bases del modo en que el capitalismo contemporáneo construye y capitaliza el deseo. La lógica del “antes-durante-después” que aparecía en afiches del siglo XIX, mostrando cómo una sustancia mejoraba incluso lo que ya estaba bien, anticipaba los mecanismos actuales de venta de psicofármacos, energizantes, suplementos u otros productos.

Lejos de ser un capítulo cerrado de la historia, este recorrido nos interpela en la actualidad. Nos recuerda que el modo en que una sociedad define lo normal, lo deseable y lo patológico está profundamente condicionado por intereses económicos, dispositivos de poder y discursos legitimados.

El problema, entonces, no es solamente la sustancia, sino el contexto en que se produce su circulación, la forma en que se administra su sentido y las lógicas sociales que determinan quién puede consumir y bajo qué condiciones, sin ser criminalizado ni excluido.

La historia del consumo de sustancias psicoactivas está atravesada por profundas transformaciones culturales, económicas y científicas. Uno de los momentos decisivos en este recorrido fue el paso de las prácticas tradicionales y naturalizadas, como el uso ritual o medicinal de plantas psicoactivas, hacia una industria farmacéutica moderna que transformó dichas sustancias en mercancías reguladas, publicitadas y, en muchos casos, posteriormente prohibidas.

Durante el siglo XIX y principios del XX, sustancias como la cocaína, el cannabis y la heroína fueron producidas, distribuidas y comercializadas legalmente por grandes laboratorios internacionales. Entre ellos, el laboratorio Merck, de Alemania, se convirtió en el mayor productor y distribuidor de cocaína del mundo. De hecho, el término popular “merca”, utilizado en Argentina como sinónimo de cocaína, proviene justamente de esta empresa, que hoy sigue existiendo como un actor central de la industria farmacéutica global.

Estas sustancias no solo estaban disponibles en farmacias bajo receta, sino también en formatos accesibles para el consumo cotidiano: tabletas, jarabes, pastillas, tónicos y hasta cigarrillos. Por ejemplo, en España se vendían pastillas de mentol con cocaína; en Argentina, tabletas de cocaína con tirocitrina, etiquetadas

como “industria nacional” y de venta bajo receta. En Italia, se comercializaban cigarrillos antiasmáticos de cannabis. El laboratorio Lilly fabricaba cannabis para fines medicinales. La heroína, desarrollada por Bayer, se vendía como sedante y supresor de la tos. Incluso se diseñaban perfumes cuyo nombre era “cocaína en flor”, bajo slogans que invitaban a “aspirar con deleite”.

La Coca-Cola, por su parte, nació con una fórmula que incluía extracto de coca, especialmente orientada a públicos específicos como mujeres, estudiantes e intelectuales, bajo la promesa de brindar energía, concentración y vigor. Su creador, John Pemberton, promovía el producto como un tónico efectivo contra la histeria, la melancolía y el agotamiento mental.

La lógica detrás de estos productos era clara: insertar el consumo en la vida cotidiana, generar dependencia simbólica y estructurar nuevas formas de subjetividad asociadas al rendimiento, el alivio rápido y el éxito. El marketing jugó un rol clave en este proceso. A través de anuncios que evocaban el bienestar, la productividad o la felicidad, estas sustancias pasaron de ser herramientas terapéuticas a símbolos de modernidad y progreso personal.

La historia nos muestra, entonces, que la línea entre lo permitido y lo prohibido, entre lo terapéutico y lo nocivo, no está determinada únicamente por criterios clínicos o científicos, sino por procesos económicos, políticos y culturales. Los mismos laboratorios que produjeron cocaína o heroína hace más de un siglo, hoy participan del negocio global de los psicofármacos, replicando estrategias de marketing similares bajo una nueva legitimación.

En este contexto, es necesario problematizar las categorías de “droga”, “adicción” y “tratamiento”, entendiendo que no son conceptos neutros, sino construcciones históricas atravesadas por relaciones de poder, intereses comerciales y modelos culturales de normalidad y salud. Solo así será posible construir políticas públicas de cuidado y prevención que no se reduzcan a la criminalización, sino que aborden el problema desde la complejidad que merece.

La transformación de las sustancias psicoactivas desde su uso ancestral hasta su conversión en mercancías prohibidas refleja un proceso marcado por la intervención de la industria farmacéutica y los intereses del mercado. Sustancias como el opio, la cocaína, la heroína y el cannabis formaron parte durante siglos de prácticas culturales, rituales y médicas. Sin embargo, con el avance del capitalismo industrial, los laboratorios comenzaron a aislar sus principios activos, sintetizarlos químicamente y venderlos como medicamentos.

Empresas como Bayer no solo comercializaron aspirina, sino también heroína, que se promocionaba como jarabe para la tos, incluso destinado a niños. Se la publicitaba como una alternativa efectiva a la morfina y sin riesgo de adicción, algo que luego se desmentiría. La cocaína también fue ampliamente distribuida, como ya se ha mencionado, bajo la forma de tónicos, pastillas y bebidas.

Este proceso incluyó un poderoso aparato publicitario que promovía la idea de que estas sustancias podían aliviar el malestar cotidiano. Productos como “*Glico Heroína Smith*”, que prometía que “los problemas desaparecerán”, o perfumes que se “aspiraban con deleite”, dan cuenta de una cultura que normalizó el uso de drogas como herramientas para gestionar la tristeza, la ansiedad o el cansancio.

Una vez instaladas en el imaginario colectivo como productos deseables, muchas de estas sustancias fueron prohibidas, bajo el argumento de su peligrosidad y efectos adictivos. De este modo, se completó un ciclo perverso: de lo natural a lo químico, de lo medicinal a lo recreativo, y finalmente, a lo criminalizado. Así, se consolidó un negocio redondo para los sectores que, al mismo tiempo, producían, regulaban y luego perseguían estas sustancias.

Este modelo de prohibición no es reciente. La historia ofrece ejemplos elocuentes. A comienzos del siglo XX, Estados Unidos instauró la llamada *Ley Seca* (1920-1933), prohibiendo la producción, venta, consumo e importación de bebidas alcohólicas. Lejos de reducir el consumo, la prohibición incentivó su circulación clandestina, favoreció el surgimiento de mafias que controlaban el contrabando, incrementó los conflictos sociales y derivó en muertes por ingestión de alcohol adulterado o sin control sanitario. Algunos informes incluso señalan que el propio Estado habría contribuido a la adulteración para desalentar el consumo.

Este precedente histórico demuestra que la prohibición no resuelve los consumos problemáticos, sino que los desplaza hacia formas más peligrosas, ilegales y menos controladas. En lugar de abordar las causas estructurales y subjetivas del uso de sustancias, se implementan políticas que reproducen estigmas, persiguen a los usuarios y generan mercados paralelos altamente lucrativos.

Desde esta perspectiva, es fundamental revisar críticamente las políticas prohibicionistas y sus efectos reales en la salud pública, reconociendo que muchas veces se inscriben más en una lógica de control social que en una verdadera preocupación por el bienestar de las personas.

Aunque actualmente en Argentina se discuten intentos de modificación o incluso derogación de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, es imprescindible recordar que las obligaciones del Estado en materia de salud mental y derechos

humanos no dependen únicamente de esta ley. En otras palabras, incluso si la norma fuera modificada o reemplazada, el país seguiría obligado a cumplir estándares internacionales que orientan las políticas públicas de salud mental.

Argentina es firmante de tratados, convenios y declaraciones internacionales que cuentan con amplio consenso global, como los *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental* (ONU, 1991), la *Declaración de Caracas* (OPS/OMS, 1990), y los *Principios de Brasilia* (OPS/OMS, 2005), entre otros. Estos documentos establecen con claridad criterios tales como la atención comunitaria, la internación en hospitales generales, el respeto a la voluntad de la persona, el control judicial de las internaciones involuntarias, y la necesidad de instancias de revisión independientes (como el Órgano de Revisión en el caso argentino).

Es decir, los principios rectores de la Ley 26.657 no son una construcción aislada o antojadiza, sino que reflejan un compromiso internacional asumido por el Estado argentino como parte de su adhesión a pactos de derechos humanos y acuerdos sanitarios. Estos compromisos no son meramente simbólicos: tienen jerarquía legal y obligan al Estado a respetar, proteger y garantizar derechos en todas sus políticas públicas, incluyendo la salud mental y el abordaje de los consumos problemáticos.

Por ello, la eventual modificación o derogación de la ley vigente no eximiría al país de aplicar los estándares internacionales en la materia, estándares que, además, han sido ratificados en espacios multilaterales con representación de más de 190 países. Como tal, toda política nacional en este ámbito debe ser compatible con estos marcos normativos, más allá de las coyunturas políticas o presiones de grupos corporativos que buscan imponer modelos regresivos.

Argentina, como Estado miembro de múltiples organismos internacionales, ha asumido compromisos claros en materia de derechos humanos y salud mental. Uno de los pilares de estas obligaciones es la desmanicomialización, es decir, la superación del modelo centrado en instituciones psiquiátricas monovalentes y el desarrollo de redes de atención comunitaria, integradas y con base territorial. Estos principios no son meras recomendaciones: forman parte de tratados internacionales firmados por el país, algunos de los cuales cuentan con jerarquía constitucional, según lo establece la propia Constitución Nacional.

Sin embargo, el país aún enfrenta deudas pendientes. En los años 2018 y 2019, la Corte Interamericana de Derechos Humanos citó a la Argentina por el mantenimiento de hospitales psiquiátricos que violaban estándares internacionales de

derechos humanos, recordando que el modelo de encierro forzado sin garantías ni revisiones constituye una práctica obsoleta y lesiva para la dignidad de las personas. A pesar de la existencia de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, la permanencia de manicomios representa una contradicción flagrante con los compromisos asumidos internacionalmente.

Frente a ello, diversos sectores corporativos han intentado, a lo largo de los años, imponer retrocesos legislativos que contravienen estos principios. En 2017, el Director Nacional de Salud Mental en ese momento, se intentó modificar la reglamentación de la ley por decreto, esa reglamentación rompía con el espíritu de la norma, lo cual generó un amplio rechazo social e institucional que culminó con su destitución. A principios de 2024, nuevamente se intentó reintroducir estas reformas mediante el proyecto conocido como “*Ley Ómnibus*”, reproduciendo buena parte del contenido del intento fallido de 2017.

Estas propuestas regresivas buscan desarticular el rol del equipo interdisciplinario como autoridad de decisión frente a las internaciones involuntarias, promoviendo un modelo en el cual un juez podría ordenar el encierro de una persona por pedido familiar o por denuncias infundadas, sin evaluación clínica ni criterio profesional. Esta lógica se opone diametralmente a los estándares internacionales y representa una grave violación a los derechos humanos, al eliminar garantías básicas de defensa, evaluación integral y revisión de las medidas restrictivas de la libertad.

Encerrar a una persona sin su consentimiento, sin que exista una evaluación profesional que justifique tal medida, solo puede sostenerse desde dos lógicas profundamente cuestionables: la judicialización de la salud mental o la criminalización de la diferencia. Ambos enfoques son inaceptables en un Estado de Derecho. Según el marco legal vigente y los tratados internacionales suscritos por el país, una persona sólo puede ser privada de su libertad por orden judicial en el marco de un proceso penal, o por indicación de un equipo interdisciplinario ante un riesgo cierto e inminente para sí o para terceros en los casos de padecimiento mental.

Reinstaurar el encierro compulsivo sin garantías no sólo atenta contra los derechos individuales, sino que también abona el camino para prácticas autoritarias, violentas y discriminatorias, que históricamente han marginado a las personas con sufrimiento psíquico o consumos problemáticos. Defender la Ley Nacional de Salud Mental y sus principios no es solo una cuestión técnica o sanitaria: es un imperativo ético y democrático.

Un principio clave en materia de salud mental es la protección de la libertad individual ante decisiones arbitrarias. Así como ninguna persona puede ser privada de su libertad sin proceso judicial que lo justifique, tampoco puede ser internada sin una evaluación clínica rigurosa y justificada. La Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 establece mecanismos precisos para evitar estas violaciones, mediante la exigencia de evaluación por parte de un equipo interdisciplinario, la comunicación inmediata al juez y al Órgano de Revisión, y el acceso a un abogado defensor en internaciones involuntarias.

La importancia de estos controles cobra especial relevancia si se consideran los antecedentes previos a la sanción de la ley. Un caso paradigmático fue el de una reconocida artista y empresaria argentina, que fue internada sin su consentimiento en una institución psiquiátrica privada, en connivencia entre médicos y familiares con intereses económicos. Gracias a la denuncia mediática y el activismo de organizaciones sociales, se logró su liberación tras más de 20 días de encierro arbitrario. Este caso, ampliamente documentado y judicializado, evidenció la fragilidad de las personas ante un sistema sin mecanismos de control y la urgencia de contar con dispositivos de revisión y garantías legales, como hoy lo contempla la normativa vigente.

La ley contempla además una disposición específica para los casos en que una internación voluntaria se prolongue más allá de los dos meses. En tales circunstancias, la internación debe ser tratada como si fuera involuntaria, debiendo notificarse al juez y al Órgano de Revisión, y garantizando el acceso a la defensa legal. Este punto, muchas veces desconocido o directamente incumplido, busca evitar situaciones de internación indefinida disfrazada de voluntariedad, una práctica históricamente utilizada en ciertas instituciones, especialmente en el ámbito privado.

En este marco, resulta fundamental recuperar lo establecido por los instrumentos internacionales que refuerzan esta visión. La Declaración de Caracas (1990), incluida en los fundamentos de la Ley Nacional de Salud Mental, establece con claridad que la atención en salud mental debe organizarse desde un enfoque comunitario y que las internaciones deben realizarse, cuando sean necesarias, en hospitales generales, no en instituciones monovalentes. Estos principios han sido ratificados y ampliados por la Declaración de Brasilia (2005) y por la resolución de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que declaró al año 2020 como el plazo para avanzar hacia un continente sin manicomios.

Un aspecto muchas veces invisibilizado es la aplicación de la ley en el ámbito privado. La Ley Nacional de Salud Mental es de cumplimiento obligatorio tanto

para el sistema público como para el privado. Esto implica que clínicas, sanatorios y hospitales privados deben contar con guardia interdisciplinaria de salud mental, servicios especializados y salas de internación en hospitales generales. Sin embargo, en la práctica, los establecimientos privados carecen de estos servicios, y las personas, inclusiva con cobertura de salud, se ven desamparadas y obligadas a recurrir a instituciones no habilitadas o en violación de la ley.

Frente a esto, algunos pacientes o familiares han debido recurrir a acciones de amparo para garantizar el cumplimiento de sus derechos, solicitando ser internados en dispositivos adecuados, es decir en clínicas o sanatorios generales privados, conforme a la legislación. La existencia de estos recursos es positiva, pero también es una muestra del profundo desconocimiento que persiste entre profesionales, operadores institucionales y funcionarios judiciales.

Los derechos consagrados en la Ley N.º 26.657 alcanzan plenamente a las personas con consumos problemáticos, sin distinción. No hay excepciones. Sin embargo, continúan circulando versiones erróneas, muchas veces impulsadas por sectores que buscan modificar o derogar la ley, que afirman que las personas en situación de riesgo no pueden ser internadas si no dan su consentimiento, o que la ley impide actuar ante situaciones críticas. En la práctica, muchas instituciones privadas o prepagas se escudan en estos falsos argumentos para evadir responsabilidades y derivar a pacientes y familiares al Poder Judicial, en lugar de proceder conforme a la ley.

Esto no solo es una omisión grave, sino también una vulneración de derechos que puede tener consecuencias muy negativas. Han existido casos documentados en los cuales pacientes con diagnósticos de riesgo, con antecedentes de intentos autolesivos o cuadros graves de consumo, fueron rechazados por servicios de emergencia o instituciones privadas, dejándolos a la deriva. Algunos de estos episodios podrían haber tenido desenlaces trágicos. Y lo más preocupante es que estas prácticas quedan registradas por escrito en documentos clínicos firmados por profesionales, constituyendo actos que, no solo muestran un desconocimiento total del contenido de la ley, sino que en muchos casos, podrían configurar delitos de abandono de persona.

La ley es clara. El riesgo para sí o para terceros habilita la internación involuntaria con intervención de un equipo interdisciplinario. No requiere el consentimiento del paciente, ni el pedido expreso de familiares, ni la firma previa de un juez. El deber profesional es actuar y garantizar los derechos, no esquivar responsabilidades ni trasladarlas a otros actores.

La correcta evaluación de situaciones de riesgo en salud mental no solo es una responsabilidad ética y profesional, sino también una obligación legal. Resulta alarmante que aún hoy existan prácticas institucionales que contravienen lo establecido por la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 y que exponen, no solo a los usuarios al situaciones de riesgo, sino también a los propios profesionales, a consecuencias penales.

En un caso reciente, un paciente joven, que había estado internado en una Comunidad Terapéutica, fue derivado a solicitar turno en el Hospital Álvarez ante una tentativa de suicidio. La madre del joven presentó una carta de derivación en la que daba cuenta que el equipo de esa institución privada resolvió su derivación inmediata a una unidad “neuropsiquiátrica”, alegando “riesgo para sí y para terceros”. La derivación fue decidida el mismo día en que el joven intentó quitarse la vida, sin contemplar el procedimiento legal correspondiente para una internación involuntaria: evaluación interdisciplinaria, notificación inmediata al juez y al Órgano de Revisión, y garantía de defensa legal para el paciente.

La gravedad de este tipo de intervenciones radica no solo en su impacto sobre los derechos humanos de la persona implicada, sino también en el desconocimiento del marco normativo vigente por parte del equipo tratante. Derivar a una persona al cuidado de su madre a un dispositivo ambulatorio expone a los profesionales a eventuales cargos por incumplimiento de deberes, abandono de persona o incluso mala praxis.

En este sentido, es imprescindible conocer la Resolución 4107/2023 del Ministerio de Salud de la Nación, que establece las normas de habilitación para los servicios de salud mental en todo el país. Esta normativa, publicada en el Boletín Oficial en diciembre de 2023, especifica los requerimientos técnicos y profesionales que deben cumplir los distintos dispositivos: hospitales de día, salas de internación, consultorios externos, servicios ambulatorios, entre otros. También establece criterios mínimos en cuanto a infraestructura, recursos humanos, dotación por cantidad de usuarios, medidas de accesibilidad y espacios terapéuticos.

La existencia de dispositivos que funcionan por fuera de esta normativa no puede justificar su utilización, aun cuando gocen de cierta legitimidad social o presenten una infraestructura atractiva. Como profesionales, el cumplimiento de la ley debe primar por sobre criterios subjetivos de conveniencia. En lo que refiere a internaciones, la norma es clara: deben realizarse en hospitales generales, preferentemente públicos, y bajo el resguardo del equipo interdisciplinario y los controles establecidos por la ley.

Es importante también señalar que las estrategias de marketing de muchas instituciones, centradas en mostrar piscinas, espacios verdes o comodidades edilicias, no constituyen garantía alguna de calidad terapéutica. Lo que cura, acompaña y transforma es el dispositivo clínico en sí, sus herramientas terapéuticas, la formación de sus equipos y el encuadre institucional, no la estética o el confort de sus instalaciones.

Frente a esto, resulta imprescindible reforzar la formación de profesionales y equipos en los marcos legales actuales, no solo para proteger los derechos de los usuarios, sino también para evitar que el ejercicio profesional incurra, incluso de manera involuntaria, en prácticas ilegales o violatorias de derechos humanos.

Una de las principales distorsiones en el sistema de atención en salud mental y adicciones en Argentina radica en la inversión de la lógica de prioridades en los niveles de atención. En lugar de consolidar un modelo basado en la atención primaria, territorial y comunitaria, el sistema actual se caracteriza por la prevalencia de dispositivos de encierro, hospitales psiquiátricos y comunidades terapéuticas, que absorben la mayor parte de los recursos, tanto públicos como privados, con escaso control de calidad terapéutica y con numerosos casos de internaciones prolongadas e injustificadas.

En muchos de estos dispositivos, se privilegia una imagen estética asociada al confort, piscinas, parques, instalaciones de tipo “spa”, como estrategia de marketing para justificar altos costos. Sin embargo, la eficacia clínica no reside en las comodidades edilicias sino en la calidad de las herramientas terapéuticas, el trabajo clínico interdisciplinario y el seguimiento sostenido de las trayectorias de tratamiento. La crítica no es generalizable a todas las instituciones, pero sí es representativa de una lógica de medicalización y segregación que aún persiste y que reproduce un modelo manicomial en contextos formalmente alternativos.

En contraposición, instituciones como el Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez representan una alternativa posible, basada en los principios de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657: guardia interdisciplinaria las 24 horas, presencia de profesionales de diversas disciplinas (psiquiatría, psicología, trabajo social, musicoterapia, terapia ocupacional), existencia de dispositivos intermedios como el Hospital de Día, atención ambulatoria, y posibilidad de internación en el marco de un hospital general, evitando el aislamiento del paciente de otros servicios de salud manicomiales.

La organización ideal del sistema de atención en salud mental y adicciones puede representarse mediante una pirámide jerarquizada, en la que la base, más

ancha y cercana a la población, esté conformada por la atención primaria, los centros de salud, los dispositivos barriales, la prevención, la promoción de la salud y los abordajes domiciliarios y comunitarios. Esta base es la que debería absorber la mayor parte de la demanda y recursos, garantizando accesibilidad, contención y trabajo territorial.

El segundo nivel lo componen los dispositivos intermedios clínicos y de apoyo. Entre los primeros, se destacan los hospitales de día y las residencias asistidas, con diferentes niveles de acompañamiento según el grado de autonomía de las personas usuarias. Entre los segundos, deben incluirse los dispositivos sociolaberales y culturales, como emprendimientos socioproyectivos, cooperativas y talleres, fundamentales para la inclusión social y la restitución de derechos vulnerados.

En la cúspide de la pirámide, que debería ser el recurso de menor uso, se ubican los hospitales generales, con servicios de internación para situaciones agudas, consultorios externos y hospitales de día. Esta internación debe ser siempre una herramienta terapéutica transitoria, en función de una crisis puntual que implique riesgo para sí o para de terceros. La internación debe realizarse en hospitales generales, no en instituciones monovalentes, y siempre bajo decisión de un equipo interdisciplinario, con las notificaciones correspondientes al Órgano de Revisión y al Poder Judicial, como lo establece la ley.

A pesar de lo normado y del consenso internacional en torno al modelo comunitario, la estructura real del sistema argentino responde a una pirámide invertida. Según el Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental de 2019, existían 12.035 personas internadas en instituciones monovalentes, con un promedio de internación de ocho años. Estos datos no incluyen a personas con consumos problemáticos, lo que sugiere que el número real es aún mayor. La situación evidencia una lógica de cronificación, encierro prolongado y deriva institucional, contraria a los estándares internacionales de derechos humanos y salud mental.

Este escenario refuerza la necesidad de reorganizar el sistema bajo una lógica de red, fortaleciendo los niveles de atención comunitaria y los dispositivos intermedios. La inversión en estos niveles no solo mejora la calidad de vida de las personas usuarias, sino que también representa una estrategia más eficaz y sustentable desde el punto de vista sanitario, económico y ético.

El servicio de Salud Mental del Hospital Álvarez es altamente interdisciplinario. A eso se suma el trabajo conjunto con profesionales de otras especialidades

del hospital general como odontología, pediatría, cardiología, emergentología, entre otros. Esa articulación cotidiana configura una verdadera interdisciplina.

El Servicio de Salud Mental cuenta con consultorios externos, hospital de día en distintos turnos y una unidad de internación —aunque, en sentido estricto, no es una "unidad cerrada de internación", como suele imaginarse. Además funciona una guardia las 24 horas, consultorios externos y equipos para diferentes problemáticas.

A veces, los colegas que cuestionan el modelo del hospital general, dicen: "pero el hospital general no está preparado", "solo atiende casos leves". A quienes sostienen eso, es necesario que se acerquen al Hospital Álvarez (o a otros hospitales generales) para ver el trabajo que se realiza. Es cierto que hay hospitales que no están preparados, por eso es necesario iniciar un proceso de transformación como lo marca la Ley Nacional de Salud Mental.

En el Hospital Álvarez se atienden todo tipo de situaciones, incluso internaciones involuntarias, intentos de suicidio y cuadros muy graves. Se cuenta con Hospital de Día para padecimientos mentales graves que funciona por la mañana y por la tarde, uno para personas con consumos problemáticos y también otro para niñas y niños con diagnóstico de autismo.

Al dispositivo para el abordaje de los consumos problemáticos lo concebimos como un modelo de abordaje de inclusión sociosanitaria, porque no se limita únicamente a lo clínico o a lo estrictamente relacionado con la salud mental y los consumos. Se interviene también en situaciones en las que las personas necesitan acceder a derechos fundamentales: vivienda, empleo, educación, documentación. Muchos de los pacientes, por ejemplo, no tienen DNI o se encuentran en situaciones de alta vulnerabilidad social. En estos casos, se articula con otros sectores e instituciones para acompañar integralmente.

Se trata de un enfoque interdisciplinario e intersectorial. Desde este espacio se aborda el consumo de sustancias y también los consumos problemáticos en entornos digitales, un eje creado recientemente, desde julio de 2024.

El acceso al dispositivo comienza con un turno de admisión, que incluye una entrevista individual y familiar. A partir de allí, la persona ingresa a un grupo de evaluación interdisciplinario durante aproximadamente un mes, donde se analiza su situación y se propone una estrategia terapéutica singular en reuniones de equipo.

Las opciones pueden incluir: Grupos terapéuticos, Hospital de Día, tratamiento individual, atención psiquiátrica, terapia familiar, terapia ocupacional y participación en el grupo de familiares

Cabe destacar que el tratamiento es siempre singular. Aunque hay una estructura que organiza el funcionamiento del dispositivo, cada persona tiene un recorrido terapéutico diferente, adaptado a su situación, necesidades y posibilidades.

El Hospital de Día funciona con una estructura que incluye: Desayuno y almuerzo diario, grupos psicoterapéuticos tres veces por semana, taller de género, taller de fútbol quincenal, en una cancha cercana, de participación mixta (varones, mujeres, profesionales, pacientes ambulatorios, internados y de Hospital de Día), taller de radio, huerta comunitaria, taller de cocina, musicoterapia, terapia ocupacional, grupos multifamiliares, asamblea.

Este modelo busca garantizar la atención integral, la inclusión y la restitución de derechos. Se trata de un dispositivo dinámico, sensible a la singularidad de cada persona, que articula salud, comunidad y vida cotidiana.

Una de las discusiones que sueleemerger en el campo de los dispositivos de atención en salud mental y consumos problemáticos es la idea de que la organización de la vida cotidiana (realizar tareas, cumplir rutinas, asumir responsabilidades dentro de la institución) tiene por sí sola un efecto terapéutico. Esta afirmación, que en muchos contextos se ha vuelto sentido común, merece ser problematizada.

No se trata de negar que las rutinas puedan tener un valor subjetivo, sino de advertir el riesgo de invertir el orden del proceso clínico: no es la “organización” lo que cura, sino que, más bien, es el proceso terapéutico el que, cuando es eficaz, puede permitir que una persona empiece a reorganizar su vida. Pretender que cocinar, limpiar o realizar tareas de mantenimiento institucional “cura” a las personas con padecimientos psíquicos o consumos problemáticos, además de ser una simplificación, puede encubrir prácticas de explotación y disciplinamiento que se alejan por completo de una ética del cuidado.

En el marco de un hospital general, estas tareas están a cargo de personal contratado específicamente para tal fin: el servicio de limpieza, la cocina que prepara los alimentos para las personas internadas y para los pacientes que asisten al Hospital de Día, el personal de mantenimiento que realiza las reparaciones necesarias. Las y los pacientes no son responsables de esas funciones, y su participación en las actividades del dispositivo debe partir siempre del consentimiento, la singularidad subjetiva y solo intervenir en actividades terapéuticas. Cuando en el marco

de un tratamiento, existen tareas productivas o de servicios fuera de lo terapéutico, estas, deben ser remuneradas.

Naturalizar que “con los adictos se puede hacer cualquier cosa” —como todavía suele escucharse en ciertos espacios— no solo reproduce estigmas, sino que habilita prácticas que vulneran derechos. En contraposición, un modelo de atención basado en la ética del cuidado, el respeto y la inclusión, exige revisar críticamente estas lógicas.

Desde fines de los años ochenta, en distintos hospitales generales de la Ciudad de Buenos Aires comenzaron a conformarse equipos interdisciplinarios que sostienen otra forma de trabajo. En el caso del Hospital Álvarez, inicialmente pequeño, el equipo creció con el tiempo, y muchos de quienes comenzaron como concurrentes (profesionales ad honorem) fueron concursando cargos e integrando el equipo con una fuerte coherencia ética y conceptual.

Esa continuidad permitió sostener una línea de trabajo centrada en el sufrimiento subjetivo, la singularidad de los procesos y la restitución de derechos. Así, se generaron espacios de formación y de intercambio clínico que, hoy en día, reciben a profesionales de todo el país y del exterior (España, Portugal, México, Colombia, entre otros), que realizan rotaciones de mediana y larga duración, y que no solo aprenden de la experiencia local sino que también enriquecen los equipos con sus propios aportes.

Lo que se demuestra con esta experiencia es que, si bien sería lo ideal, no se requieren dispositivos extraordinarios para atender a personas que padecen. También es necesario destacar que no son necesarias estructuras cerradas o aisladas del resto del sistema de salud. Lo que sí se requiere es una decisión institucional, una práctica ética sostenida y equipos con formación y compromiso. Ningún gobierno vendrá a ofrecer de forma espontánea un dispositivo de estas características: su construcción debe surgir de la decisión de los integrantes del equipo, para que el objetivo se logre como consecuencia del resultado del trabajo constante, del deseo colectivo y de la voluntad de hacer posible una clínica más justa.

Bibliografía

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1990). Declaración de Caracas sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) / OMS. (2001). Principios de Brasilia para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas con Trastornos Mentales.

Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR). (2015). Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP).

Trimboli, A. (2019). Subjetividad, políticas públicas y derechos humanos en salud mental. Conferencias y escritos inéditos.

Trimboli, A. (2017). Consumo problemático de drogas. Ed. Noveduc.

Trimboli, A. (2018). El hospital de día en adicciones. Ed. Noveduuc.

Trimboli, A. (2019). El fin del Manicomio. Ed. Noveduc.

Paradigmas y leyes en tensión en salud mental

Leonardo Gorbacz

Introducción

Leonardo: Un gusto estar con todos ustedes. La idea es que en la clase de hoy podamos trabajar centralmente sobre la ley de salud mental, teniendo en cuenta que en el tema de los consumos problemáticos hay una intersección de leyes, y además no todas las leyes que están vigentes van en el mismo sentido, o sea que hay una intersección y además uno diría también hay una colisión de leyes. Bueno, quisiera hacer un repaso sobre eso en general, sobre cuáles son las leyes que hoy están vigentes en materia de consumo problemático. Después si ir un poco más a la Ley de Salud Mental para lo que nos dé el tiempo, porque uno puede tomar la ley de salud mental desde el texto, desde la historia, desde el proceso de implementación y hasta lo más actual que es las tensiones que hay hoy.

No sé si ustedes, por ejemplo, leyeron ayer un tweet del ministro, no fue un tweet, fué una declaración del ministro de salud diciendo que hay que reformar la ley de salud mental, un tweet de la vicepresidenta diciendo que es una ley vetusta. Impresionante, porque hasta hace 5 minutos todavía le decíamos la nueva ley de salud mental y pasó de nueva a vetusta, en un pase mágico, digamos. Pero bueno, seguro que no vamos a tener tiempo de tomarlo en todos estos aspectos así que haremos lo que se pueda.

Ley de Estupefacientes 23.737 versus Ley de Salud Mental 26.657:

Paradigmas en disputa

Hablo de leyes y paradigmas en disputa, porque precisamente no es solamente que son leyes que dicen cosas distintas sino que parten, por lo menos dos de ellas, de concepciones absolutamente distintas.

Cronología de marco normativo vigente:

1989: Ley 23.737 de Estupefacientes. Código Penal.

2009: Ley 26.529 de Derechos de pacientes en su relación con los profesionales instituciones de salud.

2010: Ley 26.657 de Salud Mental. Salud y DDHH.

2014: Ley 26.934. Plan Integral de abordaje de los consumos problemáticos. Salud y DDHH.

2023: Resolución 4107 MS de habilitación y fiscalización

Estas son por lo menos las leyes fundamentales. La última no es una ley sino una resolución, un poco para que vean en la cronología cómo hay un salto importante entre 1989, que es la Ley 23.737 de Tenencia de Estupefacientes, de lucha contra las drogas, y el siguiente paso que ya es 2009-2010 con la Ley Derechos del Paciente y la Ley de Salud Mental. Después, en el 2014 se vota una ley que es poco conocida y específica de adicciones. Ustedes habrán escuchado que muchas veces hay reclamos de que tiene que haber una ley específica de adicciones porque la ley de salud mental no la contempla, o las adicciones supuestamente son otra cosa. Bueno, ya hay una ley específica de adicciones que está vigente desde hace 10 años: es la ley 26.934. Y en el 2023, si tenemos tiempo lo vemos un poco también, lo que se dictó fue una Resolución de Habilitación y Fiscalización del Ministerio de Salud de Nación, que de alguna manera encuadra lo que en su momento se llamaron comunidades terapéuticas o dispositivos residenciales para el abordaje de los consumos.

Vamos por partes entonces. Primero de la Ley 23.737, que es la ley de drogas, porque hay que entender que es una ley penal, si ustedes la leen, es aburridísima, pero uno nota en el texto y en el recorrido que es una ley que lo que hace es penalizar los distintos eslabones de la cadena del narcotráfico.

Y en esos distintos eslabones la tenencia para consumo, que es así como está planteada, tipificada, o sea, la situación de los consumidores es entendida como un eslabón más de la cadena y por lo tanto lo que se hace es fijarle penas. Pero vamos a ver una comparación más conceptual entre esa ley y la ley 26.657, que centralmente es la ley que unos diez años después, o un poco más, viene a confrontar con la ley de drogas.

Ley 23737

- Modificación del Código Penal
- Conducción del poder judicial
- Tratamientos como obligación
- Tratamientos ordenados por juez/a
- Abstencionismo
- Centrado en la sustancia
- Establecimientos “adecuados”
- Inspirada en la guerra contra las drogas

Ley 26657

- Modificación del Código Civil
- Conducción del sistema sanitario
- Tratamiento como derecho
- Tratamientos controlados por juez/a
- Reducción de daños
- Centrado en el sujeto y la comunidad
- Red integrada al sistema de salud
- Inspirada en el orden internacional de los DDHH

Lo penal vs. lo civil

En primer lugar, la ley de drogas, como le decía recién, es una modificación del código penal, son artículos que se incorporan al código penal. En cambio, la ley de salud mental dialoga con el Código Civil, no con el Código Penal. Y de hecho hay dos artículos que modifican el código civil, o sea, estamos hablando de dos tipos de justicia diferente: la justicia penal en la ley de drogas y la justicia civil que es la que interviene en todos los procesos que establece la ley de salud mental.

Tratamiento como obligación vs. Tratamiento como derecho

En la ley de drogas, el tratamiento está establecido como una obligación para las personas con tenencia para consumo, sustitutivo de la pena de prisión. Es decir, la persona puede elegir bajo esa ley si va a presa o hace un tratamiento. E incluso la ley dice algo muy curioso que es si la persona hace tratamiento pero no se cura por falta de colaboración, debe cumplir la pena de prisión. En ese sentido la cura es entendida como una cuestión de voluntarismo. La persona si no se cura por falta de colaboración, cumple la pena, tiene que ir a cumplir la pena a prisión. Entonces el tratamiento es una imposición de la justicia o una elección forzada, digamos, de la persona. En cambio, en la ley de salud mental el tratamiento está pensado como un derecho, y centralmente la autoridad de aplicación de la ley de salud mental es el ministerio de salud de nación o de cada provincia, no es el poder judicial.

Abstencionismo vs. Reducción de daños

En la ley de drogas el horizonte es el abstencionismo, en el sentido de que es una ley que presupone que cualquier nivel de consumo es inaceptable y por lo tanto la curación siempre es el abandono absoluto del consumo. En cambio la ley de salud mental introduce explícitamente, en la reglamentación, el concepto de

reducción de daños. El concepto de reducción de daños, ustedes lo han visto, entiendo, con Carlos Herbón o con otros docentes, pero acá lo que hay que marcar que es importante, que al introducir la posibilidad de la reducción de daños, de un trabajo de reducción de daños, no solamente se está marcando una orientación de la política pública, sino que también se está habilitando ciertas acciones que bajo la ley de drogas podrían ser consideradas delito. Porque, por ejemplo, si yo facilito jeringas descartables para consumidores de drogas inyectables, estoy haciendo una acción de reducción de daño. Si lo hago bajo un programa de reducción de daño, puedo ampararme en la ley de salud mental.

Pero alguien podría decir que es facilitación del consumo. Y eso está tipificado en la ley de drogas como un delito. Y todavía está tipificado como un delito, no es que está derogada esta ley. Habrá que ver en cada caso después cómo interpretan los jueces. En general se tiende a interpretar que una ley posterior anula implícitamente la ley anterior. Pero lo cierto es que las dos leyes están vigentes.

Foco en la sustancia vs. Foco en el sujeto y su contexto vital

En la ley de drogas, hay una concepción de que lo que produce el consumo, lo que produce la adicción es la sustancia, todo el peso está puesto en la sustancia como elemento patógeno. Y en cambio la ley de salud mental explícitamente está planteado que lo central es el sujeto. Y la definición, que la vamos a ver después de padecimiento mental, es la definición que vale para todo otro padecimiento y para los consumos también, y que tiene que ver con la relación del sujeto con su contexto, la dinámica de relación de un sujeto con su historia, con su familia, y con también el contexto social y cultural.

Dispositivos específicos vs. Red integrada

En la ley de drogas, la 23737, cuando se habla de dispositivos de tratamiento, se habla de “establecimientos adecuados”, con lo cual uno podría suponer que están incluyendo los dispositivos monovalentes. Y de hecho, bueno, buena parte de los dispositivos llamados comunidades terapéuticas que existen hoy, se han creado a la luz de esta ley.

Es decir, esta es una ley que generó la necesidad de la existencia de dispositivos para poder allí cumplir los tratamientos ordenados por la justicia. Y en general lo que se construyeron son dispositivos de internación llamados comunidades terapéuticas. En cambio, en la ley de salud mental lo que se promueve es la integración de los dispositivos al sistema de salud general, no dispositivos específicos “adecuados”.

Guerra contra las drogas vs. Orden internacional de Derechos Humanos

Por último, en esta comparación, la inspiración de la ley de drogas y de todo lo que se produjo en términos de dispositivos sanitarios a partir de la 23737, está inspirada en la guerra contra las drogas. O sea, es una ley de lucha contra las drogas inspirada en la guerra, lo habrán visto también con Alberto Calabrese seguramente en otra clase, inspirada en la guerra mundial contra las drogas. La ley 26657, la ley de salud mental, también está inspirada en un orden internacional, pero en el orden de los derechos humanos, tanto en los tratados internacionales derechos humanos, la Convención de Discapacidad, y también en el orden internacional de la Organización Mundial de la Salud, que tiene una orientación hacia la transformación de los sistemas de salud en el mundo, orientados a la desmanicomilización, centralmente, al no encierro, y al respecto de los derechos humanos de las personas. O sea que ambas tienen un contexto internacional, pero absolutamente diferente.

ANTECEDENTES DE LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

Respecto de la ley de salud mental, les cuento brevemente algo, bueno, algunos habrán escuchado y que tiene que ver con la historia de construcción, porque no está reflejado acá en las diapositivas y porque no hay demasiado escrito sobre eso. Entonces les cuento lo que me alcanza mi memoria a recordar.

Leyes provinciales

Es una ley que primero está antecedida por algunas leyes provinciales. Al momento que sancionamos la ley nacional, algunas pocas provincias del país tenían su ley propia de salud mental. No recuerdo el caso de Neuquén, pero Río Negro, San Luis, creo que Córdoba sancionó al toque, ciudad de Buenos Aires por el año 2000 más o menos. O sea, había antecedentes de leyes provinciales en pocas provincias. Y no teníamos, por lo menos cuando empezamos a discutir la ley de salud mental y hasta poco antes de su sanción, en el Ministerio de Salud de la Nación ninguna dirección de salud mental, sino apenas una unidad coordinadora de comportamientos saludables, que tenían la verdad que poco presupuesto, poca incidencia, poco desarrollo. O sea, para decirlo rápido, no había una política nacional de salud mental.

Había políticas provinciales, uno diría, en algunas provincias con ley, en otras sin ley, y en la mayoría de ellas con organigramas pobres o con áreas destinadas a la política de salud mental con bastante poco poder, poca relevancia. No era un tema de la agenda de los ministerios de salud provinciales, ni tampoco del organigrama con demasiado peso a nivel nacional, prácticamente no existía.

Antecedentes jurídicos

Contábamos en aquel momento con algunos fallos de la Corte Suprema de Justicia de la Nación que señalaban la necesidad de legislar en materia de salud mental, porque había una debilidad jurídica en la protección de los derechos de las personas.

A la Corte de aquel momento, le llegan un par de casos, fíjense que para que le llegue a la Corte un caso de salud mental tiene que ser un expediente que pasó por primera instancia, por segunda instancia, etc. Y los casos de salud mental que le habían llegado a la corte eran conflictos de competencia entre el juzgado del lugar donde la persona vivía, donde inició su internación, y el juzgado del lugar donde la persona continuó su internación, o sea, por una derivación. Y había pelea de a quién le tocaba, bajo la legislación pobre existente en aquel entonces, controlar la internación. Y la corte agarró uno de esos casos y dijo bueno, le toca controlar la internación al juzgado que está más cerca del hospital. Pero además dijo, yo no me puedo quedar solamente diciendo esto cuando acá tenemos una persona privada de la libertad durante años. Mientras dos juzgados se venían peleando a ver quién controla, quién no controla, ésta persona fue privada de su libertad sin ninguna justificación, sin ninguna legalidad. Por lo tanto, dijo la Corte, lo que notamos es que hay una debilidad jurídica en la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental. Con lo cual le indicó al Congreso de la Nación, con ese fallo, que tenía que legislar.

Contexto Internacional

Los otros antecedentes que les voy a mencionar son los tratados internacionales de derechos humanos ya mencionados, y la Declaración de Caracas de la OPS, que es una declaración con un compromiso de los países de la región de ir hacia una reforma del sistema de salud mental basada centralmente en la desmanicomia- lización.

Experiencias locales

En nuestro país existían en aquel momento algunas experiencias, en algunas provincias, en algunos dispositivos, de un trabajo con las personas con problemas de salud mental que intentaba dar una respuesta diferente a la que se venía dando centralmente hasta ese momento, que es la respuesta manicomial.

Informe vidas arrasadas

De hecho hay un informe que si tienen oportunidad de leerlo los que aún no lo hicieron, es un informe de derechos humanos que se llama Vidas Arrasadas, del

CELS del año 2007, que fue un antecedente importante también de la sanción de la ley de salud mental.

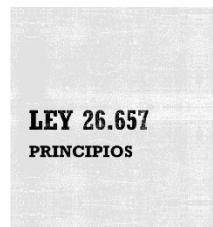
Debate parlamentario

Es decir, ¿por qué les cuento esto? Un poco para darle contexto histórico frente a ciertos discursos que dicen que la ley de salud mental es una ley de escritorio que le hizo un psicólogo sin consultar con nadie. Y la verdad que no sólo tenía todo este contexto, todos estos antecedentes jurídicos de la práctica, internacionales, etc. Sino que además se discutió durante tres años y se votó por unanimidad.

Y durante esos tres años que se discutió en la Cámara de Diputados, dos años, un año en la Cámara de Senadores, hubo audiencias donde participaron psiquiatras, psicólogos, jueces, trabajadores sociales, enfermeros, usuarios, familiares, es decir, se dio un proceso participativo, con lo cual uno podrá decir lo que quiera, pero no que no hubo discusión o que no hubo participación, porque la verdad que eso se dio de esa manera. Bien, esto es una síntesis de ese proceso.

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA LEY 26.657

- CAPACIDAD JURÍDICA
- DINÁMICA, SOBREDETERMINACIÓN Y VINCULACIÓN CON LOS DERECHOS HUMANOS



Y acá entonces, ustedes los que ven en la diapositiva, son dos conceptos que para mí son centrales para entender todo el desarrollo de la ley de salud mental, que son las definiciones más fuertes en términos de paradigma y que después permiten, bueno, impregnar, digamos, todo el resto de la ley de salud mental y la reglamentación, con la determinación de derechos, de políticas públicas, la construcción de institucionalidad, etc. Pero todo está basado en estos conceptos fundamentales.

Presunción de capacidad

Uno que tiene que ver con la capacidad jurídica, es decir que esta definición de que se presume que todas las personas, aunque tengan un diagnóstico en salud mental, o un padecimiento en salud mental, o un antecedente de hospitalización o de tratamiento, tienen capacidad jurídica, es decir que tienen la plena potestad decidir sobre su vida, sobre su tratamiento, etc. Esto es una, en la ley de salud

mental está como una presunción, que quiere decir que puede haber excepciones. Si uno toma la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, que no la vamos a trabajar hoy, pero la menciono, la capacidad jurídica no es una presunción, es un principio inquebrantable que no admite excepciones.

La ley de salud mental admite excepciones y las excepciones tienen que ver fundamentalmente con el riesgo cierto inminente y la internación que lo vamos a ver después. Pero lo que está establecido entonces es que un diagnóstico no necesariamente implica que una persona no pueda manejar su vida, tomar decisiones, etc. No solamente que no lo implica, sino que se presupone que siempre va a poder tomar decisiones, con lo cual lo que hay que probar son las excepciones. Uno diría que ese artículo lo que hace es invertir la carga de la prueba.

Es decir, si antes determinados diagnósticos ya hacían presuponer que la persona era incapaz de tomar decisiones y había que justificar si sí podía, hoy se invierte la situación y lo que hay que demostrar es cuando no puede, es decir la excepción. En todo caso las limitaciones habrá que probarlas, habrá que justificarlas.

Definición de salud mental: dinámica, sobre determinación y vinculación con los DDHH

Esa es una primera definición fuerte que tiene que ver con la autonomía de las personas. Y la segunda es la definición de cómo entiende Argentina, digamos, porque es una ley de la nación, los problemas de salud mental. Y los entiende primero bajo la idea de que son procesos dinámicos, que quiere decir que no podemos establecer que hay sanos de un lado y enfermos por el otro, ni que los sanos son sanos por siempre y los enfermos son enfermos por siempre, sino que son procesos dinámicos. Que esos procesos dinámicos están sobredeterminados no solamente por factores biológicos, sino por factores psicológicos, familiares, culturales, sociales, económicos, y que tienen estrecha vinculación con los derechos humanos.

No solamente porque la salud mental y la salud en general es un derecho humano, sino porque el cumplimiento o no cumplimiento de todos los derechos humanos de la persona, lo que hace es afectar su posibilidad de tener salud mental. Entonces hay una estrecha vinculación entre el cumplimiento de los derechos y la situación de salud mental. Y de hecho, todos quienes tengan experiencia con usuarios por consumo o por cualquier problema de salud mental, habrán visto que además hay un círculo vicioso, una espiral, donde una persona con padecimientos en salud mental suele estar más expuesto a la vulneración de sus derechos. Con lo

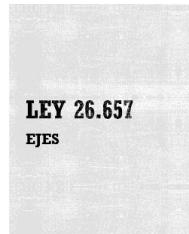
cual, dicho de otro modo, el abordaje en salud mental implica necesariamente también pensar en términos de restitución derechos.

No es solamente un trabajo clínico con la subjetividad de la persona, sino que también implica pensar cuáles son los derechos vulnerados y cómo se trabaja intersectorialmente para poder restituir esos derechos vulnerados, porque eso también forma parte del tratamiento.

Esta definición es lo que da pie centralmente a dos de los cuatro ejes que yo identifico en la ley de salud mental, que son la interdisciplina y la intersectorialidad.

CUATRO EJES FUNDAMENTALES DE LA LEY

- INTERDISCIPLINA
- INTERSECTORIALIDAD
- DESJUDICIALIZACIÓN
- DESMANICOMIALIZACIÓN



a) Interdisciplina

Si ningún padecimiento mental puede leerse solamente en clave biológica, o solamente en clave psicológica, solamente en clave social. Hay que pensar en términos de sobredeterminación. Entonces no hay una disciplina que pueda arrogarse ni el saber absoluto, ni la preeminencia de saber sobre otras disciplinas vinculadas al campo de la salud mental.

Con lo cual es un campo fundamentalmente interdisciplinario. Y esto lo dice la ley de salud mental, y después lo dice también el Código Civil de 2015, que en un artículo - que ahora no me acuerdo el número - dice que toda intervención del Estado en materia de salud mental es interdisciplinaria. Y esto ha traído consecuencias, porque en la ley de salud mental hay dos consecuencias claras, o tres, diría. Una, que la decisión de las internaciones requiere la firma de un equipo interdisciplinario, no solamente de un profesional. Otra, que cualquier disciplina del campo de la salud mental puede asumir cargos de conducción de los equipos, que antes eso prácticamente no era posible. Y la tercera, que las evaluaciones de capacidad jurídica, que antes se llamaba incapacidad, también tienen que hacerse de manera interdisciplinaria.

Pero fíjense que más allá de estos tres puntos que prevé la ley de salud mental de manera explícita, es el concepto de la interdisciplina para trabajar en salud mental impregnó todo el proceso judicial en situaciones de violencia, en situaciones de familia, o sea, está muy incorporado que los informes que los jueces necesitan para cualquier tipo de conflictiva social de este tipo, requieren una evaluación interdisciplinaria. Antes eso no existía. Antes veíamos muchos pedidos de los jueces, por ejemplo, que pedían un informe médico o una junta médica que determinará tal o cual cosa, pero siempre centrado en la figura del médico. Entonces la interdisciplina es un eje fuerte de la ley de salud mental.

b) Intersectorialidad

La intersectorialidad es otro de los 4 ejes fundamentales, que tiene que ver con esto que les dije de los derechos.

Las políticas de salud mental no pueden ser solamente materia de compromiso del Ministerio de Salud. Bueno, a nivel nacional se armó en su momento la comisión interministerial, me tocó coordinar en su primer armado, y hoy creo que no funciona, pero en muchas provincias sí funciona. Y también ya tenemos medio como incorporado que necesitamos que educación ponga su parte, ya sea para trabajar con los pibes en las escuelas, ya sea para revisar los programas universitarios vinculados a la salud mental. Necesitamos de Desarrollo Social, Trabajo, etc. Etc. Etc. O sea, la intersectorialidad que se desprende de esta definición de multi-determinación o sobredeterminación, pero también de la vinculación con los derechos de las personas. Y bueno, muchos derechos tienen que ver o son ámbitos de competencia de otros ministerios que no son el ministerio de salud.

Y después los otros dos puntos que son centrales son la desjudicialización y la desmanicomialización.

c) Desjudicialización

La desjudicialización tiene que ver con que hasta la sanción de ley de salud mental, los jueces tenían la posibilidad definir por sí mismo internaciones, y la ley explícitamente prohíbe esa posibilidad. Establece que los que indican las internaciones son los profesionales del equipo interdisciplinario, y los jueces lo que hacen es controlarla. Es un rol absolutamente distinto.

Antes tenían todos los roles, podían internar, se controlaban a sí mismos. Y la verdad que muchas de las personas que estaban internadas innecesariamente previo a la ley de salud mental no era por situaciones de pobreza. Antes de la ley de salud mental, muchos eran porque tenían orden judicial, y aunque no necesitaban

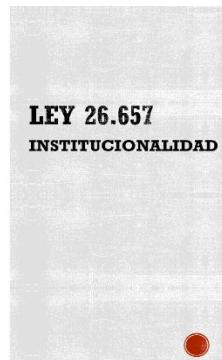
estar internados, el juez no autorizaba las altas. O sea que buena parte de la reducción de personas internadas en todo el sistema de salud mental del país tiene que ver con haber quitado ese rol a los jueces y dejarles, sí, un rol importante, que es el control.

d) Desmanicomialización

El cuarto eje es la desmanicomialización, que es centralmente el artículo 27. El artículo 27 es el que establece dos cosas: que no se pueden crear nuevos hospitales monovalentes de salud mental a partir del 2010, y que los existentes tenían que adecuarse hasta sustitución definitiva.

NUEVA INSTITUCIONALIDAD

- DIRECCIÓN NACIONAL DE SM
- ÓRGANO DE REVISIÓN
- EQUIPO ABOGADOS ART. 22
- CONISMA
- CONSEJO CONSULTIVO HONORARIO
- COMISIÓN ART. 34 HABILITACIÓN Y FISCALIZACIÓN



Una política nueva, derechos que no estaban consagrados, requieren de una institucionalidad que los ponga en marcha.

Centralmente la Dirección de Salud Mental, que no estaba creada hasta la sanción de la ley, se creó poco tiempo antes, producto de una decisión política. En un momento el Gobierno nacional, cuando ya la ley tenía media sanción, cuando estaba avanzado el tratamiento en el Senado, tomó la decisión de crear la estructura de una dirección nacional para que pueda, apenas la ley estuviera sancionada, llevar adelante las políticas y tuviera un rango, bueno, por lo menos de dirección nacional, como lo sigue teniendo.

El Órgano de Revisión es otra de las instituciones que se crean. Van a tener clase siguiente a esta del órgano de revisión provincial, pero hay un órgano de revisión nacional. Una de las funciones del órgano de revisión nacional es promover la creación de órganos de revisión locales.

El Órgano de Revisión se crea con la idea de que haya un organismo especializado que controle la implementación de la ley en términos generales, y los procesos de restricción derechos en términos particulares, fundamentalmente las internaciones y los procesos de capacidad jurídica. Y tiene la particularidad de ser un organismo independiente del controlador. El controlador centralmente es el Ministerio de Salud. Entonces, independiente del Ministerio de Salud y con participación del Estado y de la sociedad civil. Y además incorporando a los usuarios y familiares y al campo de los derechos humanos.

Bueno, el pilar fundamental de la ley de salud mental son los derechos humanos, por lo tanto también los organismos derechos humanos públicos y de la sociedad civil intervienen en ese espacio de control.

Cada provincia ha tenido desarrollos distintos, no tienen por qué ser calcados unos de otros, porque además, bueno, dentro del marco que les da la ley también hay políticas, la política que se da ese órgano en ese territorio particular, con los actores que tiene, para ver que prioriza, por dónde avanza, de qué manera hace el control del proceso de implementación, de qué manera controla las internaciones. Hay distritos que tal vez puedan controlar todas las internaciones que se presentan y otros que tienen que hacerlo por muestreo porque no tienen la capacidad de abarcarlo todo.

Pero en definitiva esa es la función, que es una función que, además, a diferencia de lo que sucedía antes que la función de control de internaciones la tenía el poder judicial, y por un lado tenía el problema de que se controlaba a sí misma, porque muchas de esas internaciones eran decididas por el propio Poder Judicial. Pero además el control nunca era efectivo, era un control de papeles, de informes, no había una visita a la institución, un hablar con la persona para ver en qué situación estaba, o sea que era inexistente. Lo que viene a aportar el Órgano de Revisión en este proceso de control, que de alguna manera comparte con el Poder Judicial, es la especialización y la presencia efectiva y la participación de la sociedad civil, que es lo que le da un poco otra independencia y otra vitalidad.

A nivel nacional hay un equipo de abogados además, que es el que defienden y representan a la persona usuaria cuando está internada involuntariamente, que se conoce como equipo de abogados del artículo 22.

La comisión interministerial, que ya se las mencioné antes, y en algunas provincias también se creó en espejo de lo que es la comisión interministerial, el consejo consultivo. El consejo consultivo se crea con la reglamentación de la ley de salud mental, se reunió ayer a nivel nacional, no sé si convocado por el Minis-

terio de Salud o de manera independiente, lo tuvo que hacer porque nos lo venían convocando, pero es un consejo de 30 organizaciones de la sociedad civil que la verdad que ha tenido un funcionamiento muy interesante, que ha servido para hacer aportes en momentos de avance, pero también ha servido como un espacio de resistencia en momentos en donde, como está sucediendo ahora, se intenta retroceder o con la ley o con las políticas.

