#Somos APGCABA

Publicación de la Asociación de Psicólogos
del Gobierno de la CABA

15ta Edición | Noviembre 2026
ISSN 2953-4895



ASOCIACIÓN DE
PSICÓLOGOS
DEL GOBIERNO DE LA CABA

ÍNDICE

Editorial	3
Salud mental y consumos problemáticos	6
Próxima edición	6
El Centro Carlos Gardel. Un recorrido	7
Acercarse	13
El consumo femenino: ¿de qué se tiene que tranquilizar la mujer?	17
Sobre un caso de toxicomanías y una forma de lazo posible, con la música	21
El desafío del trabajo interdisciplinario en el campo de las adicciones	25
El consumo de sustancias en servicios de internación	30
Consumos problemáticos en hospitales monovalentes	35
El consumo problemático como muleta en tiempos de soledad	41
El impacto de la época actual en lo sintomático	46
Empacados: intercambio, consumo de pasta base y lazo social	50
¿Y después del consumo qué?	54
Nuevas perspectivas en la clasificación de los trastornos por consumo de sustancias	58
Pasajes al acto en el tratamiento de las toxicomanías: interrupciones y huellas	63
El enigma sobre la secuencia: consumo y psicosis en la clínica interdisciplinaria	68
Entre la ambivalencia y el cambio	74

EDITORIAL

Nuevas formas , Viejos desafíos.
Comprender la época para cuidar la salud mental.

Hablar de consumos problemáticos es hablar de nuestro tiempo, de las formas en que vivimos, de los vínculos que construimos, de las exigencias que enfrentamos y también de los modos en que buscamos aliviar el malestar, encontrar satisfacción o escapar, por momentos, de una realidad puede o se vuelve difícil de sostener.

Durante mucho tiempo, cuando hablábamos de consumos problemáticos, la referencia casi inmediata eran las sustancias como el alcohol, tabaco y otras drogas. Hoy, sin que aquellas problemáticas hayan perdido vigencia, se incorporan nuevas expresiones que interpelan nuestra mirada profesional y social. Las apuestas online, el uso intensivo de redes sociales, los videojuegos y otras prácticas digitales forman parte de una realidad que atraviesa especialmente a las adolescencias y juventudes, pero que no reconoce límites generacionales.

Las apuestas deportivas, promocionadas por influencers, publicidades y figuras del deporte, ingresaron de manera acelerada en la vida cotidiana.

El celular se convirtió en una puerta de acceso permanente, la promesa de satisfacción o dinero rápido encuentra terreno fértil en contextos de incertidumbre económica y expectativas de futuro cada vez más difíciles de construir.

UNICEF advirtió que en Argentina uno de cada cuatro adolescentes

EDITORIAL

apostó alguna vez online, estamos frente a un fenómeno que exige respuestas colectivas.

Las redes sociales y las plataformas digitales, por su parte, no son simplemente herramientas de comunicación. Organizan buena parte de nuestra sociabilidad, nuestras referencias culturales y nuestros modos de satisfacción y reconocimiento. La exposición permanente, la búsqueda de aprobación, la comparación constante y la dificultad para desconectarse pueden adquirir formas que comprometan el bienestar subjetivo, los vínculos y la vida cotidiana.

Pero ampliar la mirada no significa reemplazar una preocupación por otra. El alcohol continúa profundamente naturalizado en nuestra sociedad; las sustancias psicoactivas siguen produciendo sufrimiento; y las prácticas de consumo, cuando comprometen la salud, los vínculos o la autonomía de las personas, requieren atención, acompañamiento y cuidado.

El desafío es no confundir el consumo con el problema, ni a la persona con su padecimiento.

Los consumos problemáticos no pueden comprenderse exclusivamente desde una perspectiva individual, ni reducirse a una cuestión de voluntad, responsabilidad personal o falta de control. Se inscriben en condiciones sociales, económicas y culturales concretas. En ellos intervienen el sufrimiento psíquico, la fragilidad de los vínculos, las desigualdades, la soledad, las estrategias comerciales de captación y las formas contemporáneas de producción de subjetividad.

Desde esta perspectiva, nuestra tarea como profesionales de la salud mental es fundamental. No para moralizar, estigmatizar o

EDITORIAL

establecer respuestas uniformes, sino para construir intervenciones que reconozcan la singularidad de cada persona, sus derechos, sus posibilidades y sus necesidades de cuidado.

La prevención, la escucha, la accesibilidad a los dispositivos de atención y la continuidad de los tratamientos deben constituir una responsabilidad del Estado y de las políticas públicas. También es indispensable fortalecer las redes comunitarias, los espacios de participación y las instituciones que acompañan a las personas y sus familias.

En un contexto en el que el malestar social se profundiza y las respuestas individuales parecen ocupar cada vez más el lugar de las soluciones colectivas, hablar de consumos problemáticos es también preguntarnos qué sociedad estamos construyendo y qué condiciones ofrecemos para vivir, vincularnos y proyectar un futuro.

Desde APGCABA sostenemos la importancia de una mirada integral, interdisciplinaria y respetuosa de los derechos, que permita comprender las nuevas manifestaciones del sufrimiento sin abandonar aquellas problemáticas históricas que siguen demandando respuestas.

Porque detrás de cada consumo problemático hay una persona, una historia, un contexto y una posibilidad de construir otros caminos.

Y porque cuidar la salud mental también implica comprender la época que habitamos.

Andrés Añón
Secretario General de la
Asociación de Psicólogos
del Gobierno de la Ciudad
de Buenos Aires

SALUD MENTAL Y CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

En abril de 2022 publicábamos el primer número de la revista #**SomosAPGCABA**, dando inicio a un espacio de encuentro, intercambio y reflexión sobre nuestra práctica profesional. En aquella primera edición, nos proponíamos pensar el lugar de los y las psicólogos/as en la Salud Pública, inaugurando un recorrido que continúa enriqueciéndose con cada nueva publicación.

A lo largo de estos años, hemos abordado diversas temáticas vinculadas con nuestro quehacer en el sistema público de salud: los dispositivos clínicos, la interdisciplina, los relatos de la clínica, el sujeto y la ley, la psicología y la ficción, la psicología y la política, los obstáculos y malestares de nuestra práctica, las urgencias, la salud mental y las tecnologías, la atención primaria de la salud, las adolescencias y los abordajes grupales.

Hoy, **transitando nuestro quinto año y celebrando la 15° edición**, presentamos catorce trabajos que nos convocan a reflexionar sobre una problemática compleja y de profunda actualidad: los **consumos problemáticos**. Una realidad que atraviesa distintas generaciones y sectores sociales, y que nos interpela tanto en nuestra práctica clínica como en nuestra responsabilidad como profesionales de la salud pública. Los consumos problemáticos pueden pensarse como una de las múltiples respuestas posibles al malestar en la cultura. Desde esta perspectiva, los trabajos reunidos en este número nos invitan a interrogar sus manifestaciones, sus particularidades y los desafíos que plantean para la clínica contemporánea. A través de diferentes enfoques y marcos teóricos, los y las profesionales que participan de esta edición aportan preguntas, experiencias y reflexiones que enriquecen nuestra mirada y abren nuevas posibilidades de abordaje.

Contamos, además, con la colaboración especial de **Héctor Pérez Barboza y Gustavo Zbuczynski**, quienes nos proponen un recorrido por el Centro Carlos Gardel, acercándonos a su experiencia y a las particularidades del trabajo clínico en este campo.

Los invitamos a recorrer estas páginas, a dejarse interpelar por las preguntas que allí se despliegan y a continuar construyendo, colectivamente, respuestas posibles frente a una problemática que nos desafía y nos convoca.

Porque entendemos que **pensar la clínica, compartir experiencias y sostener espacios de reflexión también son formas de construir salud pública.**

Irene Scherz.-

¿Querés publicar en el próximo número?

> Tema de la próxima edición: "Entre la angustia y el acto: clínica sobre el suicidio".

> Condiciones para la presentación:
Trabajos en Word o Pages de entre 3/4 páginas. Letra Arial 11. Interlineado 1 1/2. Mail: ischerz@gmail.com.
Nota: Avisamos a los y las autores y autoras que los textos podrían ser modificados en la redacción según línea editorial pero no en su contenido. Fecha límite: 28 de febrero de 2027.

EQUIPO EDITORIAL

Director:
Andrés Añon
Andrea Berra

Directores Editoriales:
Irene Scherz

Dossier Especial:
Hector Pérez Barboza
Gustavo Zbuczynski

Diseño y diagramación:
Romina Malla, para Zulú Estudi

Especial

EL CENTRO CARLOS GARDEL. UN RECORRIDO.

Especial

Centro Carlos Gardel de Asistencia en Adicciones



Hector Pérez Barboza
hectorperezbarboza@gmail.com

Psicólogo. Psicoanalista. Integrante del Centro Carlos Gardel.

Gustavo Zbuczynski
gustavozbuc@yahoo.com.ar

Psicólogo. Psicoanalista. Integrante del Centro Carlos Gardel.

Desde este breve y condensado texto invitamos a los lectores a conocer los orígenes, fundamentos de trabajo y recorrido del Centro Carlos Gardel de Asistencia en Consumos Problemáticos, un efector público pionero del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCBA).

1. Creación y localización

La creación del Centro Carlos Gardel, un hito fundacional dentro de las políticas de salud pública de la Ciudad de Buenos Aires, constituyó una respuesta institucional estratégica del sistema sanitario a uno de los tantos nuevos síntomas que traía la finalización del siglo XX: el aumento de los consumos complejos de sustancias múltiples en cada vez más amplios sectores de la sociedad. Ello requería la necesidad de contar con recursos de mayor contención, tratamiento y sostén para abordar los consumos problemáticos (entonces se hablaba de Adicciones) desde una perspectiva integral e interdisciplinaria.