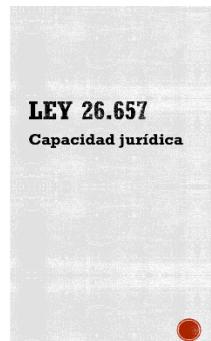
Y por último, esto es menos conocido, pero el artículo 34 de la ley habla de una conexión entre salud y derechos humanos, que se ocupa de generar las normas de habilitación y fiscalización de los dispositivos de salud mental. Pero lo interesante es que, a diferencia de cualquier dispositivo de salud, que siempre tiene un área de fiscalización que los controla, que los habilita, en materia de salud mental lo que la ley pide es que participe el área de derechos humanos. Hay una comisión que se armó hace dos, tres años participé de esa comisión representando a la Secretaría de Derechos Humanos. Bueno, formalmente está creada. No sé si actualmente funciona.

CAPACIDAD JURÍDICA: DEL VIEJO CÓDIGO CIVIL A LA ACTUALIDAD

Viejo Código Civil (Siglo XIX)
Junta Médica
Sin plazo de revisión
Todo o nada

Reforma puntual del Código Civil (2010):
Interdisciplina
Pauta temporal máxima (3 años)
Extensión recortada de la incapacidad

Reforma total del Código Civil (2015)
Incorporación de apoyos
Protagonismo del usuario
Incapacidad como excepción



Bueno, esto es la evolución que tuvo la cuestión de la capacidad jurídica, que para los que no están en tema, es esta posibilidad que tiene el Estado, en definitiva, de restringirle a una persona su capacidad jurídica. Es decir, capacidad jurídica es la posibilidad que tiene una persona mayor de edad de votar, casarse, comprar, vender, alquilar, etc. Esta capacidad jurídica en materia de salud mental evolucionó en dos pasos. Lo que teníamos antes con el viejo Código Civil, es una figura de la incapacidad total. Ahora no me acuerdo exactamente cómo estaba redactado, pero decía algo así como que una persona que no supiera dirigir su persona y administrar sus bienes, era declarada incapaz. Entonces, en general, una persona con un diagnóstico de psicosis u otro, muchas veces a pedido de la familia, sin el

acuerdo de la persona, y a través de una junta médica integrada solamente por médicos, era declarada incapaz. Y ser declarada incapaz quería decir que esa persona, a partir de ese momento, no iba a poder ni votar, ni casarse, ni comprar, ni vender, sino sólo a través de un representante legal, como si fuera una persona menor de edad. Entonces había una junta médica, no era una junta interdisciplinaria, no había plazo de revisión, y era todo o nada. Todavía hay personas que hoy están bajo sentencias de este tipo, personas que fueron declaradas incapaces antes de la ley de salud mental. ¿Y qué es lo que terminaba pasando?

Uno lo veía en la clínica, en mi caso en el hospital, personas que habían tenido una crisis, que tenían efectivamente un diagnóstico en salud mental, pero que estaban bien. Y sin embargo, al no poder tener esta plena independencia y depender absolutamente para tomar las decisiones fundamentales de otra persona, en general era un familiar, pero podía ser un funcionario judicial, ese límite les ponía un techo a su posibilidad de recuperación. Una persona que estaba en condiciones de tomar sus propias decisiones, pero quedaba totalmente aplanada. Aún sin estar internada. En algunos casos sí, pero aún sin estar internada tenía esta limitación absoluta a su posibilidad de ejercer sus derechos en términos personales, digamos. Y además, esa delegación que establecía la ley había un representante legal, un tutor, y no estaba establecido que tenía que tener en cuenta la opinión de la persona.

Así que directamente lo que terminaba pasando es que se la trataba a esa persona, como le decía el término, como una incapaz, una persona que no podía tomar decisiones, como un menor de edad.

La ley de salud mental hace tres modificaciones que empieza a resquebrajar esto. Nosotros, en el momento que discutimos la ley de salud mental, el primer proyecto que presentamos, creo que fue en el año 2007, hacía una modificación más profunda de todo esto, modificando varios artículos del Código Civil. Pero en aquel momento, quien estaba a cargo de la comisión de legislación general que tenía competencia en este tema, era Vilma Ibarra.

Ella me advierte que todos estos artículos de reforma del Código Civil no eran viables, porque la presidenta armó en ese momento una comisión que está viendo cómo reformar de manera integral el Código Civil. Entonces no podíamos realizar una modificación de este tipo por fuera de esa comisión. Entonces, claro, para nosotros era difícil renunciar a modificar el Código Civil, porque íbamos a tener una ley de salud mental moderna, pero íbamos a seguir teniendo artículos del Código Civil que entraban en colisión con la ley de Salud Mental. Uno era este artículo, el de la incapacidad. Así que lo que hicimos fue una reforma mínima

quirúrgica que terminó pasando, que es la que ustedes van a ver en la ley de salud mental. Qué establece para este tema, por un lado, que la evaluación sea interdisciplinaria. Por otro lado, que se le ponga un tiempo máximo, en este caso tres años, sujeto a revisión. Y que se pudiera, esto me parece que es lo más interesante, que la sentencia pudiera ser mucho más personalizada, en el sentido de que no se la declarara la persona incapaz para todo, sino solamente para aquello en lo que tuviera una dificultad. Por ejemplo, se daba la posibilidad de decir bueno, esta persona la declaramos incapaz de manejar cifras de dinero superiores a tal monto, por ejemplo, ni siquiera para el manejo del dinero en general, sino para determinados montos, de modo de que el recorte sea el mínimo indispensable.

Bueno, después vino la reforma del Código Civil, y esto avanzó más todavía, en el sentido de que se aproximó a lo que plantea la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Por un lado incorpora la figura de los apoyos, es decir que ya no son representantes legales, sino personas de apoyo, que tienen que tener en cuenta la voluntad, la preferencia de la persona, y que en muchos casos, además, firman en conjunto. Por ejemplo, un contrato de compraventa. Si una persona tiene un apoyo, no es que el apoyo va a tomar la decisión sustituyendo a la persona, sino en conjunto. Le da protagonismo al usuario, porque la propia persona puede pedir el proceso de restricción de capacidad jurídica y tiene que ser escuchada siempre por el juez. Y deja la figura de la incapacidad total como una excepción.

No es 100% correcto desde el punto de vista de la Convención de Discapacidad, pero fue lo posible en el momento de discusión del Código Civil. Porque les cuento que además todo esto que incluye el Código Civil, lo incluyó porque participamos en algún momento en modificar el proyecto que existía, porque no estaba muy a tono con la Ley de Salud Mental. Así que tuvimos que, cinco años después de discutir la Ley de Salud Mental, ponernos a discutir el Código Civil, y logramos algo bastante digno, digamos. No es perfecto, pero es algo bastante digno.

TRASLADOS DE URGENCIA

- ARTÍCULO 482.- “El **demente** no será privado de su libertad personal sino en los casos en que sea de temer, que usando de ella, se dañe a sí mismo o dañe a otros. No podrá, tampoco, ser trasladado a una casa de **dementes** sin **autorización judicial**”.



Y después esto que tiene que ver con los traslados y la internación, que vamos a ver después, que es algo muy discutido, que hay mucha mala información, por eso quería yo ponerlo acá con claridad.

Este es el viejo código civil que ya no está vigente, el artículo 482, que decía que el demente no será privado de su libertad sino en los casos en que sea de temer que usando de ella se dañe a sí mismo o a otros. Y que no podrá tampoco ser trasladado a una casa demente, fíjese en los términos, pero en definitiva, un hospital psiquiátrico sin autorización judicial. O sea que el viejo código civil exigía, no solamente le daba al juez la facultad de internar, sino que además era el único que podía, no distingue consentimiento, no consentimiento, voluntaria, involuntaria, sino que tenía que haber una orden judicial siempre para internar.

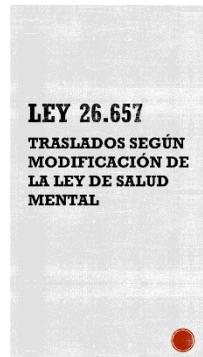
Bueno, nosotros hacemos una primera modificación en la ley de salud mental, que consiste en, primero cambiar los términos, no hablamos de persona demente, se quita ese término.

• **ARTICULO 43.** — Sustitúyese el artículo 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 482: 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 tercero, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial.

Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para tercero.

A medida de las personas mencionadas en el artículo 144 el **juez** podrá ordenar la ejecución sumaria de la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilidad.



Después incluye el concepto de riesgo cierto e inminente, y establece que las autoridades públicas deben disponer del traslado y que el juez puede disponer, en caso de ser necesario, de una evaluación.

O sea, a diferencia de cómo estaba redactado antes, lo que hacemos con la modificación que establece la ley de salud mental es facilitar las cosas, porque ya no requerimos una orden para trasladar. Cualquier autoridad pública debe disponer el traslado. Y el juez también puede disponer el traslado para una evaluación. Lo que no hace es decidir la internación. Pero cualquier situación de crisis en la vía pública es más fácil de atender ahora en términos de procedimiento, que antes. Antes requería una orden judicial para el traslado, hoy no requiere. Puede haber una orden judicial o puede no haberla. Lo que cambia es quién define la internación. Porque una cosa es obligar a alguien, trasladarlo a la fuerza para que sea evaluado

en un hospital, y otra cosa es definir que se tiene que quedar internado en el hospital. Bueno, y esto es ya el nuevo texto del código civil nuevo, que un poco repite lo que habíamos logrado establecer con la ley de salud mental.

• ARTICULO 42.- Traslado dispuesto por autoridad pública. Evaluación e internación. La autoridad pública **puede** disponer el traslado de una persona cuyo estado no admite dilaciones y se encuentre en riesgo cierto e inminente de daño para sí o para terceros, a un centro de salud para su evaluación. En este caso, si fuese admitida la internación, debe cumplirse con los plazos y modalidades establecidos en la legislación especial. **Las fuerzas de seguridad y servicios públicos de salud deben prestar auxilio inmediato.**



También agrega que las fuerzas de seguridad deben prestar auxilio inmediato, que quiere decir que la policía sí puede intervenir en caso de ser requerido y que tiene que articular con salud en una situación de crisis que afecte la seguridad pública. Pero esto centralmente lo que yo quería plantear es incluso para distinguir, porque a veces se mezcla la internación involuntaria con el traslado, hay dos momentos. Hay un momento que es el traslado y hay un momento que es la internación.

El traslado está regulado fundamentalmente por el código civil, no por la ley de salud mental, y establece esto que está en el artículo 42, que la autoridad pública, esto quiere decir los profesionales del hospital, un servicio de emergencia de salud, la policía o el juez, disponen, pueden disponer ante una situación de riesgo que la persona sea trasladada, incluso en contra de su voluntad, hasta una institución de salud. Hay protocolos incluso a nivel nacional y en algunas provincias, de cómo articular salud, por ejemplo, con la policía. Y otra cosa es la internación. Una vez que la persona está en el hospital. ¿Quién define la internación? Bueno, siempre tiene que ser el equipo de salud. ¿Por qué? Porque es una medida sanitaria. El juez no está para tomar decisiones sanitarias.

Un juez no puede ordenar un tratamiento de conducto o una cirugía de tórax o de una hernia. No, los jueces no están para eso. ¿Por qué intervienen los jueces en salud mental? Porque en salud mental es posible hacer algo que en otras especialidades o en otras áreas de la salud no es posible hacer, que es tomar una medida en contra de la voluntad de la persona. Entonces, en un estado de derecho nosotros no podemos darle esa facultad a un psiquiatra, a un psicólogo, a un trabajador social, sin un control. Entonces, como la ley le da la facultad al equipo de salud de tomar la decisión de la internación, cuando esa internación es contra la voluntad de la

persona, entonces requiere un control. Y ese control lo hace el órgano de revisión, pero también el juez o la jueza.

INTERNACIÓN VOLUNTARIA E INVOLUNTARIA

- Voluntarias e Involuntarias
- Requisitos para las involuntarias:
 - a) Ausencia de otra alternativa
 - b) Riesgo Ciego e Inminente para sí o para terceros
- Control Posterior



Bueno, ustedes saben que la ley distingue internación voluntaria y la internación involuntaria. La voluntaria tiene que ser firmada, es un consentimiento que tiene que dar la persona por escrito. Y cuando la internación es voluntaria, por lo menos por dos meses, no tiene que avisar al juzgado ni al órgano de revisión. Es una internación, como cualquier internación en salud, que no requiere ningún control externo al propio dispositivo de salud. ¿Por qué a los dos meses la Ley de Salud Mental prevé que la internación voluntaria sí tenga control? Bueno, porque en algún punto, si ya se extiende la internación, es necesario mirar cuán válido es el consentimiento.

Lo que uno mira, lo explicará después el secretario ejecutivo del Órgano de Revisión, cuando hace ese control posterior de los 60 días de una voluntaria, es hablando con la persona si ese consentimiento efectivamente ha sido un consentimiento válido y si la persona está consciente de lo que ha firmado.

-Participante 1: Tengo una consulta con respecto a este punto ¿Qué pasa con las comunidades terapéuticas? Que si bien están como en una instancia de adecuación sabemos que a veces las personas asisten voluntariamente y parte de la indicación terapéutica, en muchos casos, es que la persona tiene que permanecer y cumplir ciertos plazos antes de tener una primera salida. Por ejemplo, a veces son tres, cuatro meses. Y también ¿qué pasa con esto de si dan aviso o no, esto de informar algo de esa voluntariedad?

-Leonardo Gorbacz: El artículo cuarto de la ley de salud mental, que incorpora las adicciones al campo de la salud mental, lo que significa es que todos los

derechos que establece la ley y todos los controles que establece la ley valen también para los dispositivos de adicciones. Incluso en la reglamentación está explicitado que los dispositivos de tratamiento de adicciones también. Cualquier tipo de dispositivo de tratamiento también está incluido y por lo tanto está sujeto a los controles. Entonces las comunidades terapéuticas tienen que cumplir con las mismas pautas, en el sentido de que si es voluntaria la internación y se prolonga por más de 60 días, tiene que avisar. Si es involuntaria, tiene que avisar inmediatamente y está sujeto al control del Órgano de Revisión y el Poder Judicial. Además está sujeto a los controles de fiscalización de la comisión del artículo 34, etc.

Las pautas o reglas de una institución, como por ejemplo que no puede recibir visitas durante tanto tiempo en la primera etapa, la primera fase, bueno, todo eso está sujeto a revisión y tiene que tener razonabilidad, ¿no? Tiene que tener razonabilidad. Uno de los derechos que garantiza la ley de Salud Mental es el contacto con la familia.

-Participante 1: Claro, pero en ese caso queda sujeto al criterio del equipo ¿o se está hablando de una vulneración derechos? Indicación que es sostenida desde un discurso terapéutico.

-Leonardo Gorbacz: Por eso yo imagino dos situaciones. Una que las restricciones sean caso por caso en la institución, entonces habrá que revisar en ese caso por qué se le hizo esa restricción. A ver, uno entiende que un horario de visita es razonable, debería ser flexible para las posibilidades de la familia. También que durante los primeros días, por ejemplo, a nosotros nos pasaba mucho la experiencia en el hospital. Casos de intentos de suicidio por crisis de pareja donde se procede a una internación e inmediatamente la pareja quiere quedarse acompañando y se monta una escena donde terminamos convalidando que la forma adecuada, digamos, de reconciliación es autoagredirse para llamar la atención. Bueno, nosotros limitamos las visitas por lo menos 48 hs, 72 hs, hasta poder trabajar con la persona que estaba internada, etc. Bueno, esas son cosas razonables.

Entonces, una cosa es el caso por caso. Ahora, puede haber instituciones que tengan pautas predefinidas de que, no sé, el primer mes no reciben visitas, bueno, eso ya pareciera que es excesivo, entonces por más que forme parte del programa de tratamiento de la institución, yo entiendo que en esos casos el Órgano de Revisión podría hacer una observación o incluso la provincia, en el caso de Neuquén, no sé si tiene su propia regulación de los dispositivos. Son cosas que se pueden establecer en una reglamentación. Bueno, los dispositivos de atención residencial, de atención de los consumos problemáticos no podrán contener restricciones a las

visitas que sean superiores a determinado plazo. Uno puede dar un margen, pero claro, la ley no lo establece con números precisos.

Pero sí está claro que el derecho al mantenimiento de vínculo con familiares y allegados es un derecho de la persona y vos podés organizarlo en el marco de la internación, pero no restringirlo abusivamente. Es algo que debería interpretar y el Órgano de Revisión en el marco de su competencia y la comisión del artículo 34 o el área de fiscalización de salud en el ámbito de su competencia pueden hacerlo.

-Participante 1: La comisión que estás integrando, ¿es a nivel nacional o también hay comisiones a nivel provincial?

-Leonardo Gorbacz: Yo la integré hasta que terminé mi gestión en diciembre del año pasado a nivel nacional. Y las provincias podrían hacer lo propio, digamos, son ese margen que tienen las provincias de adherir a la ley nacional de salud mental. Bueno, no van a adherir a todas las instituciones o todo lo que dice, pero yo creo que sería una buena práctica, si no lo ha hecho Neuquén, por ejemplo, trabajar para formar una comisión o al menos que si se crean normas o se discuten normas de habilitación y de control. Provincia de Buenos Aires sí lo hizo en su momento.

Esto es algo que yo discutí mucho en esta comisión, que es que no solamente sea una norma de habilitación, sino que haya un protocolo de control que diga, por ejemplo, máximo cada un año hay que ir a visitar la institución y en esa visita hay que revisar los libros, dialogar con las personas que están internadas de manera privada, o sea, una serie de pautas de cómo debería controlarse. Entonces, una cosa es el control del órgano de revisión, que lo puede hacer en cualquier momento y lo hace además en el caso de las internaciones uno por uno, y otra es el área de fiscalización del Estado, que con una mirada derechos humanos tiene la obligación de hacer controles periódicos, sistemáticos, para mantener la habilitación de esas instituciones.

Bueno, ustedes van a ver, yo al final puse, no sé si está el link, pero si no lo buscan, cuál es la norma nacional que hoy está vigente, que es de fines del año pasado, que las provincias pueden basarse en eso para crear sus propias normas. ¿Qué decir de la internación involuntaria, que me parece importante también por el tema de los consumos? Primero que hay dos pautas que establece la ley para justificar una internación involuntaria. La más conocida es la de riesgo cierto e inminente.

La menos conocida es el criterio de la ausencia de otra alternativa adecuada para atender el caso, que es importante también ese otro criterio, porque, bueno,

en el marco de la atención de una crisis, tal vez en un territorio o en una institución que tiene desarrollada alternativas, por ejemplo, acompañamiento domiciliario, no sé, lo que se les ocurra, de pronto uno puede evitar una internación, no solamente porque el caso admite ser abordado de otra manera, sino porque además esa otra manera yo la tengo desarrollada, porque yo puedo decir, bueno, esta persona con un acompañamiento domiciliario de 12 hs los primeros siete días y evaluamos entonces, no lo interno, sí, esta persona le puedo ofrecer eso, pero tengo que tenerlo, digamos, si no lo tengo lo voy a tener que internar, cuando si lo tuviera no tendría que internar.

Entonces, las alternativas que uno vaya construyendo también son importantes para evitar las internaciones y el riesgo cierto e inminente, que en el caso de los consumos, ustedes saben que hay, bueno, hay un movimiento de madres, fundamentalmente la mamá de Chano, que es la que lidera ese espacio, planteando que en los consumos el riesgo es otra cosa, y que entonces no hay que esperar que la persona esté en ese momento intoxicada o por matar a alguien para entender que hay un riesgo. Y tiene razón, lo que pasa es que la ley no dice eso.

Digo, cierto inminente, primero es una valoración, no es solamente una valoración clínica que se hace sobre la persona, es una valoración también interdisciplinaria, porque la evaluación de la internación es interdisciplinaria, donde uno también tiene en cuenta la información que me trae la familia, la posibilidad de contención que tiene o no tiene la familia, qué alternativas tengo. O sea que nada dice que la valoración del riesgo cierto inminente tiene que ver con que la persona en el momento en que la estamos atendiendo, esté intoxicada. Puede perfectamente no estar intoxicada, pero uno valorar igual que hay un riesgo escuchando lo que trae la persona, escuchando lo que trae la familia, y tomando una decisión. Y esa decisión es imposible de protocolizar, porque también hay una idea de que, bueno, ¿cómo definimos más claramente lo que es riesgo cierto e inminente para tomar una decisión?

La verdad que eso siempre termina siendo una decisión del equipo que está atendiendo en su mejor saber y entender. Porque además quiero decirles que antes de la ley de salud mental y antes de que esto estuviera definido así, por supuesto que había discrecionalidades, no había controles, etc. Pero los equipos que trabajaban bien también ponían sobre la mesa hasta dónde forzar una internación, o hasta dónde tratar de hacer un acuerdo para otro tipo de tratamiento, o hasta dónde respetar la voluntad de la persona. Porque todos sabemos que cuando uno toma una decisión de una internación involuntaria con esa persona, entonces no es una medida que uno toma gratis, la toma cuando la tiene que tomar, sabiendo que

después la va a tener que remontar de alguna manera. Entonces, quiero decir, ese criterio ya lo teníamos incorporado.

Ahora, bueno, está puesto en estos términos, es imposible definirlo desde un papel, desde un protocolo, es algo que define el equipo en ese momento. Escuchando la familia, tal vez dos casos que son exactamente iguales desde el punto de vista de la sintomatología, uno interna un caso y otro no, por cómo viene la familia, por cómo uno presume que la familia o los allegados van a poder acompañar. Hay familias que acompañan, otras que no, otras que son al revés, digamos, otras que en la dinámica familiar del día a día están generando más angustia y más ansiedad en la persona. Bueno, hay muchas situaciones distintas. Yo no creo que podamos resolver el problema que plantean las madres modificando el criterio de riesgo.

Porque además lo que ellas dicen es que hay muchos casos que no aceptan la internación que ellas creen que tiene que tener la persona. Y en muchos casos que uno revisa, podría haber tenido razón la familia. Yo creo que muchas veces los equipos que no internan, habiendo elementos de una crisis, con riesgo cierto e inminente, no tiene que ver por una interpretación errada que hace el equipo de la ley. Por ahí tiene que ver con situaciones de precarización del equipo, o que están sobre pasados, o que en algunos casos algunos equipos no se quieran hacer cargo de situaciones difíciles. O puede haber mil explicaciones que no tienen que ver, que no se solucionan, no se van a solucionar desplegando un protocolo. Además, yo creo que de protocolos estamos bastante llenos.

Está bien enmarcar algunas cosas, pero después el criterio de los profesionales es el criterio de los profesionales. ¿Y lo importante es que primero quiero decirles, para los que aquellas personas que tienen preocupación, porque esto al principio surgió, si yo interno y entonces no había riesgo cierto y obligué a alguien, puedo tener algún problema? La verdad que hasta ahora no habido ningún problema legal para equipos que hayan internado a una persona y que después en la revisión del órgano de revisión o la revisión judicial, no haya convalidado la internación. Porque puede pasar eso. El equipo dice que hay riesgo cierto inminente, lo interno, se informa, viene el órgano de revisión, revisa la situación y dice no hay riesgo cierto inminente, le tiene que dar de alta. Puede pasar eso, ha pasado pocas veces, pero puede pasar. ¿Eso implica una responsabilidad legal para la persona o al equipo que internó? No, porque cumplió el procedimiento. Precisamente lo que permite eso, es que aunque uno tome una decisión que después no es convalidada por la justicia o por el Órgano de Revisión, la única consecuencia que tiene es que

hay que deshacer esa decisión y externar a la persona. Pero no se considera de ninguna manera que el profesional haya cometido un delito.

Entonces, ¿qué quiere decir con esto? Que no hay que darle tantas vueltas a esta cuestión, y que en todo caso, si hay problemas con la internación, primero no lo vamos a resolver dándole a la familia poder de internación. Permitir que un familiar, es decir que cualquier ciudadano de la Argentina tenga la capacidad de internar a otro ciudadano mayor de edad en contra de su voluntad, es decir, privarlo de su libertad, es una locura desde el punto de vista de un estado derecho y también desde el punto de vista de una política sanitaria. Imagínense si las camas de los hospitales, en vez de estar administradas por los profesionales y por el director del hospital, estuviera administrada por todos los ciudadanos que la podrían ocupar con su sola decisión. Eso no admite ningún análisis. Habrá que buscar otras alternativas en esta crítica, en este problema, pero la alternativa no pasa ni por darle a la familia potestad de internar, ni por dársela al juez, que tampoco, como dijimos, no está para eso, está para controlar lo que hacen los equipos. Puede obligar a un equipo a evaluar, o puede trasladar a una persona para que sea evaluado inmediatamente. Lo que no puede es decidir si la medida que hay que tomar con esa persona es o no es una internación.

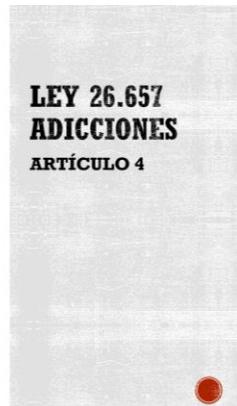
-Participante 2: Tengo una consulta relacionada con esto que mencionas de los jueces que hacen su control y que no ha habido nunca ninguna consecuencia para un equipo de salud que haya indicado una internación que después no haya sido validada. Y además los jueces también, por lo que se plantea en la ley, piden informes adicionales, no solo el del equipo interdisciplinario. O sea, tienen en el control la necesidad de pedir otros informes adicionales también para validar esa decisión de ese equipo, o no.

-Leonardo Gorbacz: Correcto, es así. No digo que siempre han convalidado, creo que la mayoría de las veces sí, pero lo que quiero marcar es que aunque no convaliden, eso no transforma la decisión del equipo en un delito. Simplemente es un sistema de control que funciona, con lo cual no hay que tener miedo de tomar una decisión de internar o de no internar. Y en general, además, convalidan casi siempre. Porque estamos en una época que se llama el securitarismo. La preocupación fundamental es la seguridad, no los derechos de las personas. Y más allá que tengamos un gobierno que habla de la libertad absoluta individual, es mentira. Entonces, en general, toda la inclinación del sistema es “prefiero que esté encerrado y no que esté suelto”. Ante la duda, antes que restituir el derecho a la libertad de la persona prefieren convalidar internaciones involuntarias.

Si hay un equipo de salud que está diciendo que tiene que estar internado, es muy difícil que un juez diga no, salvo que la evaluación que hizo el órgano de revisión o la evaluación que hizo el equipo de juzgado dice que es excesivo internarlo contra su voluntad. Podría pasar en otro contexto, digamos, en otra cultura, en otra época. Hoy es difícil que pase eso.

Bueno, avanza rápido para que vayamos a las preguntas. Lo siguiente es el artículo cuarto y la reglamentación. Es el artículo que incluye las adicciones dentro del campo de la salud mental, el artículo 11 de la ley, que explícitamente dice que entre las estrategias y dispositivos de atención se incluyen para las adicciones de dispositivos basados en la reducción de daños.

- **ARTICULO 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.
- **REGLAMENTACIÓN:** 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 en la Ley N° 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.



ARTICULO 11 - Facultase a la Autoridad de Aplicación a disponer la promoción de otros dispositivos definidos en la Ley N° 26.657, en articulación con las áreas que correspondan, promoviendo su funcionamiento bajo la forma de una red de servicios con base en la comunidad. Dicha red debe incluir servicios, dispositivos y prestaciones tales como: centros de atención primaria de la salud, servicios de salud mental en el hospital general con internación, sistemas de atención de la urgencia, centros de rehabilitación psicosocial diurno y nocturno, dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo, atención ambulatoria, sistemas de apoyo y atención domiciliaria, familiar y comunitaria en articulación con redes intersectoriales y sociales, para satisfacer las necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que favorezca la inclusión social.

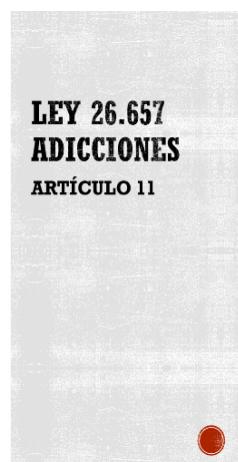
La Autoridad de Aplicación establecerá los requisitos que debe cumplir cada dispositivo para su habilitación.

Los dispositivos terapéuticos que incluyan alojamiento no deberán ser utilizados para personas con problemática exclusiva de vivienda.

Entre las estrategias y dispositivos de atención en salud mental, se incluirán para las adicciones dispositivos basados en la estrategia de reducción de daños.

La Autoridad de Aplicación promoverá que la creación de los dispositivos comunitarios, ya sean ambulatorios o de internación, que se creen en cumplimiento de los principios establecidos en la Ley, incluyan entre su población destinaria a las personas alcanzadas por el inciso 1) del artículo 34 del Código Penal, y a la población privada de su libertad en el marco de procesos penales.

Para promover el desarrollo de los dispositivos señalados, se deberá incluir el componente de salud mental en los planes y programas de provisión de insumos y medicamentos.



Y esto es la resolución MS 4107/23, los que quieran revisar la pueden buscar.

• VIVIENDA DE ESTANCIA TRANSITORIA CON APOYOS PARA PERSONAS CON PROBLEMÁTICAS DE CONSUMO

DEFINICIÓN: Dispositivo socio-sanitario con alojamiento temporal (*+) destinado a la rehabilitación profesional de personas con problemáticas de consumo y/o adicciones. El dispositivo tiene como finalidad la atención integral de las personas, la terapia, la promoción de vínculos y pautas de convivencia, orientado a la inclusión social.

Funciona independientemente, en lo concerniente al espacio físico, de otros establecimientos de salud mental y/o de atención a personas con consumo (o predio) una vivienda de estancia transitoria y otro tipo de efecto sanitario (hospital de día, clínica, centro de tratamiento, entre otros) que comparten el mismo espacio físico de los dispositivos, con entrada, circulación y funcionalidad diferenciadas.

Algunos ejemplos: unidad residencial para el abordaje de consumos problemáticos en menores de edad.

(*) Plazo sugerido de permanencia en la vivienda: 6 meses, con posibilidad de extensión de otros 6 meses según estrategia terapéutica.

CAPACIDAD DE PERSONAS USUARIAS:

- Recomendable: menor a 12 (doce) personas.
- Puede alojar un máximo de 20 (veinte) personas.

(*) el recurso humano será proporcional a la cantidad de personas que se alojen.

(**) la proporción de horas semanales de cada profesional podrá variar de acuerdo a las necesidades de cada profesional, sin perjudicar la calidad del servicio, debiendo cumplimentarse un mínimo de 30 hs. semanales de práctica profesional.



No es una resolución solamente para dispositivos de adicciones, es para dispositivos de salud mental en general. Y es lo más nuevo que tenemos, porque es de fines del 2023, que lo hizo esta Comisión de Salud y Derechos Humanos, que tiene una parte que es interesante, por la que peleamos mucho desde derechos humanos, que es la cuestión del procedimiento de control. Ustedes saben que la fiscalización sanitaria, una vez que se habilita, difícilmente monitorea. Y a nosotros nos parecía que era importante que haya un monitoreo de rutina, más allá de que pueda ser una revisión de fiscalización sanitaria.

Y que ese monitoreo de rutina no solamente tenía que controlar el vencimiento de los matafuegos, sino que tenía que controlar, ya que tenemos personas internadas en contra de su voluntad, hay que ir, hay que recorrer la institución, hay que revisar las historias clínicas, hay que hablar con las personas, hay que hablar con los enfermeros a solas. Es todo un procedimiento porque estamos, bueno, monitoreando un lugar donde hay una situación de vulnerabilidad de las personas que están allí, y por lo tanto los controles tienen que ser acordes, no pueden ser solamente controles de forma.

Y eso está bien establecido en esta legislación, que es una Resolución del Ministerio de Salud, no es conjunta, es del Ministerio de Salud, pero a recomendación de una comisión que sí incluye a la Secretaría de Derechos Humanos.

Y después, lo que no vamos a ver hoy, pero que ustedes les dejó el PowerPoint, es la ley de consumo problemático, que es una ley del diputado en aquel momento Horacio Pietragalla, que se basa en la ley de Salud mental y tiene un componente de prevención, un componente de atención, un componente de rehabilitación y es muy buena y lamentablemente no es que no se haya aplicado, sino que muchas de las cosas que dice se han hecho en algún momento, algunas otras

no, pero nunca ha sido tomado en serio para aplicarla en conjunto, porque esa yo creo que es la mejor respuesta en ésta materia.

Un programa como el que está planteado en esa ley, es un programa que incluye desde la promoción del deporte, la cultura, la educación, etc. La asistencia integrada al sistema de salud y la articulación con programas de inclusión laboral e inclusión educativa, inclusión cultural. En definitiva, lo que siempre pensamos que había que hacer está puesto todo en una ley específica, que esa ley de adicción. Así que bueno, dicho esto, voy a sacar la presentación así aprovechamos el tiempito que nos queda para comentarios, preguntas o críticas.

-Participante 3: Quería consultarte sobre algo que surgió en algunas conversaciones respecto al criterio de riesgo cierto inminente. He escuchado la idea de modificarlo por el concepto de riesgo potencial. Hay algo de esa idea que me genera preguntas, ¿Cómo se evaluaría el potencial riesgo? ¿Es en función a situaciones de riesgo previos? ¿O incluso por la falta de red afectiva o social o espacios de inclusión? ¿Qué pensás sobre ésta idea?

-Leonardo Gorbacz: Sí, varias cosas. Primero, hablar de riesgo potencial es casi como una redundancia, porque el concepto de riesgo ya incluye la potencia. Sino, en vez de riesgo uno diría hecho consumado. A ver, pongámonos esta idea también. En un Estado de derecho, una persona puede ser privada de su libertad si comete un delito. Y si comete un delito es privado de su libertad a posteriori, y en principio después de que se le demuestre el hecho, antes debería estar en la casa, salvo que tenga prisión preventiva. Además, tiene un abogado, etc.

Pero siempre es a posteriori. Imagínate que yo diga que vamos a meter en la cárcel a fulano, que no cometió ningún ilícito, pero a mí me parece que en cualquier momento lo va a cometer, entonces lo encerramos como algo preventivo, una medida preventiva, sería inaceptable. ¿Sucede a veces, no?

Porque anda un chico con gorrita, con determinado aspecto y la policía a veces actúa por el estado de sospecha, simplemente por una cuestión Lombrosiana, digamos, que se les ocurre que ese perfil es peligroso.

Entonces, lo que nosotros tenemos en los dispositivos de salud mental es la posibilidad única, como excepción, de privar a alguien de su libertad para evitar una situación dañosa. Es una excepción única. Entonces tenemos que ser responsables de cómo lo aplicamos. Uno podría decir, bueno, ¿se justifica por el hecho de que tenga un consumo que yo haga una internación en contra de la voluntad de alguien?. Bueno, entraríamos, yo diría el 80 % de la población, consumo más o menos, muchos tenemos. Bueno, no, entonces el punto es ese. O que por ejemplo,

una persona que tiene un diagnóstico de esquizofrenia, ¿sólo por eso la vamos a internar? y bueno, la mayoría va a decir que no.

Entonces entre la persona que está absolutamente, digamos, violenta, agrediéndose a sí misma, y la persona que simplemente tiene un consumo o un diagnóstico, en el medio hay grises. Y ahí es donde la evaluación interdisciplinaria tiene que tener en cuenta varios aspectos que no solamente son la sintomatología, sino el contexto social, clínico, las alternativas, explorar alternativas para evitar una internación en contra de la voluntad de la persona, que no solamente sea más respetuoso de sus derechos, sino que tiene más posibilidades de éxito terapéutico. Si yo logro con una persona que no se quiere internar, un acuerdo de algún tipo de dispositivo de acompañamiento ambulatorio que le puede servir para contener la situación y que es más aceptable para la persona, más respetuoso de sus derechos, tengo más posibilidad de éxito terapéutico. Bueno, evalúo eso, evalúo la situación de la persona.

Y en ese gris, y bueno, hay mucho de la política de la institución, de la política del equipo, de valorar cuál es el nivel demanda de la familia. Y también yo lo que creo es que uno tiene que poder, cuando no va a internar involuntariamente, porque tal vez no está el riesgo dado, la posibilidad de acompañar a la familia, si uno no tiene la posibilidad inmediata de incorporar a la persona en algún dispositivo porque no lo acepta, sí, al menos deberíamos tener dispositivo de acompañamiento de la familia, que es la que trajo la demanda, porque si no eso sí se va a transformar en un problema.

Va a ser un problema para el equipo, porque si pasa algo con esa persona que no interné, esa familia va a demandar al equipo va a ser un problema para las políticas públicas, para la ley, porque esas son las familias que militan en contra de la ley. Entonces, si nosotros tomamos la decisión de frente a una demanda familiar no internar, bueno, hagamos el enorme esfuerzo para desplegar algún dispositivo que le sirva a la persona, y si no es posible con la persona, que sea posible con la familia. ¿Qué quiero decir?

Bueno, que no es lo mismo decirle a una mamá que viene con esa preocupación, no tiene riesgo cierto e inminente, no lo interno, punto; que decirle bueno: “mire, no lo vamos a internar porque no le va a servir, va a ser una situación muy violenta, no están dadas las condiciones, pero vamos a ver si puede ir un operador a visitarlo a la casa y hagamos una estrategia para que lo reciba y puedan tomar unos mates y charla ¿Le parece que puede ser?” Y si no puede ser de esa manera, bueno, aunque sea de mínimo, ofrecerle a la mamá: “mire, hagamos una cosa,

hoy, así como están las cosas, no lo podemos internar, pero llámenos a este teléfono dentro de cuatro días, nos cuenta cómo sigue la cosa”.

O ofrecerle, por ejemplo, un grupo de familiares que pasan por situaciones similares y se juntan a reflexionar: “tal vez a ud. le interese sumarse”. Eso es lo que me parece. Ahora, a veces tenemos el límite de nuestra propia formación, que está muy atravesada por un modelo médico tradicional, aunque seamos psicólogos o médicos, lo que sea, y entonces no se nos ocurre, si no es que venga a la consulta o que se quede internado, no se nos ocurre nada más.

Y bueno, se nos tiene que ocurrir, tenemos que poder plantearlo a nivel de las gestiones, otros dispositivos que nos ayuden en esas situaciones para que tengamos un menú de ofertas o de respuestas más amplios que nos permita, cuando a veces no podemos ofrecer una atención directa a la persona, uno puede trabajar con la familia, y no digo que se va a curar la persona de su adicción, pero probablemente cambien las condiciones demanda y en algún momento pueda acceder a un tratamiento o un esquema de reducción de daños esa persona. Muchas personas no quieren internarse. A veces hay una idea de que una persona que no quiere internarse es porque no tiene conciencia de enfermedad. Y a veces no es porque no tienen conciencia de la enfermedad. Es que uno, para decirlo rápido, se puede estar loco, pero no es boludo. Y si ya pasó por instituciones donde lo maltrataron, donde estuvo más tiempo del que hubiera querido, donde no se lo escuchó, dónde bueno, entonces el que ve, como decía Patricia Bullrich, que se quema con leche, ve una vaca y llora, no llora. Hay mucho de eso también. El problema es que si nosotros ese es otro problema también de las internaciones involuntarias, uno puede en algún caso llevarla adelante, pero si uno construye un sistema basado en la imposición violenta de las medidas terapéuticas, lo que termina produciendo es el alejamiento de las personas. Cuanto más el sistema se soporte en la idea de la imposición, más es la población a la que le va a tener que imponer. ¿Por qué? Porque difícilmente alguien acceda a un tratamiento con consentimiento si sabe que la institución funciona a base de la imposición, y que una vez que uno acepta el tratamiento, pierde el poder decisión. Entonces, la posibilidad de construir un sistema que sea confiable para los usuarios, también tiene que ser una preocupación. Y no usar la herramienta de la involuntariedad de manera excesiva, porque entonces uno se gana la fama. Y después me acordé de ese dicho, ¿cómo era? ¿De hazte la fama y échate a dormir, no?

Sí hay una cosa que habría que explorar también, porque yo entiendo, por lo menos en términos derechos. Porque una cosa es un chico menor de edad, y otra cosa es una persona mayor de edad. Uno diría una persona mayor de edad con

consumo, pongamos, porque este es un espacio, una capacitación sobre consumo. ¿Una madre de un muchacho de 25 años tiene derecho a disponer que su hijo quede internada involuntariamente? No. ¿Ahora, sí tendría derecho la madre a no querer convivir con él si vive en su casa? Eso ya es otra cosa. Y ese es el punto donde hay que buscarle una vuelta, porque bueno, si está viviendo con la madre y está causando problemas graves ya hay una tensión insoportable.

A veces el pedido de internar no es tanto porque la madre quiera, yo digo la madre en general son mamás, pero puede ser papás, hijos, a veces no es tanto porque pretenda que esté encerrado en un lugar, sino porque ya no puede tenerlo, no se soporta más la convivencia. ¿Y en ese punto ya es distinto, porque una cosa que no tenga derecho a privarlo de su libertad al hijo mayor, pero sí tiene derecho a ponerlo de patitas en la calle, bueno, entonces se abren otras preguntas, digamos, qué otros dispositivos podrían ofrecer el estado para situaciones de esas características? Pero ya la demanda familiar cobra otra dimensión, digamos, tiene otra connotación.

-Participante 3: Sí, muchas veces hay un vacío. De hecho, acá hay una compañera con la que trabajamos también en el abordaje de las situaciones de violencia y nos encontramos con situaciones de violencia intrafamiliar, en particular hacia las madres, en las que el hijo/a, presenta una problemática de consumo y es quien ejerce violencia. Y se hace muy difícil intervenir, porque muchas veces la única red o el único lugar que hay para ese hijo es ir a la casa de la madre. Entonces, impartir una medida de protección, queda corto para intervención por las características del vínculo.

-Leonardo Gorbacz: Lo que voy a decir nos va a exceder la posibilidad de discutirlo hoy. Una cosa es no penalizar el consumo y otra cosa es no penalizar la violencia. Entonces, quiero decir, nosotros también convivimos con una ley penal. Si alguien agrede a su madre, o a quien sea, uno puede entender que eso forma parte de un proceso de padecimiento mental o de consumo, y bueno, tal vez se da la posibilidad de contener eso desde el sistema de salud mental, pero nosotros no podemos ponernos en el lugar de sustituir el dispositivo penal, y en algunos casos tendrá que actuar el dispositivo penal. No es que lo tengamos que decidir nosotros tampoco. Tenemos que tener en cuenta que eso existe. El hecho de que una persona tenga un problema de consumo o un padecimiento mental no quiere decir que esté por fuera de la ley.

Y a veces hasta uno puede pensar ¿es conveniente que la ley actúe desde ese lugar? Digamos, no hay que psicologizar todo, ni sanitarizar todo. También esa persona es un ciudadano y la víctima de violencia es una víctima de violencia.

-Participante 4: En relación a ésto también pensaba que hay situaciones donde el consumo es problemático para varios sujetos, implica tomar decisiones que afectan una dinámica familiar, una dinámica habitacional. Vengo recién de la guardia de encontrarme con una persona de 72 años que no puede decirle que no a su nieto, al nieto y a toda la junta. Y está pesando 40 kg porque no puede ir a cocinar, porque vive encerrada. Entonces le digo: “bueno, vamos a hacer la denuncia”. Y me dice: “No, no quiero hacer la denuncia”. Porque no puede soportar la idea de que esté en la calle. Vivimos en la Patagonia, no es fácil vivir en la calle, no debe ser fácil en ningún lugar del mundo. Pero con estas frescas, peor. ¿Y entonces qué hacemos con ésto? Cuesta un montón trabajar en consumos y soportar las frustraciones.

-Leonardo: Y tenemos todo un capítulo de soportar las frustraciones. Yo creo que hoy, bueno, no vamos a llegar a plantearlo, pero a mí me preocupa bastante la situación en la que está hoy el campo de la salud mental respecto de las demandas. Porque hay cada vez más problemas de salud mental, cada vez la demanda tiene más el tono de la demanda punitiva, digamos, de la demanda de resolver. Absolutamente. Y además la demanda hacia el equipo de salud de hacerse cargo masivamente de todo. Y nosotros estamos medio como atrapados en esa dinámica, donde por un lado hay un dispositivo de producción de padecimiento permanente, estamos en un contexto social, cultural, con las nuevas tecnologías, etc. que producen mucho malestar y muchos padecimientos.

Y también tenemos, no sé, lo voy a decir, es lo que pienso, y disculpen si hay alguien que piensa distinto, pero tenemos un presidente que se la pasa hablando de manera violenta, descalificando al que piensa distinto. Y nosotros sabemos que ese tipo de discurso, desde la máxima autoridad del país, genera efectos en la salud mental. De hecho, uno sal hoy a la calle, en cualquier lugar, y ve que la gente está más violenta, está más irritable. Entonces, frente a eso, por un lado se producen mayores padecimientos y por otro lado nos piden a nosotros que lo resolvamos sin reconocer cuáles son las causas. Bueno, me parece que tenemos que poner alguna palabra respecto de las determinaciones sociales de los padecimientos mentales. Y también tenemos que poder marcar cierto límite de hasta dónde podemos hacernos cargo.

Porque no somos magos, los problemas de salud mental requieren del compromiso de todos y también el compromiso en no producir mayores niveles de violencia y de frustración. Así que me parece que estamos en un momento muy especial.

Ayer yo lo pensaba cuando vi el tuit de la vicepresidenta diciendo bueno, esto es un gobierno que con sus políticas enferma a la gente y después le echan la culpa a la ley de salud mental. Y cuando digo le echan la culpa a la ley de salud mental, de alguna manera también nos echan la culpa a todos nosotros. Nos dan la responsabilidad de resolver algo que no está en nuestras manos resolver. Podemos acompañar, podemos apoyar, en algunos casos nos irá mejor que otros, pero hay que tener cuidado con aceptar ese lugar.

Y además digo, y con esto termino para no quitarle tiempo al compañero que va a seguir, me parece que estamos en una situación donde hacernos cargo de todas esas demandas nos dejan en una situación de impotencia. ¿Y cuál es la trampa? Que como decimos, bueno, por fin ahora se le da valor a la salud mental, se habla en los medios, se discute en la política, reconocen la importancia, entonces compramos ese paquete porque nos hace sentir más importantes. Y viene la contraparte, bueno, ustedes que son tan importantes y ahora hay tantos problemas, háganse cargo. Entonces es un arma de doble filo que hoy se hable tanto de salud mental, porque también me parece que hay una intención en esto de hablar tanto de salud mental, de privatizar un problema que es social, y despolitizarlo.

Entonces allí está nuestra capacidad, digamos, nuestra posibilidad como profesionales también de intervenir para poder, entre la omnipotencia y la impotencia, ubicarnos en la posibilidad y en nuestro rol, digamos, de qué es lo que podemos hacer, y no aceptar que se nos tire todo el fardo encima.

La prevención en el campo de los consumos problemáticos

Graciela Touzé

Cuando nos referimos a la prevención hay como una suerte de acuerdo universal: estamos todos de acuerdo con hacer prevención. Incluso suele haber una demanda de desarrollar más el espacio de prevención. Se nos demanda muchas veces a los profesionales, a los dispositivos, a las políticas, la necesidad de trabajar en prevención. Ahora, ese supuesto acuerdo universal, cuando nos detenemos a examinarlo nos damos cuenta que en realidad detrás de ese supuesto acuerdo hay distintas miradas, distintas perspectivas que hacen que decir prevención no signifique lo mismo para todo el mundo (Touzé, 2010).

Por eso es importante que nos planteemos algunos interrogantes: ¿cómo prevenimos?, ¿sobre qué prevenimos?, ¿para qué prevenimos?, y que explicitemos las respuestas a la hora de decir “voy a hacer prevención”. Porque puedo estar pensando en metodologías muy diversas (el cómo), en construcciones del objeto a ser prevenido muy diferentes (el qué), y puedo estar pensando en objetivos, en finalidades muy distintas (el para qué).

Vamos entonces a intentar explicitar estas distintas perspectivas que hacen tanto a las finalidades, como a las metodologías de prevención, y fundamentalmente a la construcción que hacemos de, en este caso, los consumos problemáticos, que serían el objeto de intervención sobre el que queremos trabajar, lo que queremos prevenir. Y estas perspectivas varían, en algunos casos, mucho. Y esto tiene que ver porque esas distintas perspectivas, están basadas en enfoques teóricos muy diferentes, que utilizan distintas categorías que, en algunos casos son incluso contrapuestas, es decir que remiten a paradigmas muy distintos.

Y esto nos remite al carácter social e histórico de la construcción del “problema droga”. El consumo de sustancias psicoactivas es una práctica que la humanidad desarrolló desde sus albores. Sin embargo, esa práctica presente y no problemática durante muchos siglos, hace relativamente poco ha sido construida como un problema. Y esa definición de esa práctica como un problema ha dado como consecuencia que se construya de distintas maneras, y por ende, que lo que se pretende lograr con la prevención, y cómo se pretende lograrlo, ha ido cambiando.

Y esto tiene que ver con que estamos frente a un objeto de estudio, un objeto de intervención, que no tiene una única manera de abordarlo, sino que se presentan enfoques bien diferentes. Enfoques que en muchos casos están en disputa entre

sí, que generan tensiones, que generan políticas diferentes, que generan modos de intervención diferentes, que generan posicionamientos muy distintos. Y esto ocurre tanto en lo que se conoce como el control de la oferta, es decir, el control de las drogas, como en lo que se llama el control de la demanda, es decir el control del uso de esas sustancias. Y en relación con el **control de la oferta**, podemos reconocer tres grandes enfoques (Szasz, 2006).

El primero es el que denominamos **criminalizador**, que controla la oferta de drogas prohibiéndolas, declarando algunas drogas como sustancias prohibidas. Este enfoque surge hace algunas décadas, ya que anteriormente sustancias que hoy están prohibidas, no lo estaban. Por ejemplo, hasta principios del siglo pasado, la cocaína formaba parte de la farmacopea, estaba disponible en las farmacias, era una sustancia que se utilizaba para abordar determinados padecimientos. Pero a partir de la década del 60', cuando se aprueba el primer tratado internacional, la que se conoce como la Convención Única de Estupefacientes del año 1961, hay sustancias que pasan a estar prohibidas. Y este enfoque de criminalización lo que pretende es que esas sustancias prohibidas sigan estando y es más, que se incremente el número, que más sustancias ingresen a esta categoría de sustancias prohibidas. Y esto genera que las personas que utilizan esas sustancias prohibidas sean miradas como criminales, porque si yo utilizo una sustancia que está prohibida, estoy transgrediendo una ley y por lo tanto estoy cometiendo un delito, un crimen. Pero paradójicamente, desde este enfoque las personas que usan drogas también son consideradas enfermas. Por eso este enfoque plantea que las personas que usan drogas, en tanto delincuentes tienen que ser castigados, y en tanto enfermos, tienen que ser tratados, aunque sea coactivamente, aunque sea contra su voluntad.

Este es el enfoque que podríamos llamar hegemónico. Es el enfoque que está presente en nuestra Ley de Estupefacientes, la ley 23.737, que entra en contradicción fuertemente con la ley de salud mental. La ley 23.737 tiene una figura que es la penalización de la tenencia para consumo personal, es decir, considerar delito que una persona tenga una mínima cantidad de una sustancia ilegal, aunque sea para su propio consumo, en su esfera privada. Esto la ley lo considera un delito y prevé una pena privativa de la libertad. Pero simultáneamente, la misma ley considera a esa persona como un “enfermo drogadependiente” y plantea que el juez puede suspender la pena de prisión, para que haga un tratamiento.

Otro enfoque con una lógica diferente es el **medicalizador**, que plantea es que las sustancias no deberían estar prohibidas, sino que deberían pasar a la categoría de reguladas bajo prescripción médica. Es decir, que sea el cuerpo médico quien

regule y sostenga la posibilidad de acceso a esas sustancias. ¿Por qué? Porque las personas que las utilizan son consideradas como enfermos que deben ser tratados fundamentalmente por la esfera médica. Si uno piensa en materia de sustancias, nos vamos dando cuenta que hay sustancias que en la actualidad están controladas bajo el enfoque criminalizador (cocaína, éxtasis, por ejemplo), en tanto que hay otras sustancias que están controladas bajo el enfoque medicalizador como es el caso de los psicofármacos, los ansiolíticos, que no están prohibidas, sino que para acceder a ellas, se requiere la prescripción médica, con receta archivada, etc.

Y hay un tercer enfoque que se denomina **regulador** porque piensa que la oferta de sustancias psicoactivas, debería estar regulada, no por el estamento médico, sino por el Estado que controle un mercado legalizado, que no sea un mercado clandestino -como el mercado en el que hoy se ofrecen las sustancias que están prohibidas-, sino un mercado que posibilite que los adultos tengan acceso a todas las sustancias, restringiendo el acceso solo a los menores de edad. Para este enfoque el uso de drogas no es considerado ni un crimen ni una enfermedad, sino una elección personal. Hoy tenemos sustancias que están controladas en este enfoque de regulación por ejemplo el tabaco, el alcohol. Son sustancias psicoactivas a las que los adultos pueden tener acceso, la regulación sólo impide el acceso a los menores de edad.

Por su parte, el **control de la demanda**, es decir, qué hacemos con las personas que demandan la utilización de estas sustancias, remite básicamente a las acciones de prevención y a las acciones asistenciales. También aquí hay diferentes enfoques que muchas veces se contraponen entre sí y plantean miradas muy distintas. Y aquí nos encontramos con el enfoque abstencionista y el enfoque de reducción de daños.

El enfoque **abstencionista** propone intervenciones orientadas a eliminar el uso de drogas. En este sentido, el objetivo de la prevención se centra en disuadir a la población de la utilización de drogas mientras que el objetivo del tratamiento es lograr la suspensión del consumo.

A su vez, en el enfoque de **reducción de riesgos y daños**, las intervenciones no se orientan a eliminar el uso de drogas, sino que el objetivo central es disminuir los efectos negativos que pueden asociarse al uso de drogas. Es decir, que lo que se busca no es necesariamente eliminar ese uso, sino que ese uso no conlleve situaciones de problema para la persona, determinados riesgos o determinados daños. Y aquí, tanto la educación como la asistencia en materia de drogas se basan, en una jerarquía de objetivos, de corto, de mediano, de largo alcance, donde la abstinencia de drogas puede ser un objetivo si la persona que consume drogas

desea dejar de hacerlo, pero no es forzosamente condición necesaria. En todo caso, puede ser un objetivo de largo alcance, que puede estar incluido en el proceso de intervención, pero que no necesariamente es condición para la intervención (Touzé, 2006).

-Participante 1: Me quedo pensando con la política de REPROCANN, ¿sería un poco la idea de medicalización, del enfoque de medicalización?

-Graciela Touzé: Absolutamente. La situación con el cannabis es bien interesante, porque el cannabis, desde la Convención de Estupefácientes de 1961 entró en la categoría de sustancia prohibida. La Convención de 1961 prohibió tres plantas: el cannabis, la coca, y la adormidera, considerando que no tienen fines médicos. Y esto fue así hasta hace muy pocos años. Y lo que se ha dado en nuestro país a partir de la primera ley que aprueba la investigación de cannabis con fines médicos en 2017, sus reglamentaciones posteriores y la creación del REPROCANN, es que ha generado para el cannabis dos enfoques de regulación que dependen de la intención de la utilización de la planta. Entonces, el uso del cannabis con fines terapéuticos, con fines medicinales, está regulado con este enfoque medicalizador, y la agencia que se ha instalado en nuestro país, el REPROCAN, registra a los pacientes y a los médicos, que consideran que la utilización de cannabis está recomendada para algunas patologías que se reconocen. Ahora, el uso de cannabis con otros fines, con lo que se llaman los fines recreativos o el uso adulto del cannabis sigue estando criminalizado. Entonces, si una persona está utilizando cannabis y no está registrada en el REPROCANN, le cabe la aplicación de la ley 23737. Es un ejemplo claro, de las contradicciones que tienen los abordajes sociales y normativos en relación a estos temas.