La estructura asistencial del centro se diseñó para brindar cobertura en el primer y segundo nivel de atención a través de dos modalidades complementarias: Hospital de Día (HD) y Consultorios Externos (CE), orientadas tanto al tratamiento de personas con problemas relacionados con el uso de drogas como al acompañamiento de sus familias. La implementación de este dispositivo fue el resultado de una articulación intersectorial entre la Dirección de la Mujer y Solidaridad Social (dependiente de la Secretaría de Promoción Social) y la Dirección de Salud Mental (dependiente de la Secretaría de Salud), que tuvo su correspondiente sustento legal a través de un convenio marco suscripto por ambas secretarías.

La propuesta formal fue elevada en el año 1993 por la Dirección de Salud Mental de la MCBA [1], organismo del cual dependía la Red de Adicciones [2]. El dispositivo [3] inició sus actividades efectivas en un inmueble muy precario en el barrio del Abasto [4], bajo la jefatura del Dr. Mario Kameniecki, en el año 1994, marcando un precedente histórico al consolidarse como la primera experiencia de un dispositivo asistencial en adicciones ubicado por fuera

1 A cargo del Dr. Ricardo Soriano, de gran valor para la concreción del proyecto.
2 A cargo en aquel momento de la Lic. Rosa Daniell, quien también apoyó la iniciativa con entusiasmo.
3 Inserto en el Área Programática del Hospital Ramos Mejía, a cargo entonces del Dr. Abel Agüero, quien constituyó otro de los soportes fundamentales que sostuvieron al equipo.
4 Calle Agüero 301.

de la estructura tradicional de un hospital o de un centro de salud mental.

A lo largo de su historia, el centro debió reubicarse en diversas oportunidades [5] hasta 2018 en que pasó a integrarse física y funcionalmente al CEMAR 1 (Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias), ubicado en Fragata Pte. Sarmiento 2152. Desde allí emplazado en el segundo nivel de complejidad, funciona de manera articulada con los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC), efectores territoriales y hospitales generales de agudos de la CABA.

El plantel actual reúne a psicólogos, médicas psiquiatras, médica toxicóloga, trabajadora social y terapista ocupacional que sostienen admisiones, tratamientos grupales e individuales, y dispositivos de enlace con CeSACs y hospitales generales.

2. Modalidad

Desde su concepción, se propuso ofrecer un modelo por fuera de la lógica de la internación y abstencionismo tradicionales. Para ello, se diseñó una estructura de centro de día. Los pacientes asistían todos los días y participaban de una grilla combinada de actividades terapéuticas y comunitarias. Esa modalidad se fue transformando, conforme a los cambios producidos por las sucesivas crisis socioeconómicas del país, que produjeron a su vez modificaciones en las características de la población que se acercaba al centro, en los patrones de consumo, en las necesidades laborales de la población, y también en el valor que desde el equipo se le asignó al trabajo y al estudio en marcos estables, en tanto sostenes de un lazo social posible. Por ello se realizó un replanteo del dispositivo clínico asistencial proponiendo, en consecuencia, una modalidad de atención ambulatoria amplia, que no se limitara a la psicoterapia individual, pero sin la estructura de Hospital de Día. Un tratamiento con espacios individuales, grupales, y con instancias colectivas en forma de talleres. La concurrencia al centro ya no sería diaria sino de dos o tres veces por semana de acuerdo a cada caso en particular.

3. Fundamentos epistemológicos

El Centro Carlos Gardel se ha estructurado desde sus inicios a partir de un modelo clínico-institucional de base psicoanalítica articulado con la perspectiva de Derechos Humanos y reducción de daños.
A diferencia de las comunidades terapéuticas tradicionales o los enfoques puramente biomédicos que exigen la abstinencia absoluta como condición de ingreso, este dispositivo se diseñó bajo la premisa de que el consumo problemático no es una enfermedad universal, sino una emergencia singular, que responde a la historia subjetiva de cada paciente y a su contexto familiar, social, cultural y económico. Y se consideró, desde siempre, una incongruencia pedirles a los consultantes que dejen en la puerta el problema que los traía a pedir el tratamiento.

La reducción de daños se asumió como una postura ética y clínica. Se tomaron en consideración los siguientes aspectos: el **sostén de la demanda** (no se expulsa al usuario si tiene una "recaída" o si manifiesta no poder o no querer dejar de consumir, ya que el objetivo primario es establecer un lazo con la institución que evite la segregación, la marginación y el desamparo. En segundo lugar, el **Umbral Mínimo de Exigencia**: al eliminar la exigencia de la abstinencia total para la admisión, el centro logra captar a poblaciones que de otro modo quedarían fuera del sistema de salud pública. El único requisito es que concurran al tratamiento sin estar bajo efectos de sustancias psicoactivas. Y por último se trabaja intensamente en **mitigar las consecuencias secundarias del consumo desregulado**, tales como la pérdida de vínculos familiares, la deserción escolar o laboral, la situación de calle y el deterioro de la salud física.

El Psicoanálisis: es otro de los fundamentos del trabajo clínico. Cada caso es singular. La institución, sus profesionales ***no saben*** de qué padece quien viene a la consulta. A partir de una resistencia activa a caer en los prejuicios, estereotipos o perfiles del Adicto/Alcohólico, se trata fundamentalmente de interrogar por la causalidad y la

5 A cargo en aquel momento de la Lic. Rosa Daniell, quien también apoyó la iniciativa con entusiasmo.



Integrantes del CCGardel en los años 2000 junto a Abel Agüero y Rosa Daniels.

intencionalidad de la apelación al recurso del consumo. ¿Qué pasó para que dicha práctica pase a ocupar un lugar central en la vida del consultante? ¿Cuánto de remedio hubo allí en el inicio? ¿Cuánto de veneno hay hoy en el momento de la primera entrevista? ¿Por qué apelar al consumo y no a alguna otra solución por vía de la palabra? Interrogantes necesarios para que se despliegue la hipótesis fundamental del sujeto del Inconciente, en consonancia con la transferencia, indispensable para el diagnóstico y la orientación del tratamiento. Una práctica analítica que se despliega en el espacio de la salud pública, que reconoce los tiempos de la urgencia social, y también de la emergencia subjetiva. Que reconoce que hay allí también un cuerpo que se ha convertido en sede del tratamiento de los conflictos. La orientación analítica nos permite leer buena parte del recorrido que hace cada paciente por el dispositivo.

La perspectiva de derechos: el equipo sostiene desde sus inicios que las personas con uso problemático de sustancias psicoactivas tienen los mismos derechos que cualquier paciente, evitando la estigmatización y la judicialización automática de su salud, caracterizando el consumo problemático no como un delito o una falla moral, sino como una manifestación del padecimiento subjetivo, y, en muchos casos de una resolución fallida del mismo.
Se promueve la presunción de capacidad y se consagra el derecho de las personas a recibir un tratamiento personalizado, a ser informadas y a participar activamente en el diseño de su proceso terapéutico.

Se ubica al paciente en el lugar de sujeto de derecho y de la palabra, en contraposición al modelo tutelar que lo trataba como un "objeto de cuidado" inmaduro o peligroso. El centro toma distancia de las lógicas de domesticación conductual y fundamenta teóricamente que el tratamiento solo es eficaz si el sujeto se implica y consiente activamente el espacio.

El centro es, para muchos consultantes, la puerta de acceso al sistema de salud, pero también a un espacio que lo conecte con sus derechos ciudadanos, y le devuelva un lugar de dignidad y producción en el tejido social.

No es ocioso comentar que varios profesionales del centro participaron directa o indirectamente en la redacción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, que tomó como modelo las prácticas de vanguardia que efectores como el Carlos Gardel ya venían implementando de manera asociativa y empírica desde los años 90.

4. Formación

El centro se halla plenamente consolidado como un espacio de formación de referencia ineludible en la Ciudad de Buenos Aires.

Una vasta cantidad de profesionales han accedido a las múltiples instancias de formación promovidas por los integrantes del equipo. Residentes y concurrentes del sistema público de la C.A.B.A., o de diferentes provincias, que rotan en períodos que van de 6 a 9 meses, recibiendo formación teórica y capacitación en servicio. Profesionales que asisten a los cursos que se dictan regularmente, alumnos de materias prácticas de la Facultad de Psicología de la U.B.A., así como capacitaciones ad hoc, solicitadas por diferentes centros de salud y las actividades de prevención/formación realizadas con docentes y alumnos de instituciones educativas.

Hay que destacar también la formación interna, que se sostiene en los intercambios de las reuniones de equipo y en la práctica de los ateneos interdisciplinarios, así como la participación de la mayoría de los integrantes del equipo en diversos grupos de estudio, instituciones analíticas, médicas y/o de reducción de daños.

En el mismo plano se inscribe la participación en el Programa URBAL [6] de todos sus integrantes, que significó un intercambio fecundo con diferentes efectores de Europa y de América Latina.

5. Publicaciones

La producción teórica de los profesionales del Centro Carlos Gardel ha sido una marca distintiva de su identidad. El equipo se ha caracterizado por sostener una conceptualización clínica rigurosa que busca formalizar la práctica en el marco de la salud pública, tensionando permanentemente las teorías abstractas con la complejidad de las presentaciones clínicas.