-Participante 2: Quería aportar en relación a esto, sobre el impacto de los discursos y estas perspectivas. Estoy trabajando en una investigación sobre la percepción que tiene la policía y los modos de intervención ante las personas usuarias de sustancias psicoactivas. Justo hoy tuve la oportunidad de entrevistar a un alto mando de la policía de la provincia de Neuquén, que ya está retirado, y cuando estábamos explorando esas percepciones, los modos de intervención, me decía algo que me pareció muy interesante, que si hay algún efectivo que tiene una situación de consumo, el trato es distinto si consume alguna droga a si consume alcohol. Es como que para quien consume alcohol, hay una mayor tolerancia. Y además la intervención es orientarlo, vincularlo a un equipo de salud; no así cuando un efectivo consume alguna droga, porque rápidamente lo que hacen es generar una falta, lo que antes se llamaba la contravención, le generan una contravención y recién quizás la vinculación a un espacio. Y lo que contaba era el rechazo que le

producían las personas que están en situación de consumo de drogas, haciendo bien esa distinción, y me parece que esto tiene que ver con la legalización o la penalización de la sustancia, este control y lo que sucede con los sujetos, sostenido también desde la ley 23737 que todavía sigue tan presente. Traigo este ejemplo para dar cuenta de lo actual de esta discusión, de la tensión entre los diferentes discursos y los efectos, es decir, cómo inciden en los modos de abordaje de los distintos espacios.

-Graciela Touzé: Clarísimo. Este es el peso de las representaciones. Para la representación social las drogas son las prohibidas. De hecho, no solo lo dice la gente, lo dicen muchas de nuestras instituciones: drogas y alcohol. Como que el alcohol no es una droga, el alcohol es otra cosa.

-Participante 3: Quería hacer otro aporte porque me parece que también tiene que ver con los posicionamientos subjetivos de los usuarios de drogas. Nosotros coordinamos un dispositivo de abordaje de los consumos y ellos mismos hacen esta diferenciación: el que consume alcohol está en un lugar, y el que consume sustancias prohibidas está en otro lugar. Tiene que ver con la constitución de la subjetividad también, porque empiezan a consumir estas drogas, aún las ilegales, a muy corta edad. Entonces también va marcando una diferenciación en cuanto a los posicionamientos subjetivos.

-Graciela Touzé: Totalmente. ¿Por qué hablamos de representaciones sociales? Justamente porque son sociales, nos atraviesan a todos. Y no es que las personas que utilizan estas sustancias están exentas de los mismos prejuicios, estereotipos que el conjunto de la población tiene en relación al tema. Obviamente que también están atravesados por estas mismas concepciones, y ese posicionamiento subjetivo remite a esto. Lo que me parece muy interesante es que en espacios como este, se debata que a nosotros, profesionales que pretendemos intervenir en estas temáticas, también se nos atraviesan esas representaciones. Y nosotros también subjetivamente nos posicionamos en la intervención diferente con la persona que utiliza una sustancia prohibida o una sustancia permitida. Hay una mayor sanción social hacia quien consume una sustancia ilegal. Esto nos remite a la categoría de modelo.

Cuando hablamos de un modelo, hablamos de una construcción teórica, de una construcción simbólica. Ramírez Monagas define al modelo como “*un esquema sintético y abstracto, que ordena en una construcción rigurosa los elementos de la realidad*” (1987:98). Justamente según cómo se ordenen esos elementos de la realidad, la construcción va a ser diferente. Y algo central es que ese esquema sintético, ese esquema abstracto, es un esquema que está informado ideológicamente.

mente. Es decir, que la manera como se ordenan esos elementos de la realidad no es azarosa. Los elementos de la realidad son ordenados según una perspectiva ideológica que va a hacer que los elementos se vinculen en relación con una visión del mundo que se tenga. Por eso digo que es un esquema informado ideológicamente. Y esto nos lleva a lo que se conoce como los modelos clásicos en preventión.

Helen Nowlis (1975) publicó para la UNESCO un libro, hoy clásico, en el que presenta cuatro modelos; cada uno de ellos le da un cierto orden a elementos de la realidad, vinculados obviamente con la cuestión de los consumos problemáticos, y así los categoriza de distinta manera. Y esto da lugar justamente a esquemas que plantean acciones diferentes, que plantean construcciones diferentes del fenómeno que quiere ser abordado.

En estos cuatro modelos clásicos, los elementos de la realidad que se ordenan son los elementos que hacen a la interacción sujeto-droga-contexto, en tanto tríada que construye el fenómeno de lo que hoy llamamos consumos problemáticos. También las distintas denominaciones de lo que hoy llamamos consumos problemáticos han ido variando en los tiempos, y esto tiene que ver nuevamente con esos diferentes ordenamientos, y el énfasis puesto en uno o en otro de estos elementos que interactúan, y esto es lo que va a dar lugar a estos distintos modelos.

El primer modelo que caracteriza Helen Nowlis es el **modelo moral jurídico**. En este modelo, de los tres elementos de la interacción sujeto-droga-contexto, el énfasis, el foco, está puesto en la droga, en una sustancia que es pensada como sujeto, una sustancia que es pensada como la que produce, la que tiene la capacidad de generar problemas. Esta manera de concebir, de construir el fenómeno, explica frases tan habituales como “la droga te atrapa”. En esta frase, “la droga” no es solamente el sujeto sintáctico en una oración (la droga = sujeto, te atrapa = predicado), sino que implica que la sustancia es concebida como un elemento vivo, que tiene capacidad de producir, de generar hechos, y donde el sujeto queda relegado casi a la categoría de objeto, a algo que es atrapado por ese elemento poderoso. Hay autores que hablan del fetichismo de la sustancia, a la que se le atribuye una condición casi mágica de poderío, de generar situaciones.

“*La droga te atrapa*”, “*el chico de enfrente cayó en la droga*”, son todas frases muy frecuentes que remiten a un objeto que en realidad no es un objeto. Un objeto es algo inerme, un objeto por sí mismo no produce cosas. Somos los sujetos quienes en función de cómo utilizamos un objeto, producimos hechos. Pero para esta perspectiva, la sustancia es un sujeto, y van apareciendo una serie de denominaciones que remiten a este modelo. Cuando se habla de estupefacientes, de psico-

trópicos, son conceptos que remiten a este modelo. Por ejemplo, a nuestra ley 23737 se la conoce como la ley de estupefacientes. En términos normativos, ¿qué son los estupefacientes? Las sustancias que están prohibidas. Entonces, la cocaína para nuestra ley de drogas es un estupefaciente. La cocaína para el modelo moral jurídico es un estupefaciente. Pero si uno lo piensa en términos farmacológicos, lo que menos produce una sustancia como la cocaína es estupefacción, que es un efecto que pueden producir las sustancias depresoras. La cocaína es una sustancia estimulante, no produce estupefacción; sin embargo se la nomina como estupefaciente. Entonces básicamente, para el modelo moral jurídico, lo que considera de una sustancia es si es lícita o ilícita, si está permitida o prohibida. Y son las ilícitas, las prohibidas, las que considera estupefacientes y psicotrópicos, las que son motivo de preocupación, y es sobre las personas que las utilizan sobre las cuales hay que intervenir.

Y desde este modelo hay dos categorías que describen a los consumidores. Una es cuando se habla de vicio, de la persona como un vicioso. Y la noción de vicio nos remite a debilidad moral. Esta idea del vicioso como alguien que es débil moralmente y en tanto además, utiliza una sustancia ilícita. La otra es la categoría delincuente. Piensen qué tipo de posicionamiento le genera a la sociedad, nos genera a nosotros profesionales, el estar atravesados por este tipo de contenidos, el situarnos frente a una persona que utiliza una sustancia ilegal y decir este es un consumidor de drogas, y que eso nos lleve a pensarla en clave de un vicioso, de un delincuente.

Y volviendo a la tríada sujeto droga, contexto, ¿dónde se encarna el contexto para el modelo moral jurídico? En la norma. Es lo que la norma, lo que la legislación, lo que la normativa señala. Ese es el contexto que interesa. Es el contexto que delimita cuáles sustancias son lícitas, cuáles sustancias son ilícitas, lo que hace que esa persona que utiliza una sustancia entre en la categoría delincuente o no.

Esta manera de concebir al fenómeno (el qué) genera una perspectiva muy particular sobre el para qué, y el cómo vamos a actuar. ¿Cómo hacemos prevención desde el modelo moral jurídico? Fundamentalmente informando acerca de las sanciones, basados en la idea de que la amenaza de sanción disuade a alguien de hacer algo. “No toques el enchufe porque te pego”. Ese es el discurso preventivo desde el modelo moral jurídico, informar acerca de las sanciones, sanciones que pueden ser jurídicas o que pueden ser morales.

Y hay un discurso terapéutico que se despliega también de este modelo, que es el discurso que habla del castigo y de la redención. Castigo por algo moralmente

reprobable. Y la búsqueda de redención como la posibilidad de revertir esa situación, de recuperarse por ejemplo, a través de la religión.

-Participante 5: Yo vivo en Junín de los Andes, y acá tenemos una red local de varias instituciones que abordamos consumos problemáticos. Entre ellas forma parte la fuerza de seguridad, la policía, y es común escuchar un poco una combinación entre el modelo jurídico y una cuestión de la seguridad de la persona como asociado a la exposición a ciertos riesgos. Pero siempre, mediando más lo moral.

-Graciela Touzé: La mirada moral y los componentes desde la moral están muy presentes en cómo socialmente se construye el tema, en las demandas que las comunidades realizan, y están muy presentes muchas veces en los equipos y en los dispositivos. Y es importante que podamos revisar esta cuestión, que podamos reconocerla, que podamos reconocernos valorando en clave de lo que está bien y lo que está mal.

-Participante 6: Quería comentar algo muy relacionado con esto, con el enfoque de criminalización. Yo trabajo para un dispositivo de la SEDRONAR y la otra tarde estábamos hablando lo más bien con un usuario de la huerta, y me dice: *“señorita, no me tenga miedo, yo soy un tipo que vive en la calle y tiene problemas de consumo como todo el mundo”*. Y yo me habré puesto de alguna manera que lo hizo sentir mal, pese a que todo el tiempo trataba de que él se sintiera cómodo.

-Graciela Touzé: Fíjense ustedes, el miedo como herramienta de intervención. ¿Qué se pretende generar en la persona? Miedo. Miedo a que va a terminar presa, pero también el miedo como algo que termina siendo constitutivo de la subjetividad de la persona. Esto que este sujeto te dice: *“no me tenga miedo”*, porque se percibe como alguien que produce en el otro miedo. El miedo como una herramienta, como una estrategia de intervención, está fuertemente ligado con este modelo.

Veamos otra forma de ordenar esos tres elementos sujeto-contexto-sustancia, que lleva a lo que Helen Nowlis llama el **modelo médico sanitario**. Este modelo piensa el tema de las drogas, de los consumos de drogas, de las situaciones vinculadas con los consumos, de una manera muy similar a como se piensan las enfermedades infectocontagiosas. Con la idea de agente, huésped, contexto. En el dengue, el mosquito es el agente, la persona es el huésped, y el contexto son las altas temperaturas y las aguas estancadas, un contexto que favorece la proliferación del agente. Ese modelo de enfermedad infectocontagiosa se asimila también para el tema de las drogas. El modelo médico sanitario también piensa a la sustancia

como el agente activo que produce el fenómeno, produce la enfermedad, al introducirse en la persona, que es el huésped, la infecta. Y esto se da en un contexto favorable, esa familia con tantos problemas, ese barrio con tantas carencias, o distintas características que hacen que el contexto favorezca que la sustancia se introduzca en la persona, la infecte y la enferme.

Y aquí aparece por primera vez, la noción de enfermedad. Este modelo no va a pensar a los consumos de drogas y por ende a los consumidores como débiles morales, como viciosos o delincuentes, sino que los piensa como enfermos que han sido infectados por ese agente activo que es la sustancia. Este modelo uno lo encuentra claramente en la idea de la manzana podrida, en la idea de que “mi hijo se contagió por las malas compañías”. A este modelo ya no le va a interesar si las sustancias son lícitas o ilícitas, va a clasificarlas según otros criterios: “drogas duras” y “drogas blandas”, es decir, el mayor o menor grado de toxicidad de las sustancias.

Este modelo se expresa en el eslogan “*Vida o Drogas*”. La droga como opuesto a la vida. La droga como ese agente que al introducirse en una persona, la infecta y la enferma de tal manera que puede poner en riesgo su vida. Aquí el discurso preventivo también es un discurso que se centra en la transmisión de información pero los contenidos a transmitir son diferentes a los que transmite el modelo moral jurídico. Aquí la información que se transmite está centrada en los daños que producen las drogas, fundamentalmente, los daños en el organismo. Y también un discurso preventivo que, siguiendo el modelo de las enfermedades infectocontagiosas, pretende que se pueda reconocer a ese agente activo. Pensemos en un típico afiche de una campaña de prevención del Chagas. ¿Qué imagen aparece? La de la vinchuca que es el agente. Se supone que si yo la reconozco, me voy a alejar, voy a intentar matarla. Hubo un tipo de campaña preventiva del consumo de drogas muy en boga años atrás que llevaban adelante las Divisiones de Toxicomanías de las fuerzas policiales, que consistía en ir a las escuelas, con una especie de maletín donde se les mostraba a los y las adolescentes, diferentes drogas, o se llevaba en charlas con los padres, esta suerte de muestrario donde había marihuana, cocaína, etc. ¿Cuál es la lógica, qué es lo que subyace en ese tipo de intervención? Que si yo puedo reconocer que este polvito blanco es cocaína, me voy a alejar, porque sé que es un agente productor de daño. El modelo médico sanitario sostiene la idea de que nadie hace algo si sabe que le va a producir daño.

El discurso terapéutico concibe a los consumos de sustancias en clave de enfermedad, y en el caso de los cuadros de dependencia, como una enfermedad crónica, recidivante, que puede ser controlada pero no curada. Esta lógica de concebir

a los consumos de sustancias como enfermedades incurables explica cierto tipo de imágenes que suelen utilizarse, por ejemplo personas sumamente deterioradas. “*Di no a las drogas, di sí a la vida*”. “*Droga igual muerte*”. Este modelo también interviene preventivamente bajo la lógica de la amenaza. Acá no es la amenaza a perder la libertad sino la amenaza a perder la vida.

-Participante 1: Otro ejemplo son las campañas de prevención que se hicieron en los paquetes de cigarrillos, ¿no?

-Graciela Touzé: Claro. Todo ese etiquetado, toda esa campaña antitabáquica, es una campaña fuertemente montada sobre el modelo médico sanitario. De hecho, hay bastante evidencia que lo que generó mejores resultados en relación con las campañas antitabáquicas no han sido tanto ese tipo de intervenciones como aquellas que van más a los controles sociales, en términos de, por ejemplo, la restricción de fumar en espacios públicos, etc. Sin embargo, para el conjunto social sigue habiendo una persistencia, una pregnancia de esta interacción entre el modelo moral jurídico y el médico sanitario, que sigue siendo muy fuerte.

Como vimos, tanto el modelo moral jurídico como el médico sanitario ponen el foco en la droga. Vamos a ver ahora modelos que ordenan de diferente forma esos tres elementos de la realidad.

Helen Nowlis describe el **modelo psicosocial**. Este modelo cambia el ordenamiento y coloca al sujeto como protagonista de la situación. Es en el sujeto donde se coloca el foco, el elemento central para entender y explicar las problemáticas ligadas con el consumo de sustancias. Para el modelo psicosocial, el interés se corre de la sustancia, se centra en el sujeto y en el tipo de vínculo que la persona establece con la sustancia. Y es en el marco de este modelo que surge esta conocida clasificación de uso, abuso y dependencia, como tres tipos de vínculos diferentes, donde el contacto entre sujeto y sustancia no es en todos los casos igual. Y el contexto para el modelo psicosocial ya no se centra en el contexto normativo o en las condiciones de vulnerabilidad sino que va a pensarlo como la variable que interviene en cómo se conforman actitudes y comportamientos. Va a pensar en un contexto fundamentalmente microsocial, mirando con especial atención a la familia, a los grupos de pares, a ese contexto microsocial que va a operar como factores protectores o factores de riesgo.

Tanto el modelo moral jurídico como el médico sanitario, cuando plantean la prevención, la piensan en términos específicos, una prevención específica, una prevención que hable del tema de las drogas, que las hable como sustancias prohi-

bidas, que las hable como sustancias que perjudican la salud, pero que se hable de drogas, que se transmita información sobre cuestiones vinculadas con las drogas.

Para el modelo psicosocial la prevención tiene que ver con lo que se denomina prevención inespecífica, acciones de prevención inespecífica o sea, aquellas acciones que lo que procuran es potenciar los factores protectores. Entonces por ejemplo, mejorar las relaciones intrafamiliares, trabajar con los grupos de pares para que esos grupos generen actitudes y comportamientos que alejen al sujeto de la vinculación con las sustancias, fortalecer la autoestima.

Y en el caso del discurso terapéutico, si el modelo médico sanitario considera a los consumos problemáticos como una enfermedad, para el modelo psicosocial los consumos de sustancias son leídos como un síntoma. La persona en situación de consumo problemático es concebida como un enfermo, pero su enfermedad no es la adicción, no es el consumo de sustancias, ese consumo es el síntoma de algún tipo de malestar psíquico. Este modelo que, para el caso de nuestro país, se empieza a instalar fuertemente en los años 80, determina algunas afirmaciones muy representativas de aquellos años: *“adicción como lo no dicho”*; *“padre ausente más madre sobreprotectora, igual hijo adicto”*.

Y esto genera materiales de prevención bien distintos, que hacen otro tipo de propuestas, en algunos casos inespecíficas. Campañas donde, por ejemplo, se apunta a mejorar la comunicación familiar, incentivar a los padres para que hablen de este tema, fortalecer cuestiones vinculadas con la autoestima, con la cohesión grupal y el ámbito familiar, con los grupos de pares, que sostienen, que acompañan, y todo este contexto, más de lo micro, que opera de manera no necesariamente específica.

Bien diferente a algunas campañas que han quedado bastante presentes en la memoria colectiva, como la de *“Fleco y Male”*, una campaña de la SEDRONAR de finales de los años 90, en la que dos dibujos animados conversaban con el Dr. Miroli, que era el Subsecretario de Prevención, y que con una estética más divertida que la de una persona muy deteriorada, les informaba acerca de los daños de consumir drogas, con un mensaje bien específico.

Tenemos un cuarto modelo, el **socio cultural**, que va a centrar el análisis en el contexto. Tanto el sujeto como la sustancia van a quedar supeditados al contexto. El modelo sociocultural plantea que las causas de los problemas ligados con las drogas hay que hallarlas en el medio social. En un medio social que ya no es, como en el caso del modelo psicosocial, el contexto inmediato, una dimensión micro social, sino que el modelo sociocultural va a plantear la dimensión macro

social. Va a decir también que los usos de drogas son síntomas, pero no ya síntomas de un padecimiento psíquico, sino síntomas de disfunciones del sistema, son síntomas sociales. Y aquí hay una idea fuerte que también está muy presente en las representaciones, que es “*la droga como evasión de la realidad*”, una realidad que genera mucho padecimiento.

Aquí el discurso preventivo, por excelencia, también apunta a una prevención inespecífica, y propone el mejoramiento de condiciones de vida; por ejemplo, intervenciones que en una determinada comunidad plantean construir espacios para que las y los jóvenes que no tienen espacios propios, puedan encontrar espacios deportivos, culturales, generar mejores condiciones de vida. ¿Cuáles podrían ser los lineamientos que orientarían una prevención desde el modelo sociocultural? Información veraz en los medios de comunicación, igualdad de acceso a los puestos de trabajo, desarrollo comunitario, educación para la salud, atención sanitaria gratuita, disminución de desigualdades sociales, actuaciones sobre la disponibilidad y limitación de la oferta, control de precios, igualdad de acceso a todo tipo de enseñanza.

Y desde lo terapéutico, la noción de lo socioeducativo se liga mucho a este modelo, noción presente en muchas modalidades de comunidades terapéuticas, donde la idea de comunidad va de la mano de generar un contexto diferente, pensando la problemática no tanto como un padecimiento psíquico, sino como una situación que requiere una reestructuración de tipo socioeducativa. Nuevamente, aquí podemos encontrar distintos ejemplos de cómo se puede expresar en términos incluso específicos, pero esta conceptualización bien distinta a lo que veíamos antes. Fíjense ese gráfico que está abajo, que habla de la prevención de las drogodependencias. ¿Y qué nos dice?

-Participante: El abordaje no debe ser el moral jurídico sino que debe ser el sociocultural, no mediante el castigo, sino mediante el acompañamiento. Estoy de acuerdo con la postura psicosocial, pero apoyando a mi compañera de la Casa de Atención y Acompañamiento Comunitario, yo también trabajé en la CAAC. Sinceramente tenía miedo, si voy en la noche y veo a un chico quizás tema que me vaya a robar, y ellos eso lo sienten un montón. Pienso que estamos atravesados por el discurso de la criminalización, y que a veces uno quiere correrse, pero es muy difícil porque nos atraviesa.

-Graciela Touzé: Absolutamente. Y es bien interesante poder reconocerlo. Y también, no hay que ser ingenuos, obviamente que hay situaciones en las que es absolutamente válido, legítimo y cuidadoso de uno mismo el sentir temor ante una situación. Pero el tema es desde qué modelo concebimos toda la intervención. Una

cosa es lo que me pueda pasar en un momento que estoy caminando por una calle oscura a la noche, me cruzo con una persona y siento temor, y genero una situación de cuidado respecto de mí misma. Salí con una amiga y vuelvo a casa y la llamo: “*llegué bien, quédate tranquila que llegué bien*”. Son situaciones de cuidado que ejercemos y es absolutamente legítimo. No estoy señalando que eso implique un ejemplo del modelo moral jurídico. Lo que estoy diciendo es, cuando pensamos en clave de ¿cómo vamos a intervenir?, ¿qué tipo de diseño de campaña preventiva, de acción de prevención vamos a desarrollar?, ¿cómo la vamos a armar?, ¿qué objetivos nos vamos a proponer, qué tipo de acciones, qué tipo de discursos, de imágenes vamos a utilizar? Aquí es cuando pensar en estos modelos nos ayuda a delimitar estas cuestiones.

-Participante 7: Me parece que si nos quedamos solo con el modelo sociocultural, terminamos reproduciendo una mirada estigmatizante, porque se supone que si hay justicia social, si hay igualdad, si hay acceso a educación, no debieran los sujetos consumir sustancias. Hay una cuestión de clase. La mirada va dirigida a los estratos de mayor vulnerabilidad. Y me parece que hay que pasar a un paradigma donde se tenga en cuenta el contexto, reconocer que hay ciertos contextos que generan mayor vulnerabilidad, pero también tener en cuenta la cuestión subjetiva, el vínculo del sujeto con la sustancia.

-Graciela Touzé: Muy pertinente esto que traes, tiene que ver con algo que me interesa señalar. Son cuatro modelos, con sus diferencias, con la distinta manera de reordenar los elementos de la realidad, pero son **cuatro modelos parciales**. Hacen foco en uno de los elementos. Entonces, el moral jurídico y el médico sanitario se focalizan en la sustancia y le quitan el lugar de sujeto a la persona, se olvidan del contexto o solamente piensan en la norma, o en el grado de vulnerabilidad. El psicosocial se centra en el sujeto, pero piensa en términos de un contexto muy micro y prácticamente no se interesa del componente sustancia. Y el modelo sociocultural se focaliza en el contexto y deja de lado estas otras dimensiones. Entonces, me parece que la parcialidad de cada uno de estos modelos es algo que nos debe llamar la atención. Y por otro lado, aún con la diferencia que cada uno de estos modelos tiene respecto de cómo construye el fenómeno, hay una condición similar en el para qué de la intervención, que en los cuatro modelos sigue siendo lograr la abstinencia. La **meta es la abstinencia**, es lograr que las personas no utilicen sustancias, lograr que las personas si utilizan sustancias, dejen de hacerlo.

-Participante 7: Perdón, a ver si entendí. En realidad no es que un modelo sea correcto y el otro no, sino que tendríamos que ver los objetivos que nos propone mos a la hora de hacer la prevención.

-Graciela Touzé: Exacto. Y por eso yo inicié diciendo: cuando hablamos de prevención parece que todos estamos de acuerdo, pero en realidad hay que formularse una serie de interrogantes. Y esa serie de interrogantes remite a que, como acabamos de ver, no hay una única perspectiva desde donde intervenir. Hay muchas perspectivas. Y también decíamos antes que un modelo está informado ideológicamente. Lo que estoy planteando es que estos distintos enfoques se basan en supuestos que en última instancia nos remiten a concepciones del sujeto, a visiones del mundo que son diferentes, que son valorativamente diferentes. Entran en juego diversos valores. Y lo importante justamente es que los podamos distinguir para ver cuáles tienen más que ver con nuestros propios valores, con nuestra visión del mundo, qué es lo que nos parece más adecuado para trabajar con las personas con las que trabajamos. Poder reconocer estos distintos enfoques nos ayuda a diferenciar lo que es una mirada simple sobre el uso de drogas que eluda entenderlo como una problemática compleja, y también pensar en la dimensión de los derechos y de la aceptación de las diferencias. Me parece que desde la parcialidad de estos cuatro modelos, ninguno de ellos realmente es respetuoso de esa complejidad. Y en esto también me posiciono desde una perspectiva de respeto por los derechos del otro.

Y entonces recordemos que cuando hablamos de prevención estamos hablando de discursos que se construyen en torno a este fenómeno. Rosa del Olmo, una criminóloga venezolana, representante de la criminología crítica latinoamericana, dice: *“lo importante por lo tanto no parece ser ni la sustancia, ni su definición y mucho menos su capacidad o no de alterar de algún modo al ser humano, sino más bien el discurso que se construye en torno a ella”* (1988:3). Y estos cuatro modelos nos muestran distintos discursos que se construyen en torno a la sustancia y cómo esos discursos operan en la práctica, operan en la intervención, operan en lo que hacemos. No es sólo lo que decimos, sino como lo que decimos opera en lo que hacemos.

La propuesta entonces, habiendo analizado estos cuatro modelos y reconocido la parcialidad de estos enfoques, es poder pensar en clave de un **modelo multidimensional**, es decir, un modelo que conciba realmente al consumo de drogas como un fenómeno complejo y que pueda reconocer que en cualquier uso de sustancias lo que hay es una interacción entre tres subsistemas y que no podemos dejar de lado en esa interacción ninguno de estos elementos. Pensar en la sustancia

como elemento material que está presente en los consumos de drogas, pensar en los procesos individuales del sujeto que toma una posición ante la sustancia, cuáles son los procesos que hacen a esa situación. Y cuando hablo de los procesos individuales estoy pensando en clave de los padecimientos, pero estoy pensando también en la dimensión del placer que se pone en juego en la práctica de consumo de sustancias. Y pensar en todo lo que hace a la organización social, un contexto que incluya tanto los componentes políticos y culturales que son el marco en el que se produce la relación. Y como señalan Comas Armau y Arza Porras tener presente que *“esta interacción se ve mediatisada por el factor tiempo, dando lugar en cada momento a distintos resultados”* (2000:238). Y esto significa que no es lo mismo hoy, que como será mañana ni como fue ayer.

Estamos hablando de una construcción histórica donde el factor tiempo, el momento histórico en el cual se produce esta interacción, va a variar las sustancias como elemento material; no en todos los momentos históricos las sustancias que se utilizaban mayoritariamente eran las mismas. Las trayectorias de los sujetos varían también en determinados contextos históricos y toda la organización social que se da alrededor de los consumos también va variando históricamente. Entonces esto hace a la complejidad del fenómeno.

Y esto nos lleva a pensar un enfoque que en primer lugar, nos aproxima a la problemática del consumo de sustancias desde el **paradigma de la complejidad** y no desde una mirada simplista; y en términos de lo preventivo, pensar en clave de una propuesta preventiva integral, en lugar de esos enfoques unidimensionales, de esos enfoques que se centran en una de las dimensiones de la realidad, que se centran en el sujeto o en el contexto o en la sustancia. ¿Cuáles serían algunas de las categorías que condicionan este acercamiento, este abordaje de la problemática del consumo de sustancias desde el paradigma de la complejidad?

En primer lugar y, fundamentalmente, poder comprender al fenómeno del consumo de sustancias como un problema que se construye social e históricamente y no como un hecho dado naturalmente. Este es un primer elemento central que nos remite y que pone en juego la enorme influencia que las representaciones sociales tienen en cómo definimos las estrategias de intervención, cómo nuestras prácticas están impactadas por las representaciones sociales, y eso hace a esa construcción social e histórica.

Pensar el consumo de sustancias desde el paradigma de la complejidad nos lleva a la necesidad de considerar las condiciones de los sujetos y sus entornos para poder entender las diferencias que se dan en los usos y las diferencias que se dan en los problemas que se asocian a los usos de las sustancias psicoactivas. Y cuan-

do hablamos de las condiciones de los sujetos y de las condiciones de sus entornos, hay una categoría que se nos torna central, que es la de interseccionalidad, como una categoría muy potente para poder considerar justamente esas condiciones, que es incorporar las miradas que se ligan al género, a la edad, a las categorías étnicas, a la inserción o a la definición por clase social, etc.

Considerar los consumos de sustancias desde el paradigma de la complejidad implica también prestar atención a las sustancias y a los efectos biofarmacológicos que las sustancias tienen, sin que esto implique sobredimensionar su relevancia.

Y posicionarnos desde un paradigma de la complejidad es también entender que los enfoques científicos varían cuando trabajamos con objetos que hemos definido como objetos complejos, que hay una variación en la epistemología con la que nos acercamos a objetos que son definidos como complejos, versus la manera como nos acercamos a objetos que miramos con una mirada simplista.

Los enfoques multidimensionales en materia de prevención nos llevan a pensar y tener muy presente la categoría de producción de salud; pensar lo preventivo, las intervenciones en prevención, como intervenciones productoras de salud, y reconocer que en las intervenciones de producción de salud, lo que se dan son procesos de negociación de sentidos. Y esto es clave cuando pensamos en una intervención preventiva, cuando pensamos en una intervención con determinados colectivos, cuando pensamos en intervenciones territoriales, cuando pensamos en intervenciones con adolescentes, con padres, donde es necesario negociar los sentidos, reconocer los sentidos que esos otros asignan a las prácticas de consumo y negociar con los propios sentidos que nosotros estamos asignándoles. Esto implica determinados requerimientos, implica de una intervención donde la participación y el compromiso estén presentes en todos los actores. Y dado que muchas veces lo preventivo se plantea dirigido fundamentalmente a adolescentes y a jóvenes, la participación y el compromiso de los distintos actores requiere generar diálogos intergeneracionales. Y hay una clave, un requisito, que es la construcción de confianza (Di Iorio, 2015).

Hay otra dimensión que hace a los enfoques multidimensionales, que tiene que ver con la promoción del protagonismo, con la ampliación de los escenarios de inclusión social, siempre desde una perspectiva derechos, pensar, construir y ofrecer espacios desarrollo gradual de la autonomía y de toma de decisiones. La noción de autonomía y la posibilidad de la toma de decisiones son claves, e implica correrlos de miradas paternalistas, de esos enfoques donde el saber está puesto en nosotros, los profesionales, los equipos, los dispositivos de intervención, y en

su lugar, ir construyendo y ampliando esos escenarios de autonomía y de toma de decisiones.

Otro elemento clave es trabajar con las representaciones sociales, con esas representaciones sociales que son las hegemónicas sobre las drogas, sobre las personas que usan drogas, que son representaciones sociales en las que se asientan muchas veces los procesos de estigmatización. Trabajar en un intento por desmontar esas representaciones sociales estigmatizantes, y también problematizar las prácticas, entre otras, las de uso de sustancias.

Y esto nos lleva a pensar en clave de regulaciones y de cuidados; de prácticas de uso de sustancias que puedan incluir determinadas regulaciones que promuevan prácticas de cuidado. Y esto tiene que ver fuertemente con abandonar los discursos basados en el miedo. Esos discursos que justamente, en tanto y en cuanto están basados en el miedo, a lo que apuntan es a que el único cuidado posible sea el abandono del consumo, y allí donde hay consumo se conciba como imposible introducir cuidado. Y de lo que se trata justamente es de problematizar esas prácticas que puedan asumir determinadas situaciones de cuidado.

En síntesis, de lo que se trata es de correr el foco de las sustancias. Y al respecto Tré Borras (2000:158) señala: *“La sustancia es importante en tanto y en cuanto su interacción biológica genera cambios tanto en el ámbito fisiológico como en los afectivo y relacional, pero los principales protagonistas de la realidad compleja en la que nos movemos somos los individuos y nuestras relaciones”*. Y esto nos lleva a reformular nuestra intervención, porque entonces nuestra intervención debe darse en y con esos protagonistas de la realidad compleja, debe darse en y con los individuos y con las relaciones con y entre los individuos.

Y es necesario que para comprender la definición de los problemas asociados a los usos de drogas y los modelos de abordaje que emergen, pensemos en las relaciones entre los paradigmas, las representaciones sociales y las prácticas, relaciones que no se dan de manera lineal, de manera continua y homogénea, definida, sino que se van dando muchas veces con contradicciones, con rupturas. ¿Por qué? Porque estas relaciones, y particularmente en este momento histórico en el que nos encontramos, son relaciones que navegan entre la reproducción de los modelos previos y la creación de nuevas respuestas. Porque nos encontramos en un momento histórico de transición de paradigmas, donde vamos dejando de lado una matriz tutelar, más centrada en lo punitivo, y nos vamos posicionando en los paradigmas de respeto de los derechos. Pero esta transición no está finalizada, no está totalmente definida, ni en nosotros como sujetos, ni en los dispositivos en los que trabajamos, ni en las políticas que implementamos. Y quizás estamos además

viviendo un momento donde todo esto está más cuestionado que nunca, donde debates que ya estaban totalmente resueltos, vuelven aemerger y vuelven a ser puestos en discusión. Entonces, estos paradigmas que no terminan de consolidarse, nos llevan a la presencia de determinadas representaciones que introducen determinadas prácticas. Y esto es lo que permanentemente tenemos presente en la cotidianidad de nuestro trabajo.

-Participante 8: Pienso en la importancia de estar advertido de estas representaciones sociales. A mí me pasa cuando hablo con la familia de mis pacientes y todo el tiempo es: “*restablécelo como era antes, todavía no dejó de consumir*”, o reclaman el castigo, pero me parece que uno, por más que esté atravesado por un montón de discursos que los medios también los fomentan, tenemos que estar advertidos en el momento de la práctica.

-Graciela Touzé: Totalmente, y tener presente que en el tema de los consumos, tenemos dos paradigmas enfrentados, que marcan un posicionamiento ético y político diferente. Entonces, mientras el **paradigma prohibicionista abstencio-nista** se caracteriza por “*un triángulo de oro: la abstinencia como ideal normativo, la desintoxicación para aquellos que se han visto atraídos por los paraísos artificiales, la erradicación de las drogas de la sociedad como horizonte político*”, el **paradigma de la regulación de las drogas** define una política caracterizada por “*la medida como ideal normativo, la diversificación de la oferta de cuidados para quienes utilizan drogas, la reducción de los riesgos diversos generados por la oferta masiva de drogas y por sus usos*” (Ehrenberg, 1996:6).

-Participante 3: A mí me hace pensar que también la sustancia ofrece algo, algo que es etéreo y que tampoco vamos a ignorarlo. En la medida en que queremos implementar una estrategia, en el mismo momento cae su eficacia cuando la queremos encarar simplificando el conflicto. Como si fuera posible en esta época abstenerse de consumir algo, lo que sea, cuando el imperativo de la época nos lleva a vincularnos a través del consumo.

-Graciela Touzé: Sin duda, pero me parece que acá hay algo que puede resultarnos eficaz y potente para pensar en clave de intervención, que es poder pensar este imperativo de los consumos no solamente en clave de los riesgos sino poder también tener presentes los beneficios que se ligan a los consumos; no desconocer los beneficios que las personas encuentran en el consumo de sustancias, e introducir entonces una dimensión de cuidado que atienda no solamente a los riesgos, sino que atienda también a los beneficios. Y esta tríada, **cuidados-riesgos-beneficios**, puede ser muy potente (Goltzman, 2018).

Volviendo a esa transición de paradigmas a la que hacíamos referencia, de lo que se trata es de abandonar los **paradigmas tutelares** para aproximarnos a la perspectiva de derechos humanos y de salud pública. Y esto implica reconocer que esa matriz prohibicionista abstencionista está presente en los cuatro modelos clásicos de prevención, con mucha mayor claridad en los enfoques moral jurídico y médico sanitario, pero también en las perspectivas psicosocial y sociocultural. Esa matriz prohibicionista abstencionista genera enormes barreras de acceso a la atención de salud y justifica además, legítima prácticas estigmatizantes, prácticas que son violatorias de los derechos de las personas.

Por oposición, el **paradigma de reducción de riesgos y daños** lo que hace es problematizar esas matrices tutelares y asentarse en la perspectiva derechos humanos y en la perspectiva de salud pública. Y pese a que parece que hablar de reducción de riesgos y daños es hablar de algo novedoso, realidad estamos hablando de una forma de abordar el tema de los consumos que arranca ya a finales del siglo XIX, cuando se sintetizó la heroína y en Suiza se la empezó a comercializar como un analgésico y como una terapia sustitutiva de los consumos problemáticos de morfina. O sea, ya allá a finales del siglo XIX, en el caso de las personas con problemas con el consumo de morfina no se pensaba en eliminar su uso sino en reemplazarlo por otra sustancia.

Un momento clave en la historia de la reducción de riesgos y daños se dio en Gran Bretaña, cuando en 1920 el Comité Rolleston recomendó que los médicos pudieran prescribir cualquier tipo de droga no sólo sobre la base de la suspensión de las dosis sino también en "dosis decrecientes". Allá por los años '70 empezaron a aparecer en Holanda alternativas profesionales identificadas con la perspectiva de las personas que usaban drogas, denominadas "modelo de la aceptación".

Y sin lugar a dudas, es en los '80 cuando este enfoque surge con mucha fuerza, en primer lugar en el distrito de Merseyside, Inglaterra, como respuesta a un grave problema de salud pública, que fue la epidemia de VIH sida entre las personas que se inyectaban drogas. Y surgen esas acciones, por un lado como una manera de enfrentar la epidemia de VIH, pero también como una manera de reconocer que lo que hasta ese momento se venía haciendo no estaba funcionando. Y siempre en el marco de la epidemia de VIH, en el año 1986 en Liverpool, Inglaterra, por primera vez se produce una iniciativa de colaboración entre las personas que usaban drogas por vía inyectable, y los profesionales que comenzaron a intercambiar jeringas para evitar su uso compartido, que era lo que producía la transmisión del VIH entre las personas que se inyectaban. Y en 1987, un psicólogo usuario de drogas, llamado Russell Newcomb, le dio a esa experiencia el nombre de *harm reduction*

(reducción de daños). En Liverpool también, en el año 1990 se celebró la primera Conferencia Internacional de Reducción de Daños. Esta Conferencia se celebró por primera vez en América Latina en 1998, en San Pablo, Brasil, y vuelve a la región en abril de 2025 en Bogotá, Colombia.

Y pese a esta historia de tantos años, recién en marzo de 2024, en la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas, se aprobó una resolución que por primera vez incluyó el término reducción de daños en un documento oficial, lo cual se explica porque aún hay una resistencia política en muchos países a esta perspectiva.

En América Latina, la reducción de daños tiene su primer antecedente en 1989 en la ciudad de Santos, Brasil, que en ese momento, era la ciudad brasileña con la tasa más alta de VIH entre personas que se inyectaban drogas. Entonces, desde el municipio se llevó a cabo una primera experiencia de distribución de jeringas para intentar reducir la transmisión del VIH. Y la respuesta inmediata fue criminalizadora. Tanto al Secretario de Salud del municipio como al Coordinador del Programa del VIH se les inició un proceso judicial y la experiencia se vio interrumpida, obviamente. Pero unos pocos años después, también en Brasil, en la ciudad de Salvador, en el marco de un programa dentro de la Universidad Federal de Bahía, se inició el primer programa de entrega de jeringas de América Latina, bajo la dirección de dos médicos psiquiatras, psicoanalistas muy reconocidos, Tarcisio Andrade y Antonio Nery Filho. Y para el caso de Argentina, en 1999, desde la Asociación Civil Intercambios, iniciamos el primer programa de entrega de jeringas de nuestro país, en la localidad de Avellaneda, en el Conurbano Bonaerense.

Entonces, y en particular en nuestra región, la década del '90 es el momento donde puede ubicarse el inicio de la reducción de daños en el marco de la epidemia de VIH-sida. Y nace fundamentalmente como una estrategia de trabajo, como una herramienta para buscar la prevención del VIH, como una herramienta centrada en el cuidado de la salud de las personas que usan drogas, particularmente por vía inyectable. Nace con una impronta fuertemente sanitaria pero, a pesar de esa perspectiva muy sanitaria, sirvió poner de relevancia cómo las respuestas tradicionales habían fracasado.

Y fundamentalmente trajo una concepción del uso de drogas y de las personas que usan drogas, que entró en contradicción con la perspectiva prohibicionista, para la cual el uso de drogas es necesariamente siempre destructivo y la persona que usa drogas busca autodestruirse. Lo que esas primeras intervenciones de reducción de daños mostraron fue que en realidad, las personas que usaban drogas, aún manteniendo esa práctica, aún decidiendo no dejarla, no querían autodestruir-

se, no querían transmitir o adquirir el VIH, e introducían prácticas de cuidado para evitar esto. Y esto implica una representación totalmente diferente de las personas que usan drogas, y marca la posibilidad de introducir prácticas de cuidado en esa práctica de uso de drogas. Entonces, esto cuestiona la idea de la reducción de daños solamente como una estrategia compensatoria de las consecuencias negativas del uso de drogas.

En este sentido, es importante pensar a la reducción de riesgos y daños en dos dimensiones. Por un lado, entender que sin lugar a dudas, es una **estrategia de trabajo**. Y es una estrategia de trabajo que resulta útil, que resulta eficaz para intervenir y para reducir esas consecuencias en el plano de lo individual, de lo colectivo, de lo social, de lo sanitario, que produce el uso de drogas, pero que también producen las políticas, porque el prohibicionismo, la criminalización, también producen consecuencias negativas, incluso muchas veces más negativas aún que las consecuencias que trae el propio uso de drogas.

Pero además de ser una estrategia de trabajo, me parece que hay otra dimensión de la reducción de riesgos y daños, que es una **dimensión política**, que tiene que ver con que la reducción de riesgos y daños viene aglutinando a quienes cuestionamos las actuales políticas de regulación basadas en el paradigma de guerra contra las drogas, y que planteamos ese otro paradigma de regulación de las drogas (Goltzman y Di Iorio, 2013).

Y la reducción de riesgos y daños, en particular en el caso de América Latina, recoge una serie de matrices conceptuales que interpelan algunas ideas que siguen estando muy presentes en los espacios de formación y de intervención profesional. Por ejemplo, recupera la matriz de la **salud colectiva**, de la salud comunitaria que interpela al modelo médico hegemónico. La matriz de la salud colectiva, de la salud comunitaria, nos lleva a abandonar esos abordajes centrados en los modelos biomédicos, nos lleva a entender a los consumos como prácticas sociales, no como enfermedades o delitos, como prácticas sociales que tienen múltiples sentidos en lo singular y en lo colectivo, y problematiza también el modelo manicomial, ese modelo del encierro, de la segregación, del aislamiento.

Pero también la reducción de riesgos y daños reconoce una matriz conceptual que es la de la **exigibilidad de derechos**, lo que nos lleva a abandonar los modelos asilares, los modelos punitivos, que no son solamente el modelo de la ley de estupefacientes y la criminalización vía el encarcelamiento; son también esos modelos asilares y punitivos que muchas veces están presentes en propuestas asistenciales, en dispositivos asistenciales. Poder pensar en términos de superar la dinámica de lo heterónomo, de lo que se debe hacer indicado desde afuera, para ir

hacia procesos de mayor autonomía, a abandonar las lógicas tutelares para profundizar las lógicas restitutivas de derechos, y abandonar esa mirada de la persona que usa drogas como el vicioso, como el delincuente, como el enfermo, como el adicto, y poder considerarla, ante todo, como un sujeto derechos.

Y hay también una matriz conceptual que es la **ecología de saberes** que interpela la lógica del scientificismo, esa lógica para la cual el único saber válido es el de la academia, el de los profesionales. La ecología de saberes recupera los saberes que están en las propias personas, los saberes que están en el territorio, en los colectivos, recupera esas experiencias y cuestiona también esas relaciones de asimetría sobre el saber, generando una relación de mayor simetría sobre el saber en relación con los consumos entre profesionales y las propias personas que están involucradas.

Entonces, para la reducción de riesgos y daños en América Latina ha sido decisiva la influencia de la salud social o de la salud colectiva, con autores como Cristina Laurell, como Almeida Filho, como Celia Iriart, la influencia de la educación popular de Paulo Freire. Esta dimensión política viene de la perspectiva de la educación popular que piensa en la construcción de un sujeto político transformador, viene de la salud colectiva que pone el énfasis en los determinantes sociales, políticos, culturales y económicos como determinantes que explican los procesos de salud, enfermedad y atención, y estas matrices hacen que para nuestra región en particular, la reducción de riesgos y daños se piense como una intervención donde las condiciones sociales son parte de los problemas a abordar, y donde los sujetos, las personas usuarias de drogas, son quienes modifican sus prácticas y modifican sus entornos, son los protagonistas. Y esto define el modo de abordaje de nuestras intervenciones.

Y en ese sentido, pensar en nuestra región en reducción de riesgos y daños es pensar en clave de **reducción de vulnerabilidades**, y no de vulnerabilidades solamente socioeconómicas sino las vulnerabilidades que, recurriendo a la categoría de interseccionalidad, entrecruzan las desigualdades por motivos de género, de edad, etnia, clase, discapacidad, entre otras.

Obviamente hay obstáculos, hay resistencias a esta perspectiva, obstáculos y resistencias que quizás se viven cotidianamente en los dispositivos en los que trabajamos. Siguen existiendo, a pesar de nuestra ley de salud mental, sigue habiendo una hegemonía de los modelos manicomiales, siguen existiendo y estando muy presentes procesos de medicalización, de patologización de estos fenómenos, de judicialización y victimización. Sigue existiendo una persistencia en pensar en

la abstinencia como ideal normativo y en la erradicación de las drogas como horizonte político. Siguen estando muy presentes los procesos de estigmatización.

Frente a estas resistencias, ¿cómo construir otras perspectivas que puedan interrumpir los sentidos hegemónicos sobre los cuidados y las drogas? Algunas pistas que pueden ayudarnos tienen que ver con pensar a la **regulación como ideal normativo**, no a la abstinencia, es decir, pensar en clave de cómo introducir dimensiones de control en las prácticas de uso de sustancias. Dimensiones de control que no sean solamente los controles que vienen de afuera, los llamados **heterocontroles**, los que están institucionalizados, el control de la ley, el control de lo que dice el médico, el control de lo que dice el profesional, sino la dimensión de los **controles societales**, que se dan al interior de los colectivos sociales y la dimensión del **autocontrol**, esos controles que los sujetos pueden incorporar en esa búsqueda de un desarrollo gradual de autonomía (Castel y Coppel, 1994).

-Participante 5: Pensaba en el tema de la política del conductor designado, porque eso tiene como principio algo de la reducción de daños, cuando dice: “*Si tomás no conduzcas o que conduzca otro*”. No te está diciendo: “*No tomes*” o “*el alcohol te mata*”.

-Graciela Touzé: Es interesante ver que el modelo de la abstinencia en nuestra sociedad es el que se aplica a las sustancias ilegales. Nuestra sociedad no tiene un discurso abstencionista respecto del alcohol, tiene un discurso de reducción de riesgos y daños, claramente. Toda botella de bebida alcohólica tiene una leyenda que dice: “*beba con moderación*”, no dice: “*no beba*”. La medida como ideal normativo es la política con el alcohol. Y la estrategia del conductor designado, es un ejemplo de una estrategia de regulación basada en una dimensión de control societal. No hay una ordenanza al entrar a la fiesta que diga: “*hoy el conductor designado va a ser Juan, y Juan no va a poder tomar alcohol*” (heterocontrol). Lo que ocurre es que todo el grupo de amigos acuerda en que esa noche Juan no va a tomar alcohol todos lo acompañan en esa decisión. Hay una regulación que no es un control institucional, sino que se da societalmente en ese colectivo de amigos. Y hay una dimensión del autocontrol que asume Juan.

Otras pistas que construyen otras miradas que se contradicen con esas miradas hegemónicas incluyen el abandono de los discursos que se basan en el miedo y el castigo, y también, la posibilidad de diversificar y de ampliar las ofertas de atención, aprovechando los imprevistos, esas situaciones que se dan sin que las plаниfiquemos y que sirven para generar algo en clave de una reflexión o de otro tipo de oferta de atención. Y el acompañamiento, un acompañamiento que se adapte a las heterogeneidades, no un acompañamiento que diga: “*adaptate a mí, adaptate a*

lo que tengo para ofrecerte, adaptate a mi intervención”. Y esto es válido tanto para los dispositivos como para nuestras intervenciones singulares como profesionales, lo que nos lleva a la necesidad de estar en movimiento. ¿Quieren compartir algunas reflexiones como para sintetizar este encuentro?

-Participante 1: Lo que se me ocurrió a partir de lo del conductor designado, es que siempre hay ofertas acerca del alcohol. Es como que estamos en una sociedad de consumo y que ellos de alguna manera reprimen o castigan algo que ellos mismos fomentan. Después cuando hablaste de reducción del daño, también me hizo pensar en que somos todos sujetos derecho, y la salud mental es un derecho, y siempre creo que se puede hacer algo, por lo menos esa es mi ética.

-Participante 8: Yo vivo en el norte neuquino, en la localidad de Andacollo, y se hace muy difícil llevar adelante esta cuestión de sujeto, del contexto. Porque está tan naturalizado el ejercicio del consumo que es como que hasta las mismas políticas locales, municipales, no acompañan, y desde salud pública, se analiza el sujeto en relación con la sustancia desde un paradigma más médico centrista. En cambio, desde los dispositivos grupales, sí tenemos en cuenta la dimensión del contexto local, las familias campesinas, la cultura mapuche; es muy costoso que la comunidad y la persona que está en situación de consumo puedan entender y construir en conjunto la solución o la pronta recuperación, que en general está instalado como consumo cero. Por ejemplo, en la localidad de Los Miches tuvieron la ley seca, que prohibía la venta de alcohol de tal horario a tal horario, y trajo más consecuencias negativas que positivas.

-Graciela Touzé: Pensar cuestiones como esta nos lleva a que no pensemos la reducción de riesgos y daños solo desde una perspectiva instrumental, como una estrategia de trabajo; también tenemos que pensarla desde una dimensión política. Y eso nos lleva a pensar en intervenciones que quizás son mucho más lentas, mucho más graduales, pero igualmente necesarias.

-Participante 3: Trabajo en el hospital Bouquet Roldán y pensaba desde los paradigmas y las prácticas, como nos encontramos a veces corriendo detrás de la complejidad, porque aparecen muchas situaciones de por ejemplo, tener que pensar: “*¿qué ofrecemos a personas que están en situación de calle y que usan la sustancia como para poder bancarse el frío, para poder dormir?*” Entonces pensar cómo los vamos a alojar desde ese lugar. Preguntarnos: “*armamos un grupo, los recibimos*” o “*los tenemos que dejar afuera, si están intoxicados*”. La importancia de ir trabajándolas en equipo, para poder ofrecer algo que esté más cerca de devolverles los derechos.

-Graciela Touzé: Esto que traes me parece que alude a otro eje que debería ser central en la intervención. Hemos hablado de interseccionalidad, pero esto que vos traes remite a la noción de intersectorialidad; poder entender que estas problemáticas complejas como las que describis, son problemas de salud, pero no son sólo problemas de salud. Y entonces no es solo salud quien puede dar respuesta, quien tiene que dar respuesta. Y la construcción de lo intersectorial es una construcción muy difícil, muy trabajosa, pero que necesariamente, tenemos que ir en esa dirección.

-Participante 3: Sí, tal cual. Justo en Neuquén, el Ministerio de Desarrollo ha sido desarmado, y la falta de recursos se hace notar. Han aumentado las personas en situación de calle y la posibilidad que le podés ofrecer desde salud, queda muy corta. Situaciones muy complejas donde preguntas: “*¿qué te puedo ofrecer desde acá?*” Y la persona dice: “*A mí me hace re bien venir aunque sea a hablar un ratito*”, y entonces, mientras podamos sostenerlo, venir a hablar es poder alojarlo y restituirle algo de lo que le pertenece, del ser persona, de la dignidad de ser escuchado, e ir viendo con quién más trabajar para poder ofrecerle un poco más.

Graciela Touzé: Perfecto, clarísimo. Les agradezco su participación y quedo a disposición. Les dejo la página web de la Asociación Intercambios www.intercambios.org.ar y nuestras redes donde pueden encontrar mucha información: *Twitter @intercambios_ac - Facebook Intercambios - Instagram: intercambios_ac*

Bibliografía

- Borras, T. (2000) “Presentación del Bloque III: Las sustancias. Farmacología” en Grup Igia y col.: *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*. Madrid: Ajuntament de Barcelona-FAD.
- Castel, R. y Coppel, A. (1994) Los controles de la toxicomanía. En: A. Ehrenberg (comp.) *Individuos bajo influencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Comas Armau, D. y Arza Porras, J. (2000). “Niveles, ámbitos y modalidades para la prevención del uso problemático de drogas” en: Grup Igia y colaboradores, *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*, Madrid, Ajuntament de Barcelona y FAD.
- Del Olmo, R. (1988) *La cara oculta de la droga*. Bogotá: Temis.

- Di Iorio, J. (2015) “De la advertencia a la prevención transformadora: abordar los usos problemáticos de drogas en adolescentes y jóvenes”. En: *Voces en el Fénix* N° 42. Pp.28-33.
- Ehrenberg, A. (1996) *Vivre avec les drogues. Régulations, politiques, marchés, usages*. Communications n° 62. París: École des Hautes Études en Sciences Sociales-Centre d’Études Transdisciplinaires (Sociologie, Anthropologie, Histoire).
- Goltzman, P. y Di Iorio, J. (2013) “Instrumentalidad y política de las intervenciones de reducción de daños”. En: Goltzman, P. y Amorín, E. *Prácticas de trabajo en drogas. De la acción a la reflexión... y vuelta*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil. Pp. 53-57.
- Goltzman, P. (2018). *Ideas poderosas: producción de salud y cuidado en el uso de drogas con adolescentes*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.
- Nowlis, H. (1975) *La verdad sobre la droga: la droga y la educación*. París: Unesco.
- Ramírez Monagas, B. (1987) “Del modelo geopolítico estructural” en: *La cuestión de las drogas en América Latina - Una visión global*. Caracas: CONACUID.
- Szasz, T. (2006) *Nuestro derecho a las drogas*. Barcelona: Anagrama.
- Touzé, G. (2006) “Discursos, políticas y prácticas” en: Graciela Touzé (organizadora) *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.
- Touzé, G. (2010) *Prevención del consumo problemático de drogas. Un enfoque educativo*. Buenos Aires: Troquel.

PARTE II

Clínica de los consumos



Construcción histórica y social de la problemática del consumo

Claudio Spivak

Me han convocado para hablar sobre la construcción histórica y social de la problemática del consumo.

En la propuesta, podemos subrayar, se habla de construcción. Cuando hablamos de construcción debe considerarse que estamos en presencia de una formación, en la que conviven elementos diversos o heterogéneos. Es interesante esta idea de constructo de partes diversas, porque explica algo de lo que va al lugar de la forma social que nos ordena o desordena hoy día. Hablaremos de este aspecto hacia el final.

Cómo abordar el tema

Ahora se me ocurre una primera cuestión, que es metodológica. Se trataría de cómo abordar el tema propuesto. Una primera vía, podría ser del lado de las construcciones.

En psicoanálisis tenemos construcciones. Por ejemplo, las construcciones en el análisis, las cuáles son el resultado de un trabajo, en el que se recolectan piezas sueltas y se trata de armar una forma o una formulación.

Cuando Freud nos habla de construcciones en el análisis (1937), trae una figura, la del arqueólogo, haciendo una analogía con el trabajo del analista. Ambos exhuman restos. Con estos fragmentos ha de trabajar el analista, para construir una intervención, apuntado ahora a montar, o que quizá sea mejor decir para reconstruir algo de lo olvidado. Los restos son los indicios, que esto olvidado ha dejado tras sí.

La tarea es la de unir piezas sueltas, fragmentos, tiene una particularidad: lo obtenido no implica la aceptación inmediata o su fijación como valor en sí mismo. Es inherente a esta construcción el tratarla como una conjetura, lo cual se acompaña de la posibilidad de su destitución. Al respecto Freud nos dice que a “cada construcción la consideramos apenas una conjetura, que aguarda ser examinada, confirmada o desestimada (1937, p. 266)”.

Se me ocurre darles a estas dos frases el uso de marco, un encuadre para lo que les contaré a continuación. En este sentido lo que les traigo habría que asumirlo en su valor conjetural, algo que nos puede servir para trabajar hoy.

La construcción histórica y el origen

Existe la posibilidad de la construcción histórica, de tradición científica. La idea de la construcción histórica nos enfrenta a un problema. Se trata de algo que viene implicado en nuestras ciencias sociales, en nuestras ciencias, donde suele resultar imperativo, algo de carácter imperioso, el localizar un punto. En especial, para la historia se trata de cernir un inicio, un origen. Si bien la modalidad ha conocido variaciones, hay una larga tradición, sostenida en el paradigma del continuo entre causa y efecto, que tiene todavía eficacia y es un recurso transitado hasta la fatiga.

Esto resulta inconveniente porque, desde el psicoanálisis, al origen hay que considerarlo perdido o al menos inaccesible a la representación. A pesar de esto, si bien el punto de partida puede estar perdido, suele ocurrir que, cuando falta una pieza, se convoque o se busque el suplir lo que no hay. Una alerta freudiana nos recuerda que también el arqueólogo completa lo incompleto a partir de modelos ya conocidos (1905 [1901], p. 11). Otra variante fatigada es el uso de la multiplicación, donde el elemento falta. Lo curioso es que ambas operaciones ocultan y suplen lo que no hay.

Un ejemplo donde se suple lo ausente, nos conduce a la clínica de las psicosis. Allí, la ausencia de un significante, como el Nombre del Padre, puede determinar la fijeza en una temática y la orientación de una búsqueda. Maleval (1996) propone, en este sentido, la fijeza en lo referido a la figura paterna. Utiliza, para exemplificarlo, la figura del escritor Fulmen Cotton, quien luego desarrollaría un delirio de persecución. A Cotton, después de tomar la primera comunión, se le impone la idea de convertirse en Papa. Esta idea fija determinará su camino a seguir.

En este caso se ordena una direccionalidad en la vida, a partir de una fascinación. Dicha fascinación sugiere, que lo que prolifera en lo imaginario y presenta fijeza, como es la temática de lo paterno, indica lo que falta en lo simbólico: la inscripción del significante del nombre del padre.

Quiero resaltar que es justamente a partir de un agujero en lo simbólico, que se nos presenta la fijeza y la insistencia de una temática sobre lo que no hay. Esto viene a dar cuenta de un agujero en lo simbólico.

Pero también, esta fijación en lo paterno, desde otra perspectiva, podría ser leído o entendido como un punto de origen, ya sea de una vocación o de una orientación vital. En el caso de Cotton, diríamos que, al realizar esa primera comunión, se le impone una vocación, un trazado de vida, orientado por la idea de convertirse en Papa.

Ahora, corridos del ejemplo, el punto de origen, cuya base es el modelo geométrico, o lo que Lacan llama un fantasma geométrico, nos abre el paso a una lectura de tipo lineal, apoyado en el plano euclíadiano.

Otro modo de justificar el punto de origen es el de multiplicar las variables, donde el origen deja de ser un punto, para convertirse en otro, ahora en el que convergen diferentes líneas históricas. Nuevamente, volvemos al psicoanálisis, para explicar el recurso de la multiplicación ante lo que no hay. Un ejemplo podemos hallarlo en “La cabeza de Medusa” (1922) de Freud. En el texto se explica el porqué del horror ante la cabeza de la Medusa, un tema de la mitología griega. Freud argumenta que el sentimiento horroroso ante la cabeza amputada de Medusa es un modo de terror a la castración y un terror asociado a su visión o a la representación de la castración. En esta línea Freud lee un primer elemento, el que refiere a la castración y por ende a un agujero.

Agrega que si, en el arte, se suele representar a la cabeza rodeada con cabellos figurados como serpientes, es otro de los indicios que remite a la castración. En verdad, multiplicación de serpientes suple la ausencia de pene, cosa que descubre el niño. Es una variante a lo que leemos en el caso Juanito, el niño que parte de la idea de la primacía del falo. Luego al tener la visión de los genitales femeninos o de la madre, se efectiviza la amenaza de castración. Aquí aparece el segundo elemento. La multiplicación viene a sustituir la falta, como modo de mitigar el horror. Al horror ante lo que no hay y lo que no tiene representación, se lo suple con la multiplicación de lo que debería haber.

Ejercicio de lectura

En este orden de cosas podemos leer un fragmento que deja por escrito el historiador Fernand Braudel, en su libro “La dinámica del capitalismo” (1986). Cuando digo leer, no estoy diciendo repetir aquel desarrollo.

El trabajo de Braudel, que aborda los orígenes y desarrollos del capitalismo, nos anuncia en su prefacio las consecuencias de movimientos que se inician con los viajes de exploración, descubrimiento y comercio, e incluso hábitos vitales, que tienen lugar a fines de la Edad Media y en los comienzos de la modernidad. Atendemos aquí a la convocatoria a distintos elementos, provenientes de distintos campos del saber, para dar cuenta del punto de partida.

Esto es, lo que antes llamamos el cruce de líneas en un punto.

Se nos agrega que estas consecuencias, han incidido en la vida de las personas, de modos distintos, durante aquellos períodos históricos y en los consecutivos.

Además, esas consecuencias también sirven de modelo para comprender nuestra relación actual con las drogas, más peligrosas que las del pasado. Vemos que se construye una suerte de relación causal, en un primer tiempo, con efectos, los cuales perduran y que además proveen un modelo de comprensión para nuestra actualidad.

En síntesis, la pretensión de localizar un modo de abordaje histórico puede llevarnos a situar un punto de inicio, que luego nos desliza en una torpe tarea, direccionada, o en un designio que se abre hacia un adelante, que avanza inexorablemente.

Les adelantaba que este modo de abordaje tiene en su trasfondo un fantasma, que se apoya sobre la figura del plano y en la geometría euclíadiana. El desarrollo de esta idea puede seguirse en la clase del 15 de noviembre de 1977, del Seminario de Lacan.

En esa clase nos señala que la geometría euclíadiana tiene todas las características del fantasma. También la recta. Y adjunta, en la clase del 20 de diciembre, que la geometría está tejida de fantasmas y luego, en forma simultánea, toda ciencia. De forma tal que se hace evidente incluir aquí a la ciencia histórica.

El método del origen

Usando este método, podemos armar una versión sobre el origen del psicoanálisis. También de cómo las drogas y su expansión en el consumo han incidido en su aparición.

Podríamos decir que el psicoanálisis surge en un momento determinado de la historia, cuando el capitalismo y la ciencia ya están en este mundo. Desde la perspectiva del contexto de aparición de Freud y del psicoanálisis, puede decirse que a mediados del siglo XIX han sucedido algunas revoluciones en Europa, llamadas liberales. Estas revoluciones implican alguna modificación en los distintos Estados. Las transformaciones, políticas, conllevan una suerte de desplazamiento del poder, que se desliza de los antiguos amos a nuevas formas de gobierno y a nuevos grupos sociales, así como a la ampliación de derechos para parte de la población, lo que apareja la ganancia de ciertas libertades.

Antes mencionaba los viajes de descubrimiento y de exploración, algo previas a los eventos que tratamos. Esos viajes ponen en contacto a culturas que habían prosperado en forma aislada. También hacen posible el acceder e introducir nuevos productos, exóticos y desconocidos, entre las distintas culturas, que han prosperado alejadas. No deja de tener relevancia que estos productos, al desplazarse

por el mundo, pierdan algo del sentido, del andamiaje simbólico, que tenían en la cultura en la que estaban insertos. Al mismo tiempo, al ingresar en otros mundos, estos objetos inmigrantes, comienzan a producir algo de estupor, por carecer de sentido, así como generan un empuje, a veces algo maníaco, en compensarlos con sentidos nuevos o postularlos a realizar fantasmas ya establecidos. El movimiento es primero producir agujero y luego llamar al sentido o encontrar alguna aplicación, a partir del taponamiento de los agujeros que ya portaba la cultura que los recibe.

Por otra parte, la aplicación técnica de nuevos saberes, surgidos del ascenso de la ciencia, empuja a la industria, la que vive distintos momentos llamados revoluciones. En especial, es la Tercera Revolución Industrial cuando hacen aparición y prosperan nuevos laboratorios. Estos, ayudados por el capitalismo y por los productos exóticos a los que ahora se acceden, crean nuevos agentes químicos de gran difusión.

A partir de estas revoluciones industriales también se modifica el modo de producir bienes y alimentos. Esto va a incidir de forma directa en los modos de vivir. De tal forma crecen las ciudades y suceden desplazamientos de las poblaciones hacia las crecientes ciudades. Estas ciudades deben renovarse para alojar a las industrias y a las poblaciones recién arribadas, en busca de trabajo. O simplemente se crean nuevas ciudades en torno a núcleos industriales.

Además, estos desplazamientos y las nuevas formas de trabajo afectan a los modos de organización familiar.

En este orden de cosas y a modo de ejemplo, en el Imperio Austro Húngaro, un antiguo comerciante judío de tejidos, quien ha ganado algún derecho civil y comercial, se desplaza y establece en Viena junto a su familia. El evento sucede luego que las modificaciones en el régimen de producción y en el ámbito comercial le produzcan una quiebra económica. Sin embargo, a pesar de este revés, el hecho de vivir en Viena y el tener nuevos derechos, crean las condiciones de posibilidad para que su hijo se transforme en médico.

El hijo, Sigmund Freud, ya médico, tiene noticia que su condición de judío pobre limita su carrera académica. También conoce otros obstáculos, como es el no pertenecer a la aristocracia. Estos aspectos, frenan una incipiente carrera como investigador de laboratorio universitario.

Por aquellos días a este joven médico e investigador, le recomiendan que se vuelque a la medicina práctica, como modo de vida y de saldar los obstáculos en

el medio académico. Ya hay médicos judíos que han tomado este camino, derivando su práctica al ámbito privado y alguno lo apadrina en ese movimiento.

En esta vía, que conjuga la investigación y una posible práctica privada, se encuentra con una sorpresa. Le llegan noticias que, en Estados Unidos y en el Imperio Austro Húngaro, se han experimentado tratamientos para diversas afecciones, con una nueva droga.

La droga se obtiene de la síntesis de la planta de la coca. Esta planta proviene de América y era ya conocida por relatos de antiguos exploradores del nuevo continente. El procedimiento de síntesis, efecto de la Revolución Industrial, que permite extraer su principio activo, se conoce hace menos de 20 años. Sin embargo, lo obtenido, la cocaína, no es acompañada de usos prácticos o reconocidos en Viena.

Según las noticias que le llegan, la planta y la síntesis de su componente activo, tendrían una serie de beneficios terapéuticos. Entre los más sorprendentes y nuevos, están el tratamiento del alcoholismo y de la adicción a la heroína, que ya eran un problema social. Claro que no basta con eso. También la droga da respuestas a otras demandas, que llegan desde lo social.

La droga tiene la fama de proveer concentración, lo que es pretendido por el discurso universitario, también ser remedio para la fatiga, algo anhelado por la economía y el capitalismo, e incluso ayudar a la digestión y tener valor anestésico. Esta última aplicación es la que prospera, mientras que las otras dan muestra de fracaso, incluso para el joven investigador, quien se encontrará envuelto en algunas controversias. Pero, a pesar de lo aparentemente fracasado del intento, se topará con un factor poco atendido, el aspecto subjetivo, que será aquello que reorientará, bajo otros mantos, su investigación. Esto dará paso una creación, a la que quedará asociado hasta la actualidad. Ahora interrumpiré el ejercicio que les proponía.

Tal como podría entenderse, este relato, que parte de datos de diversa procedencia, toma una forma específica y sienta las bases para un mito de origen o un mito del héroe. Se trata de una suerte de relato lineal, donde alguien es enfrentado a un obstáculo y luego lo supera, muchas veces modificándose en la tarea. Agregamos, para acentuar esta estructura de relato, que nuestro médico conocerá algunas tribulaciones, rechazos, también una especie de iniciación transformadora. Finalmente alcanzará su recompensa, ahora desde otra posición, que lo ha modificado en su gesta.

Es una épica, una temática del héroe, la cual también ha sido estudiada desde el psicoanálisis.

Pero podemos leer que el relato tiene algunos puntos de fractura, que han hecho a nuestro personaje inventar y reinventarse.

Historia, sociología y usos conceptuales

Si bien existe el cruce entre historia y psicoanálisis, lo cierto es que las herramientas que se utilizan para investigar suelen provenir de la historia. En el psicoanálisis, no hay una doctrina establecida para abordar la historia.

Podemos encontrar algunas indicaciones en Freud, Lacan o en Jacques-Alain Miller, pero estas son también piezas sueltas.

Otro tanto sucede con relación a la sociología. Si bien hay escuelas que han combinado lo sociológico y el psicoanálisis, es también en una suerte de cruce, donde lo acentuado, frecuentemente, ha sido lo sociológico o donde se producen maridajes de escasa difusión o duración.

Es cierto que Lacan ha utilizado conceptos y términos que provenían tanto de la historia como de la sociología, así como de otras disciplinas. Sin embargo, no se trata de un anexado o una importación directa. Lacan repensaba, reformaba, revisaba los conceptos que tomaba de otras disciplinas, hasta que lograba darles un lugar, en el discurso analítico. Se diría que los volvía a forjar.

Algo de mi historia y elementos para leer

A poco de iniciar mi práctica en el discurso analítico, me ha despertado interés la historia del psicoanálisis. En el camino, he investigado y buscado elementos que permitan leer eventos históricos y su incidencia en el psicoanálisis mismo.

Por ejemplo, si leemos los textos de Freud, sucedidos en el contexto de la Primera Guerra Mundial, nos encontramos con una suerte de ruptura. Algo de la supuesta linealidad histórica se rompe, o hace evidente un movimiento que ya estaba en marcha, que cobra velocidad y fractura lo anterior.

Esto implica, además, que el psicoanálisis se reinvente, algo que podemos leer en “Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica” (1919 [1918]). Allí Freud planteará una serie de cambios en torno al abordaje que hará el psicoanálisis, de los padecimientos y de las demandas sociales, así como propondrá una modificación en la producción de analistas. Una derivación de esto es la creación de institutos y clínicas, acompañada de una sistematización de la formación para los analistas.

Luego, con la Segunda Guerra Mundial, sucede un desplazamiento de los centros de formación, los institutos, desde países de habla germana hacia países de lengua inglesa. En ese movimiento, han surgido distintas aplicaciones del psicoanálisis, algunas de las cuales han sucumbido a insistentes demandas de salud y de solución. Lo que se ha traducido en tratamientos abreviados, orientados o focalizados. También el surgimiento de ramas psicoanalíticas como el kleinismo, el annafreudismo o la psicología del yo.

Estos recorridos, han generado controversias, siendo una bien conocida la surgida entre Melanie Klein y Anna Freud en Inglaterra, y luego exportada a los modos de concebir el psicoanálisis tanto como formación, así como a nivel de los tratamientos.

Estos acontecimientos históricos han interpelado al psicoanálisis, recibiendo la demanda de dar respuesta a fenómenos diversos.

Algunos de ellos, que tiempo antes se presentaban como casos raros, luego se han masificado. En esta línea podemos concebir a las toxicomanías, el alcoholismo, o a la actualizada pasión por el juego.

Una orientación para nuestro trabajo es seguir la pista de las distintas controversias o puntos de quiebre sucedidos dentro de la historia del psicoanálisis, en especial, esos puntos de fractura que han dado paso a un tratamiento posible de lo que hoy llamamos consumos o clínica de la droga.

Fragmentos de método

Acaso no sea redundante recordar que Jacques-Alain Miller (2021) señalaba lo necesario de conocer muy bien la historia del psicoanálisis y las controversias sucedidas. En la historia del movimiento analítico encontramos tanto los caminos adecuados, así como los desvíos posibles de nuestra práctica actual. Esta vía permite, además, poder reinventar el psicoanálisis a partir de sus propios medios.

Luego, los acontecimientos, ante los cuales el psicoanálisis es convocado a responder, continúan. Y son ocasiones que implican una reinvención. La pandemia del 2020 puede servirnos como ilustración del acontecimiento más reciente, con la utilización de dispositivos que permiten el encuentro de modo remoto.

Esta orientación dada por la historia del psicoanálisis permite mantenerse, metodológicamente, dentro del campo analítico, y no perdernos en las demandas sociales, que pretenden, usualmente, asegurar los modos de gozar del cuerpo de forma no conflictiva o aspira a la realización de fantasmas, sorteando consecuencias.

Algo más sobre método

Intentando cernir esta vía metodológica posible para abordar el tema, recurro a dos indicaciones de Jacques-Alain Miller (2005), que nos sirven de clave de lectura y de orientación.

En un viejo curso propone la reducción del discurso del paciente, aleatorio, confuso y abundante, a formas simbólicas elementales. El método permite localizar la repetición y convergencia en distintos puntos del discurso hablado. De tal forma, está lo que se repite y lo que se evita en la repetición.

La otra clave de lectura, nos indica como leer los textos de Lacan. Miller nos dice que se trata de interpretar y situar las citas o referencias en el contexto, no en función de un estudio histórico-cronológico de la obra de Lacan. Se trata de localizar e intentar explicitar o construir lo que quiere decir el propio texto.

El segundo principio del método implica no asumir que hay una única lectura de tal pasaje o tal frase de Lacan. Estas citas pueden tomar nuevos sentidos con el correr del tiempo.

Las dos indicaciones nos abren la vía a realizar una tarea análoga sobre los textos referidos a los consumos. Incluso el texto que proveen los consultantes. En este sentido la tarea sería localizar e intentar explicitar o construir lo que quieren decir esos textos, más allá de lo dicho. También localizar las formas elementales en lo confuso de ese discurso, ubicando aquello que se repite o se evita.

Retomando lo que hablábamos en un principio, surge un nuevo valor para la construcción. Ahora toma como referencia al propio texto y su contexto. También, esta modalidad de lectura interpretativa, habilita a dar al texto distintos usos, facultando nuevos sentidos, dependiendo de cuando se lo lea. En otra instancia recuerda el uso de una herramienta que dispone el analista: la interpretación como modo de abordar un texto, el que sea.

Lacan ha planteado soluciones para la lectura de fenómenos, considerables con características sociales, históricas y clínicas, que guían en lo confuso, en lo que se repite y en lo que se evita. Una herramienta creada por él son los discursos. Este constructo prescinde de la linealidad y habilita a leer distintos fenómenos en término de pasajes, atravesamientos, cuartos de vueltas y rupturas, alojando faltas.

Sobre los discursos

A nivel de la divulgación un discurso suele quedar equiparado a un modo de lazo social. Sin embargo, una lectura más atenta no superpone lazo social a discur-

so. Utilizaremos una definición bastante simple que nos da Lacan sobre discurso. Dice: “Un discurso es una especie de lazo social” (1972).

Más adelante sumará que lo que hace que los seres humanos se mantengan juntos, tiene que ver con el lenguaje. Y agrega que llama discurso a eso que “en el lenguaje se fija, se cristaliza, eso que usa recursos del lenguaje (...), para que el lazo social entre seres hablantes funcione” (Lacan, 1972).

Lacan (1969-1970) formula cuatro discursos: el del amo, el de la histeria, el universitario y el del analista. Estos discursos cumplen con los requisitos que planteaba Lacan mismo, implicando algo que se fija o se cristaliza. De tal cristalización obtenemos su estabilidad en el tiempo. Miller (1998) ha intentado fechar la aparición de los discursos en el tiempo. El discurso del amo es considerado el primero en aparecer, y su origen es impreciso, derivando de la estructura del lenguaje. Otro tanto sucede con el discurso de la histeria. Luego tenemos dos en los que es posible una ubicación histórica. Consideramos la emergencia del discurso universitario por el siglo XII, mientras que el discurso del analista queda situado en el siglo XX.

Algunas características de los discursos

Los cuatro discursos comparten algunas características, lo que determina que sean considerados como tales. Una característica de los cuatro discursos es que se presentan como una suerte de aparato, con cuatro lugares fijos, lugares que a su vez reciben nombres. Uno de estos lugares, por ejemplo, recibe el nombre de agente.

Luego, por los lugares, circulan cuatro letras ordenadas. Estas letras son S1, S2, a y S/. Las letras, mantienen una secuencia que, al variar de lugar, dan lugar a los distintos discursos. Así, el S1, que conocemos bajo el nombre de significante amo, cuando se localiza en el lugar del agente, determina al discurso del amo. Pero, cuando sucede un cuarto de vuelta, y el S2, usualmente llamado significante dos o simplemente saber, queda en el lugar del agente, lo que se produce es el discurso universitario.

Siendo que los discursos son una especie de lazo social, estos cuatro vienen a localizar relaciones o parejas entre al menos dos elementos, sujetos o posiciones, que nombramos como, “amo y esclavo”, “profesor y alumno”, “histérica y amo” o “analista y analizante”.

Sin embargo, mientras Lacan presenta estos discursos, nos habla de otros, los que quedan en cuestión que sean discurso. Los más recurrentes son el capitalista y el de la ciencia.

El cuestionamiento a que sean discursos deriva de su modo de organización, diversa de los llamados cuatro discursos. Eso hace que no se los considere como tales, pero no evita que se los llame, en oportunidades, discurso.

Entre las variantes que presentan estas formas, tenemos que en ambos se borran unas barreras llamadas de impotencia o imposibilidad, dependiendo del discurso o pseudo discurso del que se trate, lo que hace que está máquina discursiva pierda algunas limitaciones.

Una segunda infracción, por lo menos en el discurso capitalista, es que desordena la secuencia de las letras, esas que antes decíamos que se presentan con un orden fijo. Otra, es qué no establece una relación entre dos funciones o sujetos, como pueden ser un amo y un esclavo. Lo que se establece es una vinculación entre un objeto, aquí llamado plus de gozar, y el sujeto.

Lo anterior se traduce en que, tomando como referencia a los cuatro discursos, la relación ya no es necesariamente entre cuerpos o seres hablantes o con un alguien que encarne el lugar, sino con un objeto. Y este objeto trae un más o un menos de goce.

Acaso otra infracción sea considerable, siguiendo la propuesta de Lacan en su Seminario (1969-1970), cuando nos habla de un cuarto de vuelta realizada a nivel de los discursos. En ese movimiento, se ha producido un cambio de amo, de comando para nuestras sociedades.

El discurso imperante ha variado hacia el universitario, que luego de una serie de atravesamientos, antes evitados, se ha asociado al discurso de la ciencia y al discurso capitalista. En este sentido, nos encontramos con un conglomerado de discurso y de pseudo discursos, producido durante el siglo XIX. Esto ha realizado una serie de cambios, entre los que resaltan la modificación de nuestros lazos sociales. Notarán que volvemos a encontrarnos con un constructo de partes diversas. Lo cierto es que esta asociación, ha dado muestras de una aceleración en sus efectos, que se ha ido incrementando hasta nuestros días.

Curiosamente, esta asociación es solidaria al surgimiento de la toxicomanía o la problematización del consumo. Y como veíamos, durante el ejercicio del mito del héroe, el consumo desmedido ya era un problema en tiempos previos a la llegada del psicoanálisis.

El lazo entre el objeto y el sujeto

Desde esta perspectiva se ha pensado un lazo particular, contemporáneo, al objeto. En el discurso del amo, el sujeto no entra en relación con el objeto, siendo producido como perdido. El destino de ese objeto no nos importa ahora. Resalto que esta producción y pérdida implica una pérdida de goce.

En el pseudodiscurso capitalista, el objeto producido es puesto en relación con el sujeto, y se presenta como uno que permite recuperar goce. Luego, el goce que se recupera variará según las promesas o los fantasmas, pero no es el que falta por incidencia de la estructura del lenguaje. En la categoría de objeto pueden entrar tanto objetos de la producción tecnológica, como los objetos humanos.

Más cerca en el tiempo Jacques-Alain Miller (2004) ha fantaseado con la existencia de otro discurso, el hipermoderno, que es una variante del discurso capitalista. En este se obtiene un lazo particular. El objeto queda en el comando, se ubica en el lugar del agente, y es tanto causa de angustia como lo que empuja al sujeto a atravesar barreras que antes ponían diques, obstáculos e impedimentos a gozar del cuerpo.

Acaso aquello que justifica la concepción de este cuasi discurso sean dos aspectos. Por un lado, este atravesamiento de límites vuelve inoperante cualquier medida. Por otro, agrega una marca de aceleración, dando cuenta de un ciclo de innovación frenética en cuanto a la producción de objetos para gozar.

Bajo la matriz del establecimiento del lazo entre sujeto y objeto, se ha hablado del toxicómano como paradigmático en nuestra época. Mientras se ordena este modo de relación, se prescinde de los otros, y se da una suerte de lazo privilegiado y autístico con un objeto. O se aborda al otro como un objeto que provee goce al cuerpo.

Este modo de lazo suscita la soledad y está comandado por un goce, llamado plus de gozar, que antes decíamos tiene la marca de más de goce y de falta en gozar.

El objeto plus de gozar, marcado por el menos y el más de gozar, apareja una suerte de sed insaciable. El objeto hallado y ofertado, usualmente de factura técnica, no provee solución al problema de los seres hablantes. Lo que sí propone es un entretenimiento, algo para masticar. También una búsqueda ininterrumpida.

Dentro de estos objetos podemos localizar lo que Lacan ha llamado gadgets, que en la vida cotidiana se encarnan en distintos dispositivos electrónicos, pero también a las drogas, sintetizadas o afectadas a partir del discurso científico. Lue-

go, la aceleración y la innovación frenética, podemos leerla tanto en la oferta constante de nuevos productos técnicos y sus actualizaciones, así como en la promoción de nuevas drogas, en las cuales se intenta a veces regular y en otros casos incrementar las potencias de sus principios activos.

Otro tanto sucede con la pérdida de medida, donde clínicamente se encuentra casos de sujetos, quienes, careciendo de antecedentes, producen sobredosis de alcohol, drogas o juegos de azar en sus primeras experiencias.

Para concluir

Tal como hemos hablado, una serie de atravesamientos, de movimientos, originados hace dos siglos, han determinado el surgimiento de una modalidad de lazo, que acerca al sujeto al objeto de goce. Este movimiento ha comenzado a acelerarse en el siglo XX y hoy se presenta como un ciclo irrefrenable, de movimiento incesante. Entre los modos de expresión de esta modalidad de lazo, encontramos a los consumos, ya sean de drogas, de alcohol, de juego o de objetos humanos.

Esta circunstancia, se acompaña de una demanda social, que pretende solución, no siempre de las maneras adecuadas.

El psicoanálisis, en este punto, se reinventa y propone a cada sujeto, un lazo renovado, donde la invención tiene su lugar. Por otra parte, en términos de goce, ofrece una modalidad que evita los circuitos que llevan necesariamente a gozar del cuerpo y de los cuerpos, al tiempo que acentúa un goce distinto, un goce que se siente en el cuerpo, pero acomodado al goce de la vida. Para esto, utiliza recursos que provienen de la estructura del lenguaje y de la lengua hablada, sorteando la oferta imperiosa de los objetos de consumo.

Bibliografía

Braudel, F. (1986), *La dinámica del capitalismo*. Fondo de cultura económica, Méjico, 2002.

Freud, S. (1905 [1901]), “Fragmento de análisis de un caso de histeria”, *O.C.*, Tomo VII, Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

Freud, S. (1919 [1918]), “Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica”, *O.C.*, Tomo XVIII, Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

Freud, S. (1940 [1922]), “La cabeza de Medusa”, *O.C.*, Tomo XVIII, Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

- Freud, S. (1937), “Construcciones en el análisis”, *O.C.*, Tomo XXIII, Amorrortu, Buenos Aires, 1995.
- Lacan, J. (1969-1970), *El reverso del Psicoanálisis*, El Seminario, Libro 17, Paidós, Bs.As., 1992
- Lacan, J. (1972), “Conferencia de Lovaina”, Herejes en la práctica analítica, Revista Lacaniana de Psicoanálisis, n.º 23, Grama, Buenos Aires, Año XII, octubre de 2017.
- Lacan, J., (1972) “Del discurso psicoanalítico” (*Conferencia en Milán* del 12 de mayo de 1972), Recuperado: elpsicoanalistalector.blogspot.com.ar
- Lacan, J. (1976-1977), Seminario 25 “Momento de concluir”. Inédito.
- Maleval, J. C. (1996), “Identificaciones imaginarias y estructura psicótica no desencadenada”. En *Rev. Ame. Esp. Neuropsiq.*, 1996, vol. XVI, n.o 60, pp. 629-646.
- Miller, J.-A. (1998), *El síntoma charlatán*. Paidós Campo Freudiano. Barcelona, Paidós, 1998.
- Miller, J.-A. (2004), “Una fantasía”. Conferencia de Clausura IV Congreso de la AMP. Recuperado de:
<https://2012.congresoamp.com/es/template.php?file=Textos/Conferencia-de-Jacques-Alain-Miller-en-Comandatuba.html>
- Miller, J.-A. (2005), Introducción al método psicoanalítico. Buenos Aires, Paidos, 2005.
- Miller, J.-A. (2021), "Lacan anticipó la dominación del capitalismo en el mundo", en Pagina/12, 8 de agosto de 2022. Recuperado de:
<https://www.pagina12.com.ar/447697-jacques-alain-miller-lacan-anticipo-la-dominacion-del-capita>.

Conformaciones de la consulta, la admisión y la derivación en el entramado de los dispositivos de atención.

Gabriela Souto

Los dispositivos no son solo estructuras: son tramas donde algo del sujeto puede advenir

El eje de esta presentación se centra en los dispositivos de atención y acompañamiento destinados a abordar las problemáticas de consumo. No obstante, para poder situar su especificidad, resulta necesario retroceder un paso y revisar qué acontece en el momento inaugural del encuentro entre una persona y un dispositivo de atención.

Cada ingreso, cada primer contacto - sea con un/a profesional o con una institución - inaugura un tiempo de decisión. A partir de ese encuentro se evalúa si la persona será admitida, si corresponde una derivación, y, en tal caso, a qué dispositivo y con qué fundamentos clínicos e institucionales. Estas decisiones se construyen a partir de la interrelación entre las particularidades del consultante, la posición de quien recibe la consulta y las condiciones de los dispositivos disponibles.

En este proceso intervienen diversas variables. Del lado del consultante: la modalidad de presentación, el grado de consentimiento para iniciar un tratamiento, las particularidades subjetivas que orientan su modo de relación con el Otro, así como la dimensión de la urgencia que puede estar en juego.

Del lado del dispositivo, se abren otras determinaciones: la posición y los criterios clínicos de quien recibe, las condiciones institucionales existentes, los modos de funcionamiento, los recursos disponibles y los límites propios de cada espacio.

En este sentido, la admisión, la derivación o la continuidad de la atención no pueden pensarse como respuestas mecánicas, sino como operaciones que expresan una determinada lectura de la situación y una particular concepción del sujeto y del abordaje de los consumos.

En el campo de los consumos problemáticos, en particular, es habitual encontrarnos con historias de sujetos que en lugar de ser alojados, son expulsados de un dispositivo a otro, cargando con el peso del estigma. También, con la marca de la “no adherencia”. Pero si solo leemos esas trayectorias bajo esa etiqueta, lo que se pierde es la posibilidad de revisar a los dispositivos mismos, la oferta y sus modos de intervención y, principalmente, nuestras prácticas. Allí donde solemos decir “el

paciente no se adhiere”, tal vez habría que preguntarse: ¿qué se espera de aquel que viene? ¿Qué obstáculos o barreras levantamos nosotros, muchas veces sin advertirlo?

Frente a este escenario, resulta necesario detenernos a repensar la posición del oyente, las particularidades en las que se presenta la consulta, la función de las entrevistas iniciales y el estatuto de la derivación. Ya que se requiere articular la posición subjetiva del que consulta como la posición en la que se sitúa el oyente para recibir la consulta y, la posterior toma de decisión.

Se trata, en definitiva, de situar algunas coordenadas que permitan abrir un espacio de escucha que no se cierre prematuramente en el rechazo o la expulsión, sino que habilite, efectivamente, un lugar.

Modalidades de la consulta

La consulta no llega de una única manera y siempre hay un entramado que la configura. Por ejemplo: ¿Quién consulta? ¿Qué se pide? ¿A quién se dirige el pedido? ¿En qué momento decide hacerlo? ¿Qué motivó la consulta? Cada una de estas preguntas abren diversos escenarios durante el encuentro con un otro.

Es posible identificar, a grandes rasgos, los siguientes modos en que se presentan las consultas.

Primero, están quienes llegan por terceros, ya sean familiares o personas cercanas. Por ejemplo, un estudio realizado por la SEDRONAR sobre la Línea 141², arrojó que cerca del 80% de las llamadas por consumo propio provienen de varones, mientras que más del 80% de las consultas por terceros son realizadas por mujeres, casi siempre en relación con varones. Esto permite ver dos cosas: por un lado, los diferentes modos en que varones y mujeres se vinculan con la búsqueda de asistencia; por otro, el lugar que la sociedad asigna, históricamente, a las mujeres en el cuidado de los otros. También evidencia la invisibilización del consumo femenino: las mujeres consultan menos por sí mismas, probablemente por el peso del estigma y de las expectativas sociales.

También están quienes llegan por una derivación institucional o de un servicio. Esto puede ocurrir a través de la escuela, por indicación judicial, por otros profesionales u otros servicios (guardia, consultorios externos, etc.). En estos casos, se suele presentar una dificultad vinculada a la demanda.

Por ejemplo, en quienes llegan por una orden judicial, surge la pregunta: ¿Hay una demanda de tratamiento o la persona viene a cumplir con lo que le impone la ley? Aquí, las entrevistas iniciales pueden posibilitar la construcción de un pedido

o demanda de tratamiento. Para ello es importante abrir un espacio de “localización subjetiva y de subjetivación, para decidir si hay algo que sostenga la posibilidad de iniciar un tratamiento o no” (Rubinstein, A., p. 59). Localizar algún punto de sufrimiento o algún malestar que abra la posibilidad de articular un pedido a un Otro.

Por otra parte, están quienes llegan a partir de un *acting out* o un pasaje al acto. Por ejemplo, intento de suicidio, estado de intoxicación, sobreingesta, entre otras modalidades. En estos modos de presentación, no hay una demanda, pero si un pedido que se expresa en acto. También, aquí, es necesario abrir un espacio, un tiempo, que permita dar forma a la subjetivación de una demanda.

A su vez, están quienes consultan por iniciativa propia. Este momento suele responder a un momento de quiebre: las soluciones subjetivas que antes funcionaban ya no alcanzan. En palabras de los consultantes, “la droga ya no me produce el mismo efecto”, “no puedo controlar el consumo”, “el consumo me está afectando en mi trabajo” o “perdí a mi pareja familia a causa del consumo”. Estas son algunas de las expresiones que muestran lo que Freud “llamaba quiebre de la homeostasis con que la vida transcurría, algo ha roto el equilibrio en que se sosténía la vida, las relaciones con los otros, con el propio cuerpo, con el trabajo, con los lazos amorosos y familiares” (Sotelo, Belaga, 2008). Ruptura que introduce un instante de vacilación o división subjetiva que habilita la demanda. Es decir, la cosa más o menos funcionaba, la “vida” se sosténía, hasta que dejó de estarlo. Es un momento en el que la persona, por ejemplo, “no puede sola” o “no puede parar de consumir”, entonces articula una demanda a un Otro, momento que abre la posibilidad de empezar a trabajar la dimensión del sujeto.

Por último, cabe considerar que, aunque alguien formule un pedido o una demanda, no siempre es necesario convalidarla. Que haya un pedido, no implica que el sujeto quiera hacer algo con eso. Por ejemplo, es habitual encontrarnos con pedidos de internación “compulsivos”, tanto por parte de las personas que se acercan a una consulta o por parte de algún familiar o referente afectivo, encontrando ese modo de “resolver el asunto”.

Las entrevistas iniciales

En las primeras entrevistas - o lo que en el lenguaje de la salud pública suele llamarse admisión - suelen registrarse los datos personales, motivo de consulta y se arriba a una primera impresión diagnóstica que oriente si la persona será admitida en un tratamiento, derivada a otro espacio o, incluso, si no requiere de ningún tipo de intervención en ese momento.

Sin embargo, reducir la entrevista inicial a un trámite administrativo sería pasar por alto su peso clínico. Ese encuentro inaugura algo: un tiempo particular donde no solo se pregunta “qué le pasa” al consultante, sino también si habrá un lugar posible para alojar eso que lo trae. Como lo plantea Lacan (1945) en *El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada*, es necesario dar lugar a que operen tres momentos lógicos: ver, comprender y concluir. Tiempos que ordenan y permiten orientarnos para no precipitar una intervención que pueda resultar iatrogénica.

En este sentido, toda entrevista, requiere tomar una decisión, porque siempre tiene que haber un momento de concluir. Por eso, en las entrevistas iniciales es necesario elaborar un diagnóstico situacional, construir una primera hipótesis que permita arribar a una decisión, la cual siempre conlleva una apuesta: la de articular un pedido o una demanda con lo que la institución o el espacio de tratamiento puede ofrecer.

Ahora bien, la posición de quien recibe esa consulta es fundamental. No es lo mismo que la entrevista la realice un médico, un trabajador social, un psicólogo cognitivo - conductual o un psicoanalista. Pero más allá de la disciplina o la orientación clínica, es central no juzgar, corrernos de nuestra historia personal y de las propias valoraciones, las cuales muchas veces tiñen y opacan la singularidad de la experiencia de quien consulta, como así también, nuestras intervenciones.

En este punto conviene también volver la mirada hacia nosotros mismos. Revisar nuestras propias ideas y prejuicios en torno a las problemáticas de consumo ya que es parte de la ética del trabajo clínico. Porque, tal como se mencionó, en ese primer encuentro puede abrirse una puerta hacia el tratamiento o cerrarse prematuramente, dejando al consultante a la deriva.

Algunas consideraciones sobre las entrevistas iniciales y la demanda de tratamiento

En el campo de los consumos problemáticos y/o las toxicomanías, explorar algunos de los siguientes aspectos posibilita construir un diagnóstico situacional y/o clínico presuntivo.

En principio, es fundamental indagar la historia de consumo y sus variaciones: el inicio, los momentos de mayor consumo, los períodos de abstinencia y las modalidades de tramitación de dichos períodos, así como los cambios en las prácticas de consumo. También resulta relevante precisar las sustancias consumidas y aquella que el consultante percibe como problemática.

Además, es importante explorar la presencia de acontecimientos significativos en la historia del sujeto. Por ejemplo, separaciones, pérdidas, cambios de escuela, trabajo o residencia, nacimiento de un hijo, entre otros. Localizar este tipo de situaciones permite situar posibles relaciones entre esos momentos y las prácticas de consumo. Con frecuencia, el acento se coloca en el consumo y en sus consecuencias, dejando de lado las causas. Ubicar nexos en el relato ofrece coordenadas que orientan la singularidad del caso y abren la posibilidad de un trabajo que permita al sujeto reconocer lo que encubre sus prácticas de consumo.

Por otra parte, es importante situar el ¿para qué consume?, ¿qué solución le aporta el consumo?, ¿qué función cumple? Explorar los efectos subjetivos del consumo, los cuales son variables y singulares, resulta valioso para elaborar un diagnóstico diferencial. Por ejemplo, poder localizar si el sujeto consume para desinhibirse, no pensar, poder rendir, sentir adrenalina, callar voces, etc.

En relación con esto último, hay fenómenos que pueden evidenciarse con claridad en la modalidad de presentación, mientras que otros se manifiestan de manera más sutil o demoran en aparecer: delirios, experiencias de extrañeza corporal, alteraciones del sueño, alucinaciones, etc. Es relevante identificar cuándo aparecieron por primera vez y si se relacionan con los momentos de consumo o con los períodos de abstinencia. Esta información permite situar si existe otra problemática de salud mental coexistente que requiera atención ya que, en ocasiones, con un tratamiento adecuado sobre dicha problemática, el consumo puede cesar.

Asimismo, es fundamental indagar el motivo de consulta: “¿por qué decidió consultar ahora?” o “¿por qué lo trajeron?”. El momento de la consulta “no siempre coincide con el desencadenamiento de lo que puede ser la producción sintomática” (Rubinstein; 2014; p. 15). Tampoco un pedido de ayuda debe entenderse automáticamente como una demanda de tratamiento. A veces se asume que quien consulta desea iniciar un tratamiento y no siempre es así. Es importante, por tanto, identificar el motivo latente tras ese pedido.

También se debe evaluar el riesgo, identificando situaciones de peligro cierto e inminente para sí o para terceros: presencia de ideación suicida, autolesiones, heteroagresividad, excitación psicomotriz, entre otras. Dicha evaluación orientará la intervención inmediata.

Por otro lado, es pertinente explorar los factores sociales y contextuales: red de apoyo, situación familiar, acontecimientos vitales, condiciones socioeconómicas. Del mismo modo, conocer los itinerarios terapéuticos previos permite valorar factores que favorecen o dificultan la continuidad de los tratamientos, así como

indagar qué espera la persona de un espacio terapéutico: ¿dejar de consumir?, ¿reducir el consumo?, etc.

Estas orientaciones no deben interpretarse como un protocolo ni deben traducirse en un interrogatorio. Se trata de consideraciones que guían la exploración de aspectos necesarios para arribar a un primer diagnóstico situacional y, como diría Rubinstein (2014), “pescar la lógica subjetiva” del consultante.

Tal como se mencionó, en algunos casos un solo encuentro puede resultar suficiente para arribar a una conclusión preliminar; en otros, el proceso se extiende a varias entrevistas o incluso puede desarrollarse a lo largo de un tratamiento.

En cualquier caso, conocer los aspectos mencionados permite, durante las entrevistas iniciales y/o la admisión, poner en relación la demanda (o su posibilidad de construcción) con la oferta institucional, los recursos disponibles y la pertinencia del dispositivo.

La derivación

La derivación es una intervención y puede pensarse como un proceso que requiere condiciones específicas y, al igual que las entrevistas iniciales, no debe responder a un fin administrativo. No basta con entregar un papel con los datos de un profesional o institución y pedirle al consultante que vaya. En muchas ocasiones este modo de proceder deja a la persona a la deriva. Es necesario que la derivación deje acompañarse, por un lado, de la construcción de un lazo, de un vínculo de confianza y; por el otro, de una subjetivación, si esas condiciones no están dadas, es mejor abstenerse y esperar.

El mejor momento para derivar “es cuando el sujeto se confronta con algún orden de la división subjetiva, que cree las ganas o la creencia de que eso le puede hacer bien” (Rubistein, A., p. 66) En este sentido, derivar supone una intervención clínica en sí misma. Como señala Rubistein, implica “instalar un tiempo de espera”, donde el criterio clínico resulta decisivo: evaluar riesgo, posibilidad de descompensación, necesidad de desintoxicación, tratamiento farmacológico, mayor contención, etc. De esa valoración dependerá, por ejemplo, si es necesario una interconsulta, si corresponde un tratamiento ambulatorio o una internación.

En este punto, en relación con la internación, es fundamental considerar el consentimiento del consultante salvo si se presenta una situación de riesgo cierto e inminente, donde la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 habilita la internación involuntaria como último recurso terapéutico en tanto estrategia de cuidado.

Cabe destacar que cualquier decisión que se tome, es del orden de la ética. Ya que decidir implica una elección, un acto, y con ello una gran responsabilidad.

Tiempo y coordenadas subjetivas

La derivación requiere atender al tiempo subjetivo y situar ciertas coordenadas singulares. Una breve viñeta clínica permite ilustrar esta complejidad:

Un joven en tratamiento en un servicio de salud mental comenzó a consumir diariamente alcohol etílico. Ante esta situación, el equipo tratante dispuso su derivación al servicio de adicciones del mismo hospital. Sin embargo, el paciente rechazó la indicación, argumentando que “no se consideraba un adicto” y que deseaba continuar siendo atendido en el mismo servicio. Esta situación derivó en una serie de *acting out* y en un recorrido errático entre distintos servicios, dificultando tanto el acceso como la continuidad del tratamiento.

Tal vez habría sido pertinente partir de algunos interrogantes, tales como: ¿qué lo sostenía en el “ser” un usuario del servicio de salud mental? ¿Qué se puso en juego al indicar la derivación a un servicio de adicciones? ¿Estaban dadas las condiciones subjetivas e institucionales para que esa derivación fuese posible? Partir de estos interrogantes, probablemente, habría permitido otra lectura del caso, evitando la precipitación de los hechos que acontecieron.

Por otra parte, más allá del caso singular, cabe tensionar la división entre salud mental y consumos problemáticos en los hospitales generales. Si los consumos problemáticos constituyen un padecimiento mental, los servicios ¿no deberían estar unificados?

Barreras en la accesibilidad

El proceso de derivación debe contemplar también las barreras u obstáculos de acceso a la atención. El sanitario Horacio Ferrara (ex ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires) identificó distintas dimensiones:

- Geográfica: refiere al tiempo y la distancia que dificultan el acceso.
- Cultural/simbólica: alude al valor de uso asignado a los servicios, a las representaciones sociales y a la relación entre el equipo de salud y los pacientes. Ejemplo de ello es la interculturalidad en la atención con comunidades mapuches.
- Jurídica: se vincula con el marco normativo que garantiza el derecho al acceso.
- Económica: remite a los recursos materiales necesarios para sostener un tratamiento.

- Administrativa: incluye aspectos como la organización institucional, los turnos, los horarios y la disponibilidad de profesionales.

Estas dimensiones resultan decisivas: ¿puede alguien de Cinco Saltos sostener un tratamiento diario en el hospital Castro Rendón? ¿La persona cuenta con la posibilidad de pagar un pasaje para poder trasladarse a su espacio de tratamiento? ¿Qué sucede con una mujer que tiene a su cargo hijos pequeños, no tiene con quien dejarlos y necesita concurrir a un espacio de tratamiento?

La escasez de dispositivos de atención adecuados a las necesidades de las mujeres, como así **también** para la población trans, - tanto a nivel nacional como en la provincia de Neuquén-, sigue siendo una deuda pendiente que impacta en la accesibilidad y en la posibilidad de sostener un tratamiento.

Respecto de las barreras administrativas, es habitual encontrarnos con servicios que funcionan en horarios reducidos y durante la mañana. En muchos casos, quien consulta trabaja precisamente en el mismo horario en que el centro de salud funciona, y aun así se dispone la derivación sin tener en cuenta esta condición. Este desajuste, que podría parecer menor, termina constituyendo un obstáculo real para iniciar o para la continuidad de un tratamiento. También lo es la escasez de recurso humano y la disponibilidad de turnos obstaculiza la atención.

Por último, otro de los obstáculos mencionados con los que nos encontramos regularmente, es menos tangible - y a veces más invisible -: los prejuicios y las resistencias presentes en muchos profesionales y trabajadores de la salud y de otros ámbitos, al momento de abordar e intervenir con personas que transitan una situación o una problemática de consumo. Esta situación se visibiliza, por ejemplo, cuando los profesionales manifiestan no trabajar con la problemática y, consecuentemente, no reciben o expulsan a quien demanda atención.

Conocimiento sobre las particularidades de los dispositivos

Otro aspecto central en el proceso de derivación es conocer previamente la oferta y las características de los dispositivos. Si el consultante requiere espacios de escucha individual, abordaje farmacológico o una disponibilidad horaria específica, resulta necesario saber que el espacio cuenta efectivamente con esas prestaciones. Por ejemplo, cuando se evalúa la necesidad de atención psiquiátrica y se deriva a un centro donde se supone que hay cobertura en esa área, muchas veces la persona, al llegar, se encuentra con que aquello que se le informó no está disponible.

Los recurseros pueden ser una herramienta útil, pero con frecuencia la información que circula no se corresponde con la realidad actualizada de cada institución. Por ello, se vuelve indispensable el contacto directo con referentes institucionales antes de concretar una derivación, a fin de garantizar que las condiciones efectivamente estén dadas; por ejemplo, la disponibilidad de camas de internación o de turnos ambulatorios.

La función de la transferencia

La transferencia es un término proveniente del psicoanálisis que inscribe una lógica de trabajo. En el Seminario 11, Lacan refiere que la transferencia implica la suposición de saber dirigida al analista, lo que funda su lugar en la estructura del dispositivo. En el ámbito institucional, esta función no se limita al analista propiamente dicho, sino que puede desplegarse también en quien recibe la demanda o en quien sostiene la escena de la admisión, operando como soporte de esa suposición que hace posible el inicio del trabajo clínico.

Podría decirse, en términos generales, que la transferencia alude a la modalidad del vínculo o lazo que se establece entre una persona y una institución, un profesional o un dispositivo de atención.

Esto lleva a interrogar si es conveniente que algo de la transferencia opere en las entrevistas iniciales o en la admisión, considerando que el consultante puede no ser admitido en el dispositivo, o que el profesional que realiza la admisión no será quien lo tome luego como paciente. Por otra parte, al decir de Rubistein, “no hay derivación sin transferencia” (p. 61). Ya sea desde el consultante hacia la institución o hacia quien realiza la admisión, como también desde el derivador. Es decir, hay una transferencia con quien cumple la función de derivador, quizás un acto de amor, de confianza o una atribución de saber.

Asimismo, es necesario que algo de la transferencia se instale en la admisión para que el consultante vuelva, y/o para sostener algo de la espera que implica una derivación. Se trata de la posición del Sujeto Supuesto Saber, atribuida a quien recibe la demanda, del mismo modo en que se transmite un malestar a un médico y se espera que él sepa qué hacer con eso.

En este sentido, reconocer la dimensión transferencial en las entrevistas iniciales y/o en la derivación implica situar la importancia del lazo que se pone en juego desde el primer encuentro. También permite maniobrar y revisar que hace el oyente con la transferencia.

Aun cuando el profesional que realiza la admisión no continúe luego el tratamiento, su posición resulta decisiva para alojar la demanda, sostener la espera y posibilitar que el consultante encuentre un lugar donde su palabra adquiera valor.

Tal como plantea Lacan (1958), la demanda no se reduce al pedido explícito, sino que porta un resto de deseo que busca dirigirse a otro. En este punto, la transferencia puede pensarse como el lazo que sostiene esa dirección, una apuesta a que el Otro sepa algo sobre el sufrimiento propio. Desde esta perspectiva, la admisión puede ser concebida como un tiempo de apertura, donde algo de esa transferencia comienza a inscribirse y a producir efectos, aún antes de que se defina el tratamiento propiamente dicho. También es conveniente no retener la transferencia ya que puede dificultar que se configure con otro profesional o el equipo tratante.

Caso Ana

Al momento de la consulta, se comunica la tía de Ana solicitando un turno debido a su consumo de alcohol. Refiere que por dificultades económicas están a la espera de que sea admitida en un centro público de salud. Sin embargo, durante la espera, manifiesta que su sobrina necesita ser abordada por un profesional.

Ana tiene 23 años al momento de la consulta y asiste al turno acordado acompañada por su mamá. Durante la entrevista cuenta que, desde hace un año y medio, venía realizando tratamiento con una psicóloga con la cual parecía estar en transferencia. Sin embargo, estaban buscando otra profesional porque su psicóloga “no trabajaba consumos”.

El motivo de consulta tuvo que ver con la presencia de “temblores en sus manos” al interrumpir el consumo de alcohol. Relata que hace aproximadamente un mes estuvo internada en el hospital por una sobreingesta de psicofármacos y alcohol. Dice que en ese momento estaba jugando al casino online y “perdió todo”. Al indagar un poco más, cuenta que el día anterior su novio “la había dejado”, situación que puede pensarse como un momento de quiebre subjetivo.

Durante la primera entrevista, manifiesta que venía consumiendo diariamente un litro de vino, y que últimamente solía hacerlo en su casa acompañada por su madre o en momentos de soledad. Cuenta que trabaja desde hace un año en una empresa que presta servicios gastronómicos. Le gusta su trabajo, aunque le gustaría poder estudiar y hacer otras cosas, pero dice: “siento que no puedo”.

Vive con su madre y un hermano menor. Con su padre no tiene vínculo. Refiere que comenzó a consumir alcohol a los 15 años y que a los 18 su consumo pasó a ser frecuente.

En el transcurso de algunas entrevistas, ubica que su consumo se volvió problemático a raíz de la presencia de episodios de violencia y una situación de abuso que vivió con una ex pareja de su madre, hecho que coincide con sus 18 años. Relata que en ese momento le contó a su mamá, pero ella no le creyó. Ese reproche persiste a lo largo de las entrevistas, al igual que sus intentos por reducir la frecuencia y cantidad de alcohol que ingiere.

En una ocasión llega alcoholizada a su lugar de trabajo y es despedida. Luego termina internada por una sobreingesta de alcohol y psicofármacos. Otra pérdida que la lleva al acto. A partir de allí inicia un período en el que se esfuerza por dejar el consumo, aislándose en su casa. Permanece la mayor parte del tiempo sola, experimentando una profunda tristeza y una sensación que describe como de vacío. Nada le interesa. Los únicos momentos en que sale es acompañada por su madre.

Esta sensación se agudiza ante la ausencia de consumo. Comienza a ausentarse de las sesiones, y otras se sostienen de forma virtual. Nada parece engancharla. Sin embargo, insiste en querer dejar de consumir y en continuar el tratamiento “por su mamá”. Las escenas que despliega convocan la mirada materna y un lugar en ella.

Ante la escasa contención familiar y las situaciones de riesgo a las que se expone, se evalúa la necesidad de que Ana pueda asistir a un dispositivo de atención que brinde mayor contención. Un espacio al que pueda concurrir diariamente, con amplitud horaria, que ofrezca actividades además de los espacios terapéuticos, y donde haya otros con quienes pueda socializar. Se piensa en un hospital de día, pero al no haber ninguno de gestión pública en la provincia, logra ingresar a un centro de salud en el cual estaba en lista de espera desde hacía meses.

Fueron cuatro meses de sostén, en los que la derivación no se redujo a indicarle a la paciente otro espacio de tratamiento. Implicó trabajar las condiciones de posibilidad de ese pasaje, acompañar la decisión y garantizar que el nuevo dispositivo pudiera recibirla y brindar el tratamiento necesario.

En este sentido, la derivación debe entenderse como un proceso clínico, atravesado por dimensiones legales, culturales, económicas y transferenciales. Tal como se mencionó anteriormente, es una intervención en sí misma, que en ocasiones requiere tiempo, evaluación y articulación con los dispositivos.

Derivar, entonces, no implica simplemente orientar hacia otro servicio, sino acompañar un tránsito posible para el sujeto. Conocer los dispositivos, sus modos de funcionamiento y sus limitaciones permite no solo asegurar una atención más adecuada, sino también evitar que la derivación se transforme en un nuevo punto de exclusión dentro del sistema de salud o de otros espacios de atención. De lo contrario, una derivación realizada sin contemplar las condiciones subjetivas y reales del consultante puede vivirse como un rechazo o un nuevo abandono por parte de las instituciones.

Cada derivación es, por tanto, una oportunidad para pensar la práctica clínica, advertir las barreras de accesibilidad y recordar que detrás de cada decisión o intervención hay un sujeto cuya experiencia y continuidad de cuidado deben ser cuidadosamente sostenidas.

Dispositivos de atención y acompañamiento en las problemáticas de consumo

Definir lo que es un dispositivo implica situarnos más allá de la mera estructura edilicia, el lugar físico o del tipo de prestación que se ofrece. Puede pensarse como una forma particular de organización del lazo, de distribución de funciones y de modos de intervención.

Siguiendo a autores como Foucault y Agamben, el dispositivo puede entenderse como un conjunto heterogéneo de prácticas, discursos, saberes y relaciones de poder que se articulan para dar respuesta a un problema social determinado. En el campo clínico, esto se traduce en el modo en que las instituciones producen condiciones de posibilidad para la escucha, el acompañamiento y la construcción de un tratamiento posible.

Al hablar de dispositivos de atención, se hace referencia a aquellas organizaciones constituidas por una pluralidad de personas, con uno o varios objetivos compartidos, que se despliegan en un tiempo y espacio determinados, con una cierta inscripción institucional. Estos dispositivos se implementan para una población específica e implican la utilización de diferentes formas de encuadre de trabajo, requisitos y normas de funcionamiento, horarios, modos de contener, de escuchar y de orientar (Pawlowicz, Galante, Goltzman y otros, 2014).