En 2006, el equipo plasmó su experiencia de más de una década en el libro *Clínica Institucional en Toxicomanías. Una cita con el Centro Carlos Gardel. Luego, le siguieron Adicciones. Del fantasma del flagelo a la dimensión de la pregunta. Más tarde Consumos Problemáticos. Un trabajo en curso. Encuentros con presentación de casos clínicos* (primer libro publicado

6 Programa URB-AL. Incorporación de buenas prácticas en las políticas locales de drogodependencias. Es una iniciativa de cooperación descentralizada impulsada por la Comisión Europea para fomentar el intercambio de experiencias, redes y asociaciones entre gobiernos locales, ciudades y regiones de la Unión Europea y de América Latina. El centro participó del mismo en el año 2004.



reconociendo el sintagma "Consumos Problemáticos" en su título). Asimismo, otras publicaciones producidas por profesionales del centro como *Consumos problemáticos. Del fenómeno social a la operación singular*. Todos de Editorial Letra Viva (2006, 2007, 2009, 2018). Y por último *Desencuadrados. Analistas en la clínica de los consumos problemáticos* (Ed. Fabulari/de la Zorra, 2021).

Asimismo, se creó un boletín [7], primero en formato impreso y luego en formato de blog, en el que se publicaron una serie de trabajos de sumo interés para quienes trabajan en este campo clínico.

Para finalizar

Esta reseña histórica, institucional, carece de algo fundamental: la contingencia de las vidas de las personas que hicieron y hacen la historia y la experiencia del equipo del Gardel. Profesionales de planta o rotantes, empleados administrativos, talleristas, empleados de seguridad, que han puesto en juego tanto su formación como su propia subjetividad y su tiempo vital en pos de favorecer la accesibilidad al dispositivo, de hacerlo amigable y confiable. Imposible condensar en este breve espacio, los encuentros, los amores, las simpatías, así como los desencuentros, desamores y antipatías que se han ido forjando a través de las diferentes conformaciones del equipo. Los momentos individuales y colectivos de felicidad y los de desazón, de deseo y de detenimiento, de avances y de retrocesos. Los pequeños disfrutes cotidianos de mates, cafés, y charlas compartidas. Las reuniones de equipo que eran ora una fiesta ora un calvario. El paso de un tiempo compartido en el que acontecieron jubilaciones, paternidades, abuelidades, pérdidas de compañeros, de familiares, cumpleaños, problemas de salud, presentaciones de libros, a la par del período de pandemia y de los procesos políticos que han atravesado a cada uno en lo personal y al equipo en lo colectivo durante estos 32 años.

En el marco de un discurso dominante que por un lado ordena a consumir y por otro, hipócritamente se desentiende de las consecuencias del consumo, promoviendo el abstencionismo y la prohibición, el equipo del Gardel, desde su creación, ha puesto en acto un deseo. El de practicar una clínica que sostiene una resistencia en acto a ese discurso, haciendo lugar a un no saber, a una pregunta, una "X", respecto a lo que hay detrás de cada pedido de tratamiento. Un lugar de alojamiento, de escucha, de paciencia, de suspensión de los prejuicios, ofrecido en el campo de la salud pública, para quienes se han encontrado con las vacilaciones o fracasos de una operación con las sustancias, que en algún momento supo ser exitosa.

7 Fuente: https://centrocarlosgardel.blogspot.com/

01

ACERCARSE.

01



Ana Eiros Fontes
aeirosfontes@gmail.com

Psicoanalista. Licenciada en Psicología UBA. Especialista en Psicología Clínica. Ex residente y actual Suplente de Guardia del Hospital Argerich.

Este trabajo pretende analizar un pedido frecuente de atención por Salud Mental en un Hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y su consecuente transformación en un abordaje posible desde una perspectiva de género y derechos humanos. Uno de los escenarios más frecuentes en los que somos convocados a trabajar en el dispositivo de interconsulta es con madres puérperas en situación de consumo problemático con resultados de metabolitos positivos en orina de diversas sustancias. Ante estas situaciones, somos llamados protocolarmente por el Servicio de Obstetricia dado que no solo se trata de mujeres que consumen sino que entra en juego la responsabilidad sobre los cuidados de un recién nacido por lo que se considera necesaria la evaluación por Salud Mental.

Evidenciamos en nuestra práctica diaria que la mayor parte de la población que consulta en los distintos efectores, consume o consumió sustancias psicoactivas. Valdría la pena diferenciar cuando dicho consumo se convierte en motivo para consultar o es simplemente uno más de los factores que vulnerabilizan la vida de los sujetos. Particularmente en el caso de estas mujeres puérperas no se trata de un motivo de consulta propio, sino de un pedido ajeno.

Resulta importante caracterizar el momento histórico en el que se inscriben dichos consumos problemáticos de sustancias. La época actual se caracteriza por la satisfacción inmediata y la prisa, donde las sustancias tienen un lugar privilegiado en tanto el tóxico opera rápidamente. La ruptura de los relatos que ordenaban la vida de los sujetos y la erosión de los lazos sociales, definen una forma de subjetividad. Este contexto neoliberal que exacerba el consumo, lleva a los sujetos a *"consumir"* en las distintas acepciones del término siendo paradójicamente consumidos por aquello que consumen. Puesto de esta manera, el consumo de sustancias no es más que una de las respuestas de los sujetos ante lo que empuja al goce sin límites que caracteriza esta época.

En las interconsultas del Hospital, nos encontramos con mujeres sumamente fragilizadas que en la mayoría de los casos se sienten amenazadas por la presencia de nuestra disciplina. Nuestra tarea como interconsultores se asocia rápidamente al prejuicio de sus consumos y la posibilidad de perder la tenencia legal de sus hijos. Somos convocados a un lugar sumamente incómodo en el cual debemos evaluar si una mujer es *apta o no* para maternar. Dichas entrevistas se vuelven arduas, dado que las mujeres usualmente se posicionan a la defensiva, y no solo resulta imposible evaluar el lugar de consumo para cada una sino acercar la posibilidad de un tratamiento por nuestra especialidad. Esto último se podría vincular con lo que aborda Vazquez

(2023) en su artículo *"Procesos de estigmatización social y accesibilidad al sistema de salud de personas con consumos problemáticos"*, allí plantea que los procesos de estigmatización sobre los consumos problemáticos producen barreras de accesibilidad para las personas consumidoras y favorecen la exclusión en salud de esta población. El hallazgo del estudio de campo, según la autora, fue escuchar que los entrevistados evitaron acercarse al sistema de salud por el temor a volver a ser rechazados. De este modo se profundiza el aislamiento social con la consiguiente pérdida de derechos ciudadanos.

Cada época define alguna enfermedad emblemática para hacerla depositaria de los males sociales, podríamos pensar en esta línea al consumo de sustancias. Si los procesos de estigma social impactan fuertemente sobre las personas que consumen, con el consecuente deterioro de sus vidas cotidianas, en las mujeres esto podría agudizarse aún más teniendo en cuenta su condición de *"madres"*. Debido a la distancia respecto de las expectativas de su rol de género, son doblemente estigmatizadas. Recae sobre ellas, una pregunta que no se dirige del mismo modo a los varones, tal vez resulte necesario aclarar que no se piden evaluaciones por Salud Mental a los padres de recién nacidos en contextos de consumo. Aún hoy en día, pesan sobre estas mujeres los imperativos de la maternidad que cristalizan la versión de la



PH: Google Fotos | Leidy Aldana

mujer igual madre y la vinculan a un ideal de pureza que lejos se encuentra de las posibilidades de llevar adelante una crianza hoy en día.

El trabajo en el Hospital con las mujeres puérperas que atraviesan situaciones de consumo, en un primer tiempo se dirige a desarmar dicha estigmatización. Apostando a incluirlas en el sistema de salud del cual se sienten rechazadas, remarcando su lugar de usuarias del mismo y ciudadanas de derecho. Esto no siempre es posible dado que la población con la que trabajamos en pocas ocasiones se sintió amparada por las instituciones, usualmente estas mujeres cuentan con un historial de rechazos más o menos explícitos de los dispositivos que se suponían que debían ofrecerles cuidado. Sin embargo, apostamos a introducir una diferencia. Nuestra tarea se dirige a conocer y ampliar el acompañamiento que reciben de su familia y vínculos sociales, los efectores de atención de su barrio, y el lugar del recién nacido en su historia. Se trata de colaborar en el armado de una contención que les permita llevar adelante la crianza. Lo que implica también, evaluar los imposibles y las dificultades que se presentan.

En un segundo tiempo, muchas veces se logra construir con dichas usuarias, el consumo de sustancias como problema posible de ser abordado. Y para eso es necesario elaborar un recorte, una formulación singular de la problemática, no alcanza con enunciarse como *"adicta"* Le Poulichet (2005) en su texto sobre *Toxicomanías* plantea que es en las primeras entrevistas donde se puede elaborar el lugar propio de la demanda. En esos primeros encuentros hay que constituir el tiempo para problematizar el consumo con estas mujeres, pero no con el objetivo de volverlas abstinentes o más aptas a la maternidad sino favorecer la reapropiación de las instituciones de salud como lugar de cuidados, y el lazo con los profesionales como espacio en el que apoyarse para llevar adelante sus vidas.

A modo de cierre podría pensarse que el trabajo desde los equipos de Salud Mental parte de tomar la demanda y apunta a desestigmatizar tanto la condición de *consumidoras* como de *madres*, desarmando los prejuicios y mandatos que coagulan pensar su singularidad. El objetivo es acercar la atención a mujeres que probablemente necesiten asistencia y que al encontrarse doblemente estigmatizadas no pueden siquiera pedirla. Se trata entonces de acompañar a estas mujeres para que puedan llevar adelante sus proyectos, tomando la oportunidad de una sanción para transformarla en un acercamiento a la salud.

Bibliografía

— Doubik, E. (2022). Maternidad y consumo problemático de sustancias: abordajes en un Hospital General de Agudos. Escenarios.

— Laurent, E. (2008) Adicciones y lazo social. Conferencia.

— Ley 26.657. Salud Mental y Derechos Humanos. Argentina, 2010. Disponible en la web InfoLeg

— Le Poulichet, S. (2005) Toxicomanías y psicoanálisis. La narcosis del deseo. Amorrortu Editores, Buenos Aires.

— Pawlowicz, P. et al. (2020). Entre la invisibilidad y el estigma: consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y puérperas de tres hospitales generales de Argentina. Disponible en sitio web de Scielo.

— Perez Barbosa, H. Primeras entrevistas en la clínica con personas con problemas vinculados al uso de drogas en el Centro Carlos Gardel de la Ciudad de Buenos Aires.

— Vázquez, A. E. (2023). Procesos de estigmatización social y accesibilidad al sistema de salud de personas con consumos problemáticos. Revista Argentina de Salud Pública, 15.

02

EL CONSUMO FEMENINO: **¿DE QUÉ SE TIENE QUE TRANQUILIZAR LA MUJER?**

02



María Cecilia Castelluccio
ceciliacaste@hotmail.com

Licenciada en trabajo social UBA. Lic. en Psicología. Especialista en clínica de adultos. Magister en psicoanálisis UBA. Docente de UBA y USAL. Psicóloga de planta de la División Toxicología del Hospital Fernández.

Introducción

En la práctica asistencial cotidiana que llevamos adelante en la División de Toxicología del HGJF, las entrevistas de admisión y el seguimiento ambulatorio nos confrontan con una evidencia insoslayable: la presentación clínica, la modalidad de consumo y la posición subjetiva frente al tóxico no afectan de igual modo a varones y mujeres. Asistimos en la salud pública a un viraje epidemiológico donde el consumo en la población femenina no solo ha experimentado un crecimiento cuantitativo, sino que ha adquirido una cualidad singular que interpela nuestros marcos teóricos y dispositivos de atención.

Los relevamientos elaborados por la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR, 2023) y la Encuesta Nacional sobre Consumos y Prácticas de Cuidado (ENcoPraC) ratifican los datos empíricos del día a día en el hospital. El consumo problemático de alcohol, históricamente signado por una marcada prevalencia masculina, muestra un estrechamiento progresivo de la brecha de género: la prevalencia de episodios de consumo excesivo de alcohol en mujeres ascendió del 6,1% al 9,0%, incorporando a más de medio millón de mujeres a este patrón de riesgo (SEDRONAR, 2023). Asimismo, resulta alarmante el adelantamiento en la edad de inicio en la adolescencia, consolidado en prácticas socioculturales como "la previa"o el "Último Primer Día" (UPD), donde la ingesta toxica masiva e intempestiva irrumpe en la escolaridad sin mediación de la palabra.

Sin embargo, al analizar el detalle según la sustancia, surge un dato clínicamente elocuente: mientras los varones sostienen la mayor prevalencia en la generalidad de los tóxicos ilícitos, el género femenino encabeza de manera sostenida el consumo de tranquilizantes y ansiolíticos (SEDRONAR, 2023). Esta tendencia local refleja un fenómeno global; por ejemplo, en España, la prevalencia del uso de psicofármacos en mujeres triplica la de los varones (Ministerio de Sanidad, 2022; Romo Avilés, 2010).

La necesidad clínica de "discriminar"

Frente a la inercia institucional que tiende a protocolizar o universalizar la atención de los consumos problemáticos, se vuelve imprescindible revisar los fundamentos teóricos que orientan la dirección de la cura. C. Soler (2009) advierte sobre las consecuencias del discurso capitalista y la era de la globalización, en tanto promueve la ilusión de un "goce unificado" que intenta borrar las marcas singulares de la subjetividad. Pretender abordar las adicciones bajo una fórmula estandarizada neutraliza la particularidad en la que se sostiene la sintomatología de cada sujeto. Escuchamos situaciones cuya enunciación resulta ser "la droga" o "los adictos" como si se tratase de un grupo homogéneo.

En esta perspectiva, resulta central rescatar el término "discriminar" en su estricto sen-

tido etimológico (discriminare: separar, distinguir, establecer una división). Como señala Soler (2015), si bien durante el siglo XX el término sufrió una degradación peyorativa asociada a la subordinación y la segregación (segregare: apartar del rebaño), en el diagnóstico analítico e institucional "discriminar" constituye una operación indispensable en la clínica. Incluso desde un aspecto netamente biológico hay diferencias. La misma sustancia se metaboliza de modo diferente en un organismo femenino y en uno masculino por un reparto de grasa, diferencias hormonales etc, etc. Entonces, en el diagnóstico analítico e institucional "discriminar" constituye una operación indispensable para no homogenizar lo que es heterogéneo.

Si no discriminamos o no establecemos la particularidad de los consumos en mujeres y varones como cualitativamente diferentes, equivocamos el diagnóstico y, por lo tanto, la dirección de la cura.

Sostener la ilusión de una clínica "neutra" o desprovista de perspectiva de género genera una severa paradoja: en nombre de una supuesta igualdad formal en las prestaciones sanitarias, se terminan reproduciendo barreras invisibles que impiden el acceso real a la atención. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) estima que solo 1 de cada 5 personas que logran acceder a tratamientos por consumos problemáticos es mujer. Esta desproporción se traduce en la falta de dispositivos capaces de alojar sus especificidades subjetivas y sociales.

El consumo femenino

Los datos oficiales de Sedronar 2023, están diferenciados los consumos por sustancia y por género. En todas las sustancias (excepto una) los varones llevan la delantera. Dicha categoría, en la que el género femenino, tiene el primer puesto es "tranquilizantes".

La primera lectura que podemos hacer es que se trata de un síntoma de la época de la relación del sujeto con las exigencias del Otro contemporáneo. Así como en otro momento la histeria denunciaba aquello que no encajaba como el síntoma de su época. Las presentaciones del malestar resultan acordes al Otro, por tanto, no pueden pensarse sin la dimensión épocal. Con sus desmayos y parálisis la histeria victoriana manifestaba un "no me adapto". Hoy el Otro superyoico, con su mandato gozoso, no pide represión sexual, sino que exige rendimiento y productividad. Culturalmente sobre lo femenino cada vez recaen mayores demandas: desde las tareas de cuidado, pasando por el rendimiento laboral hasta ajustarse a preceptos estéticos. A partir de Lacan, en particular el Seminario 17, podemos pensar que en la posmodernidad el imperativo superyoico toma la voz que ordena: Goza!, Rinde!. Como proponía Lacan respecto a las derivas del goce: "Se empieza por las cosquillas y se termina en la parrilla".[1]

A diferencia de los consumos masculinos ligadas a sustancia desinhibidoras o estimulantes, que producen un desborde fálico, los "tranquilizantes" (tales como las benzodiacepinas) cumplen la función de mitigar la angustia y sostener el funcionamiento cotidiano: dormir para poder trabajar, calmar la angustia para seguir produciendo y cuidando. El fármaco anestesia el síntoma singular para convertirlo en un déficit adaptable.

Como proponía Freud en El malestar en la cultura, el ser parlante busca químicos paliativos (quitapenas) para tolerar la existencia. En la actualidad el "tranquilizante" da cuenta de una alianza entre el saber médico y el mercado para acallar el malestar de género. La angustia que resulta una brújula hacia el deseo hoy es leída como un "desajuste funcional" el cual debe ser corregido tecnocráticamente. El tranquilizante, que trepa a la cumbre de los consumos en la mujer, se consolida como la versión moderna para apaciguar el malestar. Hoy se trata de una histeria amortiguada donde el cuerpo no grita sintomáticamente, sino que se alinea químicamente para seguir adaptándose a la demanda del Otro. ¿De qué se tiene que tranquilizar lo femenino?, pues de la demanda insaciable de su época siempre encarnada en un Otro sea marido, jefe, familia a cuidar, estándares de belleza que cumplir entre otros.

El malestar femenino: lo oculto y la doble sanción social

La vulnerabilidad femenina ante los consumos no respon-

1 Lacan 1969 – 1970

de únicamente a contingencias socioeconómicas, sino, como fuera dicho anteriormente, al modo en que la época explota la posición subjetiva de la mujer. La sobrecarga laboral combinada con la exigencia cultural de las tareas de cuidado expone a la mujer a un estrés crónico. Frente a un Superyó implacable que no tolera la falla en la entrega abnegada ni en el rendimiento, la sustancia opera como una prótesis química para obturar cualquier división subjetiva y continuar respondiendo a la demanda alienante.

A diferencia de la presentación masculina —donde el consumo suele exhibirse en el lazo social o actuarse en la escena pública—, la mujer tiende a consumir en soledad y en la intimidad del hogar. Esta modalidad vergonzante responde a una intensa culpa sintomática. El consumo oculto funciona como una respuesta de aislamiento, lo que genera un circuito de invisibilización que demora la llegada a la consulta y cierra la posibilidad de que la angustia tome la vía del significante.

Sobre la mujer recae un juicio normativo de especial severidad. Existe una doble sanción: por un lado, la infracción o desvío ligado al uso de una sustancia; por el otro, la condena moral por no ajustarse a los cánones que la cultura impone a lo femenino y, de manera aún más drástica, a la función materna. La sociedad tolera con mayor condescendencia las actuaciones adictivas en el varón, mientras que en la mujer el consumo es leído como un no ajustarse a un "deber ser", más aún si la mujer es madre.