De estas definiciones, interesa destacar la potencia subjetivante que puede tener un dispositivo, especialmente en el campo de los consumos problemáticos, donde muchas veces el sujeto llega como un desecho, desubjetivado, y el trabajo consiste precisamente en que pueda reaparecer algo de lo propio del sujeto. Para ello, es fundamental la presencia de un Otro que aloje y que habilite la palabra. Un espacio de escucha en el que circule la ternura como contracara del desamparo,

como diría Ulloa. Se trata, entonces, de propiciar un escenario donde la persona tenga la oportunidad de devenir un sujeto ético.

En el marco de un trabajo de investigación realizado en el Observatorio Provincial de Consumos Problemáticos de Neuquén, sobre las Trayectorias terapéuticas de personas con consumo de sustancias psicoactivas usuarias de cuatro dispositivos comunitarios de la provincia de Neuquén (2022), se entrevistó a usuarios que asistían a una Casa de Atención y Acompañamiento Comunitario, y fue recurrente escuchar que el espacio era “como una familia” para ellos. Allí se sentían escuchados y alojados. Algunos estaban en situación de calle, y los referentes del lugar se habían acercado a buscarlos. Ese movimiento por parte del equipo fue muy significativo, porque no esperaban que las personas llegaran a la institución a pedir o demandar tratamiento: iban al encuentro, instauraban presencia, escucha y, desde allí, abrían la posibilidad de un vínculo. Armaban un lazo, y de ese modo, las personas se iban acercando al espacio. Eran sujetos desarraigados del entramado social, y el dispositivo se transformó para muchos en un lugar de pertenencia, una suerte de hogar. Un lugar donde había otros que los esperaban, y que esperaban algo de ellos, según relataban los entrevistados.

En el campo de los dispositivos que abordan las problemáticas de consumo, encontramos una gran heterogeneidad y disparidad de espacios. Cada uno posee sus propias características, modos de funcionamiento, formas de abordar la problemática y un posicionamiento particular.

En este sentido, los dispositivos de atención no son neutros: se inscriben en determinadas lógicas institucionales, políticas y culturales que condicionan tanto la oferta como la demanda. Cada uno - ya sea un espacio ambulatorio, una internación, un hospital de día, una comunidad terapéutica o un dispositivo de acompañamiento territorial - plantea un modo particular de entender el padecimiento y de intervenir sobre él.

Retomar el caso de Ana permite pensar que la eficacia de un dispositivo no depende solo de su existencia, sino del modo en que puede alojar la singularidad del sujeto, posibilitar y sostener un lazo. En este sentido, los dispositivos adquieren valor clínico en tanto hacen posible el encuentro, la escucha y la construcción de un recorrido que no se imponga, sino que se configure junto al sujeto.

La elección de una modalidad de tratamiento no puede pensarse de manera estandarizada. Supone evaluar las condiciones subjetivas, sociales e institucionales que atraviesan cada situación, así como el momento particular en que se encuentra la persona. No existe, entonces, una modalidad “más eficaz” que otra, sino distin-

tos dispositivos posibles que deben adecuarse a la singularidad del caso y a la red disponible.

En definitiva, pensar los dispositivos de atención en el campo de los consumos problemáticos implica reconocerlos como espacios vivos, en permanente construcción, donde se entrecruzan prácticas, saberes y subjetividades. Su potencia no radica únicamente en los recursos materiales o técnicos que poseen, sino en la posibilidad de generar condiciones para el lazo, el reconocimiento y la producción de subjetividad.

Cada dispositivo, en tanto espacio clínico e institucional, es también un territorio ético y político: un lugar donde se disputa la posibilidad de que un sujeto sea escuchado, alojado y acompañado en su singularidad.

Por eso, más que preguntarnos qué dispositivo es el más adecuado, se trata de pensar cómo se lo habita, cómo se tejen los vínculos y qué lugar se le ofrece al sujeto en ese entramado. En esa dirección, la clínica de los consumos no puede pensarse por fuera de los dispositivos que la sostienen ni de las prácticas que los atraviesan, ya que son éstos los que habilitan - o no - la emergencia de un proceso subjetivo.

Modalidades de tratamiento

A grandes rasgos, es posible distinguir tres modalidades principales de atención: ambulatoria, ambulatoria intensiva e internación.

1. Ambulatoria

Es la modalidad más extendida y la que busca sostener el tratamiento sin interrumpir los lazos cotidianos del sujeto - familiares, laborales y sociales -. Comprende la terapia individual, los abordajes grupales, el acompañamiento terapéutico y/o el tratamiento farmacológico. Requiere que la persona cuente con cierto sostén externo y con un entorno mínimamente contenedor.

Dentro de esta modalidad también se incluyen los grupos de autoayuda, como Narcóticos Anónimos o Alcohólicos Anónimos, y los servicios que brindan los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). En los hospitales, este tipo de abordaje también está presente; por ejemplo, en la provincia de Neuquén existen experiencias como el grupo La Nueva Brújula del Hospital Heller, el Servicio de Adicciones del Hospital Castro Rendón, y los espacios individuales y grupales del Hospital Bouquet Roldán, entre otros.

Asimismo, bajo esta modalidad se inscriben las Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC). Estos dispositivos comunitarios y territoriales

surgieron en los últimos años promoviendo un abordaje más próximo a los territorios. Se trata de espacios de bajo umbral y de carácter comunitario, donde se realizan actividades preventivas, talleres barriales y acompañamientos terapéuticos que facilitan el acceso y la continuidad de un lazo allí donde el sistema de salud muchas veces no llega.

2. Ambulatoria intensiva (Hospital de Día / Centro de Día)

Esta modalidad implica una mayor contención institucional sin llegar a la internación. Combina espacios terapéuticos individuales, grupales, talleres y acompañamiento interdisciplinario, lo que permite sostener una rutina cotidiana más estructurada.

Suele indicarse cuando el consumo o las crisis emocionales interfieren significativamente en la vida diaria, pero la persona conserva su autonomía y el deseo de participar del espacio y/o del tratamiento.

3. Internación

Representa la modalidad de mayor intensidad y contención. Está indicada cuando la persona se encuentra en una situación de riesgo “cierto e inminente” (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657; art. 20; 2010) o cuando desea internarse de manera voluntaria

La internación debe ser breve, y su objetivo no se limita a la desintoxicación, sino a generar condiciones de estabilización que permitan luego la continuidad de un proceso terapéutico. En este punto, la articulación con dispositivos ambulatorios posteriores es fundamental para evitar el llamado “efecto puerta giratoria”.

Este tipo de modalidad se desarrolla en hospitales generales, comunidades terapéuticas y/o Casas Convivenciales Comunitarias. En la provincia de Neuquén, también existen experiencias de internaciones domiciliarias en algunos dispositivos privados que trabajan la problemática.

Cabe mencionar que un mismo espacio o dispositivo puede incluir más de una modalidad de atención. Por ejemplo, en los hospitales suele haber salas de internación de agudos junto con tratamientos ambulatorios o ambulatorios intensivos. Tal es el caso del Hospital Álvarez, que cuenta con un Hospital de Día además de su oferta de atención ambulatoria.

En suma, las modalidades de tratamiento deben pensarse dentro de una red de atención y cuidado, más que como dispositivos aislados o escalonados. Cada modalidad adquiere sentido en la medida en que puede articularse con otras, garantizando la continuidad del acompañamiento y evitando rupturas que muchas veces

se traducen en nuevas expulsiones del sistema. La elección de una modalidad, por tanto, no se define únicamente por la intensidad del consumo o el nivel de riesgo, sino por las condiciones subjetivas, familiares e institucionales que atraviesan a cada persona. En este marco, el desafío de los equipos no consiste solo en derivar o ubicar al consultante en un nivel de atención, sino en tejer trayectorias posibles, donde cada espacio funcione como un eslabón dentro de un proceso sostenido de cuidado y construcción de lazo singular.

Bibliografía

- Pawlowicz, M.P., Galantte, A., Rossi, D., Goltzman, P. y Touzé, G. (2014). Uso de drogas, padecimientos y trayectorias en las representaciones sociales de los especialistas. En *De la agencia social a la salud colectiva. Transitiando un campo interdisciplinario junto a personas que viven con enfermedades crónicas*. Viedma (Argentina): Universidad Nacional de Río Negro.
- Ferrara, H. (2002). *Acceso a los servicios de salud: barreras y facilitadores*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- Lacan, J. (1945). “El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada”. En *Escritos I*. Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (1958). La dirección de la cura y los principios de su poder. En J. Lacan, *Escritos 2* (pp. 563). Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (1964/1987). *El seminario. Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. (2010). *Boletín Oficial de la República Argentina*.
- Miller, J. A. (2006). *Introducción a la clínica lacaniana*. Paidós.
- Observatorio de Consumos Problemáticos de la Provincia de Neuquén (2022). *Trayectorias Terapéuticas de personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas usuarias de cuatro dispositivos comunitarios de la provincia de Neuquén*. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/opd_neuquen_2022_resumen_ejecutivo_trayectorias_terapeuticas.pdf

Observatorio de Consumos Problemáticos de la Provincia de Neuquén (2023)

Barreras de accesibilidad de personas usuarias de dispositivos comunitarios de la Provincia del Neuquén a espacios de atención y acompañamiento por consumos problemáticos. Recuperado de:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/11/opc_2023_barreras_de_accesibilidad_de_personas_de_dispositivos_comunitarios_a_espacios_de_atencion_y_acompanamiento_por_consumos_problematicos._informe.pdf

Trimboli, A. (2017) Consumo problemático de drogas. Bases para una clínica ambulatoria de inclusión sociosanitaria. Noveduc.

Rubistein, A. (2014). Consulta, admisión y derivación. Eudeba.

Sedronar (2024) Resumen de las consultas telefónicas a la línea 141 de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar). Recuperado de

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/11/boletin_oad_seguido_se_mestre_2024.pdf

Sotelo, I.; Belaga, G. (2008) Publicación para la revista de investigaciones UBA. Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia. Investigación en el Hospital Central de San Isidro Recuperado de
https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/109_clinica_urgencia/actividades/imagenes/anexo1.pdf

Actos consumidos

Héctor Pérez Barboza

1- Introducción

Desde hace años, distinguimos los usos de sustancias en **simples, complejos y problemáticos**.

Entre los usos simples y complejos están aquellos cuya función puede ser la de ayudar a soportar dolores^[1] o malestares orgánicos, a tomar coraje, a relajarse, a salir de la monotonía^[2], a entrar en el campo de la “normalidad”, a acceder a la sexualidad, etc. En muchos casos el objetivo del consumo puede estar en búsqueda de integración social, recreación, expansión de los sentidos, experimentación, incrementar el placer, etc.

Reservamos el sintagma “consumos problemáticos” para nombrar el conjunto de los casos que llegan a pedir ayuda y es el campo al que nos vamos a referir en este trabajo.

En numerosas ocasiones hemos formulado la dificultad que presenta esta clínica para la orientación analítica, ya que abunda en síntomas performativos que, en su mayoría, expresan el rechazo del Inconsciente, no entran en la dialéctica del deseo, no se presentan anudados con una demanda en transferencia. Los consultantes en gran medida nos relatan hechos que han realizado bajo los efectos del consumo de algún *farmakon*^[3], y sus consecuencias indeseadas, que no quieren repetir.

Esos actos bajo consumo, implican una modalidad de actuación que no encaja en los marcos clásicos del psicoanálisis, ya que no son formaciones de compromiso, no se inscriben del todo en la lógica del *acting out*, en tanto escena dirigida al Otro, ni responden por completo a las coordenadas del *pasaje al acto*, entendida como ruptura radical con el lazo simbólico, ni tampoco son un acto como producto de un análisis. Por ello, proponemos retomar la noción, oportunamente esbozada, de **actos consumidos**^[4].

Intentaremos seguir desarrollando esta categoría intermedia y articularla desde la perspectiva del cuerpo y la identidad, para reconocer qué alcances posibles puede aportar en la orientación de la intervención analítica. ^[5]

No apuntamos a crear una nueva etiqueta diagnóstica, sino a promover un instrumento de lectura crítica que permita distinguir lo alojable de lo clausurable, lo interpretable de lo indecible.

2- El Acto en Psicoanálisis

Distinguimos 4 modalidades bien diferenciadas:

- Acto: para Lacan se trata de un acontecimiento que produce un cambio subjetivo, una transformación en la estructura del sujeto. El acto implica una ruptura, una novedad que afecta la posición del sujeto en su relación con el Otro y con su propio deseo.
- Acto analítico es aquel que se produce en el contexto de la cura psicoanalítica, donde el analista, a través de su intervención, puede propiciar un cambio en el sujeto. Pone en juego el deseo del analista, y produce una nueva posición del sujeto en relación con su propio deseo.
- Formaciones de compromiso: allí ubicamos a la inhibición, en tanto dificultad para llevar a cabo ciertos actos, los actos sintomáticos, y los actos fallidos. Nos hablan de la división subjetiva, y son afines a una clínica en la que predomina la represión y el retorno de lo reprimido, contando con la palabra articulando el sujeto del deseo y la falta.
- Actuaciones: allí tenemos el acting out y el pasaje al acto.

Acting out y Pasaje al Acto

Freud introduce el término “agieren” para dar cuenta de las actuaciones de sus pacientes. Dedica uno de sus trabajos sobre técnica psicoanalítica^[6] para analizar qué ocurría cuando los pacientes actuaban en lugar de recordar. El paciente freudiano es el que habla, sueña, recuerda. Si actúa repite, y se resiste al análisis.

Más adelante, Lacan, despega la relación de necesariedad que Freud establecía entre acto y repetición y su caracterización del “agieren” como resistencial, para ampliar los horizontes de la clínica analítica al asignar un rol relevante al acto, a tal punto de dedicarle, entre otros, el seminario 15 o varios capítulos del 10. En este último^[7], rastrea el acting out y el pasaje al acto en los historiales freudianos de Dora y de la “joven homosexual”. Lo mismo hace con los trabajos de Greenacre, Margaret Little (caso Frida), Ernst Kris (“el hombre de los sesos frescos”), conectando estas dos manifestaciones con la angustia, en tanto signo de lo real.

El Acting out llama al Otro en forma primitiva (Transferencia salvaje). Es transferencia sin análisis, muestra el objeto “a”. Permite que el síntoma se dirija al

Otro. Debe ser interpretado, pero no es sensible ni a la interpretación, ni a la prohibición, ni al reforzamiento del Yo. En el Acting Out, el Sujeto está fuertemente instalado en el fantasma como defensa contra el objeto “a”, que lo angustia. Y para depositar ese objeto “real” llama al Otro, a la espera de que lo aloje en su falta. Cualquier demanda de tratamiento es un Acting Out, según Lacan.

En el **Pasaje al Acto**, la salida de la angustia se produce en forma “autista”. El sujeto prescinde del Otro, lo destituye, desconoce su entidad, se aísla saliéndose de cualquier escena que pudiera convocarlo, pero pagando con su identificación al objeto “a”. Por eso es ruptura del lazo social y rechazo de la transferencia. Implica una discontinuidad en la relación con el Otro. En las psicosis es el intento de cortar el exceso de goce y en las neurosis busca resolver la angustia. Sus consecuencias pueden funcionar como localizador de goce con el riesgo de disolución del Sujeto y de retorno a un punto de exclusión fundamental. Se trata de un atravesamiento salvaje y radical del fantasma. El sujeto pierde el enlace con un significante que dé un sentido “No puedo controlarlo, se me suelta la cadena” suele ser una expresión para explicar la súbita salida de la escena, e inclinación o reducción al objeto a. Por eso decimos que es sin Otro. La persona no puede dar cuenta de ello.

En ambos se trata siempre de la emergencia de lo real y de las dificultades del sujeto para alojarlo: vacilación fantasmática, salida de discurso, desencadenamientos, desanudamientos, fenómenos de borde, enganches y desenganches del Otro, son diversos modos de aproximarnos a la comprensión de estos fenómenos.

Finalmente, subrayamos entonces que tanto en el Acting Out como en el Pasaje al Acto, **la causa eficiente es la emergencia de lo real y la angustia que es signo de ella.**

3- Actos consumidos

No consideramos acertado reducir los actos realizados bajo consumo a la sola dimensión del Acting Out y el Pasaje al Acto. Por ello proponemos la noción de acto consumido como una categoría intermedia, que recoge manifestaciones clínicas específicas ligadas al consumo.

Se trata de aquellos actos llevados a cabo bajo los efectos de sustancias psicoactivas que, sin implicar directamente una escena dirigida al Otro ni un corte radical con el lazo simbólico, suponen una irrupción de goce que excede la mediación significante, dejando al **cuerpo**, propio o ajeno, y/o a la **identidad** implicados como soporte o consecuencia, sin que el acto se inscriba en una lógica representacional reconocible por el sujeto.

Con esta aproximación podemos hacer lugar clínicamente para esos actos que se dan en contextos de intoxicación, donde el sujeto actúa de forma opaca, muchas veces repetitiva o ritualizada, sin que el acto sea leído como mensaje, ni funcione como ruptura. Podríamos decir que, si bien se sitúan por fuera del campo del sentido, no por ello están completamente por fuera de la estructura significante. Decimos que **su causa eficiente no es la angustia** por, al menos, dos razones:

- Alguien puede apelar, en un momento de angustia, al consumo de sustancias, pero una vez que las ingirió, ese afecto se encuentra distorsionado bajo el efecto de sus propiedades químicas.
- Y, por otra parte, no siempre que se apela al consumo de sustancias se lo hace en estado de angustia.

4- Características de los actos consumidos

Su condición de posibilidad es el consumo de sustancias que puede alterar el juicio, el ánimo, la percepción, la temporalidad subjetiva, la identidad y fundamentalmente la capacidad de simbolización.

No buscan ser leídos ni interpretados. Su estructura escénica es imprecisa, poco sistematizada, si bien pueden encontrar un destinatario.

- Pueden acarrear heridas directas en el cuerpo propio o ajeno^[8], aunque no tienen por qué ser visibles.
- Pueden acarrear alteraciones identitarias.
- Su función no es metafórica ni dialéctica. Apuntan a la defensa o a una práctica de goce.
- Son más afines, conceptualmente, a los acontecimientos del cuerpo, o a los fenómenos psicosomáticos.
- El goce no se tramita por vía de la palabra, sino que irrumppe, carente o débil de referencia simbólica, bajo el efecto de la sustancia.

5-El cuerpo como soporte

Uno de los aspectos más relevantes de los actos consumidos es la manera en que el cuerpo queda comprometido en ellos, ya sea como soporte de un goce sin rodeos, ya sea como sede de lesiones o de huellas que pueden ser psíquicas o más o menos visibles^[9].

Ya hemos dicho que, en este tipo de actos, el cuerpo no funciona como vehículo metafórico de un mensaje reprimido.

Lacan, en su última enseñanza, introduce la noción de acontecimiento del cuerpo ^[10], entendido como algo que ocurre al cuerpo por efecto del lenguaje, sin que medie representación. Miller retoma esta noción y la define ^[11] como: “acontecimientos discursivos que dejaron huellas en el cuerpo, que lo perturban y producen síntomas en él, pero sólo en la medida que el sujeto en cuestión sea apto para leer y descifrar estas marcas”. ^[12]

¿Podríamos pensar a los actos consumidos desde este ángulo? Acontecimientos del cuerpo sostenidos por el consumo. ¿Podríamos pensar en el cuerpo, por un lado, como un territorio de satisfacción directa, y al mismo tiempo como sede de esas marcas persistentes?

Los actos consumidos ponen al cuerpo en primer plano, le dan consistencia, dejan en él efectos duraderos o permanentes. Operan en dirección contraria al significante que, en su articulación, lo ausenta. Si para hacer un síntoma es necesario “tener” un cuerpo, esa distancia, necesaria, no se verifica en los actos consumidos. Éstos sueldan la identidad entre el sujeto y el cuerpo. Promueven el efecto de Ser un cuerpo.

Si bien, en otro texto ^[13], hemos planteado algunas diferencias con Claude Olievenstein ^[14], nos interesa tomar su planteo de que en ciertos sujetos toxicómanos ha fallado la constitución narcisista que remite al estadio del espejo. Formula una noción que llama el “estadio del espejo roto”, aludiendo a una identificación especular fallida. Plantea que la droga funciona allí como una suerte de “cemento” para componer la rajadura especular.

¿Podemos pensar, ya no en “la toxicomanía”, pero sí que los actos consumidos constituyan un intento de reparación de esa hiancia entre el organismo biológico con sus sensaciones y el cuerpo visual con su percepción de totalidad formal?

6-Una nueva identidad

La dimensión identitaria de los actos consumidos merece ser pensada con todo el rigor que implica lo clínico, lo ético y lo social. Cuando un sujeto actúa bajo consumo, los efectos no se detienen en la clausura del acto: muchas veces generan consecuencias estructurales sobre el modo en que el sujeto es leído por los otros y por sí mismo. Proponemos desagregar esta dimensión de forma articulada

a) Del acto al rasgo identificatorio

- El acto consumido, al carecer de mediación simbólica, puede no quedar inscripto para el sujeto, pero sí como un rasgo en el Otro que puede devenir

en nombre o significación: “es un adicto”, “es violento”, “es un peligro”.

Es decir, que, desde esos significantes, es reconocido en el Otro.

- El sujeto, al no poder apropiarse del acto (por sus condiciones de producción bajo consumo), queda atrapado en una identificación impuesta que no le pertenece, pero que lo define socialmente. ^[15]

b) Estigmatización y exclusión

- El acto consumido puede desencadenar consecuencias sociales graves: despidos, expulsiones, cancelaciones, judicializaciones.

- Lo singular del sujeto es reemplazado por una categoría moral, judicial, o médica: “adicto”, “delincuente”, “peligroso”, ocasionando una suerte de segunda herida, ya no corporal ni subjetiva, sino identitaria, que cristaliza al sujeto.

- Esto se agrava cuando la institución (la escuela, el trabajo, la justicia) no distingue acto de identidad, promoviendo de ese modo un cierre a la elaboración de lo acontecido.

c) Entre acto, sujeto y responsabilidad

En muchos casos, el sujeto no reconoce el acto como propio: lo rechaza, lo niega, lo desconoce. Sin embargo, debe afrontar sus consecuencias.

La clínica puede ofrecer un espacio donde el sujeto comience a reinscribir el acto en su historia, no para justificarlo ni exculparse, sino para que no quede cristalizado en ese significante impuesto.

d) Implicancias clínicas

- Como analistas debemos colaborar con el analizante en localizar las coordenadas del acto ayudarlo a devenir sujeto del mismo, incluso cuando no lo comprenda.

- No apuntamos a “recuperar” al sujeto ni a limpiar su expediente simbólico, sino a abrir un nuevo lazo con su acto, que no lo clausure como identidad.

- Hay que reconocer, por último pero no por ello de menor importancia, que hay algunos casos, especialmente en el conjunto de los pacientes psicóticos, en los que el rasgo identitario que llega del Otro, aun siendo estigmatizante, puede ser un alivio respecto a la carencia de significantes que ordenen al sujeto, o ante la posibilidad de emergencia de significantes más gravosos en lo social. ^[16]

7- Modos de presentación de los actos consumidos

Dado lo explicitado en el párrafo anterior, se comprende que los actos bajo consumo pueden alterar, **para su bienestar o malestar** fundamentalmente la identidad y el cuerpo del sujeto.

- a) El pedido de tratamiento es fruto de un acto consumido.
- b) El acto se produce una vez que está en marcha el tratamiento.

a) El pedido de tratamiento es fruto de un acto consumido

Introduce una discontinuidad en la vida ordinaria. Concurren a la consulta, luego de que su pareja los ha echado de la casa, o su jefe del trabajo, o fueron internados por taquicardia, picos de presión, sobredosis, o porque tienen causas judiciales por robo, violencia callejera, familiar, o nos refieren heridas en zonas vitales, secuelas de por vida como la pérdida de un órgano, mutilaciones, o la disminución, cuando no la pérdida, de alguna capacidad sensorial o motora, cicatrices físicas o psíquicas indelebles como pueden dejar las violaciones sexuales, las golpizas que provocan abortos, situaciones de exposición a armas de fuego, o los “accidentes” automovilísticos, laborales, caseros (como es el caso de la película que motivó oportunamente nuestra reflexión^[17]). También entran aquí las consecuencias de relaciones sexuales: embarazos, enfermedades de transmisión sexual, realizar prácticas que de otro modo habrían sido reprimidas. Podemos localizar también en este conjunto la toma de iniciativas de ruptura conyugal, o laboral.

Situaciones que los dejan implicados profundamente y en los que de ningún modo logran reconocerse, pueden caer en el “black out”^[18] y quedan inaccesibles al recuerdo, o bien, son recordadas como “Ese no era yo”, “Era como si me hubieran puesto un chip”.

Toman así, la decisión de iniciar un tratamiento a causa de haber realizado actos que transformaron radicalmente sus circunstancias vitales, su cuerpo, incluso su identidad.

b) El Acto consumido se produce una vez que está en marcha el tratamiento

No hablamos aquí de lo que se denomina vulgarmente una “recaída”. Se trata de un acto que introduce una discontinuidad en la transferencia. Se puede correr el riesgo de la salida precipitada de la escena analítica. Pone en cuestión el uso de la palabra, la esencia y la eficacia del método analítico. Debe localizarse si el acto entra dentro de la serie de los consumos que ya traía, o si se produce dentro de una nueva continuidad simbólico-imaginaria.

Resulta necesario ubicar si la transferencia simbólica está instalada, y en tal caso, qué intervenciones del analista pudieron haberlo precedido. Muchas veces pueden producirse como salida abrupta de un intentos de abstinencias autoimpuestas, que tantas veces pueden resultar problemáticas^[19].

Esta clase de actos consumidos ponen a prueba el deseo del analista, su paciencia, obligan a cultivar una modestia activa^[20], a reformular el lugar del farman en la transferencia y a repensar la orientación del tratamiento.

8- Transferencia y actos consumidos

Los actos consumidos nos interrogan ya sea en el inicio del tratamiento o en su desarrollo.

Alojar las consecuencias de los actos consumidos puede implicar, en lo estrictamente práctico, que el analista tenga que adentrarse en otros discursos: jurídico, médico, sociológico, reducción de daños, etc.

Frente a actos que no se inscriben en la lógica de la tríada síntoma-demanda-transferencia^[21], ni buscan ser leídos por el Otro, creemos que no hay que precipitarse a asignarles sentido. Se trata de alojar lo opaco, lo mudo y lo no traducible. La escucha del analista no consiste en descifrar el acto sino en bordear el agujero que lo motiva. Esto requiere renunciar a reducir la lectura del acto desde las categorías clásicas, para, en cambio, sostener su estatuto enigmático, como una irrupción sin destinatario que no puede ser ubicada en una cadena discursiva.

Creemos que las intervenciones del analista deben apuntar a alojar el acto sin forzarlo a devenir significante. Esto implica no moralizar el consumo, no apresurarse a leer el acto como una demanda, ni tampoco empujar al sujeto para que lo inscriba en una lógica de responsabilidad, cuando aún no puede asumirla.

No creemos desacertado ocupar el lugar de testigos del acto consumido, sin pretender saber más que el paciente, sobre todo cuando muchas veces el sujeto no es capaz de atribuirse el acto de manera consciente.

En estos escenarios, la transferencia se vuelve un dispositivo de hospitalidad^[22] del acto, una escena donde el exceso puede ser alojado sin juicio. Ocupar como analistas el lugar de quien sostiene una lógica alternativa al sentido, capaz de acompañar al sujeto en su recorrido singular, aunque no haya palabra ni pedido.

De este modo, pensamos la noción de acto consumido como herramienta clínica que orienta al analista para sostener su función en una transferencia que se organiza a partir del acontecimiento opaco del cuerpo, o de una alteración súbita de la identidad.

Se trata de una clínica que exige de un coloquio que haga lugar para un silencio que no convoque a la efracción^[23], que relance los decires del sujeto, de la pregunta, de la espera y de la hospitalidad. No se trata de leer el acto ni de moralizarlo, sino de sostener su enigma, de alojar lo que no se deja nombrar. No todo acto pide sentido; a veces, exige ser sostenido en su sinsentido.

Esos actos nos son presentados, están allí y no renunciamos a encontrar una legalidad en ellos. Simplemente proponemos dejar para más adelante el momento apropiado para la introducción de las preguntas por la intencionalidad y la causalidad de la práctica de consumo que puedan producir un saber historizado respecto de la misma. Interrogar al farmakon es interrogar al sujeto. En el horizonte del análisis está siempre la responsabilización, que le permita apropiarse de sus actos consumidos y de sus consecuencias.

9. Conclusiones

La clínica de los consumos problemáticos nos enfrenta a un campo inestable, que interroga las categorías tradicionales del acto en psicoanálisis, dada la alteración de las mediaciones simbólicas causadas por el consumo. Un campo que obliga a distinguir con claridad el trayecto que diferencia el rigor conceptual de la rigidez estereotipada de algunos analistas.

En ese terreno, la noción de actos consumidos no busca fijar un diagnóstico ni establecer una nueva categoría nosográfica, sino ofrecer una orientación clínica que permita alojar aquello que no necesariamente tiene escena ni destinatario, pero que deja huellas persistentes en el lazo social y en el cuerpo.

Muchas veces, el acto ha acontecido antes de que el dispositivo analítico se configure, incluso sin que el sujeto lo reconozca como propio. Es allí donde el deseo del analista, cobra valor clínico y ético: no para interpretar ni descifrar, sino para alojar lo poco que se pueda decir o incluso aquello no podrá ser nunca dicho.

El deseo del analista no es aquí deseo de curar, ni de normalizar, ni de restaurar un yo ideal. Es, más bien, el deseo de sostener el acto sin clausurarlo, de acompañar el borde de lo irrepresentable sin moralizarlo, y de habilitar un espacio donde algo de la angustia, muchas veces expulsada o silenciada por el consumo, pueda encontrar un cauce y un tiempo para ser tramitada.

Los actos consumidos nos llaman a no precipitarnos a leer el acto, donde solo hay cuerpo, urgencia o marca. Y, sobre todo, nos recuerdan que el acto no siempre es una manifestación de sentido, sino que puede ser un modo de existencia singular, muchas veces desesperada^[24], frente al fracaso del lenguaje para alojar lo real.

Hay en esos actos una verdad, y también el riesgo de que se intente abordarla no desde la producción de un saber (inconsciente), sino desde el abrochamiento a una significación unívoca, solidificada. Nos ubicamos no como intérpretes del enigma, sino como quienes, desde la transferencia, posibilitamos que el sujeto, incluso desde el desecho del acto, pueda bordear su verdad sin quedar fijado a ella.

Acompañar esas marcas no es normalizar ni redimir: es habilitar un nuevo lazo posible con lo que irrumpre sin nombre, sin escena y sin promesa de sentido.

La transferencia será lo que permita constituir la posibilidad de invención de una vía subjetiva para habitar o no una identificación, reescribir una historia, o simplemente sobrevivir a un acontecimiento que elegido o no, consciente o inconscientemente, dejó su marca.

Bibliografía

- [1] Sobre este punto recomendamos la película “Dolor y Gloria”, dirigida por Pedro Almodóvar.
- [2] Sobre este punto recomendamos la película “Druk” u “Otra vuelta”.
- [3] Así preferimos nombrar a las sustancias que se consumen, para preservar su significación antitética de “remedio” y/o “veneno”, y al mismo tiempo dejar sentado que cualquier tratamiento que se pretenda analítico debe poder incluir las oscilaciones del sujeto entre las dos significaciones en una alternancia que será propia de cada caso.
- [4] Pérez Barboza H. 9 de marzo de 2017. “Consumos problemáticos en Manchester junto al mar. Actos consumidos” Diario Página/12.
<https://www.pagina12.com.ar/24585-actos-consumidos>
- [5] Hay un conjunto amplio de actos consumidos que no llegan a la consulta clínica porque no son problemáticos, son egosintónicos, es decir, provocan efectos deseados conscientemente. Un ejemplo caro a quienes trabajamos en psicoanálisis son los estudios sobre la cocaína realizados por S. Freud.
- [6] Freud S. Recordar, repetir, reelaborar. Obras completas p 149 T XII. Amorrortu Editores 1976.
- [7] Lacan J. La Angustia. El Seminario Libro 10. Caps. 8 y 9. Ed. Paidós. Buenos Aires. 2006

- [8] En este conjunto podemos ubicar tanto las reyertas con semejantes, como los consumos de mujeres embarazadas que afectan directamente al desarrollo neuro orgánico del bebé en formación.
- [9] Un paciente cis-heterosexual que consulta por consumo problemático de alcohol cuenta que cuando a éste le suma cocaína, busca tener relaciones sexuales con personas trans. Esos episodios dejan huellas psíquicas muy dolorosas para su identificación heterosexual, a la vez que inscriben nuevas marcas de goce en su cuerpo. En sus dichos “No me reconozco, parezco endiablado”, a la vez que se jura y promete no volver a hacerlo más.
- [10] Se trata de una única definición de Lacan a propósito de Joyce, en la revista Uno por uno N° 45 pág 13, dedicado a “Joyce el Síntoma”. “Dejemos el síntoma en lo que es: un suceso del cuerpo, ligado a lo que se tiene, se tiene el aire, se aira, se lo tiene. Llegado el caso es canción, y Joyce no se priva de cantarla”. Luego, debemos su desarrollo a J.A. Miller.
- [11] Miller J.A “La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica” p 373 Ed. Paidós Buenos Aires – Barcelona – México 2011
- [12] Miller J. A. Ibidem p. 373
- [13] Kameniecki M y Pérez Barboza H “Desencuadrados. Analistas en la clínica de los consumos problemáticos”. Ed. De la Zorra. Buenos Aires 2021
- [14] Entre otros, publicó, No hay drogados felices, Grijalbo, Madrid, 1979, La toxicomanía, Fundamentos, Madrid, 1985, La vida del toxicómano, Fundamentos, Madrid, 1985. Tomamos como referencias básicas los desarrollos que hace en esos textos.
- [15] Lacan, J. El Seminario. Libro XXI inédito. Allí habla del “orden de hierro”, una forma de nominación que puede tener función de nudo en casos de psicosis, en cuanto otorga un lugar en el Otro social, pero produce gran aplastamiento si contribuimos a sostenerla cuando se trata de pacientes neuróticos.
- [16] Hemos tenido oportunidad de atender a un paciente que, ante la separación de sus progenitores a los 7 años, optó primero por ir a vivir con su padre. Ya

a los 12 años, cuando éste le ordenaba ir al colegio y estudiar prefirió ir a vivir con su madre. En la casa de ésta encontró primero que, tanto ella como la pareja, consumían cocaína, y el paciente comenzó a drogarse del mismo modo. Luego descubrió que su madre se prostituía, y, más adelante, tuvo relaciones sexuales con ella a lo largo de casi una década. Este hombre llegó a la consulta a los 32 años, luego de una serie de condenas por robo, venta al menudeo, tenencia de drogas ilegalizadas, consumo en lugares públicos etc. Consumía alcohol y cocaína, y siempre bajo los efectos de ese consumo “se hacía arrestar”: esa era su forma de establecer una distancia con su madre. Estaba plenamente identificado al lugar de delincuente, y esa identificación era funcional para poner una barrera al incesto. La cárcel oficiaba de suplencia de una ley que nunca llegó a inscribirse.

[17] Manchester junto al mar. 2016

[18] Recomendamos la lectura de la novela de María Moreno “Black Out”.

[19] Pérez Barboza H. “Abstinencias Problemáticas”.

Recuperado de https://psicologos.org.ar/wp-content/uploads/2024/08/Gaceta_Psicologica_06_FINAL.pdf

[20] Laurent E. Revista Estrategias- Psicoanálisis y Salud Mental. Año 1 N° 2.

Junio 2014

[21] Recalcati M. (s/f) Recuperado de

<https://www.revistavirtualia.com/articulos/627/aportes/la-cuestion-preliminar-en-la-epoca-del-otro-que-no-existe>

[22] Derrida J. “La hospitalidad”. Ed. De la Flor. 3^a ed. Buenos Aires 2008

[23] Le Pouliche S. “La efracción del silencio” Texto extraído de “El silencio en psicoanálisis”, varios, bajo la dirección de J. D. Nasio, Págs. 117/128, editorial Amorrortu, Buenos Aires, Argentina, 1988.

[24] Heinrich, H. Locura y melancolía. P. 108 Ed. Letra Viva Buenos Aires, 2016.

La autora habla de los pacientes que necesitan la “adrenalina” que les produce ciertas sustancias y repetidamente se meten en problemas estando bajo consumo. La búsqueda de los más diversos estimulantes, se vin-

cula con “la incapacidad de soportar la ausencia de emociones fuertes y sentido a la vida”

Consumo, dolor y función del analista

Tomasa San Miguel

Introducción:

Para trabajar este tema, como tantos otros, es importante situar nuestra práctica. El Psicoanálisis en la Argentina tiene una interesante articulación con el Estado y sus políticas públicas. Se trata de una práctica situada, en territorio, y es desde allí que planteo esta clase.

El territorio, el contexto, delimita un modo de constituir subjetividad y un modo de entender y tratar el sufrimiento. Afirma Lacan en el Seminario 19 “esta es la lengua en que me expreso...Si yo hablara otra encontraría otra cosa” (p.111). El contexto se hace texto. El marco pinta el cuadro. Y agregamos, el analista está incluido en el cuadro que pinta.

Desde esta perspectiva estudiaremos el consumo como solución al dolor, las consecuencias de aplanamiento subjetivo que la época propone y por último, las torsiones posibles que un analista puede producir en su función para incluir aquello que muchas veces es rechazado por el discurso del Amo.

1. Llamaremos toxicomanía generalizada a la subjetividad actual:

El objeto obtura rígidamente la posibilidad de que el sujeto articule con la castración. Se trata del capitalismo desbocado y deshumanizado. En esos casos, necesitamos hacer algunos movimientos previos en las entrevistas preliminares que permitan construir una demanda.

Es clave no rechazar presentaciones que no son las esperables. Dar tiempo, dejarse habitar por la palabra singular, que no siempre se produce en forma de dichos. Captar signos singulares que permitan leer un sujeto.

Es necesario situar qué uso hacemos de la palabra cuando nos encontramos con estas presentaciones contemporáneos que dan cuenta del rechazo al inconsciente. En el Seminario 11 Lacan indica que las presentaciones de rechazo deben ser tratadas como manifestaciones del inconsciente (p.132).

Conviene pensar que no todos los hablantes consienten a la posición de sujeto. Hay muchos que prefieren suponerse individuos, no divididos, no enlazados. Esta cuestión es crucial para pensar los primeros encuentros con un analista ya que el sujeto es un efecto del discurso. En ese sentido, es necesario ajustar nuestra intervención apuntando a producir un sujeto afectado de un cuerpo.

El sujeto es un efecto, saldo del encuentro con el otro y el Otro. En ese encuentro, se juega la inmixinón entre sujeto y Otro. El Otro es la cultura y eso “hace cosquillas” dice Lacan en el Seminario 20.

Lacan en el Seminario 16 dice que el sujeto, la constitución del sujeto, se juega entre ofrecimiento y elección (p. 302-303). Hemos puesto demasiado las tintas en la elección y muy poco en el ofrecimiento. Nuestra parte en el asunto es el ofrecimiento. En nuestro estar analistas ofertamos un lugar, una escucha, un deseo.

Por lo tanto, nuestra responsabilidad es ajustar el ofrecimiento a cada sujeto en singular y a los tiempos que corren, que nos corren y que nos avasallan las más de las veces. Entonces, entre elección y ofrecimiento, si no corremos el riesgo de cargar las tintas en lo que alguien no elige, olvidando nuestra parte en el asunto, el tiempo que esa operación requiere y el contexto donde ancla, o no, nuestro ofrecimiento.

2. Adicción y dolor

Un hombre consulta por un episodio específico: bebió y no recuerda nada de lo que sucedió. Aclara: “Esta vez fue distinto, no recuerdo absolutamente nada, la gente me contó cosas que hice y dije y no tengo forma de recomponer lo que sucedió. Me llena de horror ese blanco en el relato”. Comienza así su tratamiento y con él la inauguración de una construcción de ficciones, no sólo de esa noche, sino de su vida.

Aclara que jamás se había preocupado, interrogado o angustiado por el hecho de beber de más. Eso estaba en su vida, era un “estilo”. Sin embargo, el vacío de recuerdo era otra cosa, signo de límite en el suceder de los acontecimientos de la vida de esta persona. Hasta ese momento el alcohol era un recurso para estimularse y aliviarse; mientras que al verse impedido el recuerdo surge una pérdida - dato para nada irrelevante- emerge el horror y con él la pregunta: “¿qué me pasó?”.

Freud formula que el aparato psíquico funciona con el objetivo de disminuir los aprontes de cargas que lo recorren, ya que a mayor estímulo se experimenta más placer. Desde esta lógica, y con el afán de evitar el incremento de excitación, el psiquismo persigue la disminución de las magnitudes, siendo esta meta de por sí irrealizable: el Principio de Nirvana conlleva la muerte, la vida no es sin cargas.

El alcohol en este caso ¿sirvió para defenderse de la irrupción de la cantidad? Quizá sí hasta un determinado momento; de hecho, afirma que por lo general era un alivio, solía tomar en momentos de dolor. Hasta allí entonces defensa lograda.

Sin embargo, el paciente indica su punto de angustia: “perdí recuerdos”. Perder fue lo único que hizo de límite inaugurando la pregunta que versó sobre el por qué borrar “radicalmente” vivencias. Fue esta línea la que abrió la historia, verificamos que no era la primera vez que olvidaba tajantemente. El consumo de alcohol hizo serie con la amnesia infantil. Concluyó que si olvidaba era por el dolor que debía haber sentido de pequeño. La secuencia sería entonces: alcohol como tratamiento frente a los impulsos, olvido radical y angustia; luego pregunta, recuerdo bajo transferencia y construcción del pasado donde los otros de los cuidados ajenos se mostraron las más de las veces ausentes o arbitrarios.

Desde el inicio de su obra Freud define el dolor como una cantidad irrumpliente que funda el aparato psíquico a través de la reproducción de la vivencia de dolor que deja, como transcripción, al signo perceptivo. Percepción y memoria se excluyen ya que esta última supone la conformación de huella mnémica, es decir una extracción de esa cantidad traumática.

En “Sobre la cocaína” (1884) Freud plantea un mecanismo radical respecto del dolor, dice “cancelación tóxica” lo cual ahorraría la elaboración que suponen las transcripciones y descargas del aparato en función de evitar el placer. Es justamente esta característica, la inmediatez, lo que Sissa sitúa como la “trampa de las drogas” el placer inmediato “se trueca por los dividendos de la renuncia” en su ausencia (p. 13). El cortocircuito que genera la droga en lo inmediato no tolera el recorrido que la pulsión requiere extender en su articulación con el deseo.

En Inhibición, síntoma y angustia (1926) Freud articula y distingue las nociones de angustia y peligro al que podemos relacionar con el dolor. Dice que la exigencia pulsional no es un peligro en sí misma, sino sólo en tanto conlleva un auténtico peligro exterior: el de la castración. Ubiquemos exterior como exterior a la lógica de las representaciones; exterior a lo simbólico, un peligro “real”. Lo entendemos en un sentido económico, siendo entonces el peligro aquello que Freud llama “perturbación económica”, la posibilidad de que cantidades hipertróficas ingresen al aparato psíquico anegando su funcionamiento. A su vez, el peligro exterior es asociado al factor traumático: es irrupción de una cantidad, lo cual distingue de lo que llamará “situación” de peligro que ya implica cierta anticipación e interiorización en el aparato, es la situación de desvalimiento discernida, recordada, esperada.

En su Conferencia 32 define al peligro como una cantidad sin tramitación, aclarando que se trata de la propia libido. El aparato psíquico es insuficiente, hay una “imperfección” para tramitar la cantidad durante la infancia y a lo largo de toda la vida: es el desvalimiento interno al aparato, constitutivo. La condición de

adulto no ofrece una protección suficiente contra el retorno de la situación de angustia traumática y originaria; “acaso cada quien tenga cierto umbral más allá del cual su aparato anímico fracase en el dominio sobre volúmenes de excitación que aguarden trámite”. (Freud, 1926, p. 140)

Resulta traumático entonces aquello que logra perforar la barrera de protección antiestímulo: desde el exterior como invasión económica del aparato anímico o desde adentro como cantidad no ligada, asociada a lo pulsional como fuerza constante. La barrera es una contrainvestidura, de la cual resulta “una extensa parálisis o rebajamiento de cualquier otra operación psíquica” (Freud, 1920, p. 30).

Se articula con lo que Freud elabora respecto de la constitución del yo sostenido de tres instancias: yo de realidad originario, yo placer purificado, yo realidad definitivo. El pasaje del yo realidad inicial al yo-placer implica expulsar un resto como ajeno al yo. Esta operación permite la distinción entre el adentro y el afuera “según una buena marca objetiva, se muda en un yo placer purificado que pone el carácter del placer por encima de cualquier otro” (Freud, 1914, p. 130). Mientras que el pasaje del yo placer al yo realidad definitivo está determinado por la pérdida de los objetos de la satisfacción que luego buscarán reencontrarse en el “afuera”. Esta conformación depende de la intervención del Otro de los primeros cuidados.

Dicho desarrollo determina la relación de un sujeto con el objeto. Una construcción fallida de la barrera de protección antiestímulo puede ser suplida por un objeto de consumo: funciona como barrera fallida respecto del peligro interior del cual es imposible huir, sólo queda desplazarlo al exterior con la consecuente evitación del deseo y la fijación del goce.

Ubicamos la falta de recursos de un sujeto para afrontar el dolor que la vida conlleva, nos preguntamos por la causa de esta falla. En su trasfondo se liga muy frecuentemente al desamor materno, es decir a la objetalización que su capricho le ha trazado. En este punto, la labilidad de la función paterna como un “no”, se liga a la ausencia de la transmisión de un decir.

Leemos en el consumo un intento de salida exogámica fallida, ya que se trata de un encierro metonímico con el goce materno que anestesia el cuerpo ante la posibilidad del encuentro con el deseo, con la contingencia que podría conmover.

Masotta subraya la existencia de un superyó maternal, arcaico, que prohíbe la sexualidad. Ligado a lo que en Lacan se llama estrago, sostenido en la coalescencia que implica que el niño o niña ocupe el lugar de falo imaginario. Se instaura el imperativo de no perder ese goce, coagulación en esa posición que al sujeto le

ahorra el pasaje por el segundo tiempo del Edipo: privación y prohibición donde debe ceder un goce, es claro como “defensa contra el complejo de castración y entronización de la posición narcisista del sujeto” (Masotta, 1992, p. 98). Es una estrategia para evitar “La imposibilidad de una complementariedad absoluta con aquel de quien se depende, el Otro materno, forma parte del núcleo mismo del ser” (Lopez, H. El superyó materno y el estrago de las drogas).

En el caso citado el paciente siempre bebía de más, con lo cual eso se había convertido en norma rígida. Podía salir sólo si bebía o cuando “estaba pasado”, dando cuenta de un exceso, un peligro, que en este caso tramita consumiendo. La consulta no acontece por esto, su consumo no deviene sintomático, sino por no saber qué pasó, por no recordar. Queda claro que el consumo funcionaba como solución, el objeto inhibe la angustia, pero ella reaparece justamente en el punto en que una pérdida ocurre: no recuerda. Lo evitado retorna.

Freud en *El Malestar en la cultura* (1930 [1929]) se pregunta por la “religiosidad” a la que acerca a una “sensación de eternidad”, un sentimiento “oceánico” (1930, p.65) que los sistemas religiosos captan, orientan y también agotan. El “sentimiento oceánico” aspiraría a restablecer lo que Freud llama “narcisismo irrestricto” que supone en un inicio de la vida psíquica.

En este sentido, articulamos la función del consumo. Freud plantea que “la vida como nos es impuesta resulta gravosa: dolores, desengaños, tareas insolubles” (1930, p.75) propone tres clases de calmantes para soportarla: poderosas distracciones que nos hacen valuar en poco nuestra miseria, satisfacciones sustitutivas que tienden a reducirla, como el arte y sustancias embriagadoras que nos vuelven insensibles a ellas ya que, influyen de modo directo en el cuerpo, alterando su “químismo”. Agrega que el método más toscos y eficaz es la intoxicación ya que afecta directamente al cuerpo, nos vuelve insensibles a las mociones de dislacer, incapaces de recibirlas y tramitarlas. Se trata de un Yo que no puede realizar en su constitución el recorrido de borde y frontera respecto del Ello, pero principalmente respecto del mundo exterior. Un Yo de bordes desdibujados por lo que Freud llama allí “narcisismo irrestricto” (ibid., p.73) con el agregado de que en este caso no habría posibilidad de recibir mociones de dislacer.

En este punto, el tóxico y la religión se articulan ya que ambos apuestan al sentimiento oceánico de narcisismo irrestricto. Se nos hace evidente que estas soluciones son lábiles, ya que el yo se afirma en lo que lo constituye como vacío y el trabajo que puede realizar sobre su borde o barrera más que en la extensión del narcisismo religioso.

Nos preguntamos por las consecuencias que esta elaboración alcanza en la dirección de la cura, sobre todo en su articulación entre satisfacción, objeto y yo. En una primera aproximación creemos que un tratamiento apuntaría al “desovillado” del consumo, es decir que se trataría de situar la operación psíquica que éste suple y cuáles son los recursos subjetivos que, en cada caso, es necesario poner a disposición a partir de un análisis.

Cabe considerar que el encuentro con un analista podría operar como una “buena marca” acompañando al sujeto a construir nuevos modos de tramitación y por ende delimitar nuevos bordes.

3. La función de la palabra en un análisis:

Los padres de S. consultan porque está irritable, no hace caso, no quiere ir al colegio. Lo que voy escuchando no me decide a citar al niño, pero si a continuar trabajando con ellos.

Un día piden una entrevista de urgencia. Cuentan que su hijo mayor tuvo un episodio de consumo muy problemático. Estuvieron cuatro días sin encontrarlo. Esto termina por angustiarlos. El pibe se niega a hacer tratamiento, pide más plata, se lleva algunas cosas de la casa que suponen que vende para comprar. Están en desacuerdo en cómo seguir y muy preocupados y enojados entre ellos y con el hijo. Se achacan distintas torpezas y causas. Les propongo que lo inviten a venir, a llamarle. Me escribe y acordamos un encuentro. Me dice que no va a poder venir y agrega: “pasáme tu cbu que te transfiero”. Digo: “bueno”, y no pasó ningún cbu. Esa noche escribe a mi número, en un equívoco donde habla de transferencia, de “eso” y de que se lo lleve ya. En un momento envía su ubicación. Le escribo: soy Tomasa, ¿venís o voy? Responde inmediatamente, borrando toda la conversación. Al día siguiente me escribe de nuevo. ¿Puedo ir hoy? Le digo: “vení”. “¿Ayer querías que te vaya a buscar?”, le digo. “No, me equivoqué”, me dice. Insisto, “fue sin querer queriendo....Bueno, le digo, conversemos”. Me dice que tuvo un sueño que lo angustió y por eso volvió a consumir. Cuenta distintas hazañas, todas de mucho riesgo. Y le digo: “qué miedo”. Consumió desde los 12 años. Se refiere despectivamente a los travestis de Constitución que a veces le venden. Lo interrumpo y le pregunto si leyó Las malas, la novela de Camila Sosa. Vuelve con hazañas muy feas. Lo interrumpo de nuevo y le pregunto: “¿Hay algo que te interese?”.

¿Cuál es la función de la palabra?

Algunas veces con la palabra se trata de interrumpir, otras de un decir silencioso, otras hacer semblante de conversación, obstaculizar ese goce, abrir otras vías.

La palabra es equívoco. Y usamos las palabras apuntando a equivocar un destino, equivocar un sentido fijo, equivocar ese trazado rígido del estrago materno. La palabra en un análisis, en la experiencia analítica, equivoca un goce.

La palabra es poesía. La palabra es metáfora. Y eso depende del oyente. Y resulta que los oyentes somos nosotros, y nuestra responsabilidad es escuchar. Aunque sea en la palabra más literal, escuchar metáfora, escuchar poesía.

Entonces, por fortuna, en un tiempo de vociferaciones, Diana Rabinovich nos recuerda que la palabra, en la experiencia analítica, es evocación, no comunicación. La palabra es alusiva, la palabra es cadencia, es ritmo, es musicalidad, es tono de voz. Es afectación de un cuerpo.

En “Radiofonía” (1970) Lacan define al inconsciente como depósito. Retoma la operación de metáfora y metonimia, alejado de lo que él llama, en esta época, la lingüistería. Plantea que la condición de la metáfora es constituir borde real, es decir, saltar del significante que flota al significado que fluye. Y agrega: un significante que “hace de adoquín en la ciénaga”. La metáfora localiza, tiene un borde real, es una operación sobre el goce. Y a eso le llama metáfora constitutiva. Se refiere al S1, lo que localiza. Y como localiza en ese S1 un goce, puede ser equivocado.

De la metonimia, Lacan va a decir que no actúa con el desplazamiento del sentido, sino con el goce, para reducir ese goce a una superficie ligada al cuerpo. Dice que la metonimia opera con un metabolismo de goce, permite que el goce se signifique como efecto en el cuerpo, constituyendo los afectos.

Entonces, metáfora y metonimia arrojan la letra que agujerea lo simbólico y resuena en el cuerpo, es el modo en que hacemos pasar el goce al inconsciente. Es una referencia interesante para situar el traslado del goce autoerótico de la toxicomanía al desciframiento inconsciente y entonces trocar esa práctica de goce por un síntoma. La única manera de tener una chance para esa operación es el uso que hacemos de la palabra. Es nuestra ética.

Lo fundó Freud en “El chiste y su relación con el inconsciente”: hay una palabra que toca el cuerpo y modifica nuestra economía libidinal.

Finalmente, en el trabajo con las toxicomanías, se tratará de equivocar esos sentidos fijos. De situar una presencia que haciendo de otro borde yoico produzca nuevos recorridos pulsionales. De transmitir que otra regulación, que ponga en juego la falta, es posible cada vez.

Y esa es la dificultad porque el consumo es una solución exitosa. La cuestión es cómo el analista podría arrebatarle el lugar a ese objeto que funciona generando una defensa lograda.

En ese sentido proponíamos nuevas torsiones en nuestra función para los primeros encuentros. Algo del impacto, del forzamiento, en dichos encuentros es esperable y necesario.

Impacto por la resonancia de un decir que se jugará en el “entre” que constituye la transferencia.

Bibliografía

- Algaze, Diana, Buchanan, Verónica, San Miguel, Tomasa y Scokin, Milagros (2017). La función del consumo en la subjetividad de la época. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Caamaño V., San Miguel T. (2024) ¿Qué tratamiento hace el psicoanalista sobre la palabra? En Memorias del XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología, UBA, Buenos Aires.
- Freud S., Escritos sobre la cocaína, Anagrama, Barcelona, 1980.
- Freud, S. (1905) El chiste y su relación con lo inconsciente. En Obras Completas, Volumen VIII, Amorrortu editores, 1992.
- Freud, S. (1920) “Más allá del principio del placer”. En Obras Completas, A. E., Buenos Aires, T. XVIII.
- Freud, S. (1925) “Inhibición síntoma y angustia”. En Obras completas, A. E, Buenos Aires, T. XX.
- Freud, S. (1930): “El Malestar en la cultura”, En Obras Completas. T. XXI.
- Freud, S. (1933): Nuevas Conferencia de Introducción al Psicoanálisis, 32^a conferencia: Angustia y vida pulsional. En Obras Completas, A. E., Buenos Aires, T. XXII.
- Galante, D. (2024): La salida de las toxicomanías. Gramma, 2024

Lopez, H “El superyó materno y el estrago de las drogas”

Masotta O. (1992) Lecturas de psicoanálisis Freud, Lacan, Paidós, Bueno Aires,
págs. 93-104.

Rabinovich, D. (1986-87) Lectura del *Discurso de Roma* Buenos Aires Manantial
2024

Sissa, G. (1997) El placer y el mal. Filosofía de la droga. Ediciones Península,
Barcelona.

Pasión por las apuestas y ludopatía

Luz Mariela Coletti

En las últimas décadas asistimos a un aumento de consultas ligadas al juego de apuestas. Promovido como una manera fácil de ganar dinero y entretenerte, en una época donde el dinero se ha independizado del esfuerzo y el trabajo, incluso de su materialidad: cada vez es más virtual, donde ganar y perder se puede volver algo volátil, la dinámica de la apuesta ha ganado terreno.

Desde los años '80 se clasifica en los manuales de psiquiatría a la Ludopatía como adicción sin sustancia. El juego de apuestas, junto a la prostitución y el alcohol fueron desde siempre modos de diversión y poderosa distracción del malestar de la vida.