Consideraciones finales

Sostener una escucha analítica sobre el consumo femenino en los dispositivos de salud pública implica resistirse a la tentación reeducativa y a la mera supresión farmacológica del síntoma. Si la clínica no opera discriminando la posición del sujeto frente a la demanda del Otro, termina transformándose en un instrumento del discurso médico-hegemónico que restituye a la mujer al circuito de la productividad a costa de silenciar su malestar.

Alojar la singularidad del consumo femenino exige ofrecer un espacio en la transferencia donde la angustia no sea leída como un fallo técnico que requiere apaciguamiento, sino como la manifestación de una pregunta por el deseo. Solo en la medida en que se pueda hacer lugar a la palabra silenciada por el fármaco o el alcohol, será posible abrir una brecha para que la mujer se implique subjetivamente allí donde la época le exige únicamente responder y rendir.

Bibliografía

— Freud, S. (1930 [1929]). El malestar en la cultura. En Obras Completas (Vol. XXI, pp. 57–140). Amorrortu Editores.

— Lacan, J. (1969–1970). El Seminario, Libro 17: El reverso del psicoanálisis. Editorial Paidós.

— Ministerio de Sanidad de España. (2022). Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES 1995–2022). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

— Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). World Mental Health Report: Transforming mental health for all. World Health Organization.

— Romo Avilés, N. (2010). Adicciones y género: De la invisibilidad a la atención diferenciada. Instituto Andaluz de la Mujer.

— SEDRONAR. (2023). Estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas y prácticas de cuidado en población general (ENcoPraC). Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina, Buenos Aires.

— Soler, C. (2009). El psicoanálisis en el siglo XXI: Del síntoma al goce. Editorial JVE.

— Soler, C. (2015). La época del goce unificado y sus síntomas. Editorial Tres Haches.

03

SOBRE UN CASO DE **TOXICOMANÍAS**
Y UNA FORMA DE **LAZO POSIBLE**,
CON LA **MÚSICA.**

03



Débora Tejeda
debora.tejeda@hotmail.com

Egresada de la Universidad de Buenos Aires. Psicóloga de planta en consultorios externos del Hospital Infanto Juvenil Carolina Tobar García. Especialista en psicología clínica con orientación psicoanalítica.

El propósito de este escrito es reflexionar sobre una viñeta clínica y transmitir una **modalidad de abordaje** atravesada por una escucha psicoanalítica, la cual ha marcado incidencias notorias en el devenir de un adolescente. Este trabajo permite cernir algo de lo que un analista puede hacer en el ámbito de las sesiones con un paciente que concurre al servicio de consultorios externos de un hospital psiquiátrico. **Estrategias** que surgen a partir de una escucha atenta y singularizada del padecimiento de un sujeto.

Amadeo es un paciente de 15 años que ha cursado una internación psiquiátrica tras haber realizado un intento de ahorcamiento. Sitúa algunos factores desencadenantes: estaba angustiado, comprometido con el consumo de sustancias y había interrumpido recientemente el vínculo con su novia. A poco de empezar clases de guitarra se produce la internación. Desde los primeros encuentros ahondará sobre su relación con la angustia, con el objeto droga y con el otro en sentido amplio.

Es traído por la madre quien se anteponía al hijo. Hablaba por él. Era ella quien pasaba primero al consultorio, concediendo luego la posibilidad de entrevistar al hijo. Presentaba un discurso sin agujero. Hablaba de lo buena madre que era y de cómo ayudaba a su hijo a diferencia del padre. Respecto a éste refiere que se torna violento verbalmente. Tenía para con él una restricción perimetral. Recuerda que, en la internación de su hijo, el padre se pelea con el equipo tratante. Decía que había consultado con un "especialista en cannabis" y acusaba a los profesionales de drogar a su hijo. Incitaba a Amadeo a consumir marihuana como modo de dejar las otras drogas a las que recurría continuamente. Decía: "A mí, la marihuana me salvó la vida".

Se piensa en una **derivación a terapia familiar**, que funciona en el mismo hospital, con objeto de armar un lugar para la madre a los fines de que su hijo pueda ir armando el suyo en terapia individual. También a los fines de que pueda haber un espacio para el ruido de y entre los padres.

Amadeo al principio conversaba poco, el recurso a la palabra estaba dificultado. No entendía por qué su madre lo había internado dado que lo único que él quería era morirse. Insistía con su intención, tarde o temprano, de quitarse la vida.

Refiere que nadie entiende la angustia que él siente por dentro y que lo acompaña desde los 6 años. En esa época quedaba gran parte de tiempo al cuidado de sus abuelos paternos. No sabían leer, eran muy pobres. En su colegio sí le estaban enseñando. Él quería aprender para poder enseñarle a sus abuelos y que ellos pudieran contarle un cuento. Fallece su abuelo paterno, dice que **le explota** una úlcera. Recuerda la angustia de su abuela.
La vida le es muy pesada.



PH: www.tobargarcia.com.ar

También ha estado **"en la pesada"**. Con anterioridad a la internación consumía éxtasis, LSD, pasta base, cocaína. Tomaba alcohol y fumaba tacaco sin medida. Habla de una experiencia con su cuerpo en tanto **agujero a ser llenado, y a veces vaciado** con el vómito. **Andaba armado**. Pasaba días sin volver a su casa. Contaba con cierto regocijo narcisista **el saber** que detentaba sobre la droga.

Resuena en el adolescente y el padre **el ruido, el estallido, la disrupción, el quilombo**. La exteriorización agresiva aparece en ambos cuando interpretan que es tomado por boludo por el otro. A raíz de algunas situaciones que suceden en el ámbito hospitalario se comienza a trabajar sobre lo magnificado de algunas escenas cuando se siente boludeado por el otro y cuando algo o alguien no está. También sobre el impacto que le produce que el otro **falte**. Cuando está enojado no hay riesgo, hay una escena que le puede dirigir al otro. El problema es cuando se topa con el agujero, con el vacío que domina su existencia. Su segunda internación se produce cuando su equipo tratante estaba de licencia.

¿Qué forma de lazo posible?. Le gusta la música y escucha un grupo que se llama "Los chicos suicidas", quienes han pactado suicidarse a los treinta años. Amadeo a los 18...Trae a las sesiones las letras de sus canciones. Su tío materno, quien también tiene un consumo problemático de sustancias y antecedentes penales, lo visita en la internación y en ese contexto le

regala una guitarra. Le impactó que ese regalo venga de él. **Que alguien quiera de él algo distinto que no sea lo peor lo rescata.** Solía preguntar qué impacto podría tener para el equipo tratante que él se suicidara.

Comienza a apropiarse de un saber en relación a la música que va más allá de "Los chicos suicidas". Se inmiscuye en el rock nacional y en letras de canciones. Las trae a sesión.

En general habla mucho, es muy difícil que corte. Se le señala dicha cuestión en relación con la música. Está aprendiendo a leer partituras. Se le marca algo respecto a compases de espera, ritmos, silencios y cortes. Trae una escena. Hace unos años se había hecho el DNI y quien lo atendió le dijo que al firmar no debía levantar el lápiz del dispositivo. El resultado fue que escribió su nombre con letra gótica, sin separación. Tuvo que volver a tramitarlo tras perderlo. Se entera que podía separar las letras. "Ahora sí se entiende mi firma". Con la separación aparece, despejado, algo del nombre propio.

Con el policonsumo también la cortó. Cuenta un episodio en donde su tío empieza a fumar cigarrillos de su mamá y de él como así también a comer la poca comida que había en la casa. En otro momento hubiese aplaudido el estado en el que su tío estaba, hoy por hoy lo que le produjo fue **asco**. Querría dejar de fumar tabaco. Dice que sabe que fumar le saca el aire, pero si está sin fumar se queda sin él. Se asfixia. Dice que cuando fuma experimenta que algo pasa por la garganta. Se procura un agujero. Lo hace existir. El mismo que ha intentado obturar con sus dos intentos de ahorcamiento.

Le gusta explicar, enseñar y cantar. Acompaña al padre con la guitarra. Muestra videos con dichas situaciones. Con la música encuentra un padre y puede producir un lazo que no sea en el cuello. No sin el tránsito por el corte.

La música le es posibilidad de recupero de otro y encontrar un agujero que le permita salir del destino prefigurado por el otro. El mundo para él fue y será una porquería. Eso tiene un nivel de certeza que no se le discute. Mientras tanto anda viendo cómo no dejarse ganar por el mundo "de mierda" e inventar algo con lo cual atarse, pero a la vida.

"Los chicos suicidas" ya cumplieron 30 y no se mataron, torcieron su destino. Próximo a cumplir 18, dice que ya no piensa en hacerlo, pero tiene un desafío: "amenazar con la inmortalidad, haciendo del estallido, sonido y canción...".

04

EL **DESAFÍO DEL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO** EN EL CAMPO DE LAS **ADICCIONES.**

04



María Cecilia Castelluccio
ceciliacaste@hotmail.com

Lic. en Psicología. Especialista en clínica de adultos. Magister en psicoanálisis UBA. Docente de UBA y USAL. Psicóloga de planta de la División Toxicología del Hospital Fernández.



Dr. Bruno Jorge Buonsanti
brunobuonsanti@gmail.com

Médico psiquiatra. Psiquiatra de planta de la División Toxicología del Hospital Fernández. Subdirector de la Carrera de Médico Especialista en Psiquiatría de la Universidad de Buenos Aires, UDH Hospital Fernández. Egresado de seminarios de la Especialización en Psicoanálisis del IUSAM de APdeBA (Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires).

El presente trabajo resulta de la experiencia clínica con pacientes que asisten a la División Toxicología del Hospital Fernández en búsqueda de comenzar un tratamiento por adicciones a sustancias.

Cada vez más frecuentemente nos encontramos con dificultades a la hora de plantear un abordaje interdisciplinario, debido a que la demanda suele ser el pedido de una medicación que alivie rápidamente el sufrimiento, de la misma manera que esto se venía realizando con la sustancia problema. Este asunto así propuesto, tiene varias aristas problemáticas a considerar: una de ella es que se genera un bucle, o sea, una sustancia para reemplazar a otra (no como medicamento para reemplazar a un consumo problemático); otra es sostener la fantasía de las curas "milagrosas" (instantáneas y sin esfuerzo), muy acordes a los ideales de la época. El tratamiento interdisciplinario es planteado así, porque se entiende que estamos frente a una enfermedad que tiene distintas aristas a atender: psicológica, biológica y social. No será posible el trabajo de una disciplina sin la otra.

Asistimos a una época caracterizada por el consumo, enmarcada por las coordenadas del discurso capitalista. No siempre fue así, podemos plantear un ejemplo fácil de constatar, es lo que se conoce como la "obsolescencia programada", algo que hubiera horrorizado a dos o tres generaciones anteriores, quienes tenían sus electrodomésticos desde que se casaban y los dejaban en herencia a los descendientes. Se trata de una estrategia empresarial que consiste en diseñar productos con una vida útil limitada, forzando así al consumidor a comprar un nuevo modelo y mantenerlo de esta manera en un ciclo de consumo constante. Podemos pensar rápidamente en los smartphones o teléfonos inteligentes, cada año nos encontramos con un modelo nuevo que trae prestaciones que hacen que los modelos anteriores vayan cayendo en desuso. En este sentido el mercado de las drogas ilegales no es ajeno a las leyes del capitalismo, permanentemente aparecen nuevas sustancias psicoactivas (NSP) prometiendo mejores y más potentes efectos. Vemos cómo, quienes las consumen, priorizan los efectos buscados y minimizan los no deseados, en una especie de creencia de tener el control sobre sus consumos; lo que contrasta con la realidad de que los efectos tóxicos se vuelven cada vez más peligrosos.

Cualquier objeto o conducta que se torne compulsiva es susceptible de entrar en el circuito de la adicción: sustancias, comida, juego; la lista puede ser infinita. Así es que el DSM 5, en el 2013, amplió el constructo de adicción con la categoría "trastornos adictivos y relacionados con sustancias" en donde incluyó al juego patológico. Esto representó un cambio significativo en cuanto a un concepto que prevalecía desde la década de 1980, donde las adicciones eran trastornos que involucraban el

uso compulsivo de sustancias psicoactivas únicamente. Ahora sabemos que se pueden considerar adicciones a múltiples comportamientos no relacionados con sustancias. En la práctica observamos cómo es difícil deslindar una de otra, siendo el policonsumo la presentación clínica más frecuente.

Los avances en la neurobiología traen aportes que ayudan a comprender la situación planteada. Sabemos que sentir placer cuando llevamos a cabo una conducta nos motiva a repetirla. El placer se produce porque disponemos de un sistema cerebral que nos permite experimentarlo, el cual fue descubierto en 1954 por James Olds y Peter Milner. La cuestión está en que todos los placeres (beneficiosos y no beneficiosos) se encauzan hacia los mismos mecanismos neurales. Los seres humanos estamos preparados para adquirir recompensas que históricamente escaseaban. Ahora, con el avance de la civilización, el individuo está expuesto a una abundancia más allá de lo que los circuitos del cerebro han evolucionado para manejar. La comida rápida o "chatarra", la pornografía, los centros comerciales, el alcohol, los estimulantes, los opioides, usurpan mecanismos desarrollados para mejorar la supervivencia del cazador-recolector en los seres humanos.

Con el uso crónico de sustancias (y también de ciertas conductas compulsivas) se desensibilizan los circuitos de recompensa: se altera la capacidad de sentir placer y motivación para llevar adelante las actividades cotidianas. Además, hay un aumento en las respuestas condicionadas y en la reactividad al estrés: esto resulta en un aumento del craving (deseo intenso e irresistible de consumir) por alcohol y otras drogas, con aparición de emociones negativas cuando estos cravings no son satisfechos. Sumado a esto, se debilitan las funciones ejecutivas relacionadas con la toma de decisiones, el control inhibitorio y la autorregulación, lo cual lleva a repetidas recaídas. Estos son los descubrimientos neurobiológicos básicos sobre los que se apoya lo que observamos en la clínica.

Desde otro paradigma como es el psicoanálisis, Lacan propuso en el Seminario 17 una frase que da cuenta de lo antes mencionado y es: *"Se empieza por las cosquillas y se termina en la parrilla"*. Con esta frase podemos pensar el refuerzo positivo y el negativo, además claramente del concepto de goce (la idea de que el sujeto no busca su bienestar). Freud en 1920, cuando acuñó el concepto de "pulsión de muerte" propuso el más allá del principio del placer. Esta idea que escandalizó a su tiempo, suponía que el ser humano no busca su bien, por el contrario. Cuando se le pregunta a un paciente que consume el por qué lo hace sabiendo que no le produce placer, se basa en esta premisa. Por supuesto también la podemos explicar desde la neurobiología y desde el refuerzo negativo (consumir para evitar el malestar que produce no hacerlo). Pero lo interesante es que el sujeto sabe que luego de consumir se va a sentir mal, "perseguido", etc; sin embargo no puede dejar de hacerlo. Nos encontramos frente a personas que no pueden parar. Siempre aparece la idea de encontrar "eso" que nunca aparece, esa satisfacción que estuvo al inicio del consumo. Se busca esa satisfacción perdida que jamás se volverá a encontrar.

En la actualidad el significante "*adicto*" resulta un modo para nombrarse. Se transforma en una categoría ontológica. Uno es "adicto". Otra característica interesante de la época es el "anónimo". Existen todo tipo de organizaciones en las que cada quien puede ir con su "ser" de goce pero anónimo: alcohólicos, obesos, narcóticos, etc. Paradójicamente nuestra época brinda una identidad anónima a través de es estos grupos de pertenencia, casi un oxímoron.

Es interesante preguntarse por qué es mejor tolerado "adicto" que un diagnóstico psicopatológico (como por ejemplo la esquizofrenia). Probablemente aún persisten los prejuicios ligados a "vicios" y por tanto a la voluntad que nadie ligaría a la salud mental. Un pequeño ejemplo de ello fue una consulta de una señora sobre su hijo ya mayor de edad de quien dijo que a causa de fumar THC (sic) *"había intentado prender fuego la casa con los hermanos dentro, no se bañaba, estaba la mayor parte del tiempo debajo de la cama y quiso violar al perro"*. Una serie de conductas bizarras por las que su madre no consultó en un servicio de Salud Mental sino en Toxicología. El problema, para ella, era la droga.

Este modo de nombrarse (adicto) desresponsabiliza al sujeto: es entonces que escuchamos "*lo hice porque estaba drogado*". El efecto de las sustancias parece ser suficiente para dar cuenta de cualquier acto "justificando", cerrando la posibilidad de indagar qué operó como causa para ese sujeto.

Vivimos en una época que no tolera la espera ni la frustración, la solución "química" suele ser mejor tolerada que la vía de lo simbólico, un dispositivo de la palabra. Quizá por eso la demanda en las Guardias o en los Consultorios Externos del Servicio de Toxicología (con equipo de Salud Mental) es: "necesito una medicación". Por supuesto que el psicofármaco es un recurso terapéutico crucial y en la mayoría de las veces necesario, pero vemos cómo en este último tiempo se ha ido transformando en el exclusivo como demanda de los pacientes. Entendemos los cambios neurobiológicos que produce el consumo crónico de las sustancias psicoactivas, pero también sabemos que se trata solamente de una parte del problema. Como proponía Freud, el químico, "los quitapenas", es una solución rápida y efectiva pero tosca. La frase que solemos escuchar: *"el cuerpo me lo pide"*, (sin desconocer la abstinencia ni el craving) puede resultar un modo de no responsabilidad, de no preguntarse qué le sucede. Es una modalidad de obturar y no saber nada de lo que pueda ligarse a la angustia. Un ejemplo claro de esto son las benzodiacepinas: psicofármacos con doble función, por un lado útiles para el tratamiento pero por el otro con alto potencial adictivo.

En este punto conviene hacer referencia a un término griego "Pharmakon" cuyo significado remite no a una sustancia sino a la reversibilidad que posee

PH: Google Fotos | Sasha Argentinoff



una misma droga de convertirse en remedio como en veneno. Tal como diría Paracelso se trata de dosis. Actualmente tenemos otras drogas no benzodiacepínicas, orientadas al manejo del craving (moduladores glutamatérgicos) que resultan una mejor opción debido a que presentan menor potencial adictivo. Esto nos aleja de la posibilidad de reemplazar una droga por otra, y nos acerca a brindar un alivio sintomatológico que ayude a preparar un terreno fértil para el trabajo interdisciplinario. Además, pensando a cada paciente desde su subjetividad y desde el paradigma de la patología dual, tendremos opciones farmacológicas que irán apuntando a la enfermedad mental asociada a la adicción. Será un objetivo poder estabilizar el cuadro psicopatológico de base al mismo tiempo que se trata el consumo compulsivo.