A diferencia de la clasificación psiquiátrica, donde se describen conductas excesivas que se pueden observar, desde una orientación psicoanalítica preferimos ligarla a la pasión, acentuando su raíz pulsional y la extracción de un goce único. La apuesta no es fruto de una deducción o probabilidad, sino una acción donde se juega la creencia en la suerte, de ser por un instante un afortunado, un elegido del azar. El apostador apela a una ilusión, cree en esa posibilidad, remota pero posible, de un cambio en su vida que le daría la felicidad faltante.

La apuesta es una práctica exclusiva de los seres hablantes, donde el paso por la incertidumbre del azar puede cobrar sentido. Interviene el dinero, pero el mismo puede perder su valor fálico. Al apostador apasionado le importa seguir apostando, el dinero comienza a valer nada y cobra un valor libidinal, de goce. Incluso puede cobrar un valor de objeto droga, y hacer lo que sea con tal de obtenerlo.

Se señala que se trata de una adicción, no necesariamente un síntoma. Si bien en el corazón del síntoma hay una fijeza que podemos nombrar como adicción, por su carácter iterativo y fijado, no es lo mismo que esta práctica adquiera valor sintomático en un sujeto, a que se sostenga como adicción.

Se trata de una adicción sin ingesta, aunque no sin sustancia, ya que hablamos de un plus de goce que es sustancia gozante.

Lo particular en esta práctica es que dicha sustancia entra en juego sin ingerir nada, sino por el recorrido de la apuesta misma. Tal como lo describe Freud para la manía¹, “Pero también dentro de nuestro quimismo propio deben de existir

¹ Freud, S. “El malestar en la cultura” OC TXXI, pag 78. Amorrortu editores, BsAs

sustancias que provoquen parecidos efectos, pues conocemos al menos un estado patológico, el de la manía, en que se produce esa conducta como de alguien embriagado sin que se haya introducido el tóxico embriagador”

Es un efecto en el cuerpo, que la neurociencia la localizó a nivel cerebral, que proviene de una articulación al significante.

Podríamos llamarla Ludomanía.

Cambios en la relación con los juegos

Desde mediados del siglo XX hasta la fecha, constatamos una evolución tecnológica y económica en la oferta y el uso de los juegos. Es una industria rentable y compleja, con consecuencias en la población.

Dicha transformación en la oferta de juegos derivó en una transformación en los jugadores, devenidos consumidores de entretenimiento.

El jugador empedernido

Desde la antigüedad hasta mediados del siglo XX el jugador apostador fue considerado un vicioso.

Un hombre, por lo general de mediana edad, apasionado por la timba, dados, cartas, caballos, ruleta. Solitario y empedernido, el placer de apostar se le impone por sobre casi todo, es considerado un ser ingobernable, de carácter fijo, moralmente condenable, que arruina familias en su dilapidación.

En las historias familiares se escuchan malos negocios, situaciones desesperantes y sobre todo la idea de que es un defecto de carácter, incurable. No se lo considera una enfermedad, sino falta de voluntad.

La llegada de las primeras máquinas de rodillos (slots) a mediados de siglo XX inauguraron una nueva actividad. Considerada inocua por el costo bajo de la apuesta y su simpleza de uso, se perfeccionaron y diseminaron sobre todo en bingos (de cartones) y en bares. Fáciles y al alcance de todos, baratas, se alinearon con los juegos de lotería y quiniela.

En Argentina el boom llegó con el menemismo, en los años '90 el frenesí liberal habilitó la instalación de casinos en todo el territorio. Se abrieron más de 100 casinos, sin calcular los efectos, que en algunas localidades pequeñas fue letal: se concentró toda la actividad social en dichas salas.

En la capital del país, la prohibición de abrir casinos fue sorteada por la llegada de dos barcos que en su interior proveían todo tipo de juegos de apuestas: al

estar sobre el río, no transgreden la norma. Paralelamente, se abrieron bingos que habilitaban la instalación de slots.

Se configuro un nuevo lugar, al decir de Marc Auge², un no-lugar, el bingo, al mismo tiempo que un nuevo actor: la jugadora. Un no lugar es un lugar donde predomina el anonimato y la soledad, lugares donde transitan personas, pero no hay ningún lazo afectivo entre ellas.

La jugadora

Es una mujer (joven o de mediana edad) que no conocía el mundo de las apuestas, tampoco maneja mucho dinero, solo el dinero de uso doméstico o de la jubilación. Ella no busca apostar, sino entretenerte, no busca, pero encuentra: un lugar, un sosiego, allí no piensa, nadie le habla ni la molesta. Pierde pequeñas sumas que se van transformando en grandes.

Se sumerge en una práctica que no puede confesar del todo, se sustraer del mundo y encuentra una satisfacción que le puede generar culpa y autorreproche. Los bingos se poblaron de personas que no se muestran entusiastas, pero que no pueden dejar de ir.

El mecanismo que dichas máquinas utilizan para crear ese apego es simple: proviene de las teorías del aprendizaje y se llama recompensa aleatoria intermitente. En su software la ganancia que otorgan es intermitente pero aleatoria, el consumidor desconoce cuándo va a llegar el premio. Produce una expectativa y un ansia tal, que los jugadores no pueden desprenderse, porque la próxima jugada podría ser el jackpot. Al ser de respuesta tan rápida, el tiempo entre la apuesta y el resultado es inmediata, el dinero es virtual (créditos) y produce un efecto de alienación. Su diseño de imágenes y sonidos puede producir fascinación. Una paciente decía que ella jugaba a una máquina porque entregaba unos “regalos” haciendo un festejo que le recordaba a sus cumpleaños infantiles.

El jugador adolescente-infantil

A partir de los 2000 el dinero virtual y las plataformas de pago por el celular, junto con las empresas de apuestas deportivas on-line se introdujeron en la vida de los niños y adolescentes, especialmente varones.

El cruce entre la pasión futbolera y la pasión por apostar tuvo su efecto. Combinado con la autorización de operar en el país en 2021 la publicidad explotó en concordancia con los equipos de fútbol con amplia llegada al público masculino

² Auge, M. Los no lugares.

joven y produjo un nuevo fenómeno: la masividad y normalización de las apuestas on-line entre los niños y adolescentes.

Se sumaron las redes sociales, los canales de streaming, los youtubers, con un discurso de fascinación por el dinero, de obtención fácil y rápida, alineados con una depreciación de los discursos que privilegian el trabajo y el esfuerzo para obtenerlo.

Las plataformas desreguladas permitieron el ingreso de menores, que a espaldas de los adultos podían creer que jugando iban a conseguir en minutos lo que otros conseguían con años de dedicación.

El uso del celular, elemento indisociado de la vida, la facilidad de generar préstamos, y la fantasía de hacerse millonario en un click se volvieron moneda corriente entre los jóvenes, acciones que denotan el carácter lúdico que ha cobrado el uso del dinero.

La apuesta se ha vuelto moneda corriente, una práctica de moda. Sin embargo no se verifica clínicamente que constituya un modo compulsivo o adictivo, sino un pasaje por una práctica que carece de sentido para el sujeto, siendo un modo de paliar un tedio o aburrimiento que se extiende entre los pares.

Es más fuerte que yo

La ludopatía es transclínica, se puede presentar en cualquier estructura. Si bien en psicoanálisis nos orientamos por el síntoma, es fundamental hacer un diagnóstico de la estructura de base.

Al juego de apuestas como práctica se lo considera algo inocuo, un entretenimiento, pero afecta al menos a 5 personas del entorno, porque interviene el dinero, las herencias, las propiedades, las deudas.

El sujeto se acerca en forma inocente, con poco dinero y se encuentra con algo más. No es algo que va directamente a consumir, sino que lo va encontrando, es una Tyché, algo del azar. Que lo encuentre no significa que adquiera un sentido ni que se fije en su subjetividad, como sucede en cualquier consumo. Por eso es importante ubicar las coordenadas de ese encuentro. No todo jugador o apostador se vuelve ludópata.

Cada jugador es diferente y en cada uno la relación con ese objeto es enigmática. ¿Cómo se ha desencadenado dicha relación, bajo qué coordenadas subjetivas, familiares? ¿Qué función cumple dentro de su estructura? ¿Cómo ha transitado sus pérdidas? ¿Cómo devino compulsiva la práctica?

En la experiencia de ganancia, que suele ser la que inaugura, se produce esa conjunción aparentemente perfecta y feliz, de una pulsión que se encontró con el objeto que la satisface. No nos referimos al objeto de consumo, la máquina, la adrenalina, sino de algo que pertenece al sujeto, pero que es un objeto auto excluido, es decir, no lo puede reconocer, está separado de su propia conciencia. Es más fuerte que su voluntad y lo gobierna.

El sujeto se va convirtiendo en objeto de consumo. De un consumo que se introduce dulcemente, donde el sujeto cree que está decidiendo, pero está siendo llevado. En el jugador la pasión por apostar tiene un recorrido: pasar por la incertidumbre del azar. El azar está concernido en el juego, como figura del destino, diosa Fortuna, algo que se intenta desafiar y controlar. Lo atrae, pero a la vez busca anularlo, ya que, gane o pierda, no se deja llevar por el azar. En su práctica, en su repetición, llega siempre al mismo lugar. El asunto es pasar por ese borde y seguir el juego.

Todo lo demás, el dinero, las consecuencias negativas, los problemas que se derivan, el sufrimiento que acarrea, las pérdidas, la ruina, todo queda reducido a nada, porque lo que importa es pasar por ese momento de incertidumbre del azar.

En otras patologías de consumo no hallamos tantas ideas de muerte y fantasías de suicidio, lo cual tiene su lógica, en la dinámica de la apuesta se juega una esperanza. Y la vida puede ser su última carta.

Se trata de elucidar esa particular relación con la práctica de juego, cuando se dan las condiciones. Las mismas no son necesariamente si cree en el inconciente, que posiblemente no, porque cree en los números y el destino, ni tampoco si cree en el sujeto supuesto saber. Bastaría para nosotros que crea en que hablar pueda abrir un camino diferente para su sufrimiento. Es un sujeto que cree en la voluntad, que no tiene. Porque la voluntad del yo choca contra la voluntad de un goce.

La mayoría de los tratamientos que se proponen como soluciones fracasan, en general empujan al control y la fuerza de voluntad. Cuando nos dice “tengo un problema con el juego”, vamos a encontrarnos con que hizo intentos por controlar su práctica. Esfuerzos solitarios o con otros, que le cuiden la plata, que le impidan usarla, todas las ideas bien intencionadas fracasaron.

Pero hablar, no solo de lo que perdió, sino de cuál es su sufrimiento, que tiene para decir, hablarle a alguien que no espera nada de él, pero sí que venga y hable y que además no le promete nada, eso puede hacer una diferencia.

El psicoanálisis como orientación, nos permite desprendemos de los ideales de abstención y bienestar. Buscamos pescar las palabras y las coordenadas subjetivas para elucidar las condiciones de goce.

El sujeto que consulta tiene una dificultad específica con la palabra: no tiene registros. Pierde la cuenta de sus acciones, necesita negar continuamente lo que hace y dice, busca no hablar, le cuesta implicarse, no necesariamente porque nos quiera mentir sino porque hay una desmentida en su relato, un engaño, que es autoengaño. Si bien en todos los consumos existe lo que llamamos negación, falta de reconocimiento, falta de compromiso, aquí encontramos enredos, marañas de mentiras que construye para sostener la práctica.

Esta es una de las razones por las que las consultas no prosperan, como decía el fallido de una paciente “quiero dejar de jurar (en lugar de jugar)” y no conviene esperar que “diga la verdad” o reconozca, algo que claramente no puede.

El trabajo preliminar consiste en construir una demanda y registrar lo que dice, al mismo tiempo que construir una figura del Otro en el que pueda confiar y hablar, sin la exigencia imposible de decir la verdad.

Señales a tener en cuenta

Esta problemática a diferencia de otros consumos puede ser invisibilizada

Sus efectos en el cuerpo se hacen notar cuando la situación se volvió grave. Sin embargo, hay pequeños detalles que pueden tenerse en cuenta.

- El sujeto se aísla. Se evita la relación al Otro. Es elusivo, se encierra.
- Sufre cambios súbitos de humor, pasa de la euforia al abatimiento. Alivio y preocupación obsesiva por el dinero, el tiempo de conexión.
- Hay una ilusión de control de su práctica. Si dice que tuvo problemas o deudas, asegura ya no tenerlos.
- Busca dinero para salir del pozo y se siente empujado a recuperar pérdidas.
- Encuentra razones para justificar sus actos.
- El interés queda capturado por esa práctica, se van anulando poco a poco otros intereses.
- No puede elegir, se ve llevado por eso.

Las 4 estaciones

Un recorrido en la insistencia de una práctica

Si bien cada jugador o jugadora es único en su subjetividad y en sus coordenadas de entrada y salida de su problemática, el recorrido es bastante parecido en su progreso, excepto que pueda ponerlo a trabajar.

Se pueden resumir en cuatro estaciones, como las estaciones de un tren en marcha.

Y como sucede con los laberintos, la salida se encuentra yendo hacia otro lado, no insistiendo con lo mismo. Pero para eso hay que buscar al otro, porque el sujeto en su soledad está a merced de sus repeticiones de goce.

1. **Ganancia** Encuentro con el juego por diversión, encuentro con la Tyche, la experiencia de ganancia, euforia, entusiasmo e ilusión. Obtiene excitación, adrenalina, desafíos. Modo de satisfacción novedoso.

2. **Pérdida:** Como todo juego tiene sus reglas, en el azar hay una regularidad. Se gana y se pierde, pero al momento de perder, el jugador no puede aceptarlo, cree que lo va a recuperar y va detrás de esa idea obsesivamente. Aumenta la apuesta, se vuelve más solitario, menos divertido. Preocupación creciente, siente la necesidad de dinero, siente culpas, oculta su actividad. Escalada y obsesión.

Los juegos actuales diseñados por sistemas no tienen nada de azarosos, hay algoritmo y en ocasiones directamente estafas. Pero el jugador lo ignora o no quiere saberlo.

Un sujeto puede estar años en este vaivén de ganancias y pérdidas, contracción de deudas, pagos, vuelta al ruedo etc. La angustia cuando sobreviene puede taparse con el alivio de la ganancia.

3. **Desesperación** La angustia se intensifica, cuando el acorralamiento de dinero es muy alto, los autorreproches, la apuesta se descontrola, pide dinero o sustrae.

Cuando es descubierto suele justificarlo todo, pero se alivia cuando se blanquea la situación y recién allí puede pedir ayuda. No siempre pide ayuda con el tema de sus apuestas, pide ayuda para saldar las deudas.

4. **Desesperanza** Siente que jugó sus últimas cartas y se angustia muchísimo. Son momentos delicados con fantasías de muerte, intentos suicidio. La vida puede adquirir valor de apuesta.

Lecturas posibles

El artículo de referencia que disponemos desde Freud es el célebre “Dostoievsky y el parricidio”³ Ubica la manía del juego como pasión patológica y lo describe por un lado como una búsqueda de castigo por los deseos de parricidio y la angustia del superyo, y por otro como una pasión por jugar en sí.

Es un texto que ilumina respecto de los jugadores cuyo conflicto gira alrededor de la figura del Otro, con síntomas neuróticos y fantasmas muy armados, donde la defensa es fuerte. Es una fortaleza yoica.

Edmund Bergler, psicoanalista discípulo de Freud, en 1957⁴ estudió muchos jugadores y estableció algunas características, que aplican al jugador de esa época, no tanto a los que aparecieron después.

Por empezar distingue a un apostador de un ludópata. Este último plantea las siguientes cuestiones:

- Toma riesgos crecientes. Repite.
- Se le va imponiendo esa actividad en la vida, desplazando otros intereses.
- Es un optimista, siempre cree que le va a ir bien. No aprende de la derrota y piensa mágicamente.
- No se detiene cuando gana.
- Hace muchos cálculos, pero siempre arriesga de más.
- Experimenta una tensión placentera. Un ansia.
- Está movido por razones inconscientes y no puede decidir.
- Puede tener un proyecto inconsciente para perder.
- Juega por el juego en sí.

Bergler se orientó por la idea freudiana del retorno de lo reprimido y dentro de la lógica edípica. La culpa y la represión como mecanismos prínceps, la pelea contra el padre, el desafío. No aprende de la derrota, cree que va a ganar en la siguiente jugada. Está animado por un pensamiento mágico.

No se detiene cuando gana, porque no es ganar lo que lo motiva, sino jugar. Se trata de un sujeto calculador, que tiene un as en la manga, un cálculo que le parece que va a funcionar. “Todo iba bien hasta que me calenté, perdí la cabeza”

³ Freud, S. Dostoievski y el parricidio. (1927) OC Tomo XXI. Amorrortu editors.

⁴ Bergler E. Psychology of gambling. (1957) New York: Hill&Wang

Tiene métodos, martingalas y cábala. El método falla cuando interviene esa calentura.

Encontramos pacientes donde descubrimos que creen que su destino es perder, hay una culpa que los atormenta, pero que no está localizada. Hay una falta originaria, una falta cometida. El juego viene a reemplazar ese castigo que no obtiene por aquella falta que no está localizada ni admitida. Pero a la vez descubrimos que el sujeto acusa al Otro por su destino, victimizándose. El vaivén entre acusar y acusarse le impide ubicar las responsabilidades. Para su elucidación tenemos que hacerlo hablar, alcanzar esos significados ¿De qué es exactamente culpable? No iremos rápido a desculpabilizarlo ni a desangustiarlo.

La culpa y la vergüenza nos orientan en su relación al goce. Son preciosos detalles que vamos a registrar. A veces no hay tal dique pulsional, lo cual tiene otro pronóstico.

Si se trata de un sujeto obsesivo estamos frente a un sujeto que siente muchas culpas, pero no arriesga. Hay algo que no pone en juego, que se guarda. ¿Porqué se apasiona con esta práctica de juego que incluye un riesgo, si no quiere arriesgar?

La respuesta la acerca Lacan en el Seminario 12 “Nada menos arriesgado que el juego de azar”⁵ El juego de azar es lo contrario del riesgo, porque se trata de un fantasma inofensivo. El juego de azar presenta un riesgo encapuchado, pues se trata de un juego. Pierde todo o casi todo, pero no arriesga algo de sí. Es como un falso riesgo, un riesgo de mentira.

En la clínica, valoramos cuando irrumpen el afecto que no engaña: la angustia. Todo lo demás puede ser engañoso, sus relatos, sus críticas, sus elogios, sus demandas. Hasta venir a la terapia puede formar parte de su estrategia. Estemos advertidos de eso.

Funciones posibles del juego en las estructuras

Podríamos designar varias funciones del juego en la subjetividad, a saber:

- Experimentar una pasión y creer que puede dominar el azar.
No arriesga. Obsesión.
- Pasar el tiempo. Respuesta al aburrimiento. Impasse adolescente. Inhibición.

⁵ Lacan J. El seminario libro 12. (1964) Los problemas cruciales del psicoanálisis. Inedito

- Velar una angustia, relativa a una pérdida. Duelos no tramitados.
- Construir deudas como modo de pagar culpas no reconocidas. Deuda moral.
- Modo inconsciente de obtener un castigo. Identificarse al desecho. Melancolía.
- Liquidar un exceso que no soporta. Psicosis

En esta serie, además del uso del juego de apuestas en la obsesión nos interesa destacar su lugar en los procesos de duelo, respecto de la angustia y el vacío subjetivo, así como en el tiempo adolescente respecto de la toma de posición, tanto sexual como en las decisiones y por último en las psicosis, como exceso vehiculado en la pérdida de dinero.

Apostar puede estar al servicio de defenderse de algo traumático. El trauma no es lo mismo para todos, sino que lo es para cada uno.

Entrar al mundo del juego puede ser un bálsamo, efímero pero aliviador. Taponar o modera la irrupción de angustia, produciendo un adormecimiento que anestesia.

Hay una epidemia de juego en una época donde la pérdida, la tristeza, los procesos de duelo son rechazados. Hay que estar feliz, hay que estar alegre. Hay que levantarse, no te dejes vencer, no te rindas...

El tiempo de duelo esta subvalorado y la tristeza se la vincula a la depresión. No hay lugar para estar triste. Lo que está rechazado y negado, en un tratamiento le vamos a dar lugar. Lo vamos a habilitar, a legitimar, no para que se estacione, sino para que el sujeto registre, localice y no excluya dichos efectos.

Si no se pueden localizar estos afectos tristes o el valor de la pérdida, el sujeto no encuentra bordes, y se ve empujado a ser feliz, a superar una separación rápidamente, a salir adelante de una adversidad, a ganar dinero como fórmula de la felicidad.

Este rechazo, esta deslocalización puede devenir en una acción maníaca y termina siendo peor el remedio que la enfermedad. Ubicamos otra función que es la de pasar el tiempo.

Se presenta frecuentemente en varones jóvenes como respuesta al aburrimiento, al impasse adolescente, frente a la inhibición posible en la salida del colegio secundario, del crecimiento, del acceso a la sexualidad, al manejo del dinero.

Jugar y apostar le permite creer que hace algo. Creer que va a ser un millonario, volverse exitoso, dado que se asocia el tener dinero con el poder. Pero sucede al revés, se produce mayor dependencia.

Más frecuente en varones, alrededor de los 20 años, consultan porque están complicados con el juego, aparentemente es algo que los divierte, pero en realidad están desorientados.

Como lo describía un paciente, “estar en el limbo” para él remitía a una indefinición temprana respecto de optar entre el padre o la madre, estar en el limbo era su posición. De ese modo no abandonaba a ninguno, no tomaba partido y sostenía el amor de ambos.

El juego proporciona ese estado de limbo, no estar aquí ni allá. Una indeterminación neurótica para no avanzar en las preguntas propias.

En los casos más complejos encontramos sujetos que usan el juego de apuestas para llevar adelante una pérdida de algo de sí, sujetos en posición de desecho, melancolizados o desalojados del Otro.

En estos casos hay que trabajar para reducir la posibilidad del pasaje al acto, que se enlace de algún modo al otro, porque está desprendido del otro, a punto de caerse. El juego puede ser algo que detiene y posterga el pasaje al acto suicida. Un paciente decía que el juego era un suicidio en cuotas. Un acto aún no decidido, sino que es algo que se va llevando por partes, postergando la muerte. Como en el cuento de “Las mil y una noches”

Perder dinero puede ser perder un exceso en casos de psicosis. No es duelo, no es culpa, no es búsqueda de sensaciones, sino que liquidando dinero se saca algo de encima. No podemos ir a proponer una abstención realmente. Primero porque no lo va a poder sostener, pero además porque no es la indicación clínica.

¿Qué otra vía puede tomar ese sujeto para aligerar el exceso? No siempre la abstención de apostar le cuesta, pero deberá hallar otras formas de enganche, que, aunque sean provisorias le permitan hacer algo con ese exceso.

Dos orientaciones para la cura

1. Perturbar defensas y abrir preguntas

Juego con otro. Una apuesta con consistencia de sentido. Querer creer.

El sujeto neurótico utiliza la pasión por las apuestas para escenificar un fantasma que no ha podido elucidar.

Juega para perder, se pelea, se enoja, desafía, quiere hacer valer una justicia, quiere vengarse. La figura del Otro adquiere mucha potencia y es demasiado sólida para el sujeto. Es una batalla, perdida de antemano. Una batalla que tiene lugar en su fantasma.

Oscila entre abstenerse, controlarse y desbordarse. Son prácticas de consumo defensivas, donde el sujeto se aferra a la voluntad del yo para gobernar su vida pulsional. La dimensión fantasmática se presenta en su versión sólida y la defensa es alta.

Refractarios a la intervención, suelen ser traídos por el otro familiar.

Sufren en soledad, pero si no podemos dividirlos, interrogar algo de esa defensa, el trabajo no llega muy lejos.

Venir a consultar puede sentirse como una derrota, como una batalla perdida, porque creía poder solo con su problema.

La intervención irá en el sentido de perturbar, que la defensa se fragilice, se haga más porosa, intervenir con humor, con cortes. Sin confrontar, siempre esquivando la dimensión especular que deviene agresiva.

Es la presentación más refractaria a nuestra intervención, pero también la de mejor pronóstico, si tenemos la paciencia de operar con un deseo de analizar, la transferencia puede tener lugar, y la subjetividad aparece detrás de la armadura.

2. Alojar y acompañar en la búsqueda de lazos

Juego sin otro, juego sin sentido. Los enganches posibles

Aparecen más mujeres en esta dimensión. Posiblemente se vincula a la posición femenina y encontramos angustia y soledad. También en los casos de ludopatía graves y de larga data.

Personas que han quedado desalojadas del campo del Otro, porque lo han perdido, porque se han ocupado de echarlo, porque no son tan dóciles al amor, porque el borde se ha perdido y puede aparecer el autorreproche, el estrago, el juicio feroz.

Presentan una desestructuración mayor, indefensión, en el otro caso teníamos una defensa muy férrea, en éste una falta de lugar, una pérdida de las referencias, no sabemos quién la ama, siente que sobra, que es una molestia, etc.

El trabajo es tratar que se enlace, ubicar coordenadas, a darle un lugar, alojar de una manera muy decidida a este paciente en el espacio transferencial, porque el

sujeto está a punto de desaparecer, y el jugar lo mantiene en un lugar, pero sumamente precario, con el riesgo de quedar desalojado de todo. A veces la terapia es el único lugar donde se siente escuchado, donde siente que es atendido su sufrimiento.

En esta dimensión hallamos casos de adolescentes, no tanto por una posición melancolizada sino por la soledad respecto del Otro familiar, que no lo limitan o escuchan. “Le dimos todo, no le falta nada” dicen los padres, pero el joven no encuentra topes a sus acciones, hay una dificultad para exigirle y una fragilidad subjetiva, una idea de que solos no van a poder, entonces se retarda mucho la búsqueda de herramientas propias. El celular y la obtención de dinero sin tener que salir al mundo se le presenta como una mágica salida. El registro de sus emociones, de su lugar en la familia, de lo que anhela, sus fantasías y de sus posibilidades será el campo a recorrer. El juego de apuestas puede venir a ese lugar donde se neutraliza el deseo, aplazándolo, la vida en suspenso.

En ambas líneas de trabajo se recomienda incluir sesiones con el otro familiar, espacios vinculares distintos, no superpuestos con el trabajo individual, pero articulados dentro del equipo tratante.

En el primer caso donde hay tanta resistencia, incorporar la voz de la pareja, los hijos, los padres, nos darán otra versión, ayudan desestabilizar la solidez de la defensa y las estrategias engañosas, a sostener el ritmo de sesiones, nos permite entender complicidades y encubrimientos.

En los otros casos la presencia de la red familiar se vuelve importante, cuando eso es posible. Hay que rearmar, reconstruir o construir nuevos modos de lazo, y el trabajo en red es fructífero para los profesionales.

Un campo de investigación

A veces el juego de apuestas como motivo de consulta se presenta en forma pura, donde no hay otros consumos. Son los casos donde la pasión está muy ubicada, se mantiene por años en la vida del sujeto, sin desplazarse.

Hay casos que presentan un policonsumo, donde el juego es una forma más de extracción de goce. En pacientes que se abstienen de consumir sustancias, puede aparecer el juego como una forma alternativa, con la creencia de que es más inocua que beber alcohol o consumir drogas.

Ambas muestran el costado socialmente invisible y minimizado que tiene esta problemática, que los profesionales no podemos ignorar. No solo porque es una forma más del exceso que un sujeto puede sufrir, sino porque nos ilumina respecto

de sus creencias, sus fantasmas y sus construcciones ficcionales, su posición subjetiva respecto del Otro, de su destino, de su responsabilidad. Abre a nuevas preguntas que son interesantes respecto del sujeto de la época, la soledad, la pasión, la relación al dinero, a sus ilusiones, sus deseos y síntomas.

Dicho de otro modo: ¿A qué apuestan los sujetos en el siglo XXI? ¿Cómo ayudarlos a formularse sus propias apuestas?

Bibliografía

Bergler, E. (1957) “The psychology of gambling” New York: Hill&Wang, 1957

Blanca D, Coletti, M. (2006) “La adicción al juego ...No va mas?” BsAs. Lugar editorial.

Coletti, M. (2012) “La ludopatía desde una mirada psicoanalítica” en Blanca, Croce, Petri (comp) “Tratado sobre juego patológico” BsAs. Lugar editorial

Coletti, M. (2016) “¿Es posible curarse de la locura del juego? Los poderes de la pulsión y los resortes de la recuperación” en Blanca, Petri (comp) “Cuando el juego no es juego ¿es una adicción?” pag 151. BsAs. Lugar editorial.

Coletti, M (2021) “El jugador en su laberinto. Indagaciones acerca del juego de apuestas

<https://www.revconsecuencias.com.ar/ediciones/025/template.php?file=arts/aplicaciones/el-jugador-en-su-laberinto.html>

Coletti, M. (2022) “El partenaire-máquina”

<https://www.revconsecuencias.com.ar/ediciones/026/template.php?file=arts/aplicaciones/el-partenaire-maquina.html>

Croce, M y Piccone, F. (2012) “Juego de azar y psicopatología” en Blanca, Croce, Petri (comp) “Tratado sobre juego patológico” BsAs. Lugar editorial.

Freud, S. (1927) “Dostoievski y el parricidio” BsAs Amorrortu editores

Lacan, J. (1964-1965) El seminario. Libro XII. Problemas cruciales para el psicoanálisis. Inedito

Libro digital V Encuentro interinstitucional sobre ludopatía UBA

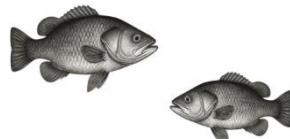
<https://www.aacademica.org/claudio.spivak/3>

Miller, JA (2023) “La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica” BsAs. Paidos.

Miller, JA (2024) “Respuestas de lo real” BsAs. Paidos.

PARTE III

Experiencias de abordaje sociosanitarias y territoriales



El consumo problemático es una cuestión de salud: experiencias de abordaje/trabajo en el Hospital Álvarez

Alejandro Brain y Betsabé Leicach

-Gabriela Souto: Hoy nos visitan el Dr. Alejandro Brain y la Dra. Betsabé Leicach, médicos psiquiatras que trabajan en el Hospital Álvarez ya hace unos cuantos años, cada uno en distintos espacios: Alejandro en la sala de internación y Betsabé en el servicio de adicciones del hospital. Ellos nos van a contar su experiencia de trabajo en el hospital.

-Alejandro Brain: Muchas gracias, Gabriela, estamos orgullosos de que nos llames para hablar. Nos dedicamos al consumo problemático. Betsabé Leicach es médica psiquiatra y desde hace más de diez años trabaja en el Hospital de Día de Adicciones del Hospital Álvarez. Dentro del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, es el único hospital de ese tipo que hay. Es el único hospital de adicciones dentro de un hospital general de la Ciudad de Buenos Aires.

Es algo novedoso. Eso gracias al Doctor Trimboli y a la Lic Silvia Raggi, que militaron mucho para que se aloje el consumo problemático dentro de los hospitales, algo que, en general, no sucede. Si bien el artículo 4 de la Ley de Salud Mental dice que todo efector público o privado tiene que atender el consumo problemático dentro de los hospitales, que sería el segundo nivel de atención, eso no sucede. Yo soy Alejandro Brain, soy psiquiatra y trabajo en la sala de internación del Hospital Álvarez. En las salas de internación, antes de la Ley de Salud Mental, no se internaba alcoholismo ni consumos problemáticos. A partir del 2012, 2013 empezamos a internar. La mayoría de estos pacientes son los pacientes llamados duales. Desde esa época, Betsabé y otras compañeras crearon un grupo de pacientes duales dentro de la sala de internación.

-Betsabé Leicach: Siempre cuento esto. Entré a la planta del Hospital Álvarez por un cargo que se abrió en adicciones en el año 2010. Cuando surgió esa oportunidad, me dije: “Uy, qué problema, no sé nada, no me gusta, son los peores pacientes”. Y hoy agradezco estar en este equipo. Lo cuento porque mi recorrido refleja el de muchos profesionales de la salud mental, quienes, al no tener formación en adicciones, sienten rechazo por esos pacientes y no los quieren atender. Con ese prejuicio arrancamos a atender estos pacientes y, por lo general, todos los profesionales estamos atravesados por esa idea.

-Alejandro Brain: Una primera cuestión que me parece muy importante señalar es que los pacientes con consumos problemáticos solo pueden ser atendidos de

manera interdisciplinaria. El equipo de adicciones está conformado por profesionales de diversas disciplinas que trabajan en conjunto: trabajador social, terapista ocupacional, psicólogo, musicoterapeuta, psiquiatra, etc. Nosotros somos pioneros en esta forma de trabajo, y estamos militando que el problema de los consumos problemáticos sea considerado y trabajado, en primer lugar, como un problema de salud y, en segundo lugar, como un problema de salud mental.

-Betsabé Leicach: Por eso somos privilegiados de trabajar en un hospital general que tiene una sala de internación de salud mental y un equipo de adicciones. De acuerdo con la Ley de Salud Mental, los pacientes con consumos problemáticos tienen que ser atendidos como cualquier otro paciente de salud mental; por eso no deberíamos existir como equipo de adicciones. Pero, dado que en el hospital se reproduce el rechazo que se da en la sociedad a ese tipo de pacientes, por suerte existimos y le damos lugar y los atendemos, porque, de lo contrario, serían expulsados de todos lados. El “grupo para pacientes duales” lo armamos un grupo de profesionales de adicciones para alojar a los pacientes adictos y psicóticos históricamente expulsados de todos los tratamientos. La combinación de adicción, psicosis y pobreza es un combo explosivo que genera muchísimo rechazo tanto en la sociedad como en el hospital. Por eso, armamos este grupo, estratégicamente, en la sala de internación, para así poder alojar a estos pacientes ambulatorios e internados con ambas problemáticas

-Alejandro Brain: Sí, los profesionales que trabajan en la sala de internación, decían “no sabemos tratar consumos problemáticos, entonces nos tienen que venir a ayudar del equipo de adicciones”. Esa estrategia, que ya lleva 12 años, funcionó bien y, de hecho, funciona hasta ahora. Frente a un consumo problemático, hay que tener en cuenta que también supone un problema legal, porque, aunque haya algunos fallos de la Corte Suprema de Justicia que van en sentido contrario, la Ley 23.237 pena la tenencia. Por lo demás, para la mayoría de los médicos y de los hospitales, ese tipo de consumos es un problema de voluntad. Es decir, hay dos modos de concebir esa problemática: como una cuestión de voluntad o como un problema de salud. Tiene que estar bien claro eso. Si creemos que el consumo problemático es un problema de voluntad, entonces las medidas de atención apuntan a que el paciente deje de consumir. Además, si se piensa como un problema de voluntad individual, entonces ya no es necesario un equipo de trabajo interdisciplinario: ni médico, ni psicológico, ni trabajador social. Lo que queda es una especie de “jardín de infantes” para adultos o jóvenes que “se portan mal”. Si esa es la concepción del consumo problemático – y si se piensa a los pacientes como personas que se portan mal, transgreden la ley, son “malas”, etc.–, entonces el sistema de salud no tiene nada que hacer frente a ese problema. Por el contrario, si se

piensa al consumo problemático como un problema de salud, y de salud mental, entonces se vuelve necesario pensar en un sistema interdisciplinario para tratar a estos pacientes. Esa forma implica que, una vez que el paciente comienza a tratarse, no deberíamos exigirle que no consuma más, porque ese problema, el consumo, es una cuestión de salud que no depende de su voluntad; por ejemplo, es como un diabético que tendrá siempre problemas con su glucemia.

A eso hay que agregarle que no hay ninguna medicación probada para dejar de consumir sustancias (sí hay algunas que ayudan un poco, como el Disulfiram para el alcoholismo, pero requiere de una toma diaria constante y no es del todo efectiva). Entonces, si no existe ninguna medicación y no es un problema de voluntad, lo que tiene que hacer el equipo tratante es tener mucha paciencia y acompañar. Además, en el equipo tratante tiene que haber distintas disciplinas y enfoques –por ejemplo, psicoanálisis, terapias cognitivas, DBT– para implementar estrategias que, con el tiempo, logren que el paciente no consuma más o sus consumos sean menos riesgosos. Mientras tanto, lo queda es acompañarlo y, en todo caso, asegurar que el sistema de salud esté siempre abierto a estos pacientes. Si a un paciente, cuando consume, le decimos: “No puede ser, volviste a consumir, me defraudaste, traicionaste al médico, a tu familia”, ¿qué hace al otro día? Miente y, además, recae en el consumo. Porque esto es lo que pasa. Hay ciertos pacientes que pueden dejar de consumir con cualquier dispositivo, Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, grupos psicoanalíticos, grupos DBT...

-Betsabé Leicach: Sí, o incluso el día que entran al dispositivo deciden dejar de consumir y lo logran. Pero son las excepciones. La mayoría de los pacientes requieren un proceso largo. Además, es un proceso en el que, desde mi punto de vista, hay que escuchar al paciente y estar atento a lo que ese paciente quiere o puede hacer. Es decir, no se trata de lo que yo como médica o como profesional de un equipo de adicciones o de un hospital quiero para ese paciente. Porque lo que yo quiero se me juega con mi vida personal, mi historia, mi subjetividad. Con un paciente, no necesariamente lo que yo creo que es mejor para él es lo que él quiere. Si concebimos a los pacientes como sujetos de derecho, capaces de tomar decisiones respecto de sus vidas y sus tratamientos, nosotros estamos ahí para acompañarlos en ese proceso. Y si el paciente quiere seguir consumiendo, le brindamos acompañamiento, ya que es importante que pueda sostener el tratamiento, aunque quiera seguir consumiendo.

-Alejandro Brain: Eso es fundamental. Por ejemplo, en Barcelona y en Ginebra se da metadona y heroína. El paciente plantea qué quiere hacer y el médico ayuda hasta donde puede. ¿Qué querés? ¿Seguir consumiendo? ¿Dejar de consu-

mir? ¿Estar mejor con tu familia? Depende de lo que quiera el paciente, se lo acompaña en eso.

- Betsabé Leicach: No tenemos que estar en España para hacerlo, lo podemos hacer en Buenos Aires o en Argentina, donde estén. Me parece que tiene que ver con una posición profesional de no ubicarnos desde un lugar de saber, de poder escuchar al paciente para entender qué es lo mejor para el otro. Para mí lo mejor es que deje de consumir y quizás esa persona deja de consumir, se deprime y nunca más sale de la cama o se suicida. Por eso es importante poder escuchar, problematizar el consumo, acompañarlo en eso y decirle: "Che, mirá, si seguís fumando todo el día marihuana es probable que te deprima, que no tengas motivación". Es decir, darle herramientas a partir de un saber que acompaña, y no castiga. No pararnos desde un lugar en el que sabemos qué es lo mejor para el otro.

-Alejandro Brain: Hay algo que sí sabemos que es lo mejor: aceptar al paciente, acompañarlo, no sancionarlo, no juzgarlo, eso es vital. El problema no es la sustancia, el problema es la persona y por qué necesita la sustancia. La abstinencia que militamos, en ese sentido, es la abstinencia de la familia, del equipo tratante, del otro, de sancionar, de juzgar, de etiquetar: esa es la abstinencia que militamos. No la abstinencia del consumo. Claro que queremos que el paciente deje de consumir, pero lo acompañamos tanto si puede hacerlo como si no puede. Porque el problema es: ¿qué hacemos con los que no pueden dejar de consumir? ¿Qué hacemos con ellos? Trabajar con la familia es vital. La familia siente que, si no sanciona al paciente, si no lo denuncia, es cómplice del consumo. Nosotros consideramos que es todo lo contrario. La familia no tiene que sancionarlo, tiene que decirle: "Che, mira, estás consumiendo, vení conmigo, vamos, te acompañó al médico, estoy con vos". Porque, de lo contrario, lo que termina sucediendo es que la familia lo expulsa de su casa y lo lleva a un tratamiento. Si no cumple con el tratamiento, si no deja de consumir, es expulsado: al ambulatorio, después lo mandamos a internar. Allí, en la internación, si comete algún desliz o no quiere internarse, tiene que estar en la calle. La calle, el hospicio y la muerte tienen que ver con la presión social, no con la sustancia en sí. La verdad es que muchos pacientes no pueden dejar de consumir. En ese sentido, tiene que ver con cómo se ubica el equipo tratante para abordar esa imposibilidad. La comunicación clara, honesta y responsable con la familia o la red es clave. Dejarle en claro que, si quiere que su hijo, su hermano, su padre, su madre dejen de consumir, su pareja deje de consumir, no somos nosotros el equipo tratante indicado. Ahora bien, si la familia quiere que lo acompañemos, que estemos cerca, que haya un equipo interdisciplinario, una red que pueda soportar ciertas cuestiones, ciertos tropiezos y vicisitudes, entonces somos la opción adecuada.

Cuando más honestos seamos, usualmente el paciente se vuelve más honesto con nosotros. Con esto no quiero decir que, si el paciente miente, sigue consumiendo. Pero nuestro problema no es pensar si el paciente volvió a consumir. Nuestro problema es que el paciente confíe en nosotros y cuando esté mal, esté con nosotros. Para que así el consumo no llegue a extremos peligrosos, para que esté mejor y pueda convivir mejor con su familia.

-Betsabé Leicach: La idea es poder trabajar con ellas para que lo que se hace desde el equipo tratante se reproduzca en las familias. Así como nosotros podemos bancarnos que el paciente consuma o exprese que quiera consumir, que la familia también lo pueda hacer. Porque, cuando la familia puede empezar a escuchar eso, se generan situaciones mucho más amorosas y no expulsivas. Por ejemplo, que la familia no se alarme si el paciente manifiesta que quiere consumir, que pueda escuchar y decirle: “¿Cómo te puedo ayudar? Vamos a dar una vuelta, ¿querés fumar marihuana, la fumás en casa?”. Todo eso que parece imposible, no es imposible porque se puede hacer. Así se logra que se reduzca mucho el riesgo de que el paciente caiga en situaciones extremas y peligrosas –como la prostitución, el robo o la calle– cuando está en situación de consumo.

-Alejandro Brain: Hace más de diez años que trabajamos en esto y lo vemos. En general, cuando el paciente vuelve a la sala y consumió, si lo cuestionamos, se pone agresivo. En cambio, si le decimos “qué bueno que volviste”, eso predispone de otra forma al paciente. Son personas muy maltratadas y expulsadas. Los dispositivos privados tranquilizan a la familia, porque posponen los problemas mientras el paciente está internado. Cuando vuelven a su casa, al barrio, empiezan de vuelta. No sirve. Si trabajamos con personas –pacientes y familias– que entienden la modalidad que proponemos, el trabajo se vuelve más fácil. El médico está más cerca del paciente, y el paciente del médico.

-Betsabé Leicach: También es cierto que si uno, como profesional tratante, tiene expectativas más reales, la frustración es menor, no estás esperando que el paciente deje de consumir. El foco no está puesto ahí. Lo que tratamos de evaluar por ejemplo en el grupo terapéutico de los lunes en el Hospital de Día no es si consumió o no consumió el fin de semana, nos importa más ver qué hizo, cómo la pasó, cómo se organizó el fin de semana, si estuvo bien, si estuvo en contacto con pares.

-Alejandro Brain: Además, las familias tienen sus problemas; en general, en aquellas en las que hay un integrante con un consumo problemático, hay también otros consumos problemáticos dentro de esa misma familia. La clave es que hay personas que no pueden lidiar con su adicción; la mayoría de las personas consu-

mimos algo, desde harinas hasta ropa, el celular. Es importante ser más benévolos y entender que las adicciones son parte de la historia de cada persona o, muchas veces, son demasiado complejas y no les permiten vivir. También sucede que pueden sumarse a otras problemáticas de salud mental, como la esquizofrenia, y ahí es fundamental dar con el diagnóstico adecuado. Más allá de eso, es importante, primero, entender que esta patología –llamo así al consumo problemático– es tan grave como cualquier otra y que, como otras enfermedades agudas, subagudas y crónicas, puede llevar a la muerte. Segundo, es fundamental trabajar con la familia del paciente, si la tiene. Por último, nuestro enfoque propone que el centro no es el paciente. Por ejemplo, en la sala de internación del hospital tenemos un paciente que es atendido por un psiquiatra, un residente que va a estudiar y se va a recibir de psiquiatra, por un referente psicólogo de planta, un referente psiquiatra de planta, un trabajador social, una terapista ocupacional. Si el paciente tiene familia, como la mayoría, también es acompañado por ella; y si no la tiene, tenemos un equipo de familia: psicólogo y psiquiatra, psiquiatra y psiquiatra o psicólogo y psicólogo. Además, si está internado en contra de su voluntad, tiene la unidad de letrados, lo que está contemplado el art. 22 de la Ley de Salud Mental, que los protege.

Es decir: somos muchas personas, una red muy grande que trabaja en conjunto para determinar cuál va a ser la derivación del paciente, adónde va a estar, cómo tratarlo. En esta dinámica, que parece un lío, hay momentos en que el residente está más fuerte para tratar, hay otros en que va el psiquiatra, otros en que la trabajadora social encuentra un lugar muy bueno. Trabajamos entre todos. Son pacientes que están muy graves, internados, con situaciones extremas de consumo problemático: para tratarlos necesitamos una batería amplia de profesionales y enfoques. Con la familia, solamente, no alcanza, pero el trabajo tampoco puede hacerse sin la familia. Vale decir: no es que el paciente es el único problema y la familia es ajena. Muchas veces los pacientes se internan porque hay una separación, se muere una abuela, se muere la madre o hay problemas económicos.

Si pensamos al consumo como un problema de voluntad, no estamos preparados para tratarlo. Si lo concebimos como una cuestión de salud, estamos preparados para acompañar, para soportar, para estudiar, para supervisar mucho de esto en el hospital. Esta dinámica también puede aplicarse en el sistema privado de salud. Nosotros en privado trabajamos igual, de la misma manera.

-Gabriela Souto: En línea con esto, también pensaba en la importancia de no reproducir en las prácticas, en los espacios o los dispositivos en los que uno trabaja lo que, muchas veces, sucede en las familias: cierto sistema de control que se da

ante quien consume. El familiar o el entorno de quien consume pone la mirada en quien está en situación de consumo, por ejemplo, si salió a dar una vuelta, adónde fue, con quién, si va o si se lo “autoriza” a ir a trabajar, etc. Esto conlleva mucho trabajo con las familias y/o con los allegados también.

-Betsabé Leicach: Además, el familiar llega pidiendo que uno, como médico tratante, reproduzca ese discurso. En privado es mucho peor eso: como te pagan, uno debería transformarse en una especie de juez o policía. La familia avisa que el paciente consumió, te dicen: “No te contó, pero consumió”.

-Alejandro Brain: Cuando hacemos la admisión del paciente, les decimos a los familiares cómo trabajamos. Si esperan que, porque pagan, creen que pueden dirigir el tratamiento o exigir resultados, entonces nosotros no somos el espacio adecuado para esa demanda; les decimos que vayan a buscar otros equipos, que hay otros equipos y otros enfoques.

-Gabriela Souto: Sí, esto es interesante para pensarlo clínicamente. A veces lo que hago, cuando llama un familiar o un allegado solicitando un turno para alguien que está en situación de consumo es, si es posible, pedirle que la persona venga a la primera entrevista con un familiar o un referente afectivo. Eso me permite escuchar de quién es y de dónde proviene la demanda, para así delimitar algo del tratamiento en relación con los requerimientos del entorno y trabajar sobre las expectativas.

-Betsabé Leicach: Me parece que es clave eso: delinejar y transmitir, en el primer encuentro, cómo uno trabaja. Cuando vienen al Álvarez, la expectativa es muchas veces desmedida: que el paciente deje de consumir en cinco minutos o que deje de consumir, o que yo lo rete... Les avisamos que hay otros lugares que trabajan así. La idea, en ese primer encuentro, es transmitirles cómo trabajamos, que esas son nuestras maneras.

-Alejandro Brain: Maneras que son muy clínicas. Una vez que se arma el dispositivo, es más fácil el trabajo. ¿Por qué los terapeutas que trabajan con consumos problemáticos tienen *burnout*? Porque hacen promesas falsas. Al hacer promesas falsas, tienen que sostenerlas, echarle la culpa a alguien para justificar el fracaso: al paciente o al familiar; el familiar le echa la culpa al médico y se vuelve una situación intolerable. Si se aclara la dinámica de trabajo de entrada, es otra cosa.

-Gabriela Souto: Esto me lleva a pensar que es un modo de tercerizar. Es decir, cuando surge la demanda de la familia, que le exige a su familiar que deje de consumir, a uno le depositan algo de eso. Vienen en búsqueda del profesional

“que sabe” demandando que la persona deje de consumir. Entonces: ¿cómo alojar esto y a la vez devolver algo de que no hay garantías de tratamiento? Un tratamiento en el que hay momentos en los que, probablemente, el paciente vuelve a consumir o con el que se busca reducir los riesgos y los daños asociados al consumo. Es decir, trabajar en esa línea posibilita que se bajen las expectativas para darle lugar y tiempo a lo que puedaemerger por parte de quien está en una situación de consumo. Ya no es la demanda constante de los familiares, que controlan lo que consume el paciente, por ejemplo, vigilando si se tomó una cerveza o no. Claro que es entendible, muchas de ellas responden desde la angustia que les produce la situación.

-Betsabé Leicach: Exacto. Eso lleva tiempo, porque los familiares quieren resultados; están cansados, entonces vienen a buscar algo rápido. La verdad es que lleva tiempo cambiar la cabeza del familiar y también del paciente, porque todo lo que venimos diciendo sobre la presión de dejar de consumir hace que se sienta mal y avergonzado. Después de un permiso de salida, al día o a la semana siguiente, depende del dispositivo, vuelve y dice: “Uy, la cagué, consumí”. Frente a eso, uno puede responderle: ¿qué pasó?, ¿por qué consumiste?, ¿cuánto consumiste?, y empezar a problematizar eso. No importa si consumís o, más bien, a veces importa y otras veces no tanto; se empieza a trabajar con eso, los pacientes también vienen muchas veces con un discurso muy abstencionista. Muchos pacientes ya han circulado por comunidades terapéuticas, entonces cualquier consumo o idea de consumo es pensada como un error que merece un castigo. Están esperando que nosotros también reproduzcamos ese discurso. Cuando se encuentran con que somos amorosos, con que podemos escuchar sin sancionar, se sorprenden. Hay que trabajar con la familia y con el resto de los profesionales, nos tenemos que ir deconstruyendo.

-Alejandro Brain: Los pacientes también saben cómo hablarnos. Nos confiesan que consumieron y nos piden perdón. Frente a eso, si problematizamos o trabajamos las causas por las que consumieron –porque se sentían solos o no pudieron contenerse–, ellos también pueden empezar a pensarlas. De lo contrario, lo único que se da es que ellos te piden perdón y uno queda en la posición de otorgar o no ese perdón, en lugar de acompañarlos a pensar otras cosas.

Eso no quiere decir que, una vez que se da eso, ¡eureka!, el paciente dice “la verdad es que dejé de consumir porque estaba aburrido y no me voy a aburrir más”. Si un paciente tiene, por ejemplo, 42 años y consume desde los 14, ¿cómo le vamos a pedir que deje de consumir? No puede dejar de consumir si empezó a hacerlo desde los 14 años. Y si lo hace, va a ser luego de mucho tiempo de escu-

cha y trabajo. Si los resultados que se esperan del dispositivo tienen que ver con si el paciente consume o no consume, estamos todos liquidados, porque no hay posibilidad de tratamiento. Ese tipo de resultados puede esperarse en una comunidad cerrada porque no entran drogas, entonces, obviamente, no se consume –más allá de que hay un montón de otras cosas que pasan que son horrorosas–. De hecho, en esos lugares hay pocos profesionales de salud mental y no suele haber psiquiatras. Hay operadores, que muchas veces intentan hacer algo distinto. Los operadores también son las que quieren abordar el problema, porque, hasta ahora, muy pocos profesionales de salud han querido hacerlo. Hacen lo mejor que pueden. Pero, en esos dispositivos, hacen trabajar a los pacientes y apuntan a la abstinencia. Son lugares en los que solo sobreviven los más fuertes. En contraposición, lo que nosotros decimos es que, aunque todo salga mal, vamos a acompañar a los pacientes, vamos a acompañar al más débil. Presionar al más débil es expulsarlo, matarlo.

-Participante 1: Me llamo Paola, trabajo en el hospital Buquet Roldán, soy psicóloga y estamos intentando armar un grupo de consumo. Estamos haciendo muchas entrevistas; el abordaje individual está, pero también se incluye a la familia en las estrategias de la reducción de riesgo. Ellos son, a veces, los más resistentes a esta modalidad, porque traen una carga de situaciones no tratadas en ellos mismos. Hay uno de los pacientes que estuvo preso desde adolescente, desde los 19 años; después ingresó a un psiquiátrico que había acá en Centenario, ahí estuvo diez años. Ese lugar cierra ahora. La madre está recorriendo todos los lugares para ver dónde más lo interna. Cuando se le propone que no va a haber un lugar acá donde internarlo porque no cumple con los criterios para la internación, y porque no es un chico que tenga que estar internado, se enoja, se va y quiere buscar herramientas legales, judiciales, para seguir buscando dónde dejarlo, dónde internarlo. A veces es muy difícil trabajar con las familias.

-Alejandro Brain: Nosotros dijimos que no hay centro, es decir, que el centro no es solamente el paciente. El abordaje no es solo interdisciplinario, sino también interdisciplinar. Si la madre va al juzgado, hay que ir con la madre al juzgado, trabajar ahí con el equipo legal y con la unidad de letrados. En nuestro caso, cuando hay una madre que insiste mucho y se queja, trabajamos en conjunto con la unidad de letrados para pensar en una estrategia. Para mí es tan problemática la familia como el paciente.

-Betsabé Leicach: En primer lugar, me parece que está buenísimo que ustedes puedan correrse de esa demanda y decir con claridad en qué consiste el tratamiento y la importancia de los tratamientos ambulatorios en estos pacientes. Históricamente, estos pacientes hacían una consulta y se los derivaba automáticamente a

una internación en una comunidad terapéutica. Ustedes como un equipo ambulatorio puedan poner una pausa y transmitirle a la familia que no hay criterio de internación. Me parece que es un paso, aunque parezca una pavada, es muy importante, porque implica romper un poco con esta lógica que condicionó a ese paciente por un montón de tiempo. Quizás en algún momento requirió una internación, pero ¿por qué diez años internado? En ese sentido, ustedes le están dando una oportunidad enorme al paciente. Está buenísimo que puedan mantenerse firmes. Hay que tener mucha cintura con estas familias para explicarles que queremos ayudar al paciente, que es una apuesta y que esta apuesta ambulatoria implica riesgos. Porque es cierto que hay más riesgos atendiéndolo en forma ambulatoria que en una internación, pero que vale la pena y que tiene que ser así, además, porque no hay criterio para internarse.

-Alejandro Brain: Además, uno no se debe enojar con la familia. Lo que tiene que hacer es alojarla.

-Betsabé Leicach: Aunque nos genere eso...

-Participante 1: Eso pasa, al punto de decir: “Vamos al juzgado, hacemos un informe y le ponemos una restricción, que no lo vea más”, cosas así. Te enoja tanto la actitud de ella. Pero está bueno lo que decís de acompañar también. Poder mirarla, quizás, con la misma ternura con la que uno aloja a los usuarios.

-Alejandro Brain: La clave es la ternura.

-Betsabé Leicach: El tiempo también es clave. Si hay algo que puedo transmitir desde mi experiencia es eso. Siempre cuento un caso que es increíble. Un paciente llegó después de haber estado en una comunidad terapéutica. Su madre lo trajo en colectivo, atado con una cubierta de bicicleta porque tenía miedo de que se descompensara: así lo llevó a la guardia del hospital. En la guardia no lo internan porque no tenía criterio de internación. Allí lo mandaron a que lo evaluemos nosotros en el equipo de adicciones y entró en el Hospital de Día. Era un paciente esquizofrénico con consumo. Su madre era súper rígida, expulsiva, no lo dejaba solo, y vivían muy lejos. Lo traía y lo pasaba a buscar al hospital todos los días.