Para que un sujeto se implique, y por consecuencia adhiera al tratamiento, es necesario que pueda reconocer su responsabilidad. No se trata de un asunto voluntario y por lo que no alcanza con decirse "soy responsable", ya que no se trata de una cuestión a nivel del enunciado sino de aquello vinculado con la posición inconsciente, con su posición enunciativa, por tanto lejano a la voluntad. Para que un sujeto devenga responsable es necesario el asentimiento subjetivo.

A modo de ejemplo, mencionaremos el caso de una persona que busca tratamiento a partir de que su pareja con quien tienen hijos le pone una restricción perimetral. En estado de intoxicación, realizó destrozos en el hogar. En la consulta dice que, a la hora de defenderse, se apoyará en el hecho de que estaba bajo el efecto de una sustancia, buscando con esto poder recuperar el vínculo con los menores. En la intimidad del consultorio, separamos lo jurídico de lo subjetivo y cuestionamos qué fue lo que sucedió en esa escena, qué le llevó a hacer lo que hizo. La propuesta es poder pensar en su implicancia subjetiva, más allá de lo que luego diga ante el resto.

Para concluir deberemos distinguir la categoría de responsabilidad para el discurso jurídico de la categoría con la que trabajamos con nuestros pacientes. Para el primero responsable se equipará a imputable de sanción, lo que no significa que ese sujeto se responsabilice subjetivamente. Sin el asentimiento subjetivo por parte del sujeto la sanción jurídica pasa a ser vivida como capricho, como venganza. O sea, se trata de un castigo puramente especular, lo que da lugar a conductas de rivalidad y agresión.

La pregunta es cómo tornar a un sujeto responsable de sus actos, involucrarse éticamente en ellos. Este es el único medio para que otorgue asentimiento subjetivo a su acto, lo cual estará en las antípodas del "fue por la droga". Consideramos que el camino para lograr esto será a través del abordaje interdisciplinario, en donde se pueda abordar la urgencia clínica pero también se pueda atender la implicancia subjetiva en el malestar.

Bibliografía

— Soler, Colette:(2004) "Qué se espera del análisis y del psicoanalista". 2004. Psicoanálisis. Volumen XXVI. Año 2004. Nº3.

— Lacan, Jacques. El Seminario, Libro 17: El reverso del psicoanálisis (1969–1970).

— Laurent, Eric: "Tres observaciones sobre la toxicomanía" Toxicomanía y alcoholismo, Sujeto, goce y modernidad. Fundamentos de la clínica II Instituto del Campo Freudiano Bs.As. 1994. Ed, Atuel -TyA

— Freud, S. (1930). El malestar en la cultura. En Obras Completas. Buenos Aires, Amorrortu Editores. 1976. Tomo XXI

— Barrenengoa, P. (2020). Adicciones y nuevos síntomas: lecturas de la estrategia toxicómana desde el psicoanálisis. Perspectivas En Psicología, 17(1), 73–79. Recuperado de https://perspectivas.mdp.edu.ar/revista/index.php/pep/article/view/487

— Volkow, Nora et al. Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. N Engl J Med 2016; 374:363-371. DOI: 10.1056/NEJMra1511480

— Volkow, N. D., Michaelides, M., & Baler, R. (2019). The Neuroscience of Drug Reward and Addiction. Physiological reviews, 99(4), 2115–2140. https://doi.org/10.1152/physrev.00014.2018

05

EL **CONSUMO DE SUSTANCIAS EN SERVICIOS DE INTERNACIÓN**: UNA INVITACIÓN A REPENSAR NUESTRAS PRÁCTICAS.

05



Ana Victoria O'Lery Mack
lic.anaolerymack@gmail.com

Licenciada en Psicología,
Universidad de Buenos Aires
Residente de segundo año del
Hospital José T. Borda



Milena Reynoso Blasco
blascomilena@yahoo.com.ar

Licenciada en Psicología, Universidad
del Museo Social Argentino
Residente de segundo año
del Hospital José T. Borda.

Introducción

En el presente trabajo nos interesa abordar una problemática que atraviesa con mucha frecuencia nuestra práctica clínica cotidiana, en un hospital monovalente de la Ciudad de Buenos Aires. El consumo no solo nos confronta con el padecimiento de cada paciente, sino también con nuestras propias intervenciones como equipos de salud, con las respuestas institucionales que construimos frente a estas situaciones y con la necesidad de revisar, una y otra vez, nuestra posición.

En este sentido, nos proponemos reflexionar acerca de los posibles abordajes del consumo problemático de sustancias en el contexto de la internación, considerando tanto las particularidades subjetivas de quienes atraviesan estas situaciones como las posibilidades y limitaciones que presentan los dispositivos institucionales.

¿Cuándo un consumo es problemático?

Lo problemático está relacionado con el modo en que la persona se vincula con las sustancias que consume. En este punto, no depende únicamente de la cantidad o la frecuencia de los consumos. Es pertinente considerar el sentido que adquiere el consumo para las personas y/o grupos sociales, y los modos en que se regula individual y colectivamente.

Existen consumos problemáticos que pueden manifestarse en distintas situaciones a lo largo de la vida de una persona. A veces se vinculan con una situación puntual, un obstáculo o un momento de crisis, en el que se establece un vínculo nuevo con las sustancias, o se produce una diferencia en la intensidad y la modalidad de esta práctica.

Desde esta perspectiva entendemos el consumo como un fenómeno subjetivo, social y complejo, cuyo abordaje requiere considerar la función que cumple para cada sujeto, articulándola con su historia, sus vínculos, sus condiciones de vida y sus modos de afrontar el sufrimiento.

Esta concepción nos invita a pensar intervenciones que no se orienten exclusivamente a la supresión del consumo, sino que permitan construir un espacio donde este pueda ser hablado, interrogado y situado en relación con la singularidad de cada paciente.

¿Cómo pensar los posibles abordajes?

Una de las perspectivas posibles es la reducción de riesgos y daños, que orienta las intervenciones priorizando la disminución de los riesgos asociados al consumo y el sostenimiento del vínculo terapéutico, sin establecer la abstinencia como única meta posible.

Desde este posicionamiento, el vínculo terapéutico y la escucha constituyen herramientas fundamentales. Se trata de construir un espacio de confianza donde el consumo pueda ser puesto en palabras

sin temor a sanciones o respuestas expulsivas. En este sentido, la institución puede constituirse como un espacio de referencia, pertenencia y cuidado colectivo, promoviendo la construcción de redes y el cuidado entre pares.

Asimismo, el abordaje busca favorecer la recuperación de intereses, deseos, vínculos y proyectos singulares, entendiendo que el cuidado no se construye únicamente en torno a la restricción del consumo.

Otro aspecto fundamental es la voluntariedad, entendida no necesariamente como una condición previa al tratamiento, sino como una construcción clínica. No se trata de partir de la exigencia de que el sujeto quiera tratar su consumo, sino de trabajar para que esa implicación pueda construirse a partir del vínculo terapéutico. La voluntariedad puede pensarse como un efecto del proceso, en tanto el sujeto pueda participar activamente en la construcción de su propio tratamiento.

Estas intervenciones adquieren particular relevancia en el contexto de la internación, donde muchas veces los tiempos institucionales y las condiciones en las que se produce el ingreso dificultan que exista, desde el comienzo, una demanda de tratamiento vinculada al consumo. En este escenario, resulta necesario preguntarnos cómo orientar nuestras intervenciones y qué lugar podemos ofrecer a quienes llegan a la institución.

Una orientación posible desde el psicoanálisis

Desde nuestra perspectiva psicoanalítica y apuntando a una reflexión, nos preguntamos de qué lado queda la abstinencia.

No planteamos la abstinencia como una exigencia dirigida al paciente, sino que proponemos pensarla como una posición ética que convoca al analista. Esto implica abstenerse de responder desde los propios ideales, la moral o las buenas intenciones, evitando ocupar el lugar de quien tiene un saber cerrado acerca de lo que el otro necesita.

Para posibilitar el pasaje a la práctica de la palabra es necesario pensar en el concepto de transferencia. Debemos ofrecerle al otro un lugar donde algo de él pueda alojarse. Esta maniobra es denominada por Recalcati como "operación de alojamiento". Si ofrecemos cierto lugar, es posible que el sujeto vuelva, que encuentre allí la posibilidad de depositar algo de sí mismo y comenzar a construir un vínculo.

En relación con esto, Recalcati propone la noción de rectificación del Otro. ¿Qué significa rectificar al Otro? Significa encarnar, como analistas, un Otro diferente de aquel Otro traumático, por excesiva presencia o por excesiva ausencia, que el sujeto ha encontrado en su propia historia. Un Otro que no excluya, no cancele, no rechace, no obture ni sofoque.

Esta nueva configuración del Otro permite una nueva implicación del sujeto en un lazo posible (Quevedo, 2015).

Pensar estas operaciones en el contexto de la internación nos permite interrogar qué condiciones son necesarias para que un paciente pueda encontrar en la institución un lugar desde el cual comenzar a hablar de su padecimiento. Esto adquiere especial importancia cuando el consumo constituye una de las respuestas que el sujeto ha encontrado frente a aquello que le resulta difícil tramitar de otro modo.

En este sentido, resulta fundamental sostener cierta prudencia antes de realizar una intervención que apunte demasiado pronto a desarmar la solución encontrada por el sujeto. Esto es válido más allá de la estructura clínica de la que se trate. El recurso al tóxico puede perfilarse, en cada caso, como la mejor solución alcanzada, aun con sus fallas y con el sufrimiento que puede producir y que, precisamente, puede habilitar nuestra intervención.