Requirió de un gran trabajo que él pudiera empezar a moverse solo. Seguía con un consumo muy problemático, seguía consumiendo pasta base, salía, robaba, vendía, la madre no tenía un mango. Con la poca ropa que le compraba la madre, él salía a la villa, la vendía y consumía con eso. Empezamos a trabajar mucho con la madre, años. Estuvo tres o cuatro años en el Hospital de Día hasta que en un momento ubicamos el riesgo que existía cada vez que salía a consumir pasta base. Le planteamos a la madre la opción de que consumiera pasta base en la casa con

ella. Era una situación muy extrema. La madre pasó del extremo de querer que lo internáramos todo el tiempo a comprarle pasta base para que su hijo consumiera en su casa. Después de eso empezó a comprarle marihuana. Ahora le dimos el alta de Hospital de Día y el paciente está en un grupo ambulatorio y con tratamiento psicológico y psiquiátrico ambulatorio y está bárbaro. ¿Qué quiere decir “bárbaro”? Consuma marihuana y no volvió a consumir pasta base de un modo tan problemático, consume poco y de una manera acotada. Un chico que no podía parar. Cuando la madre empezó a alojarlo, y se alejó de la prohibición y el castigo, el riesgo bajó un montón. Con tiempo e insistencia se logran muchas cosas. Pero nada de esto es rápido.

-Alejandro Brain: Si todos los efectores trataran a estos pacientes con la misma amabilidad, gran parte de ellos mejorarían muchísimo. Quizás no todos, pero muchos mejorarían. Si los familiares no fuesen tan agresivos porque están cansados... no lo son, pero se les impone ser agresivos... Es otra visión: al verlo como un problema de salud, tenés que acompañar al paciente. El éxito terapéutico reside en que el paciente quiera seguir viniendo, que conozca tu nombre y apellido, que te salude bien.

-Betsabé Leicach: Aunque el paciente venga todos los días y haya consumido, si vuelve todos los días es un montón. Porque está acercándose a un efecto de salud, donde lo podemos revisar, intentar que coma, algo se puede hacer. En el Hospital Álvarez tenemos la sala de internación y en el tratamiento ambulatorio está nuestro equipo de adicciones que tiene un Hospital de Día. También tenemos pacientes que hacen tratamientos ambulatorios y no vienen de lunes a viernes al Hospital de Día. Además, todos los pacientes que tienen familiares van a un espacio de tratamiento familiar. No es obligatorio.

Después de la pandemia cambiamos un poco la dinámica. Actualmente tenemos un grupo de familiares para todos los pacientes ambulatorios que no están en Hospital de Día. Como se juntaban muchísimos pacientes, para quienes asisten al Hospital de Día hacemos la “multifamiliar”, que es cada quince días. Ahí asisten todos los pacientes del Hospital de Día con sus familiares. Es un encuentro espectacular porque están todos los pacientes con sus familias y los coordinadores. Entonces aparecen cuestiones súper interesantes entre los familiares y los pacientes, todos juntos.

-Alejandro Brain: Imagínense estos dispositivos en todos los efectores o, más bien, todos los efectores en los hospitales, sería buenísimo. El Hospital de Día está en el primer piso del pabellón i del hospital, pasando Dermatología; es decir, un paciente con consumo problemático se encuentra con otros pacientes y no pasa

nada. Todos ellos son personas que vienen con dolencias, con penas, con ganas de cambiar algo, porque también tienen ganas de cambiar.

-Betsabé Leicach: La importancia de que esté en un hospital general es que puedan ser tratados como cualquier otro paciente que concurre al hospital, no se les pide nada diferente por ser pacientes de adicciones. En una comunidad terapéutica, muchas veces, parte del tratamiento tiene que ver con que vendan cosas o que limpien. Acá hay actividades, pero no se les exige nada distinto que al resto de los pacientes del hospital.

-Participante 2: En el Hospital Heller tenemos el grupo La nueva brújula, en el que venimos trabajando hace varios años. Incluimos a las familias en el grupo terapéutico de usuarios, obviamente, evaluando criterios y si el usuario tiene ganas de que participen. Esa dinámica está buenísima porque no solo padece el usuario, sino también la familia. Siempre que no haya una restricción o una indicación contraria, invitamos al que quiera acompañar para que se sume como uno más: es un espacio de aprendizaje, de transformación.

-Alejandro Brain: ¿Cuáles son los resultados?

-Participante 2: Los efectos, más que resultados, es que se construyó un espacio cuidado donde se pueden decir las cosas con intermediarios, donde el familiar también puede escuchar las experiencias de otras personas que también están en la misma situación y así comprender mejor la problemática.

-Betsabé Leicach: En la multifamiliar hay pacientes del dispositivo que son madres o padres, y también hay padres de otros pacientes. Entonces se genera una cuestión de identificación, incluso de los familiares con los pacientes, o de pacientes con los familiares que asisten.

-Alejandro Brain: El enojo y la hostilidad son parte de la enfermedad. Me parece que tratar la hostilidad con más hostilidad es un error. Eso es, en general, lo que pasa en los tratamientos de adicciones. A mí me parece distinto, por ejemplo, NA o AA, dispositivos que me parecen que están buenos. Porque son gratuitos, porque son un espacio de escucha. Aunque tienen un criterio abstencionista, te reciben todo el tiempo. Hay algo de eso que está bueno. Si el paciente puede ir a esos grupos, por lo menos ya está en un lugar de salud...

-Betsabé Leicach: No sé si es un lugar de salud, porque no hay profesionales de la salud ahí.

-Alejandro Brain: Podemos discutirlo, pero yo creo que donde hay profesionales de salud los expulsan, en esos lugares no los expulsan tanto, por eso hay que

aprovechar todos los recursos que hay disponibles. Ahora bien, si uno es un profesional de la salud, es importante pensar al consumo problemático más allá de una cuestión voluntarista y tener presente que no todos pueden lograr la abstinencia. Nuestra forma de abordar los consumos problemáticos se basa en una red, conformada por distintos profesionales, que se reparte el peso y la exigencia del trabajo. Porque son tratamientos muy difíciles y, por momentos, muy frustrantes.

-Betsabé Leicach: La idea que queríamos transmitirles es, fundamentalmente, que un paciente con consumo problemático debe poder tratarse como cualquier otro paciente de salud mental, es decir recibir un tratamiento acorde a sus características. En el equipo de adicciones evaluamos qué tipo de tratamiento es el más adecuado para cada paciente –ambulatorio, individual, grupal o ambos– de acuerdo con sus características y nuestra disponibilidad. Ahora, por ejemplo, tenemos muy pocos profesionales. Entonces, ¿a quién le ofrecemos Hospital de Día? A los pacientes más graves que necesitan otro nivel de contención. Porque venir de lunes a viernes de 8:00 a 12:00 los ordena y, además, los podemos acompañar de una manera más “intensiva”. También es fundamental que los pacientes puedan venir. Hay algunos que viven lejos y vienen igual, pero no es fácil. Por otro lado, también hay otros pacientes que no están tan graves; sí tienen un problema de consumo, pero sus vidas no están organizadas o giran en torno al consumo y se exponen a situaciones de riesgo. Entonces creemos que, si concurren al Hospital de Día o vienen de lunes a viernes, se van a organizar; algo de esa rutina les va a permitir más adelante realizar otras actividades, como estudiar o trabajar. También tenemos la suerte de contar con la sala de internación.

Cuando vemos que los pacientes están descompensados a nivel salud mental o por una situación de consumo incontrolable, contamos con la posibilidad de que se internen. A su vez, los pacientes internados tienen el Hospital de Día. Por ejemplo, nosotros vamos una vez por semana a la sala de internación a hacer este grupo de pacientes con patología dual que les contábamos antes. Ese es un grupo abierto. Por un lado, concurren los pacientes internados que tienen problemas de consumo y, por otro, los pacientes del dispositivo de adicciones ambulatorio que son psicóticos –por su condición, es más difícil agruparlos, entonces los ponemos en ese grupo–. Eso nos da la posibilidad de ver cómo funcionan los pacientes internados; a muchos de ellos luego los derivamos al Hospital de Día de Adicciones.

-Alejandro Brain: Un caso muy importante que tuvimos hace poco es el de un chico que empezó en Hospital de Día y que tuvo un intento de suicidio. Estuvo en terapia intensiva y después de eso se lo derivó a la sala de internación. Dado que no quería internarse, y la sala es de puertas abiertas, pusimos una consigna

policial para que él pudiera ingresar en ese momento en el que no podía parar de consumir. Con todo el equipo tratante –con la trabajadora social, con la unidad de letrados– hablamos con el Hospital de Día de Adicciones para ver si podían volver a recibirla. Era difícil en ese momento que lo volvieran a recibir, porque el intento de suicidio fue muy grave. Bueno, en un par de meses se arregló...

-Betsabé Leicach: Con muchas discusiones. Nosotros lo contamos como un cuento de hadas, pero...

-Alejandro Brain: Sí, con muchas discusiones. En ese momento, en la sala de internación, había que sacarle la consigna, y nosotros –los de la sala– decíamos que íbamos a sacarle la consigna cuando fuera al Hospital de Día. Pero el Hospital de Día respondía que solo podíamos derivarlo cuando no tuviera consigna. Bueno, negociamos en que dos semanas antes le sacábamos la consigna y ellos podían ingresarlo al Hospital de Día. La verdad que salió muy bien, porque también hablamos con la familia. Pero hay otros pacientes que no tienen familia y cuesta mucho más. Entonces todavía siguen con consigna. Llevar a cabo este tipo de tratamientos sigue siendo muy difícil porque nosotros cambiamos y queremos ayudar a que la familia y el paciente también cambien, pero la sociedad no cambia y el sistema de la calle, tampoco. La hostilidad de la calle, de la vida, que no tolera a las personas que son disruptivas o que no siguen el camino de todos.

Cuando vos estás un poco averiado, te avería o te curan; si estás muy averiado, te ponen en un geriátrico, un psiquiátrico. Estas personas son también parte de la vida y tienen que ser aceptadas. No es que armamos un dispositivo de consumos problemáticos o una ley para que estos pacientes lleguen rápidamente a cierta “normalidad”. Esta cuestión es, además de interdisciplinaria, individual e intersectorial, es también política. Si la política ofrece un dispositivo de adicciones para que la gente deje de consumir –o sea más normal–, es una postura equivocada.

En cambio, si el dispositivo político propone acompañar al paciente en sus decisiones, la situación cambia. En Ginebra, por ejemplo, si el paciente quiere tomar heroína, se le da una pastilla con el 90% o el 98% de la heroína pura. Si rompe todo, tiene una sanción. Hay un libro que se llama *Yo acuso las mentiras que matan los adictos* (2023), de la Dra. Annie Mino, que explica lo que se hizo en Ginebra. Hay otro libro que se llama *Deconstruir las Drogas* (2023), que habla sobre una experiencia en EEUU. Ambos mencionan una clínica en Liverpool que, en los años 80, daba heroína y cocaína como medicamentos, en plena epidemia del sida. La tasa de contagios, en esa ciudad, era de 0. En Edimburgo, a 300 km, establecían los conflictos con el VIH. ¿Por qué pasaba? Incluso en Liverpool tenían un acuerdo con Harrods para que los pacientes pudieran trabajar ahí. Entonces, si

tenemos una modalidad expulsiva, excluyente, lo que vamos a tener es más personas en la calle y más narcotraficantes en el poder. ¿Se puede en la Argentina? Lo que se puede hacer es alojar y no sancionar.

Hay una guía de intervención de la OMS, llamada mhGAP 2.0, que brinda orientación para tratar con medidas psicoeducativas y psicofarmacológicas los problemas de adicciones, de salud mental y neurológicos. Es decir, hay muchas herramientas que pueden alojar y hay otras que pueden expulsar. En general el sistema expulsa y nos exige a nosotros que expulsemos también. La idea es dejar de expulsar, trabajar en equipo, entender el problema debe abordarse en forma interdisciplinaria. Necesitamos hablar con distintas áreas –el sistema judicial, las escuelas, el ámbito laboral– porque, en general, las personas que tienen problemas de salud mental o de adicción no pueden sostener un trabajo y necesitan licencia. Eso tiene que repensarse, regularse, hay mucho por hacer. Cuanto más actores seamos, menos *burnout* habrá. Y cuanto más amables seamos, en general, habrá también menos violencia. Cuando los pacientes se percatan de que los tratamos más amorosamente, no dejan de consumir, pero es otro tipo de consumo y otro tipo de trato.

-Betsabé Leicach: Además, pueden hablar. Porque si no hablan del tema, no tenemos herramientas para trabajar el consumo problemático.

-Alejandro Brain: Eso es vital. Si no hablan, no hay herramientas.

-Gabriela Souto: De hecho, hace unos días me reuní con un Centro de Atención Primaria de la Salud de Neuquén, y me llamó la atención que el equipo decía que nadie quería trabajar consumos. Había una sola persona, una sola profesional a la que sí le interesaba, pero no podía armar ningún dispositivo porque ella sola no podía armar nada. Entonces, ella decía que en el resto del equipo no había interés en trabajar la problemática. También decía que ahí no llegaban situaciones de consumo. Una de las lecturas que hacía es que no llegan situaciones de consumo porque no es un espacio que abra las puertas a que alguien se acerque... ¿Cómo no van a llegar situaciones de consumo a un Centro de Atención Primaria de la Salud? Por eso, hay que seguir insistiendo sobre lo que ustedes hablan sobre repensar las prácticas.

-Betsabé Leicach: También es cierto que estos pacientes generan mucha frustración en los equipos tratantes. Yo trabajo desde hace 14 años en el equipo de adicciones y todavía me sigue pasando que, por momentos, me enojo por alguna situación o me frustro si un paciente vuelve a consumir. Son cosas que nos pasan todo el tiempo. Me parece que la clave es trabajar en equipo y ser conscientes de

que hay pacientes muy difíciles, con los que quizás solo logramos que venga a tratarse y nada más. Pero, si comparamos eso con su situación anterior, es mucho.

Para muchísimos pacientes, el consumo es un síntoma de un montón de otras cosas. Ahora tenemos un paciente, un chico que fue abandonado por su madre, su padre era paciente de nuestro dispositivo hace años... muy expulsado de todos lados. Dormía afuera de su casa, fue criado por su abuela, que es muy rígida. Entonces, cuando participa en las multifamiliares, ahí queda claro que el problema de este chico NO es el consumo, pero es como una excusa para que le podamos dar un lugar al que venir todos los días. Un paciente que está totalmente desordenado, que no tiene ningún objetivo, que no sabe qué quiere de su vida; tiene un montón de herramientas y de talentos, pero que no los pudo desarrollar. Uno empieza a escucharlo, participa en los espacios de las multifamiliares, donde no importa si consumió o no, sino que venga, que todos los días se lo reciba.

-Alejandro Brain: Es otro tipo de escucha, porque hay una forma de escucha que es rápida, que tiene que ver con resolver el *furor curandis*. Los médicos debemos tener eso muy en claro. Hay que diagnosticar bien si un paciente realmente tiene trastorno de ansiedad, si está deprimido, si solo consume, porque a veces, aunque esa sea la demanda del paciente y de los familiares, no requiere de medicación. Por otro lado, también es importante determinar si un paciente que consume tiene, además, un trastorno bipolar, porque su situación de consumo va a estar cruzada por esa condición. Por eso, como médicos, tenemos que dejar de responder a la demanda de que el consumo problemático desaparezca rápidamente y darles medicación innecesaria a los pacientes. Esa demanda viene de la prohibición, de la que no debemos ser cómplices.

-Betsabé Leicach: Además, si pensamos eso en el marco de un equipo interdisciplinario, solo un pequeño porcentaje de los pacientes que están en tratamiento ambulatorio de adicciones requiere de un tratamiento farmacológico. Es importante señalar porque muchas veces se dice que sin un psiquiatra no se puede tratar a estos pacientes. Está buenísimo que haya psiquiatras en los equipos, pero no va de suyo; por ejemplo, yo no veo al paciente el primer día que ingresa al tratamiento. Eso, en general, tarda aproximadamente un mes y en ese tiempo veo si necesita tratamiento farmacológico. Obviamente, hay urgencias, que las tratamos en la guardia del hospital. La medicación, muchas veces, es necesaria, pero no es una condición para empezar el tratamiento.

-Alejandro Brain: Además, que estos pacientes consuman no quiere decir que no se puedan medicar. Muchas veces se les dice que no se los puede medicar si siguen consumiendo sustancias, expulsandolos nuevamente.

-Participante 3: Acá Eugenia. Quería contarnos cómo trabajamos en el dispositivo de abordaje de los consumos problemáticos en el Hospital Heller, que está ubicado en una zona muy compleja de la ciudad de Neuquén. Tenemos Hospital de Día, una guardia interdisciplinaria e internación, con las características que ustedes comentaron, también es a puertas abiertas. Más que hablar de resultados, creo que nosotros podemos hablar de éxito, porque generar un espacio que alberga a los usuarios caídos –en todos los sentidos posibles– es un éxito. Estamos trabajando en el dispositivo de abordaje grupal, los usuarios que están en situación de calle vienen semanalmente, lo que permite alojarlos. Nosotros no ponemos el foco en la sustancia, sino en el vínculo que ese sujeto tiene con el tóxico. En ese sentido, acompañamos los procesos y objetivos que ellos mismos se proponen. En algunos casos, sí es la abstención del consumo.

-Betsabé Leicach: Coincido con lo que decís: acompañar en lo que cada uno quiere, puede, obviamente dándole las herramientas, y que los pacientes puedan decidir con información. Por lo menos en mi experiencia, hay muchos pacientes que vienen con la idea de que no quieren consumir más. Pero es, también, una idea muy impuesta. Entonces trabajamos qué quiere decir eso, por qué no quieren consumir más, qué es lo que no quieren consumir más...

- Participante 3: Tiene que ver con el vínculo que establecen con la sustancia, ¿qué lugar ocupa en la subjetividad? Nosotros trabajamos mucho desde el concepto de “responsabilidad subjetiva”. Si bien consideramos que un padecimiento psíquico está atravesado por una problemática de salud, sí lo diferenciamos de otras enfermedades orgánicas. Eso es algo que tiene que ver con los cambios que puedan realizar, para poder correrse del lugar de los objetivos. Muchas veces creen que no hay otra alternativa al consumo, y tratamos de ayudarlos a pensar en otras alternativas. El éxito es que se hayan apropiado del espacio, que nos busquen, que pidan ayuda. Los pacientes saben que dejar de consumir no es una condición necesaria para ser parte de La nueva brújula. Sí hay ciertas pautas, mínimas, que tienen que seguir. Para nosotros es importante pensar cada proceso en particular y ver cómo se van sosteniendo entre ellos también en al fuera. Para nosotros, eso es un éxito.

-Alejandro Brain: Coincidimos 100%.

Bibliografía

Mino, A. y Arsever, S. (2023). *Yo acuso las mentiras que matan a los adictos.*

Trad. Brain, A., Feldman, N. y Boiola, K. Buenos Aires: Casa de Criaturas.

- Sanfelippo, L., Brain, A., Greggio, G. (2021). *Sala abierta. Internaciones en salud mental en un hospital general*. Buenos Aires: La Docta Ignorancia.
- Szalavitz, M. (2023). *Deconstruir las drogas. La historia completa sobre la reducción de daños y el futuro de la adicción*. Trad. Ramos Malavé, C. Pamplona: Hachette.
- Trimboli, A. (2028). *El dispositivo del Hospital de Día en Adicciones. La subjetividad y la intersubjetividad en la clínica*. Buenos Aires: Noveduc.
- (2020). *Consumo problemático de drogas. Bases para una clínica ambulatoria de inclusión sociosanitaria*. Buenos Aires: Noveduc.

Casa de Mujeres: relato de experiencia sobre la construcción de un dispositivo.

Mariana Dinamarca y Paola Gómez

-Mariana Dinamarca: La idea es presentar el dispositivo casa de mujeres, contarles cómo inició, cómo es que empezó a funcionar, a partir de qué cuestiones Pao ha pensado este dispositivo tan maravilloso. Después nos fuimos sumando de a poco al resto del equipo.

-Paola Gómez: Bueno, vengo pensando un montón en hablar en un ambiente así. No siendo psiquiatra, me puse a analizar qué hago en la salud mental, y me parece que fue a partir de pensar la salud mental como algo integral, y que les mediques, en general, si no somos psiquiatras, tratamos muy de a poquito, a lo sumo se trata de poner una medicación, poner un antidepresivo o un ansiolítico que quizás camine. Mi recorrido por centros de salud, que es en atención primaria, y por hospitales, en mi formación médica, me hizo encontrar dos cosas: mujeres en situaciones de violencia y mujeres en situación de consumo. Era algo que yo sabía que existía, pero que no terminaba de entender cómo abordarlo.

Entonces empecé a ver que mujeres gestantes tienen problemáticas de consumo en sus parejas. Eso fue lo primero que yo detecté. Y luego lo difícil, más allá de detectarlo es, abordarlo en esas mujeres. Y terminan como en un embudo, que es el momento de dar a luz, donde sorpresivamente una mujer tiene un metabolito positivo para una sustancia psicoactiva, sea cocaína, sea marihuana, sea LSD, etc. Eso es lo que se considera psicoactivo e ilegal en salud pública. Entonces tenemos una mujer que está gestando, que está en una situación muy compleja de salud mental ya, y además hay un consumo. Entonces empecé a ver que no teníamos la cabeza para receptionar eso, ni preguntarlo, ni abordarlo, ni qué hacer. Entonces empiezan a llegar esas consultas y la respuesta era no hay demanda, no asiste al turno, no tiene conciencia de situación.

Eso era una cuestión permanente que me daba hasta prurito escribir en la historia clínica, la verdad. Empecé a ver que era necesario que mujeres con esta problemática se junten con otras mujeres, para poder reconocerla en el resonar de la palabra de la otra. De este modo, se formó un grupo de mujeres que poco a poco empezó a quedar pequeño, porque eran dos veces por semana, 2 hs en el sector ambulatorio del Servicio de Adicciones. Dos horas era poco para las mujeres que querían hacer un tratamiento y dejar el consumo. A partir de esa experiencia surgió la idea de generar un lugar específico para mujeres, entendiendo que las muje-

res que tienen violencia y consumo no tienen un lugar seguro para estar tranquilas y pensar. Este era el obstáculo... “no tenemos un lugar seguro para pensar”.

Entonces si yo no estoy segura para pensar, no puedo decidir si quiero o no un tratamiento. Y así surgió la idea de un espacio que sea solo para mujeres e infancias. Algo complejo de conseguir al inicio era el espacio físico. Entonces surgió la estrategia de la intersectorialidad como una posibilidad de conseguir el lugar. No pensar que solamente salud, porque es un problema de salud mental, es quien tiene que dar la respuesta al pensamiento y a la creación del dispositivo. Se le pidió entonces un espacio al Obispado de Neuquén y nos lo cedieron después de varios intercambios, sobre todo a partir de la presentación de un proyecto, con fundamento teórico y también ministerial. Así comienza el dispositivo Casa de Mujeres. Con la unión del Obispado, el Hospital Castro Rendón y Desarrollo Social se forma un dispositivo intersectorial.

En un inicio el equipo de trabajo era parte de Desarrollo Social, parte de Adicciones... muy chiquito, Paola y algunos más. Y después, en el cambio de gobierno, la participación de Desarrollo Social se cae y el equipo quedó conformado en principio por cuatro mujeres del Servicio de Adicciones, con mucho compromiso. Y empieza para mí esta cuestión, Paola dejó de estar sola y pensar el dispositivo. Hoy actualmente lo estoy pensando con ocho compañeras más. Somos un equipo de ocho mujeres pensando cómo seguir adelante. Una casa con las características que les contamos, de lo que estamos haciendo desde octubre del año pasado.

-Mariana Dinamarca: Sí, ahondando en estas cuestiones que se iban detectando y que me parece que un poco esto es lo que no estaba entrando en ningún dispositivo específico, que pudiera alojar las características de las mujeres que llegaban en ese momento al Servicio y al grupo por las interconsultas.

Hay algunas características que comparten las mujeres que llegan al dispositivo: cierta dificultad en el sostén de lazos sociales, altos niveles de vulnerabilidades varias (no solamente tiene que ver con el consumo, no sólo con las problemáticas de violencia, sino además vulnerabilidades que tienen que ver con lo psicosocial, con lo habitacional, con lo vincular, con una escasa red vincular, escasa o nula).

La característica principal que aúna a las mujeres que participan del dispositivo tiene que ver con el consumo problemático de sustancias durante los procesos de gestación y crianza. Siempre decimos que el consumo es una de las cuestiones que las traen, por las cuales ingresan al sistema... desde este se les solicita un

tratamiento por distintos efectores y organismos que intervienen, pero el consumo no es lo único y ni siquiera a veces es lo más central en las problemáticas que trae una mujer. Existen otras cuestiones de salud mental, ansiedad, depresión... Por otro lado, lo social, lo económico, la habitacionalidad, etc.

En relación con el protocolo de ingreso, el encuadre que tiene el dispositivo a la hora de pensar qué usuarias son las que recibimos, la mayoría de ellas ingresan a Casa de Mujeres por interconsultas que recibimos desde los Servicios de Obstetricia, Neo, Ginecología del Hospital, en situaciones que en general tienen que ver con que se han detectado metabolitos positivos para alguna sustancia psicoactiva, al momento del parto generalmente, o durante los controles de embarazo. Es en algunos de estos casos (los de riesgo alto) que se les oferta como posibilidad de seguimiento y de tratamiento el dispositivo Casa de Mujeres.

Otros equipos que nos derivan además son el Equipo Perinatal del hospital, la Línea 102, que trabaja con todo lo que tiene que ver con maltrato y abuso infantil, y otros equipos tanto del Servicio de Adicciones como de otros hospitalares y otros centros de salud de la ciudad.

-Paola Gómez: Me parece interesante detenernos en que, en ocasiones, la mirada médica/ del sistema de salud, se basa en un paradigma más bien prohibicionista y criminalizador de las mujeres que tienen un problema de consumo. Esa mujer tiene muy claro que, si dice que consume, a ese hijo por lo menos se lo van a estar mirando y corre todo el riesgo de perderlo. Y hay algo que no dijimos de las mujeres, es que la mayoría de ellas son segunda o tercera generación de mujeres que son criadas por otras mujeres que han consumido y que han sido criadas por una familia extensa o estuvieron en hogares o instituciones varias. O sea que tienen un recorrido por todas las medidas de protección estatales que están basadas, repito, en un paradigma prohibicionista que lucha contra las drogas.

Entonces nosotras nos posicionamos, y esto creo que no lo dijimos con claridad, pero lo volvemos a reafirmar, desde una perspectiva de derechos y creemos que la reducción de riesgos y daños va en la línea con una perspectiva de derechos. Nos da lo mismo que se droguen, da igual. Y nosotras la verdad que nos solemos reír un montón de esto, pero entendemos que hay que acompañar un montón hasta que la demanda sea dejar de consumir. En un primer momento la demanda de estas mujeres es continuar con la crianza o empezar con la crianza... son mujeres en su mayoría de una edad entre 18 a 35 años y tenemos un número importante de primerizas.

No son pocas las primerizas de 18, 20 que están apostando a tener un hijo para cambiar de vida, porque hace años que están en consumo. Esto es algo que tenemos que tener en cuenta. La edad de consumo de estas mujeres de alcohol, yo me animo a decir que es menor a 12. Y la edad de inicio en consumo de cocaína ronda los 14-15 años. Entonces viene una piba con un recorrido de ocho, cinco años de consumo y la apuesta a este hijo como un proyecto de vida y de dejar de consumir. Y se encuentran en el hospital y en todos los efectores de salud con una mirada prohibicionista, criminalizadora, donde lo último que queres decir es que consumís y lo último que se te ocurre es pedir ayuda. Entonces estas consultas, estas interconsultas, a veces tienen ese tinte criminalizador.

Se faja a la mujer, se le inhibe lactancia por tener cocaína positiva en su orina al momento de parir, no dándole espacio a la posibilidad quizás de que pueda negativizar y en esa internación pueda dar de mamar, de lactar, que es una ventana muy interesante para esa mujer. A lo que vamos es a la cuestión neurobiológica, liberación de oxitocina, liberación de adrenalina, de endorfinas, hormonas de placer y hormonas que pueden hacer que ese bebé y esa madre tengan menos síntomas de abstinencia. Y nosotros con la pirámide prohibicionista decimos bueno, hay que anular ya lactancia, hay que escribir un informe, hay que sacárse-lo. Bueno, nosotras como feministas y con otra perspectiva decimos no, che, primero queremos acompañar.

Nosotras te invitamos a que vengas a la casa una buena cantidad de horas por día, a un lugar seguro, donde no va a haber consumo, donde no va a haber otras mujeres que te destraten, donde no va a haber nadie juzgándose por lo que elijas consumir, no consumir, o criar o no criar. La idea es acompañar, esa es básicamente la idea de este dispositivo, saliéndonos de la lógica de la mayoría de los organismos gubernamentales, que es que la persona tiene que llegar. Si yo te doy un turno, vos tenés la obligación y la responsabilidad de llegar a la hora que yo te digo. Entendemos que no es mala voluntad, no es maldad, no es estupidez, es no entender cómo funciona un mecanismo. Millones de veces hemos perdido turnos y tenemos la posibilidad de reprogramar porque sabemos cómo, ¿no?

Entonces, me parece que Casa de Mujeres intenta llegar a la comunidad de otra manera. Entender que la accesibilidad no es solo estar en un consultorio a una hora esperando que alguien llegue. La accesibilidad para pensar un tratamiento tiene que cambiar en los profesionales de salud pública, replantearnos cuál es la accesibilidad real de esa persona a ese tratamiento que yo propongo y cómo yo tengo que colaborar. Esa accesibilidad me parece que es algo que hay que empezar a mover en nuestras mentes, porque si no empieza esta cuestión de la frustra-

ción porque la persona no adhiere, y es algo que me parece que está bueno empezar a mover.

-Mariana Dinamarca: Sí, creo que tiene mucho que ver con esto de que, más allá de los criterios básicos de ingreso, que tienen que ver obviamente con mujeres que tengan la posibilidad de poder agruparse, de poder estar con otras, de poder sostener cierta dinámica que implica el estar en general 6 hs... Pero no es un requisito, no es una condición estar las 6 hs. El dispositivo funciona 6 hs. de lunes a viernes, de 10 a 16 hs. Después van llegando, decimos nosotras siempre van llegando y van estando lo que cada una puede. Pero un poco la cuestión del bajo umbral de accesibilidad, que es una de las características más importantes, creo yo, del dispositivo, tiene que ver con esto de pensar qué es lo que necesitan para llegar, como un paso previo... no estar a la espera sino activamente posibilitar la llegada.

De hecho, nos pasó mucho tiempo, me acuerdo al principio, cuando recién empezó a funcionar la Casa (yo me sumé más o menos al mes de que la Casa empezó), era una pregunta constante de: “che, ¿qué pasa que no llegan? ¿Cuánto les cuesta el cole? ¿Dónde vive? ¿Con cuántxs niñxs tiene que llegar? Pensar un montón de cuestiones que tienen que ver con poder hacernos la pregunta con respecto no tanto a “bueno, les doy un turno y no vienen”, sino más bien pensar ¿qué tiene que hacer para llegar? ¿Cómo podemos facilitar que llegue?

Y en eso, bueno, un montón de cosas que hemos ido haciendo a lo largo del tiempo y con las distintas situaciones, un poco siguiendo el desarrollo de los fundamentos del dispositivo, por lo menos de cómo lo pensamos y cómo lo sostene mos. Como decía, es un espacio de alojamiento diurno, es de bajo umbral en este sentido, no hay requisitos para el acceso, más allá de, obviamente, tener un encuadre y que hay cierto perfil de usuaria para el dispositivo, pero es flexible en cuanto a sus condiciones con respecto a las usuarias.

Esto funciona de lunes a viernes de 10 a 16, pero no es una lógica de centro de día en la cual hay que estar de lunes a viernes de 10 a 16 para pertenecer o estar contemplada dentro del dispositivo, sino que es más bien una lógica de que cuando van llegando, cuando van pudiendo llegar, se las espera y se las aloja, se las acompaña y se las invita obviamente a que estén más tiempo siempre. Un poco esa es la apuesta, pero no es un requisito de ingreso si se quiere, tener que sostener determinada cantidad de horas o determinada asistencia.

El posicionamiento, se sostiene en pensar el consumo desde el paradigma de la reducción de riesgos y daños, que un poco tiene que ver con esta perspectiva de

que la abstinencia no sea un requisito de ingreso ni de permanencia, sino de pensar que es un proceso, y que en ese proceso va a haber idas, va a haber vueltas, va a haber recaídas, van a haber un montón de cuestiones en juego, porque obviamente son usuarias que tienen muchos años de consumo y la verdad es que no podemos pretender que eso se solucione de antemano o que se encuentren otras vías para responder a un montón de situaciones vitales, en un tiempo reducido.

Más bien pensamos que la idea es trabajar en una perspectiva más de largo plazo, donde se pueda ir justamente apostando a construir otras cosas... no vamos "contra" el consumo, no vamos a pedir abstención pura y dura, sino que tratamos de pensar que es una respuesta a ciertas condiciones de vida y subjetivas y ofertamos un espacio en el que se apueste a construir otras posibles.

Se trata de tejer con cada una, con los recursos subjetivos con los que cada una cuenta, lo que se puede encontrar como punto de fuga, si se quiere. Pensando desde una perspectiva de género, obviamente, y me parece que esto es super importante y es algo que hemos sostenido también para pensar cómo incorporar personal, que todavía creo que nos falta ampliar el equipo, pero sí consideramos que la formación del recurso humano en perspectiva de género y cierta sensibilización para con la problemática, tiene que ser una condición esencial para que alguien pueda formar parte, digamos, de este equipo y sostener este trabajo. También hablamos mucho de esta cuestión, que también hay que poder sostenerlo y realmente son situaciones muy duras y difíciles, y que te interpelan y te atraviesan desde un montón de lugares.

Entonces también esta cuestión me parece importante, cómo poder sostener, repensar las prácticas todo el tiempo y repensar desde donde una se posiciona a la hora de intervenir... Nos parece que en este sentido el equipo también debe tener cierta coherencia y unificación en esa línea de trabajo y en esta mirada.

- Paola Gómez: Algunas ideas, algunas ideas que esto, algo que volvemos a retomar, que es violencia y consumo, solemos dividirlo, solemos hacer una división para el abordaje, y la realidad es que no estaría funcionando separarlo. Entonces, en esta lógica es que nosotras tomamos que se tiene que trabajar de manera conjunta y no desde la prohibición, porque hay cosas que una suele escuchar, que tiene que dejar al violento, que tiene que abstenerse del violento. Y la realidad es que muchas veces esa es la persona que las acompaña, que tiene una presencia, como la sustancia. Entonces nosotras pensamos en esto, en un lugar seguro donde se puedan trabajar las dos cosas. Estas dos cuestiones.

Por un lado, el consumo que creen que se tiene que ocultar lo más posible, porque si no les quitan a sus hijos y pierden el derecho de ser madres. Porque hay algo que es muy importante, estas mujeres fueron criadas en lugares donde no fueron muy vistas, muy miradas, hay en ellas cierta necesidad de verse como mamás, teniendo un rol de mamás, pero hay un rol de adultas que es difícil desarrollar. No quiero decir palabras que estén mal para ustedes, colegues, pero es lo que yo vengo pensando desde este año. Entonces, este lugar de cobijo tiene que ser un trampolín para escuchar qué motiva esa mujer a estar en nuestro espacio. ¿Por qué viene esta mujer? ¿Viene porque quiere dejar de consumir? ¿Quiere venir porque quiere sentirse tranquila un rato? ¿Quiere porque quiere estar segura? ¿Por qué viene?

Y si no lo sabe, porque la mayoría vienen con un papel, con un Oficio que dice “si vos no hacés tratamiento perdés a tus hijos”. Bueno, listo, descubramos juntas cómo hacemos este tratamiento. Entonces, en esto lo importante es no poner de antemano cuál es el objetivo: “vos estás acá para dejar de consumir y recuperar a tus hijos, perfecto”. Si la persona, si la mujer no está para eso, posiblemente se vaya y no vuelva más, ¿no? Entonces, lo que nosotras proponemos es este espacio de alojo, de tranquilidad para pensar, pensar si lo que está pasando en esa vida se puede modificar y puede estar mejor. Pienso desde los Estadios Transicionales del Cambio

En esto vimos, como decíamos, que no es solo el consumo, son las relaciones violentas, es la relación con el padre de mi hijo, la relación con la escuela, la relación con mi defensor. Hemos acompañado mujeres que hace cuatro años tienen un defensor oficial y no lo conocían, no sabían cómo interactuar con ese defensor. Entonces este lugar de cobijo es un lugar donde no es que estamos incondicionalmente, no es que permitimos que se haga cualquier cosa, tenemos algo muy claro que es el consumo activo no se realiza en este espacio, el destrato o maltrato a una infancia o a otra mujer o a una integrante del equipo no puede llevarse adelante.

Pero quizás si vengas tres, cuatro veces con resaca, quizás sí vengas cuatro, cinco o 10000 veces con que volviste con tu agresor y nosotras vamos a seguir cobijándote hasta que en algún momento entres en el click de que algo hay que cambiar. Y quizás puedas sostener un espacio individual y quizás puedas construir una demanda de tratamiento. Pero mientras tanto la Casa de Mujeres asegura un espacio donde esa mujer pueda comer y nutrir ese cuerpo que acaba de gestar, que acaba de entregar un montón de nutrientes a otro ser. Y es importante esa recuperación neuronal para pensar en que se pueda pensar y se pueda elegir, porque desde la desnutrición es medio imposible pensar distinto. Digo, porque la desnu-

trición es un estrés, es un estrés hormonal, es un estrés celular, tanto como la cocaína.

Los niños que nacen con bajo peso porque su madre es desnutrida, tienen la misma deficiencia de pensamiento que una madre que no es desnutrida pero que consume, estas son cosas que me parece que está bueno pensar en relación a la criminalización de quien consume cocaína. Digo, realmente no hay mucha evidencia, perdón, me estoy yendo por las ramas, pero no hay mucha evidencia de que los niños que nacieron y consumieron cocaína durante su gesta tengan mayores deficiencias de pensamiento y cognición que en un niño que no. Si hay mucha evidencia con el alcohol, con alcohol hay una evidencia tremenda. El alcohol sí genera déficit cognitivos y está totalmente sabido. Y es una sustancia legal, y es una sustancia que no se dosa en orina, que nunca se puede descubrir si una mujer consumió alcohol durante todo su embarazo.

-Participante 1: Sumo que también ¿a quién se le hace el metabolito, no?

-Paola Gómez: A quien porta cara. Yo te voy a contar algo así rápido, Luisina. Fui a una audiencia, en ese momento yo tenía un mechón azul y fucsia, y me senté en la audiencia para acompañar a una mujer, una usuaria. Y el juez me dice: ¿hace cuánto que vos no ves a tu hijo? Y yo me reí con mucha gracia, y le dije “soy Paola, soy médica, ella es la mamá”. Entonces el médico, en el momento que la mujer va a parir, siempre dicen lo mismo, estaba muy loca, estaba muy desesperada. Yo he acompañado partos durante tres años y todas las mujeres están locas y desesperadas porque tienen dolor. Entonces si hacemos una foto de todas las mujeres que fueron, les hicieron el *screen* durante este año, son todas la misma, o sea, son una foto, el mismo estereotipo de piba.

Y eso es un garrón, eso realmente es un garrón, porque seguimos criminalizando la pobreza, desde la salud pública, sin querer. Vuelvo a lo que dije, es muy difícil unir: mujer, consumo, gesta. Cada vez que nosotras contamos, que trabajamos con mujeres embarazadas que consumen cocaína recibimos caras de horror y la verdad es que creo que hay que empezar a naturalizarlo y saber que está, porque si no hay un montón de mujeres que van a seguir no pidiendo ayuda. Yo estoy hace un tiempo diciendo che, pongamos carteles en los centros de salud que digan si consumís hay un espacio que te cobija. ¿No? habilitarlo. Demos por sentado que hay pibas que están en consumo y están gestando.

Entonces empecemos a abrir espacios de cobijo para que puedan tener una gesta distinta y no lleguen con toda la culpa a parir cruzando los dedos para que nadie les pide una orina, porque entre ellas lo saben, no es que no lo saben. Entonces

repite, los espacios de cobijo, sobre todo, como dijo Marian, necesita que las profesionales tengamos la cabeza amplia, que pensemos en interseccionalidad, que pensemos que esa mujer tiene un montón de aristas de problemas, más allá del consumo, digo, ser mujer ya implica un montón de cuestiones.

Más allá de la indicación médica, hay una familia que o te apoya o te tracciona que sigas adentro de ese núcleo endogámico de malestar. Entonces tenemos que pensar eso en las ofertas que hacemos... ¿hay un lugar para que esa mujer deje a su hijo o hija? Porque sino, tener una sesión de terapia con un bebé a upa, hablando de lo mal que te sentís, es un garrón para el pibe, y es un garrón para vos y para el profesional también. Digo, pero yo me he visto naturalizando esas cosas, ¿no? Como bueno, tenelo un rato y después vemos. Y si llora sale y alguien lo agarra.

Saliendo de la salud mental, el otro día recordaba que un montón de veces tuve que mecer un carrito para que el bebé no llore mientras tomaba un PAP, mientras hacías un PAP, el gran PAP de todos los años. Nada, esto ¿con quién dejas el nene para hacerte el PAP si no te lo cuida la abuela? Y recuerdo Salud diciendo “tenés que hacerte el PAP todos los años porque si no vas a tener cáncer”. Bueno, pensemos ¿quién cuida a las infancias? Esa hora en la que yo me hago el PAP. Esto es lo mismo, pensemos quién va a cuidar a esas infancias cuando esa mujer tiene un tratamiento. Nosotras nos dimos cuenta que no había mucha red y que éramos nosotras quienes teníamos que empezar a dar respuesta a esa parte de la accesibilidad.

Esto no estaba muy pensado... o sea, estaba planeado, pero no tanto como ahora que tenemos otro público que son las infancias. Y las mujeres realmente disfrutan mucho de cuidar y criar y pensar cómo criar con nosotras, que es muy divertido. Y esto pasa en un lugar de cobijo, porque no hay espacios pautados. Hoy se hace esto pase lo que pase... no, se hace si se puede, se hace si se logra, pero estamos acá. Estamos acá, aunque haya una con un niño, ¿no? No sé, puedo contar infinitas anécdotas, pero me parece, repito, que las personas que trabajamos con estas mujeres estemos a gusto y desprejuiciadas, es clave. Si les interesa laburar con esto, hay que trabajar en los propios prejuicios.

Yo creo que tiene que ver con la ternura, que después me gustaría que Marian lo desarrolle, pero tiene que ver con la amorosidad con la que afrontamos esta tarea sin pretender que alguien logre un objetivo. Nuestro objetivo hoy es acompañar a estas mujeres. En ningún momento tengo como objetivo que dejen de consumir. Si lo logramos, buenísimo, pero para mí que vengan a gusto a un lugar y vengan porque tienen ganas y no por obligación, ya ganamos y ganamos un montón.

-Mariana Dinamarca: Sí, totalmente... Bueno, ahora avanzamos un poco y les contamos justamente cómo está armado el equipo. Pero recordaba que esta semana nos pasó con una usuaria que acaba de tener a su bebé hace poquito, y hay una medida de protección integral tomada, por lo cual están con otra persona, una familiar, que está como referente de esa bebé y demás. Y nos dimos cuenta de que estaban en un momento hermoso, ella con su bebé de un mes. Nos dimos cuenta de que claro, era la primera vez que estaban solas, habían estado en el hospital, había estado internada un par de semanas por cuestiones, complicaciones de la cesárea. Y después con esta persona que es la referente, que además está como todo el tiempo un poco en esto de “no consumas, no consumas”.

Era el primer momento que tenían a solas, que en realidad no estaban a solas, estábamos todas nosotras, había otras usuarias y demás, pero era un momento tranquilo de ella con su bebé, un mes después de nacida. O sea, recién después de un mes se encontró con esa bebé en otro contexto. que no tuviera que ver con una mirada controladora de esa maternidad que está iniciándose. Así que bueno, para ilustrar un poco... tenemos un millón de anécdotas como esta...

En relación al equipo, tratamos de ser siempre tres por día, por una cuestión de que están las mujeres, pero también las infancias, y a veces son dos, a veces son cinco, a veces son 10, nunca sabemos cuántos somos, entonces tratamos de ser al menos tres, porque de alguna manera lo requiere la tarea y también la atención que tiene que estar un poco dividida entre las usuarias y las infancias. Ellas un poco se relajan cuando llegan, entonces es como que lxs niñxs quedan un poco a cargo nuestro, porque es como “bueno, los dejamos acá” y hay un montón de cosas y de juguetes y de cosas para hacer, entonces requiere esta atención dividida.

En algún momento pensamos, seguimos pensando que sería buenísimo y sería hermoso tener personal para las infancias, específicamente, porque a veces nos quedamos un poco cortas nosotras. Es un ritmo bastante demandante en cierto punto, porque estar todo el tiempo con cierta disponibilidad para un montón de situaciones... para días que estamos todas felices cocinando y días que llegamos todas con temas terribles y hay que estar con cada una y hay que prestar atención a algo de eso. Entonces bueno, por lo menos tres consideramos que es lo óptimo. En el equipo está Pao, médica generalista, que está todos los días, de lunes a viernes. Después somos tres psicólogas: Eve, Vicky que está por acá también y yo. Somos las tres psicólogas que estamos divididas en días, estamos determinados días a la semana cada una.

Ahora hace poco se sumó una compañera, Trabajadora Social del servicio, que también nos está dando una mano con un montón de cuestiones que tienen que ver

más con su función y su rol. Hay cuatro acompañantes terapéuticas que nos están acompañando también y que se suman a la conformación de las triples diarias. Tenemos talleres, un poco pensando en contarles la dinámica del día a día de la casa, que como decíamos, funciona de 10 a 16, se comparte el almuerzo, con lo cual hay mucho tiempo de la mañana y parte del mediodía que se va en preparar el almuerzo, pensarla, cocinarla, servir la mesa, comer, etc. Y en general tratamos de que en las últimas 2 hs haya alguna actividad o alguna oferta de actividad para las usuarias que quieran sumarse.

Así que bueno, por lo menos en este primer año hemos tenido talleres de peluquería, de yoga, de arte, de cerámica, el roperito, como le llamamos nosotras... Tenemos un lugar donde llegan todas las donaciones de ropa y es un día especial que se abre todo lo que llega y se prueban, eligen, bueno, es todo un evento. Y con respecto a las talleristas, algunas compañeras han venido ad honorem, porque han conocido el dispositivo y les ha interesado sumarse. Hay compañeras de La Revuelta también llevando adelante dos espacios de taller, compañeras de otros organismos del estado que también se han acercado a la casa y les ha causado interés el dispositivo y han traído alguna propuesta de taller. Así que bueno, los talleres también son como una parte fundamental del día, los días que tenemos.

Continuando un poco con la cuestión de la línea de abordaje, creo que esto ya lo dijimos ampliamente, pero tiene que ver con poder contemplar que la mujer que está criando necesita un espacio al que pueda concurrir con sus niñas, que es una condición fundamental para que puedan sostener un tratamiento, y que no es posible pensar un abordaje que no tome en cuenta algo de esto. Y que pueda tomar en cuenta que están atravesadas por distintos modos de maternar, me parece que eso es súper importante, poner también sobre la mesa la pregunta, una mujer que consume ¿no puede maternar? O cuál es, digamos, la afectación de ese consumo en su maternidad.

Seguramente va a ser una respuesta una por una, porque no van a ser todos los casos iguales, pero sí es cierto que muchas veces el consumo viene al lugar de permitir sostener cierto lugar o función de ejercer cuidado, a veces solo con sus hijos, y a veces con la familia también más ampliada, y con ciertas responsabilidades que tienen que ver con el cuidado familiar.

Y pensando desde el paradigma de derechos, en este sentido de ofertar un lugar de alojo en el que se las reconozca como sujetos activos de sus propios procesos y tomando en cuenta que vienen con vulnerabilidades que atraviesan distintas esferas de su vida, y que no solamente tienen que ver con el consumo de sustancias, creo que esto también ya lo comentamos, pero tiene que ver con un enfoque

de prevención inespecífica en este sentido, como decía Pao, de apostar a la salud integral, acompañar proyectos. No se trata solo de consume o no consume, sino de poder abrir un poco el panorama a acompañarlas por distintos procesos que están atravesando, que no solamente tienen que ver con los tratamientos, sino muchas veces son procesos respecto de las infancias, medidas de protección, en ese sentido están intervenidas por otros equipos: familias solidarias, defensorías, y poder acompañarlas en todas esas travesías por distintas instituciones también es todo un desafío, porque se trata de acompañar en esa soledad que a veces genera toda esta sobreintervención de “tenés que ir acá, tenés un turno allá”.

Nos pasa mucho con las usuarias que recién llegan, que vienen con este tema: “tengo que ir al 102, y después tengo que ir a la Defensoría, y después tengo que ir a Familias Solidarias, y tengo que hacer este taller de crianza, y tengo que...” Y de repente es como un montón, también hay que poder organizarse con eso y poder entender a qué vas a cada lugar. Entonces también hay que acompañar en eso. Cabe destacar que nosotras también tuvimos que aprender qué era cada cosa.

-Paola Gómez: Tal cual. No teníamos idea de qué era cada cosa. Y parte de la intersectorialidad tiene que ver con esto que decía Marian. Llegaban al grupo mujeres con tres papelitos sin saber a dónde ir, y yo tampoco tenía idea dónde ir. Dijimos bueno, hagamos un lugar donde puedan venir los equipos a charlar una situación específica. Casa de Mujeres está abierta a derivaciones. O sea, si bien tenemos un protocolo de ingreso, un área geográfica de referencia, nosotras entendemos que la derivación es un proceso activo del equipo, no de la usuaria. Nos parece tremendo que llegue una piba con un papel tipo vine acá, no sé a qué, pero viene con este papelito sellado por alguien.

A nosotras nos parece que es necesario que ese equipo venga, conozca la casa, entienda la lógica, pensemos juntas qué objetivo vamos a buscar, porque si no queda de vuelta, ¿no? Como que la mujer no logró ser derivada, no logró llegar, no quiere cuidar. Y es otra cosa que me quedé pensando, esto de los cuidados, ¿no? Cómo están normados, cómo están normatizados los cuidados que una mujer tiene que llevar adelante para con sí misma, para con otro. Sobre todo esto que dijo Marian, ¿Una mujer que consume no puede cuidar? Yo la realidad es que hecho controles de niños sanos, de niños de cero a tres años, con mujeres que estoy segura de que consumieron esos tres años, y el niño está en peso, está en talla, va a la escuela, tiene la maqueta para el jardín, todo.

Entonces, repito, a veces la exigencia de la norma de cuidar a veces desdibuja un montón de cosas. Hay una película argentina que se llama *Blondie*, no sé si la vieron, donde hay una madre que cría en consumo de marihuana y no hay una

criminalización de una madre rubia que cuida fumando porrito. Hay que pensar estas cosas, porque si no seguimos reproduciendo ciertas lógicas. Entonces, repito, en esto de la intersectorialidad invitamos en un momento al equipo de crianza de la Dirección de Familia para que vengan a dar el taller de crianza en CM. Que las mujeres puedan saber que acá hay otra casa de mujeres que las busca, que las aloja. Entonces conocer al equipo de Familias a nosotras nos dio una oportunidad, una óptica recontra distinta de lo que era ese equipo.

Conocer al abogado defensor nos dio una óptica muy distinta de lo que yo no sabía, que era una medida de protección, no tenía idea. Bueno, ahora ya lo sabemos un poco más. Me parece que pensar en esto, repito, en los abordajes más amplios hace a que haya más objetivos alcanzables. Cuanto más diversificamos la salud, mientras más puntos de anclaje tenemos a la salud, y no solo el consumo, y no solo la abstinencia, más ancla esa mujer a una necesidad o a una gana si se quiere, de estar mejor. Nosotras ahora estamos, hace como dos semanas que estamos intentando que le reconecten la luz a una piba. Estamos aprendiendo hasta de disyuntores, que podríamos decir “Che, eso no nos compete, fijate, no sé”.

Saben que nos dimos cuenta de que reconnectar la luz requería el mismo monto que cobraba por el único ingreso que tiene, que es una asignación universal, por ejemplo. Nos dimos cuenta de eso. Entonces la intersectorialidad hizo que vayamos a Calf y pedimos que le hagan un descuento, porque nos enteramos de que en Calf había como un plan de pago para mujeres solas. Digo, me parece que es importante que todos pensemos, y todas, que nuestras líneas de abordaje, nuestras líneas de laburo, se amplíen a otros sectores, pero se amplíen en una comunicación fluida, no en disparar a ver a quién le toca esta situación difícil, porque se complica todo más, porque la verdad que ya esa mujer no sabe dónde llegar.

Entonces si todes asumimos que es difícil, y bueno, vamos un poquito cada uno, cada sector, cada Ministerio, cada lugar, nadie va a poder resolver esto solo, ni a palos. Es muy complejo. Entonces sí o sí, la interdisciplina, la intersectorialidad, la interseccionalidad es necesaria como punto de análisis de la situación y poder pensar en un abordaje la estrategia particular para cada sujeta, porque no hay nada que se pueda reproducir en otra, nada. Ni el buenos días, cada una tiene que tener su saludo matinal, me parece.

-Mariana Dinamarca: Si... para sistematizar algunas cuestiones más que nos parecía interesantes dejar como disparadores y preguntas. Por un lado, traer esto de qué implica gestar, criar y maternar en consumo. Otra cuestión, ¿Se puede sostener un tratamiento en situaciones de vulnerabilidad extrema? Pensando también en esto de las condiciones que muchas veces ponemos para el acceso a los

tratamientos, y cuáles son las condiciones mínimas que alguien debe tener cubiertas para poder pensar en hacer un tratamiento de algo. Y en este sentido pensar un poco esto, qué pedimos desde los dispositivos. Y también ¿qué ofertamos? Porque las dos cuestiones van de la mano en cierto punto.

Y esta cuestión de qué damos, qué pedimos, qué ofertamos y cómo construimos otra cosa, pensando en esta idea que traía Tomasa, en su encuentro, de cómo el consumo muchas veces es una respuesta frente al dolor, siempre singular, siempre muy íntimo, que tiene que ver con cuestiones muy subjetivas que las atraviesan a cada una de modo distinto, pero que en algún punto la sustancia ha sido la respuesta frente a algo de ese dolor que las atraviesa... en su vida, en sus lazos... Entonces, ¿cómo construir, al lado de esa respuesta, una otra respuesta que pueda funcionar como una alternativa?

Y en este punto pensar, esto que nos parece que atraviesa mucho los dispositivos de salud en general, no solamente este dispositivo puntual, que tiene que ver con la cuestión de la demanda, y con cierto cuestionamiento a la idea de que en los casos con problemáticas de consumo no hay demanda, más aún en las mujeres... que faltan a los turnos y cuesta que vengan, etc. Esta cuestión de pensar "bueno, no hay demanda, entonces no se puede hacer nada porque no hay una demanda que de alguna manera nos habilite a intervenir", como siempre pensamos un poco desde este lugar más psi. Y la realidad es que este ejercicio que hacemos permanentemente de pensar esos matices tiene que ver con preguntarnos primero ¿están dadas las condiciones para que haya una demanda? ¿Qué condiciones previas son necesarias para que una demanda se pueda formular? Entonces preferimos pensar que no hay *todavía* condiciones subjetivas para formular una demanda, pero que es un trabajo sobre el cual tenemos que accionar también: el construir una demanda posible de tratamiento, de un espacio individual, de una escucha, de lo que fuere que entendamos por tratamiento... es un trabajo y se construye también, no está dado de entrada. Y creemos que es muy importante pensar en esta idea y ponerla a trabajar... tenemos dispositivos pensados para gente que viene con una demanda armada y que sabe lo que quiere y que problematiza lo que le pasa, en este caso el consumo, y en realidad ese punto es más un punto de llegada que un punto de partida, en la gran mayoría de los casos.

Entonces traigo esta idea de "subvertir la entrada", salir un poco del "no hay demanda", para pasar a un "te esperamos", en cierta apuesta de construir algo que no sabemos muy bien hacia dónde va a ir o qué efecto va a tener, pero que si implica esto: intentar alojar lo que hay, y en todo caso trabajar para que alguna demanda se pueda construir y se pueda generar.

Y esto nos parecía que interesante pensarlo desde este marco que mencionaba Pao hace un ratito, sobre las Fases del Cambio⁶, pensar en esta cuestión de poder ubicar que alguien que llega, la mayor parte de las veces, o en la mayoría de los casos, llega en un momento de pre-contemplación, donde hay algo de lo que nosotros estamos esperando, que tiene que ver con la formulación de un pedido, o de una demanda x, que todavía no está clara. No hay un problema claro, la necesidad clara de generar algún tipo de cambio. Entonces, va a ser muy difícil que en ese momento subjetivo haya una demanda o encontremos lo que nosotros conceptualizamos como demanda, y pedimos que la gente venga con esa demanda clara, con ese pedido, y quiera cambiar algo de eso.

-Paola Gómez: Es además poder leer en qué momento esa persona se encuentra, es poder leer bueno, sobre qué intervengo, sigo buscando si está pre-contemplando, sigo motivando, sigo diciendo te espero, sigo creando lugares para, o espacios para que generes algún motivo y no cerrar la puerta y decir bueno “no querés lo que yo te ofrezco, cierro, chau”. Nosotras estamos laburando en el pasito de pre contemplar a contemplar que esto te hace mal, consumir te hace mal, este vínculo te hace mal, ver a tu mamá, etc. Infinito, digo, infinito es lo que hace que vuelva al consumo o vuelva a la situación que pone en riesgo. Pero repito, es muy importante que sepamos escuchar qué está pidiendo o qué está motivando a que esté. A veces es muy difícil, a veces no hay nada, a veces hay que seguir insistiendo y hay que volver a preguntarle si quiere dejar de fumar. ¿Che, pensaste en dejar de fumar? No. Bueno, dale, estaría bueno.

Esto es de donde sale esta teoría, en relación con querer dejar de fumar y que se recae una gran mayoría de las veces cuando una persona quiere dejar de fumar tabaco. Entonces estos autores vieron que no era que no querían, sino que las acciones que se llevaban a cabo o que se proponían, no se presentaban en el momento indicado. Bueno, sepamos encontrar el momento indicado. Y nosotras apostamos, repetimos, a que ese momento indicado tiene que sí o sí estar acompañado de un lugar que me permita reflexionar, no es posible pre contemplar y pasar a contemplación si yo no tengo un lugar seguro que me permita pensar que quiero cambiar. Es muy difícil. Entonces está Casa de mujeres, generando ese ambiente de precontemplación a contemplación. Y estamos....

-Mariana Dinamarca: Sí, un poco en esto que decía Pao, el buen día es para cada una distinto, la que quiere un abrazo, la que no lo quiere. Como pensar en ofertar respuestas hasta en esa cuestión que tiene que ver con la llegada, hasta cuestiones que tienen que ver con qué espacio de tratamiento para cada una, en

⁶ Prochaska, J O; Norcross, J C; DiClemente, C (1994) *Changing for Good*. New York: Avon Books.

qué acompañarlas, en qué se las puede acompañar, en qué cuestiones intervenir, cuándo intervenir.

Y en ese punto nos parecía importante poder retomar algo de esto, de que las respuestas de nuestro lado siempre tienen que ser flexibles, y eso no implica que se pueda hacer cualquier cosa, sino que es flexible en el sentido de que es plástico, se puede adaptar a cada situación, a cada caso, pero eso no implica que no haya un marco y que no haya condiciones, sobre todo de convivencia y también del estar en un determinado lugar que tiene obviamente sus características y sus normas. Pero sí, siempre teniendo en cuenta que son muchos los factores que atraviesan a estas mujeres y que muchos de ellos ni siquiera tienen que ver con la cuestión del consumo, que es por lo que llegan.

Creemos que de algún modo que tengan un espacio que les permita pensar, como decía Pao, un espacio alojo, un espacio tranquilo y seguro es el primer paso y es fundamental para que se pueda sostener algún tipo de abordaje o de tratamiento, como lo queramos pensar. Creo que esto lo fuimos conversando y lo fuimos trayendo a lo largo de lo que fuimos comentándoles. La cuestión de la interseccionalidad, pensar algo del orden del enfoque interseccional que tiene que ver un poco con esta cuestión de cómo interactúan distintos factores en las diferentes situaciones y que hay ciertas asimetrías que atraviesan las formas de vivir, de enfermar, de acceder a la atención en salud. Un montón de veces nosotros nos sentamos a pensar bueno, ¿qué le ofrecemos a las mujeres?

Y por qué todos los dispositivos que hay, o la gran mayoría, hasta que se armó este espacio, estaban pensados mayormente para varones. Es poder de alguna manera poner un poco en cuestión esa desigualdad total, la lógica androgénica con la que están pensados los consumos, donde están las comunidades terapéuticas, pensadas para que ese varón no vaya con ningún hijo y haya una mujer que se quede cuidando y posiblemente esa mujer tenga algún problema de consumo, pero ni a palos puede pensar en internarse...

-Paola Gómez: No hay quien cumpla su rol de cuidadora. Esto es general, desgraciadamente en el mundo. Repito, pensar en que las mujeres consumen es algo que está saliendo a la luz. Yo agradezco que esté saliendo, la verdad me parece que en vez decir no están, es ver que cada vez hay más mujeres que consumen. Yo creo que las mujeres hemos consumido durante toda la vida, aunque no estuviera visibilizado. Además, están los círculos de violencia que muchas veces son sostenidos desde el consumo de la pareja, es algo que escuchamos habitualmente, él tiene que hacer tratamiento, ella tiene que cuidar los hijos... ¿y si ella sola tiene que cuidar a los hijos, hacer tratamiento y cocinar? ¿Cómo hace?

-Mariana Dinamarca: Hay un espacio que hemos acondicionado a modo de consultorio, quizás esto también está bueno traerlo... no todas las usuarias que llegan a la casa tienen un espacio de psicoterapia individual, de hecho, es más bien como un punto de llegada, pensando un poco en esto, en que hay que trabajar en construir cierta demanda y construir la posibilidad de sostener un espacio individual con todo lo que eso implica, aunque está como muy naturalizado... es un montón sentarse a hablar cara a cara de modo individual.

Así que es algo que se va trabajando con cada una de ellas en el día a día, y también tratamos de que puedan elegir con quién se van a sentir más cómodas para sostener ese espacio. Entonces algunas lo tienen, otras no, depende del momento en el que estén en su paso por el dispositivo.

También nos interesaba traer algo de esta perspectiva de la ternura, de la dulzura, también... pensar en la importancia de incorporar estos conceptos en los abordajes en salud mental en general, más allá del abordaje en mujeres. Pero creemos que es una herramienta fundamental, por lo menos en el abordaje que nosotras llevamos adelante, y que tiene que ver con esta idea de dejarse atravesar de alguna manera, algo del orden de la porosidad que implica dejarse atravesar por algo de estas existencias, que muchas veces nos enfrentan con vulnerabilidades, con cuestiones a veces complejas de acompañar por lo que generan, ¿no? Agregar referencias

Por lo difíciles que son algunas de las situaciones, o la mayoría, cada una en su singularidad, pero que tiene que ver un poco con esto de poder acompañar algo de ese dolor y poder dejarse afectar también, en el buen sentido, en el sentido de hacer vacío para posibilitar cierta potencialidad... ese acompañamiento que es imposible si uno no se deja tocar de alguna manera por algo de eso, lo cual no implica quedar capturado por ese dolor, no implica intervenir desde ahí, obviamente, sino esto de dejarse afectar y poder llevar algo de eso a otra parte... Nos parecía que estaba bueno traerlo, que es interesante y que considero que también es una herramienta que nos sirve en general, en cualquier dispositivo en el que nos propongamos acompañar el dolor de alguien a nivel subjetivo, bueno, algo de esa porosidad y de esa capacidad dejarse afectar e interpelar tiene que estar para que pueda generarse un acompañamiento más amoroso⁷.

-Paola Gómez: Llegué a dónde digo, hay algo muy importante que creo que también es como una protección, es no tomar nada, absolutamente nada como

⁷ Douformantelle, A. (2021) Potencia de la dulzura. Nocturna Editora, Buenos Aires. P p 32.
Derrida. J.- Douformantelle, A. (2006) La hospitalidad. Editorial De La Flor. Buenos Aires.

personal de lo que haya, de sus actitudes. Hay días que están insoportables, todo está mal, todo es una negativa, y de repente te ves enganchada y después decís: “Che, esto no es personal, hay algo que le pasa”. Y tiras un chiste, un mate y le cortas una fruta y se tranquiliza, ¿no? Y creo que si uno entiende que no es personal y puede automáticamente proponer otro juego, se libera. Se libera y se aplica a cualquier índole de la vida.

Digo, realmente creo que esto es algo que nos protege un montón. No tomar personal lo que ellas traen en el día a día, ¿no? Ya sea a una cara rara o a un silencio. Y también me quedé pensando en que para nosotras es muy fácil la verbalización. Somos re charlatanas. Y hoy hubo una piba que fue, estuvo y no pudo hablar... se fue a la casa con una viandita, porque más allá de que no habló, que no sabíamos qué quería, la verdad que no tenía idea, le dimos una viandita y llegó a su casa y nos dijo “che, el guiso estaba buenísimo. No pude hablar, pero gracias.”

Me parece que eso es importante. Y otra cosa que no tiene nada que ver, descolgado, tiene que ver con el rol de gestionar los dispositivos dentro del Estado. Esto es un aprendizaje que tenemos las cuatro tremendo. Yo nunca había comprado nada para el estado, ni gestionado un recurso más allá de un baja lengua. Y de repente ahora nos damos cuenta de que tenemos que comprar cosas, necesitamos pedir plata. No es imposible, esto quiero comunicarles, no es imposible pensar un dispositivo que no esté pensado. Nosotras generamos una respuesta a una demanda que nadie estaba queriendo agarrar, porque es una papa caliente, porque es complejo. Pero hoy nos estamos asegurando un lugar, nos aseguramos la comida, nos aseguramos nuestra participación y nuestros sueldos. Hoy estamos eligiendo llevar adelante este dispositivo. No es sencillo, pero está buenísimo.

Para mí está buenísimo que apostemos a que haya otros dispositivos. Y me parece que tiene que ver con aplicar la ley, con aplicar esto que la ley trae de generar dispositivos comunitarios en salud mental. Podemos generar dispositivos desde el Estado, o desde el tercer sector, desde asociaciones civiles. Esto quiere decir, me parece que está bueno empezar a pensar cosas distintas, que nos den aire en este camino de militancia de ser empleados públicos. Nosotras somos empleadas públicas por militancia, esto también lo charlamos un montón, pero esa militancia nos hace buscar otras formas de articular para no ahogarnos y que nos falte el oxígeno, salir del “no se puede o es de esta manera y no hay otra manera de hacerlo”.

Si se quiere estudiar una carrera en gestión, buenísimo, pero me parece que tiene que ver con esto, organizarse, ponerse metas, ponerse objetivos y crear un proyecto, una apuesta, que este bueno y venderlo. Cuando Casa de Mujeres escri-

bió la propuesta era ver quién compraba, quién picaba a apoyarlo. Y parte de estar hoy acá y darlo a conocer sigue siendo eso, dar a conocer un proyecto, invitar a que formen parte, cualquiera que quiera venir está invitada. Cerramos a mujeres, no aceptamos varones por una cuestión que creo quedó clarísima. Pero si no, anímense a generar su dispositivo, anímense a generar una apuesta, una propuesta. Me parece que está buenísimo pensar que se puede hacer algo distinto, repito, dentro de Salud Pública. Hoy este dispositivo está bancado casi, digamos, 100 % por recursos del Estado, que vamos buscando, pero 100 % de recursos del Estado. Me parece que esta línea, cerrando lo que decía el video que vimos antes, ¿no? Uno hace el cambio, uno hace la diferencia desde cómo llamas a alguien, desde el apellido, cómo nombras a alguien, cómo lo percibís. Bueno, esto es un poco de lo queríamos compartirles. No sé si hay algún comentario. ¿Preguntas?

-Participante 2: Hola. Quería consultarles que tal vez no me quedó tan claro, entonces, si reciben a mujeres que no tienen hijos, por ejemplo.

-Paola Gómez: El protocolo en principio está pensado para gestantes, puérperas y en crianza. Pero si hay un equipo que está derivando, que sostiene un objetivo de que esa mujer transite por Casa de Mujeres, obviamente que esa mujer puede circular. Hemos tenido mujeres muy jóvenes que necesitaban un espacio para estabilizarse, para sistematizar algunas cosas y después se fueron. Nunca es un no rotundo. El protocolo no es algo fijo, inamovible. El protocolo nos ordena, esa es la posición que tenemos, que nos ordene, no que nos limite la accesibilidad. Si es real que, si nosotras tomamos a todas las mujeres que tienen consumo, no podemos. Y la elección del puerperio y la crianza tiene que ver con que hay una infancia que estamos haciendo una prevención, un abordaje en que no tenga la misma historia que su madre.

Y la apuesta es fuerte. Y algo que quiero decir es que nosotras apostamos a las infancias porque es algo costo- efectivo, barato, aunque suena tremendo, pero es barato. Criar y acompañar una crianza en esa ventana de cero a tres años y requieren atención y que vos estés dispuesta a ver qué necesita. No hay mucha más especificidad. Ternura. Ternura, acompañamiento, amor. Entonces por eso elegimos crianza, porque creemos que además esa mujer que está eligiendo maternar aplica un rol social, está haciendo una apuesta fuerte ser madre. Yo siempre digo lo mismo, yo陪伴 al derecho a decidir hace miles de años, en cualquier edad gestacional, pero también陪伴 a la que decidió gestar, parir y no sabe cómo hacerlo. Porque está en soledad.

¿Quién acompaña a la que tiene que cuidar/criar?... porque está rearmada para la que no quiere parir, la que no, está re claro. Hay una red de socorristas que me

causa gracia. La revuelta nos acompaña en todo. La revuelta hoy nos paga la línea del teléfono, un dispositivo de las pibas que sí decidieron gestar y nos está ayudando a darle talleres a las pibas que sí decidieron gestar. Entonces me fui por las ramas, pero si hay una mujer que necesita el espacio, si hay un objetivo claro, un equipo que acompaña, la recibimos. No recibimos patadas, no recibimos el problema que nadie quiere abordar porque no nos da la capacidad, pues somos una tripla. Y las situaciones son todas complejas, porque todas están maternando en soledad. Esto es un común, son todas hogares monoparentales... pero bueno, se habla, todo es charlable.

-Gabriela Souto: Acá pregunta Alejandra. Dice que hermoso escuchar la propuesta. Gracias. Y quería consultar dónde se encuentra el dispositivo y el radio que abarca.

-Paola Gómez: Está en el barrio de Progreso y abarcamos el área de Castro Rendón, pero la realidad es que abarcamos cualquier gestante y puérpera de zona metropolitana. O sea, no cerramos al Castro ni a palos. Tenemos derivadas de Heller si es necesario.

-Gabriela Souto: Siempre tiene que llegar a través de la derivación de algún equipo.

-Paola Gómez: Siempre con un equipo. Y esto que decía en preferencia que el equipo venga con la usuaria, que se coma un plato de fideos con nosotras y la usuaria en la casa. Que haya una coordinación, una armonía en el equipo. Porque cambia la intervención, lo hemos visto. Cambia la intervención. Si sabemos con quién hablamos y sabemos que estamos buscando, también estamos abiertas. Además, algo que nos gustaría explotar más son las rotaciones para quien le interese, quien dude, si les interesa laburar con pibes, si les interesa laburar con mujeres, vengan a laburar con nosotras y a ver nuestra perspectiva de laburo. Nosotras cocinamos el pancito y cambiamos un pañal sin ningún prurito. Y eso no nos hace ni menos médica, ni menos psicóloga. De hecho, me parece que es lo que más interesante, habla de la plasticidad de nuestro actuar. Si no, esto queda en yo sé hacer esto, es lo único que hago. Y si vos no entras dentro de esto, no podemos tener un vínculo.

-Gabriela Souto: Sí, me parece que hay algo acá de la apuesta a poner el cuerpo, ¿no?

-Paola Gómez: Poner el cuerpo, asistir a quien elige criar, a quien elige gestar.

-Gabriela Souto: Y digo, poner el cuerpo, literal, porque yo te he visto agarrando canastas, bajando fruta.

-Paola Gómez: Pensamos, pensamos la comida, pensamos la logística dia-ria... vamos al jardín de infantes, vamos a acompañar a la madre que tiene agora-fobia, que lo pudo decir “che, yo voy, hay mucha gente, me da miedo, no lo sopor-to.” Bueno ok, vamos con vos a dejar al niño al jardín para asegurar que se escola-rice y no decir “no lo quiere llevar, no, bueno, che, ¿qué te pasa?” Bueno, vamos al jardín, hacemos tareas infinito y nos encanta. Si hay algo que festejo esto, que nos encante. Nadie está en la casa si no quiere, la energía de la casa decanta en esto. Quien quiera estar está porque tiene ganas, sino de verdad, posta, se diluye, se va...

-Participante 3: Quería consultar sobre la inhibición de lactancia, ¿cómo lo trabajan con pediatría y ginecología?

-Paola Gómez: Bueno, este es un temón, es una batallota. Es un temón porque volvemos a lo mismo, el paradigma de intervención de gineco-obstetricia y neonato-logía es abstencionista. Y nosotras no es que no tengamos esa línea con la ges-tante, marcamos que lo ideal es que no tenga consumo, le marcamos que la van a teste-ar, marcamos que es un problema, a veces sale que llegan negativas y bárbaro y a veces no. Y nosotras vamos igual a abrazarla, a seguir invitándola. Si quere-mos laburar un protocolo interesante y la propuesta de que no se inhiba lactancia a las 48 hs, que el ir a parir es una internación que atraviesa dos cosas: atraviesa el puerperio inmediato y atraviesa una desintoxicación aguda. Y ayudarla, repito con lo que digo, oxitocina, endorfinas, el contacto de la piel a piel de bebé mamá, la transitan de una mejor manera que fajadas e inhibiendo lactancia.

Hoy por hoy, desgraciadamente, a esas pibas se las faja, tienen que descartar la leche y tenemos poco ingreso en ese campo del hospital. Si apostamos a que si viene a casa de mujeres y los metabolitos son negativos y con un fuerte compro-miso de no consumir pueda sostener la lactancia y si consume reducir el riesgo. Y seguimos por esta línea. Eso es lo queremos laburar. Y quiero contar algo con respec-to a eso que hace en este año hubo un embarazo gemelar con consumo, donde la madre intentó reiteradas veces darle su leche con metabolitos negativos durante un mes. Se le negó, se le siguió dando al bebé leche de fórmula.

Y la leche de fórmula, por una cuestión de digestión de lo que son las bacterias dentro del tracto digestivo de un niño, muchas veces genera gases, flatulencias que llegan a generar necrosis. El punto es que este niño tuvo una complicación por una leche de fórmula, porque era mucho peor que tome una leche que, posiblemente,

quizás, tenía cocaína. Hay un montón de iatrogenia que se lleva adelante por la idea de que la cocaína es realmente muy, muy mala. Y repito, no hay evidencia clara, por lo menos en la organicidad, de que realmente genere una necrosis la cocaína en un niño, por la leche materna. Yo sé que esto genera mucho prurito, que es un montón escucharlo, pero repito, quiero que lo escuchen también para que lean, para que se interioricen que la sustancia que más desastre genera en un sistema nervioso es el alcohol. Es el alcohol sustancia legal de mayor cantidad de muertes de personas en edad activa económica. Digo, la sustancia que más qui-loumbo genera en las personas es el alcohol. Y eso es algo que es re difícil de correr.

Y sigo pensando en esto, que si nos quedamos solamente en la cuestión biológica de qué hace esa leche, y no se piensa en el apego, en otras cuestiones... En relación con la mirada juzgadora, cómo las intervenciones que hacemos a veces desde salud, solo pensando en una cuestión biológica, que esa leche puede llegar a tener alguna sustancia.

Digo esto, quiero volver a decir, está visto que la epigenética, qué color de piel tengo, dónde vivo, cómo me criaron, hace a la salud mental y orgánica de cualquier persona. Entonces hay muchas mujeres que no consumen, pero son completamente violentas con los niños, y eso quizás nunca se ve, y eso genera el mismo daño cognitivo. Hay que empezar a pensar en que las hormonas de estrés que se generan por diferentes contextos adversos, afectan igual que las sustancias. No podemos dejar de ver eso. Mueren más personas con estrés por sus condiciones de vida que otras personas que tienen asegurado el techo, la comida.

Repite, no es solamente la sustancia lo que genera enfermedad mental, si queremos decirlo de una manera tremenda, es el todo. Entonces, repito, me parece más tremendo que una mujer no tenga para comer mientras gesta, que a que tome una bolsa de cocaína. Es una posición muy, muy radical, quizás, pero me parece que tenemos que pensar en esto y dejar de criminalizar el consumo, dejar de ir, borrar de nuestras mentes el paradigma de la criminalización de la droga y de la persona que consume, que está re arraigado, si nos ponemos a ver está recontra arraigado, y sobre todo en los hospitales y en los juzgados.

-Mariana Dinamarca: Y en ese sentido pienso también un poco en esta cuestión de retomar esta pregunta de qué ofertamos y qué pedimos, y pensando en cómo intervenimos desde los distintos dispositivos del Estado, ni siquiera solo salud, sino también pensando en justicia y las medidas que se toman y demás, que están orientadas desde el paradigma de derechos, que entendemos que tienen que ver con proteger y velar por los derechos de las infancias. Pero bueno, también es

cierto que estamos acostumbrados desde las instituciones a diagnosticar, pero después ¿quién acompaña?

Porque es bastante frecuente escuchar: consume, tuvo metabolitos positivos, bueno, medida de protección sobre el niño, que la madre haga tratamiento... hay toda una serie de cuestiones que se le piden a una mujer que está en el proceso de que esa medida cese y de volver a tener a cargo a su hija o hijo. Y se le piden un montón de requisitos desde lo habitacional, desde el tratamiento, desde los recursos, desde el cuidado... pero ¿quién acompaña a construir y a generar algo de eso? En ese sentido, pensamos que no se trata solo de localizar o de identificar problemas, sino también de acompañar las soluciones. Y nos ha pasado de encontrarnos con esto en un montón de casos.

Tengo en mente una usuaria que estuvo sin consumo durante un tiempo considerable, estando en calle y era un desafío para nosotras pensar cómo acompañarla en esa situación sin poder aportarle otra cosa. Y sosteniendo todo un proceso de revinculación con su hija y muchos procesos super difíciles, recibiéndola de 10 a 16 hs, sabiendo que a las 16 hs cerrábamos y se volvía a la calle. Y es una problemática que no podemos resolver solo nosotras. Por eso lo importante de lo intersectorial. Pero bueno, muchas veces es complejo en ese sentido pensar que está mirada por todos los efectores habidos y por haber, y está interviniendo todo el mundo y es una situación que está en Justicia y está acá y está allá, pero la mujer sigue en la calle.

Entonces, en ese punto problematizar que detectamos, pero qué ofrecemos también y qué hacemos con eso que detectamos. Porque es ir un paso más allá, acompañar algo de la respuesta. Así que bueno, es una casa. Digo, ¿no? Naturalizar que una casa tiene baño, que una casa tiene piso. Esa es la casa que tenemos nosotras. Hay un montón de pibas que no tuvieron esa casa nunca. Entonces esta es una casa como la que se espera que todos los seres humanos tengamos, no olvidar esto.

Casa de Atención y Acompañamiento Comunitario “Ni un pibe menos por la Droga”

Jaqueine Morales y Pablo Laurente

-Pablo Laurente: Nos presento. Soy Pablo Laurente, docente y coordinador de uno de los cinco dispositivos que tenemos en la provincia de Neuquén del movimiento Ni un pibe menos por la Droga, a través del programa de Iaa Sedronar, de las Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC). Desde el año 2018 venimos llevando adelante estos dispositivos, estas instituciones. Nosotros trabajamos desde una perspectiva comunitaria, desde dos aspectos. Trabajamos lo específico, los consumos problemáticos, con un equipo profesional en cada una de las cinco instituciones. Tenemos psicólogas, psicólogas sociales y acompañantes terapéuticos en algunas. Yo por ejemplo soy de San Patricio del Chañar, en nuestra CAAC tenemos también una enfermera, que son los que organizan distintos talleres. Y después tenemos lo no específico, que son distintos talleres barriales, entendiendo que la cultura, la educación, el deporte, el ocio, son fundamentales para evitar esas situaciones de consumo en un futuro.

Entonces trabajamos desde esos dos aspectos, lo preventivo específico y lo no específico. Bueno, a su vez tenemos relación también con otros dispositivos, otras CAAC y las Casas Convivenciales Comunitarias, que hay pocas, que son programas también de Sedronar.

Nosotros estamos funcionando desde el año 2018 y trabajamos con las poblaciones, si bien está orientado mucho más a lo juvenil, las adolescencias, también trabajamos con adultos mayores y con infancias. Hemos organizado junto con la Facultad de Ciencia de la Educación y Psicología de la Universidad Nacional del Comahue, hace un año y medio, una diplomatura también con el municipio de Cipolletti y con el servicio de Adicciones de la Universidad Nacional de Comahue.

Hemos realizado una diplomatura porque también nosotros discutimos y es transversal a nuestro trabajo y nuestra actividad los distintos modelos de abordaje que hay. Entonces esa diplomatura la verdad estuvo muy buena. Para quienes no nos conocen, estas instituciones, nosotros trabajamos, es fundamental para nosotros el trabajo en red es fundamental. El trabajo con instituciones educativas, es fundamental, el trabajo con las distintas áreas de salud mental, tanto municipales, provinciales, que a veces se dificulta nuestra experiencia, y con el área de salud mental de los hospitales.

Nosotros en San Patricio del Chañar, nuestro dispositivo y el área de salud mental son casi, funcionamos de manera como si fuésemos lo mismo. Si nosotros fuésemos trabajadores de salud hace muchos años se hace un trabajo en red que descubrimos qué es lo que nos da la posibilidad de hacer abordaje que sean mucho más certeros y que les sirve mucho más a la población específica. Hacemos talleres comunitarios, hacemos talleres que lo organizan las enfermeras junto con los coordinadores y las psicólogas sociales, talleres con familia o con todo el círculo que rodea a la persona que está en situación de consumo. Pero bueno, todo lo hacemos desde una perspectiva comunitaria. Los talleres no específicos son escuelitas deportivas de fútbol en el barrio, boxeo, todo lo que tiene que ver con el arte, talleres de rap, bueno, apoyaturas escolares, todas esas cuestiones.

Y bueno, tenemos un trabajo la verdad que muy profesional también hace muchísimos años. Y en eso, bueno, hemos ido transitando muchísimas frustraciones por los distintos usuarios y el tiempo muchas veces que nosotros se dedica gran parte del equipo y que bueno, cuando no pudimos atender el teléfono en un momento clave, después de tres años de que ese usuario transite los diferentes espacios y bueno, volvemos a retroceder todos los casilleros que habíamos avanzado. El trabajo de nuestros dispositivos es así también, y nosotros lo fuimos aprendiendo con el tiempo. Y bueno, para que sepan, nosotros estamos trabajando, tenemos una CAAC en el barrio Sapere, otra en el barrio Confluencia, otra en la localidad de Centenario, en el oeste de Neuquén, y nosotros tenemos la CAAC en San Patricio del Chañar.

Bueno, no sé si hay algunas cuestiones puntuales también me subí un poquito tarde, así que justo escuché que Jaqui estaba con problemas y salí.

-Jaqueline Morales: Yo soy la coordinadora de la CAAC de Sapere, soy psicóloga social y el abordaje integral creo que es necesario, se trabaja fuerte en red.

Nosotros en Sapere como experiencia, trabajamos también fuerte con el centro de salud, con el trabajador social. Contamos también, como dice el compañero, contamos con apoyatura escolar, con espacios de fútbol, trabajamos arte terapia. Un espacio también que estamos viendo para arrancar es boxeo, un espacio de mujeres e ir viendo un poquito lo que da cuenta el territorio. Viendo un poco las necesidades, los emergentes, es a lo que queremos enfocarnos. Hoy el equipo cuenta con psicólogas, tenemos asesoramiento legal, y son todos espacios gratuitos que sabemos de la realidad que hoy nos atraviesa y por la dificultad de poder acceder a un espacio terapéutico, un espacio de asesoramiento legal, un poquito de ayudar a esta realidad que nos atraviesa.

Y bueno, siempre en base al trabajo como principal que es el consumo problemático y no deja de atravesar todas las demás vulnerabilidades con las que nos encontramos y pensando siempre la contención de las personas más que nada.

Nosotros en Sapere, por ejemplo, estoy encargada del espacio de consultoría psicosocial, los jueves a las 6:00 p.m. Y como para dar una intervención a los demás talleres, los demás espacios. Sapere hoy se encuentra funcionando en Pichúnche y Tacuarí, que es al lado del comedor de la CCC. Se brinda el taller de oficio de carpintería, se brinda en el playón de la canchita escuelita de fútbol y tenemos el comedor y el espacio de huerta. Después en el tráiler del playón del club Sapere funcionan las demás actividades.

Tenemos reuniones de equipo, espacio de asesoramiento legal, apoyatura escolar, arteterapia y bueno, sí, el espacio también de escucha terapéutica. Eso es en un tráiler. Nosotros trabajamos también un poco en esto de integrar y articular. Hoy nos encuentra alojados en el Club Deportivo Sapere.

Queremos difundir el trabajo en territorio que se hace porque muchas veces queda invisibilizado. Sabemos el estigma que hay, el prejuicio, los tabúes. Uno que está en territorio y trabaja el día a día, creemos en una salida colectiva.

Se trata de tener como un radio de la población. Oeste sabemos que tiene mucha demanda. Hay también espacios de grupos y de familiares, de allegados que están en consumo problemático, espacio de mujeres, hay diferentes actividades, como decía, en base también al territorio.

El taller de oficio ahora, por ejemplo, de carpintería en Sapere fue un poco a demanda de la gente, de la población. Entonces ahora también estamos viendo incorporar barbería, un poco ayudar a la economía del hogar y ayudar también a que sea un espacio recreativo fuera del consumo de drogas, un espacio saludable, un espacio cuidado, hay un poquito de todo.

-Pablo Laurente: Por la particularidad de nuestro movimiento es nosotros también trabajamos hermanadamente con una organización social, que es la que por nosotros decimos que parió al movimiento Ni un Pibe menos por la Droga, que es la Corriente Clasista Combativa. El movimiento nace en Buenos Aires, en lo más profundo de las villas, de la parte más juvenil de las organizaciones sociales donde dicen bueno, hay que organizarse para enfrentar, en ese momento hablábamos de flagelo, hoy esa palabra mucho no la usamos, no nos gusta. No nos gusta mucho porque es como que no lo podemos cambiar, como que ya nos damos por derrotados y somos bastante necios en nuestro trabajo.

Y en su momento, nace como una herramienta juvenil para pelear justamente por políticas públicas que apunten a la intervención del Estado en los barrios del gran Buenos Aires. Nosotros hicimos eco de esa gran lucha, fue en 2016, cuando nacen estos programas como parte de eso también. Y después tiene que ver mucho con la idiosincrasia y con la cultura de cada barrio. Cada barrio es distinto, tiene su pertenencia, sus costumbres y ese ritmo también lo marca. Por eso las CAACs son muy distintas, incluso las nuestras, las cinco nuestras son totalmente distintas. Los espacios que brindamos, los talleres son distintos porque tienen que ver con la demanda del territorio. Nosotros trabajamos mucho en sectores de mucha vulnerabilidad social.

Entonces parte de lo central del enfoque nuestro, tanto en lo específico como en lo no específico de los consumos, tiene que ver con el proyecto de vida de las personas que transitan nuestros espacios. Y que a partir de ese abordaje, cada CAAC tiene su impronta y ofrece distintos servicios. Hay que aclarar que todos los servicios, ya sea el asesoramiento legal, terapéutico, talleres, etcétera, son gratuitos para la comunidad y está muy impregnado de la realidad social de cada lugar. Por ejemplo nosotros, en San Patricio del Chañar, estamos trabajando con las escuelas primarias en un programa que lo desarrollamos en nuestro dispositivo que se llama desconectarse en la escuela, porque también estamos, además de los consumos problemáticos de estupefacientes, drogas, alcohol, etc. También estamos muy preocupados por el tema de los juegos, el tema de los casinos virtuales.

-Jaqueline Morales: Está bueno también, como decimos, pensar el abordaje en varias áreas, llevar los talleres a la escuela. Por ejemplo, mañana Sapere tiene un espacio recreativo con los referentes y adultos a cargo de las infancias y adolescentes de la escuelita de fútbol. Vamos a dar un taller en base al uso recreativo, deportivo, libre de violencia, un espacio cuidado. Como se trata también de que sea bastante integral el abordaje, por otra parte, nos falta una prioridad en los espacios de salud. Trabajamos dentro de lo que se puede, dentro de los recursos que disponemos, pero bueno, en alguna situación de un cuadro de abstinencia o querés llevar a alguien a la guardia, pero se complica. Es una realidad que un poco nos atraviesa.

-Pablo Laurene: Sí, y así todo, hay usuarios que hoy están, por este trabajo en red, tenemos distintos usuarios que están transitando internaciones en distintas comunidades terapéuticas, Arroyito, El Cholar. En alguna hemos conseguido que la provincia pueda financiar algunas clínicas privadas, pero bueno, también el trabajo específico también es nuestra razón de ser.

-Gabriela Souto: ¿Y ustedes siempre se originaron como CAACs o empezaron como organización o movimiento social? ¿Cómo fue el proceso para constituirse como CAAC, siendo que es un dispositivo gestionado, financiado por Sedronar, en medio de toda una política pública que impulsó Sedronar? Digo, porque también implica toda una serie de requerimientos y requisitos que asumo que hay que cumplir para constituirse como tal.

-Pablo Laurene: Nosotros siempre hemos hecho trabajo comunitario, nos lo permitió el movimiento. Fué empezar a armar distintos marcos teóricos sobre el abordaje y siempre hemos cumplido. Tenemos 30 años ahora, y también el desarrollo territorial de la organización es lo que te lleva a que los pibes y las pibas del barrio confíen en tu trabajo. El trabajo de adicciones muchas veces es muy complejo, más hoy en la provincia de Neuquén con todo el desarrollo económico a través de lo industrial genera también cierto consumo para sostener ciertos ritmos de producción. Los pibes necesitan cierto estímulo y nada, eso ha empeorado muchísimo. Pero el trabajo se ha hecho siempre, hemos tenido merenderos, hemos tenido escuelitas deportivas y es este programa, lo que también nosotros entendemos, viene a dar una respuesta.

Pero también entendemos que para el Estado es mucho más barato que una organización que ya tiene cierta territorialidad pueda hacerse cargo de cuestiones que en realidad son responsabilidades del Estado. Nosotros somos totalmente conscientes de eso, pero la CAAC lo que permitió es ésta estructura como institución, más que como organización. Y si, todos los meses tenemos auditorías, de hecho, bueno, acá en Patagonia norte hay una auditora también. Y tiene su propia estructura Sedronar a nivel provincial. Y dentro de la provincia también hemos trabajado. En su momento la provincia tenía un área específica que era Ciudades Saludables. y hemos trabajado en conjunto en su momento.

-Jaqueline Morales: Nosotros tratamos de seguir sosteniendo los espacios, el tratamiento, el proceso de cada individuo. El trabajador social nos ayuda con el tema de turno, gestionar, brinda asesoramiento... tratamos de hacer como ese nexo a los diferentes espacios en función de las necesidades individuales. Que el abordaje sea integral, lo más integral que se pueda. Como dice el compañero, dentro de un proyecto de vida saludable. Un proyecto de vida teniendo en cuenta los factores de protección que hay que profundizar y minimizar los factores de riesgo.

Por eso es importante tener “agentes amigables”, compañeros. La red es super importante para poder trabajar los consumos problemáticos. Nosotros que estamos adentro, involucrados, eligiendo habitar estos espacios, lo vemos como algo im-

portante pero hay sectores que no lo ven como una prioridad. Entonces hay que tratar de trabajarla y visibilizarlo.

-Gabriela Souto: ¿Y cuáles son los requisitos para acceder a una CAAC?

-Pablo Laurente: No hay condicionamientos para acceder al dispositivo. No son dispositivos que tengan una cierta normativa que diga: “bueno para vos poder ser un usuario de esta institución tenes que estar 15 días y me tenés que demostrar que no consumiste”.

Pero también hay otras CAAC que no son de organizaciones y que son de un grupo de profesionales y tienen distintos programas. Entonces los criterios dependen del marco teórico que se adopte y en función a eso el tipo de abordaje. No hay mucho control, por ejemplo, de los distintos modelos de abordaje que se pueden adoptar. Sedronar no exige un determinado tipo de modelo. Dan cierta autonomía para las intervenciones.

Incluso, por eso lo hablé creo en el principio, que también se cruzan distintos modelos dependiendo del usuario. De los que se aplican nos han dado resultados, no siempre el mismo modelo, digo, esto no es, no hay recetas que sean así, cada persona en su, al ser única y irrepetible, bueno, tiene distintas particularidades que hacen que por un modelo no funcione y funciona otro ¿no? No siempre el clínico da resultado. Y son si las CAACs, tienen esa permeabilidad y esa flexibilidad en poder ofrecer distintas cuestiones. Hay acompañamientos en calle que en algunos usuarios sirven y hay otros que no les sirve el acompañamiento en calle, hay que ofrecerles otros espacios.

Por eso también esa flexibilidad de poder armar distintos espacios en base a la demanda, incluso con los círculos, tanto con los agentes amigables que hablaba Jaqui como con el círculo cercano a la persona en situación de consumo. Pero bueno, esa plasticidad también se da sobre la base de poder tener un equipo profesional armado, una psicóloga, una psicóloga social, un coordinador. A nosotros tener una enfermera en el equipo nos ayuda un montón. Es quien organiza, por ejemplo, los talleres de todos los días. Ahora venimos de organizar un taller que se dio en el barrio para mujeres en torno a la salud, por ejemplo, el estudio del PAP. Y nos dimos cuenta que hay una gran parte de la población femenina, para no decir la mayoría, por encima de los 40 años que jamás hizo ese estudio. Entonces bueno, estos talleres sirven también para esas cuestiones.

Y el trabajo en redes es fundamental. Eso es algo que a nosotros nos sirvió muchísimo. Por ejemplo, hay usuarios que van a la huerta terapéutica del hospital, del equipo de salud mental del hospital, que también trabajan en puesto de capaci-

tación agropecuario, que se le meta ahí en El Chañar y vienen a otro espacio, a la atención individual a nuestro dispositivo y no a atención individual con las psicólogas de salud mental. Por eso nosotros, una vez cada dos semanas, nos juntamos y vamos revisando la situación de cada usuario.

Pero bueno, eso también es un trabajo de muchísimos años. No es que uno llega a un lugar y dice bueno, armo un dispositivo acá, voy a trabajar en red con el hospital... Como por ejemplo Sapere tiene, donde está Jaqui, tienen un trabajo espectacular con el club, son parte del club, tienen de hecho el tráiler oficina, lo tienen adentro del predio del club. A nosotros nos gustaría poder trabajar así con el club del Chañar, todavía no hemos podido, pero bueno, por eso cada lugar tiene su particularidad.

-Gabriela Souto: Parece ser un desafío constituirse en un referente dentro de la comunidad, ¿no? Como movimiento, como institución, como dispositivo....

-Jaqueline Morales: Que nos tengan en cuenta, que tengan en cuenta a quién recurrir. El otro día me llamó una usuaria de la CCC y me dijo: "Jaqui me piden que inicie el trámite del el CUD para mí hijo, para el año que viene, que tiene que empezar con un AT sino no puede ingresar a la escuela". Entonces, éste trabajo, que llamen, que sepan que puede estar la disponibilidad porque entendemos que el abordaje principal son los consumos problemáticos, pero sabemos también la implicancia, la vulnerabilidad a la que están expuestas hoy las personas y es necesario abordar.

Realmente está bueno que se refieran a los espacios nuestros, sabiendo que somos espacios libres, gratuitos y poder aprovechar esto ante ante la ausencia de un Estado, que no nos pone como prioridad en base a un sector de la población que está un poco invisibilizado, deslizado.

-Gabriela Souto: En esto de que los tengan en cuenta, ¿eso se fue armando a partir de actividades de prevención inespecífica?

-Jaqueline Morales: De caminar, de caminar, caminar, salir al territorio y difundir. Yo tuve un taller de género cuando entré, yo no era coordinadora, entré como psicóloga social y soy técnica en niñez, adolescencia y familia. Con la dupla con la que empecé, un ejemplo te traigo, necesitábamos profundizar en este espacio: un espacio para la mujer, un espacio de cuidado, un espacio de charla donde la mujer hable de sus atravesamientos de ser madre, de ser esposa, de ser pareja, de no ser solo la jefa del hogar o la referente. Entonces armamos un taller de género y fue estar semanas y semanas abajo de un árbol esperando, hasta que fue llegando la primera, fue llegando con la hermana, después trajo una amiga y se fue-

ron armando los grupos. Y el taller de género, después de eso estuvo un año y medio... Fué estar y hacer territorio. Trabajar la frustración, trabajar la tolerancia a la espera, hacer un montón de cosas. O con usuarios también en espacio terapéutico: "la chica ya no vino esa semana, pero la próxima viene ¿qué hacemos? ¿Habilitamos? ¿Damos otro espacio?" Como que se trabaja un poquito con eso, hacer a pulmón, el querer que resulte y apostar a todo esto, generar algo que repercuta en el otro, que el otro te refiera, que te consulte, que sepa que cualquier cosita puede venir. Nosotros también hoy agradecemos un montón tener un trailer en un espacio también con la CCC, con el comedor.

Hoy Sapere se encuentra en búsqueda de alquiler, por ejemplo, y pensando siempre el ideal, una casita donde puedan pasar el día, también como lo hace un poco Oeste, como lo hace Confluencia que tiene el espacio de cocina atrás, donde dan Repostería, que van a la mañana, van a la tarde. Uno va buscando, tratando de empaparse también de las otras CAACs, de poder tomar algunas cosas. Pero bueno, creo que es un paso a paso que hace lo que hoy podamos construir la CAAC y tener lo que hemos estado logrando.

-Gabriela Souto: Esa experiencia que traes está buenísima porque primero, bueno, Pablo, hablabas de plasticidad, y me parece que hay que tener esa plasticidad para trabajar en los territorios, para ir teniendo como una lectura y reconduciendo estrategias, eso por un lado. Pero también entender que lograr que te refieren tiene que ver con un proceso, una construcción, porque uno puede ir con todo el dispositivo armado creyendo que se va a llenar de personas, que van a venir y que van a participar de las propuestas y eso no siempre sucede. Y si sucede es muy excepcionalmente. Por eso se requiere de seguir pensando estrategia y sosteniendo.

-Participante: Eso nos pasó a nosotros, y hace dos meses que estamos con la iniciación de una huerta y fue una sola persona. Ante eso, ¿Cómo haces para sostener en el tiempo?

-Jaqueline Morales: Creo que también hay que problematizar el tema de los consumos, ¿no? Hay que sacar el tabú. Nosotros en este espacio de consultoría que tenemos es como para que la gente venga, charle. Por ahí se brindan todos los espacios, otros talleres y son una puerta de entrada. Nos pasó una estrategia que tuvimos con un usuario del barrio. No problematizaba, no lo veíamos. Se le había brindado un espacio terapéutico y no lo podía poner en palabras, no lo veía como hay que problematizar que "tengo un consumo problemático que me está afectando parte de la vida cotidiana". Después bueno, tenemos el espacio, necesitábamos a alguien para mantenimiento, para limpieza, seguía estando presente en otro

momento más de la CAAC y hasta que bueno, va pudiendo. Pensar en eso, en proceso. Hay que saber que hoy hay que desnaturalizar un poco el tabú con el que se abordan los consumos.

Sapere es una población que hoy está muy atravesada con el consumo, lamentablemente está muy naturalizado, la familia, en la escuela, en los espacios deportivos, es el común.

-Pablo Laurente: Bueno, uno trabaja también sobre una parte del trabajo es sobre la organización y después la otra parte, nosotros vamos a la búsqueda, por ejemplo, de usuarios en la escuela de fútbol. Hoy en Chañar estamos trabajando con dos infancias de 11 años que tienen consumo de cocaína, por ejemplo, y esas situaciones las pudimos abordar a partir de la escuelita de fútbol y no al revés. No es que vino a la CAAC en busca de una ayuda terapéutica. Entonces es la búsqueda también en los espacios propios de la CAAC o en distintos espacios de la comunidad. Es importante salir.

Y algo que es fundamental, que es muy difícil sostener en este tipo de dispositivos, pero que se hace un esfuerzo, por eso es un compromiso también muy militante también, es la continuidad. Teniendo en cuenta por ejemplo que los momentos más críticos son en el verano, cuando uno quisiera estar en el río, en el lago, bueno, es el momento por ahí más crítico. Por eso nosotros tenemos el plan de verano, se hacen diferentes actividades en los lugares donde suele estar y vamos a la búsqueda también, no solamente de usuarios, sino de poder esto que decía Jaqui de problematizar el consumo. Entonces vamos y le hemos planteado a la municipalidad y al hospital. En un momento llevábamos frutas, un dispensador con agua al balneario todo el verano. Y bueno, estuvimos a través de ese programa nosotros con nuestros folletos informativos de los espacios que brindábamos. Es muy importante en verano también todo lo que tiene que ver con lo cultural, no sé, organizar en los patios de cine. Y a partir de esas cuestiones, que por ahí no son específicas, vas descubriendo y vas pudiendo otras estrategias que posibilitan abordar las problemáticas de consumo.

Estas cuestiones sirven para pensar en conjunto con el equipo este tipo de situaciones. Esa es la forma que nosotros hemos logrado mantener una población. Por ejemplo, en el último informe que realizamos, ubicamos que en el Chañar transitaron por la CAAC, durante el mes de octubre, 220 usuarios en distintos talleres y actividades.

Pero lo más importante es no cortar en ningún momento y salir a la búsqueda de esos usuarios, entender con qué población estamos y adaptar las las ofertas a la población.

-Jaqueline Morales: Crear la demanda de alguna manera.

-Participante: Bien, genial. Sí, gracias. Nos pasa eso un poco, ¿no? Esto se nos hace un poco difícil. También sostener los horarios, porque primero somos poquitos y segundo que la mayoría tiene dos, tres trabajos más, entonces es como también muy difícil estar, pero me imagino que obviamente es lo ideal.

-Pablo Laurente: Sí, después es complejo, no es fácil, incluso para nosotros el equipo profesional que tenemos es un equipo profesional muy comprometido con la labor comunitaria. Imagínense que por suerte hoy podemos, a los profesionales, pagarles una mensualidad, pero que no supera los \$230000 y muchas veces es muy difícil. Y se entiende que los profesionales también necesitan pagar un alquiler y tener un salario acorde a la situación económica, ¿no? Pero bueno, por lo menos se puede hacer un aporte económico que es lo que nos permite este programa de CAAC. Para eso sirve esa plata, esa poca plata que entra, para poder tener por lo menos a los profesionales. Después la mayoría de los talleres son personas de la organización que lo hacen de manera gratuita.

-Gabriela Souto: Y creo que también es muy importante lo que decían ustedes en relación a salir a construir la demanda. Es un poco cuando, a veces, pensamos en los dispositivos dentro de los hospitales o de los centros de salud, en donde resulta necesario salir. Invertir la lógica de funcionamiento, en que no se trata de quedarse esperando a que la persona llegue al dispositivo, que formule una demanda, un algo... Sino salir. Ofrecer otro espacio a partir de un diagnóstico situado y en territorio y en el que se van construyendo estrategias que favorezcan un acercamiento a los espacios para después, ahí quizás, empezar a problematizar algo de consumo.

-Pablo Laurente: Y después la institución va generando eso. Por ejemplo, te llaman, nosotros hoy estamos, algo que no habíamos hecho nunca, capacitando a algunos agentes de la policía en cómo es un abordaje no violento de las adicciones, como es lo de la ley de salud mental, que lo puedan entender, que lo puedan aplicar. No es lo que más nos agrada, pero bueno, es necesario también. Hoy por ejemplo hay situaciones de consumo que se identifican dentro de las escuelas y nos llaman a nosotros para hacer un abordaje entre ambas instituciones. Porque el equipo siempre está desbordado, salud mental, pero cuando están muy desbordados también nos llaman a nosotros o viceversa, nosotros a ellos.

Entonces por eso el trabajo en red, una vez que se arranca y se arma comunidad, se va institucionalizando. También en el territorio y entre los pibes también hablan: “yo voy ahí y la verdad me han ayudado y nunca me mandaron en cana de que consumo, ni donde, ni le dijeron al que me vende que sabían que él me vendía” entonces bueno, es un trabajo muy profesional también el que hacen las psicólogas y los psicólogos que integran el equipo, y la verdad que son todos necesarios. El acompañante terapéutico en la calle, que es junto con nosotros los coordinadores que somos muchas veces que hacemos ese trabajo.

No sé, esto que yo decía, los distintos abordajes. En un pibe que necesita que vayamos a la casa y que estemos con su familia tomando mate cocido con galletita, y otros que les sirve el abordaje individual y que nadie lo vea y que nadie sepa que está haciendo un tratamiento. Entonces bien individualizado. Hay otros y bueno, para todo eso tenés que tener esas herramientas disponibles.

Es importante no bajar los brazos, es una tarea que se hace con mucho amor, con mucho compromiso y también es muy frustrante ¿no?. Pasa eso que le pasa a la compañera, hay veces, cuando arrancas o cuando te mandas alguna cagada, se paga. Tardas mucho en corregirlo. Pero es necesario hacerlo. Entendemos que estamos en una sociedad capitalista donde el consumo está en todos lados, y es fundamental no solamente que existan este tipo de espacios. Ojalá no hiciera falta que existieran estas instituciones pero hoy en este contexto es muy necesario y es necesario una intervención mucho más grande del Estado y entender que la salud mental es cosa de todos también.

-Jaqueline Morales: Totalmente. Siempre voy con esto “somos los espacios que habitamos”, saber que uno elige en un momento estar trabajando con esta población, estar trabajando con esta problemática del consumo, con poder ayudar, estar y acompañar en la salud mental, la salida es colectiva, realmente es con otros. Bueno, en lo que se pueda trabajar la prevención, la difusión de estos espacios, creo que esta es la línea que hoy tenemos. Bueno, pero más que nada eso, de verdad gracias. Esto es una manera también de visibilizar el trabajo que realizamos nosotros. Gracias por tenernos en cuenta.

-Participante 2: No te quería interrumpir pero me parece algo esencial, contemplando que están en contextos tan hostiles y digamos, que puedan tener en esos momentos de calidad un espacio amoroso, lleguen o no lleguen, que puedan estar las puertas abiertas, eso es un montonazo. Ya después se verá por qué no llegan, qué es lo que está faltando, pero pensar en dispositivos que alojen a estas personas, digo, para mí es la base.

El Juego Responsable: una definición y el compromiso del Instituto Provincial de Juegos de Azar del Neuquén

Wanda Leitner y Diana Fusco

El Instituto Provincial de Juegos de Azar del Neuquén (IJAN) tiene implementado un programa de Juego Responsable, declarado de interés provincial por la Ley 2751, que tiene como objeto principal prevenir y reducir los efectos negativos que pueden derivarse de una participación inmoderada en los juegos de azar. Para la gran mayoría de los apostadores, el juego es una actividad recreativa que no tiene consecuencias adversas y se conoce como "Juego Saludable". No obstante, una pequeña porción de la población de jugadores puede desarrollar problemas con su forma de apostar, llegando a perder el control sobre el tiempo y el dinero que dedican a esta actividad. El IJAN, en el marco de su misión de Responsabilidad Social, busca promover el juego responsable.

Características del Juego Responsable

El juego de azar pretende ser una alternativa de entretenimiento y diversión, siempre y cuando se practique de manera saludable y con moderación. El IJAN define el juego responsable a través de varias recomendaciones para garantizar una experiencia sin riesgos:

Entretenimiento, no un medio para ganar dinero: Los juegos de azar son una forma de diversión, no una manera de obtener dinero fácil. Cuando se apuesta se arriesga dinero o algo de valor al resultado de un evento aleatorio, donde la posibilidad de ganar o perder es incierta e irreversible.

Balance y Límites: Es fundamental equilibrar el juego con otras actividades placenteras y establecer un presupuesto y un límite de tiempo. Se debe jugar con el dinero que "sobra", no con el destinado a gastos mensuales o cotidianos.

Aceptación de pérdidas: No se debe intentar recuperar lo que se perdió.

Evitar influencias: No se debe jugar para evadir problemas, como tampoco bajo la influencia de alcohol u otros consumos que puedan afectar la capacidad de tomar decisiones.

El IJAN destaca que, y de acuerdo a una investigación realizada por la Asociación de Loterías Estatales de Argentina (ALEA), una gran mayoría de quienes apuestan (alrededor del 96%) practican el juego de apuestas de forma social o recreativa. Por el contrario, cuando se produce una conducta de "juego problemá-

tico" comienza a experimentar dificultades y a perder el control, constituyendo entre el 3% y 4% de los apostadores en el mundo. El juego patológico es considerado una adicción sin sustancia, la persona sufre un deterioro significativo, una enfermedad reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (APA). Este estado de compromiso constituye entre el 0.5% y el 1.5% del total de quienes utilizan este recurso.

Acciones del IJAN en Juego Responsable

El IJAN cuenta con un equipo de profesionales que incluye psicólogos, abogados, profesores de educación física, psicomotricistas y músicos, que con el objetivo de abordar diversas problemáticas sociales. Las acciones del programa se organizan en torno a un plan regional provincial con la campaña "Cuidarnos es parte del Juego".

Enfoques y Políticas

El programa tiene dos enfoques principales para un juego seguro y responsable:

Perspectiva Institucional: Se centra en los principios y prácticas regulatorias para prevenir el juego problemático, concientizar sobre la prohibición del acceso de menores, e informar sobre la proliferación de páginas ilegales que son las que terminan en .com (las páginas legales de apuestas en argentina terminan en .bet.ar) y que tanto daño generan en nuestra sociedad sobre todo en los menores de edad.

Perspectiva del Jugador: Enfatiza el juego seguro, controlado y recreativo para los/as jugadores.

El programa del IJAN incluye:

Talleres, capacitaciones y ponencias: Se realizan talleres y otras modalidades de intervención en escuelas primarias y secundarias, así como ponencias para referentes de salud, educación y funcionarios. Estas actividades buscan capacitar e informar sobre el uso responsable de la tecnología y las apuestas en línea, fomentando el autocuidado y reduciendo riesgos, y sobre todo promoviendo la prohibición del ingreso a sitios de apuestas.

Actividades comunitarias: El IJAN participa con stands en eventos para promover la prevención del juego problemático. También realiza talleres para adultos mayores, promoviendo el encuentro, la recreación y el bienestar, y brindando información sobre los cuidados en el uso de los dispositivos y los problemas con las apuestas.

Alcance territorial: El programa de JR desarrolla una planificación anual de acuerdo a la regionalización provincial. Bajo esta premisa intenta llegar a todas las regiones para llevar información a las comunidades.

Autoexclusión: Es una herramienta para que los jugadores con problemas puedan solicitar, de manera voluntaria y personal, su exclusión de los establecimientos de juego. La autoexclusión tiene una vigencia de un año y no puede ser solicitada por un familiar. El IJAN brinda orientación a las personas que lo necesitan y realiza un seguimiento de quienes se han autoexcluido. También trabaja para el desarrollo de otras herramientas como son la autoevaluación y autolimitación.

Otras iniciativas: El IJAN acompaña la investigación y desarrollo de documentación, y brinda orientación a personas con problemas de apuestas. Es representante de Argentina en la Corporación Iberoamericana de Loterías y Apuestas Estatales (CIBELAE) para traer las mejores prácticas en la materia. También se capacita a operadores de juegos y a docentes para detectar problemas derivados del uso de las nuevas tecnologías y los juegos online. Se han implementado líneas telefónicas (2994234492) para información y orientación a jugadores y familiares.

Medición de Impacto. El equipo interdisciplinario del IJAN se encarga de monitorear y evaluar los resultados mediante encuestas, métricas de participación y análisis cualitativo. Se elaboran informes para ajustar las estrategias.

Bibliografía

- Douformantelle, A. (2021) Potencia de la dulzura. Nocturna Editora, Buenos Aires. Pp 32. Derrida. J.- Douformantelle, A. (2006) La hospitalidad. Editorial De La Flor. Buenos Aires.
- Prochaska, J O; Norcross, J C; DiClemente, C (1994) Changing for Good. New York: Avon Books.