Antes de cualquier maniobra que tienda a suprimirla, debemos poder precisar a qué responde, cuál es la función que cumple en esa estructura particular y en ese momento de la singularidad del sujeto. En este sentido, podemos pensar que hay tantas funciones del tóxico como consumidores posibles.

En nuestra práctica clínica, donde frecuentemente nos encontramos con pacientes que presentan un diagnóstico estructural de psicosis, resulta especialmente importante

considerar las distintas funciones que el consumo puede adquirir.

En algunos casos, el consumo puede funcionar otorgando un ser: el "ser toxicómano" o "ser adicto" puede constituirse como una forma bajo la cual un sujeto se nombre y que le permita ubicarse respecto de los otros. En este punto, se logra cierta localización subjetiva y una vía posible de enlace con otros.

Por otro lado, el tóxico puede funcionar suprimiendo fenómenos elementales o dando una explicación a estos. El efecto de la sustancia puede ocupar el lugar de la causa de las voces, los ruidos o los fenómenos de desarme corporal que se imponen, y que son interpretados por el sujeto como secundarios a la intoxicación.

Otra función posible es el uso del tóxico como regulador de los estados de ánimo. En ocasiones, los sujetos recurren a sustancias que conocen y que saben cómo administrarse, en determinadas dosis y frecuencias. Podemos pensar, por ejemplo, en el uso diario de marihuana para enfrentar determinadas cuestiones del día a día, el uso de cocaína para levantarse de la cama cuando no existe motivación o el alcohol para bajar la intensidad de ciertos afectos.

Estas funciones nos permiten comprender por qué una intervención orientada exclusivamente a eliminar el consumo puede resultar insuficiente, e incluso desconocer aquello que la sustancia viene a resolver para un sujeto.

Los desafíos del alojamiento institucional

En la clínica observamos que los pacientes con consumo problemático de sustancias suelen despertar en profesionales de la salud ciertas sospechas acerca de una posible simulación, manipulación o falta de compromiso con el tratamiento. En ocasiones, en lugar de ser considerados pacientes que requieren un abordaje clínico, pasan a ser objeto de intervenciones orientadas principalmente a poner límites o favorecer su externación.

Según Sanfelippo (2021), estas presentaciones ruidosas suelen encontrarse vinculadas con historias de abandono, rechazo y desamparo que dejaron la paradójica marca de no estar inscriptos, de no tener lugar en el campo del deseo del Otro.

Para que un tratamiento pueda sostenerse, es preciso interrogar los supuestos desde los cuales intervenimos. No resulta suficiente la idea de no expulsar al paciente y ofrecerle un trato amable para que estas conductas desaparezcan.

Continuando con los aportes del autor mencionado, es preciso sostener una posición más prudente, incluso cierta cuota de pesimismo que habilite la relación transferencial como superficie donde se desplegará la repetición de las marcas de una historia.

Si un sujeto ha sido reiteradamente rechazado, expulsado o no ha sido alojado en distintos momentos de su vida, ¿acaso no repetirá eso en el marco del tratamiento?. Es posible que el paciente ponga a prueba a los profesionales y a la institución para verificar si efectivamente existe allí un lugar para él. No necesariamente porque busque destruir el lazo, sino precisamente porque comienza a construirlo. En este sentido, muchas de estas conductas pueden comprenderse como modos de interrogar la consistencia de este alojamiento.

Nos centramos en estas presentaciones porque nos resultan ruidosas e incómodas de tratar, y recurrentemente encontramos dificultades institucionales para brindarles un alojamiento. Cuando aquello que sucede a nivel social se reproduce en el sistema de salud, puede constituirse un nuevo desamparo para el sujeto.

Sin embargo, reconocer estas dificultades también implica considerar las condiciones concretas en las que se desarrolla nuestra práctica. Los dispositivos de internación están atravesados por tiempos institucionales, exigencias asistenciales y diversas limitaciones que condicionan nuestras intervenciones y, en ocasiones, dificultan la posibilidad de sostener los abordajes clínicos que consideramos necesarios.

En este escenario, el desafío no consiste únicamente en cuestionar determinadas

respuestas institucionales, sino también en preguntarnos qué intervenciones pueden construirse dentro de esas condiciones y cómo evitar que las limitaciones del dispositivo se traduzcan en nuevas experiencias de rechazo.

Quien llega a la internación atraviesa alguna situación que lo excede en diversos aspectos, imposible de resolver con los recursos con los que cuenta en ese momento. A veces sin red afectiva, con una red escasa o con lazos interrumpidos, caído de las coordenadas que suelen sostenerlo, sin poder poner en palabras su padecimiento.

La hospitalidad exige renunciar a la pretensión de estar preparados, abrirse a lo inesperado del otro y, en ese gesto, revisar incluso las propias reglas que rigen nuestros dispositivos. En definitiva, alojar al otro no es simplemente permitirle un lugar en la institución, sino también permitir que su presencia nos interrogue y nos obligue a reinventar los modos en que ejercemos nuestra función.

Reflexiones finales

Consideramos necesario interrogar los alcances y las limitaciones que presenta el dispositivo de internación para el abordaje de los consumos de sustancias.

En muchas oportunidades, el consumo no constituye el motivo principal de internación, sino que aparece entramado, por ejemplo, con una descompensación psicótica. En estos contextos, la prioridad clínica suele orientarse a la estabilización del cuadro, dejando escaso margen para abordar el lugar que el consumo ocupa en la economía subjetiva de cada paciente.

A ello se suma la dificultad que representan los tiempos acotados de la internación o de la rotación de los profesionales en cada servicio, los cuales no siempre permiten la instalación de una transferencia que posibilite el despliegue de la palabra y la elaboración de estas problemáticas.

Por otro lado, las estrategias abstencionistas presentes en ciertas lógicas institucionales pueden dificultar que el paciente encuentre un espacio donde pueda hablar sobre su consumo sin temor a ser sancionado, lo que limita la posibilidad de construir intervenciones a partir de aquello que el propio sujeto pueda decir acerca de su padecimiento.

Frente a estas dificultades, consideramos fundamental sostener intervenciones que permitan construir un vínculo terapéutico, interrogar la función singular del consumo y favorecer la continuidad de los cuidados más allá de la internación, mediante la articulación con referentes, recursos comunitarios y dispositivos específicos.

En reiteradas ocasiones atendemos a pacientes en su primera internación, y que anteriormente no habían realizado consultas por salud mental en otro efector. De esta manera, la internación constituye el único —o uno de los pocos— momentos de contacto con el sistema de salud. En este sentido, aun reconociendo las limitaciones del dispositivo, resulta fundamental que la institución pueda constituirse como un lugar de alojamiento, habilitando la posibilidad de que el consumo pueda ser interrogado y puesto en palabras, en lugar de ser reducido a un comportamiento que debe ser corregido o eliminado.

Más que esperar que el paciente se adecue a determinadas condiciones para poder ser escuchado, el desafío consiste en construir intervenciones que hagan posible ese encuentro.

Bibliografía

— Farji Trubba, N. (Comp.). (2018). Consumos problemáticos: Del fenómeno social a la operación singular. Letra Viva.

— Quevedo, S. (2015): Clínica de los consumos problemáticos. Material educativo del Curso virtual: Modelos preventivo-asistenciales en consumos problemáticos de sustancias psicoactivas. Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones Lic.Laura Bonaparte. Buenos Aires.

— Sanfelippo, L. y otros (2021): Sala abierta. Internaciones en salud mental en un hospital general. Ediciones La docta ignorancia. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

06

CONSUMOS PROBLEMÁTICOS EN HOSPITALES MONOVALENTES: CONSTRUIR POSIBILIDADES MÁS ALLÁ DE LA INTERNACIÓN. EXPERIENCIA EN EL PROGRAMA DE PREALTA.

06



Ana Sol Tejada
ana_tejada04@hotmail.com

Licenciada en Psicología y Profesora de Psicología. Docente de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Concurrente Hospital José T. Borda. Maestranda en Psicoanálisis UBA.

El presente trabajo se propone analizar los desafíos que plantean los consumos problemáticos para las distintas áreas de atención en salud mental, particularmente en los dispositivos de internación y externación de hospitales monovalentes. En la actualidad, los efectores de salud mental se encuentran atravesados por las tensiones que supone la transformación del modelo de atención, impulsada por la Ley Nacional de Salud Mental N.º26.657 y enmarcada en un conjunto de normativas y políticas públicas orientadas a promover un abordaje integral, interdisciplinario y de base comunitaria. Sin embargo, la continuidad de los cuidados requiere condiciones institucionales y recursos que permitan sostener los tratamientos más allá de la internación. En la provincia de Buenos Aires, los datos sobre reinternaciones y las dificultades para garantizar dispositivos de atención intermedios dan cuenta de algunos de los obstáculos que persisten en ese proceso. En este escenario, los consumos problemáticos plantean un desafío particular para los profesionales de salud mental, en tanto exigen articular el abordaje clínico con las dimensiones sociales y vinculares que atraviesan cada situación. A partir de estos interrogantes, se propone reflexionar sobre los desafíos que supone sostener la continuidad de cuidados en los procesos de internación y externación, recuperando la experiencia del programa de prealta del Hospital Borda.

La transformación del modelo asilar: avances y desafíos

A lo largo del tiempo, el modelo asilar de atención en salud mental ha sido objeto de diversos cuestionamientos. En Argentina, la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N°°26.657 en 2010, introdujo un cambio en el abordaje de los consumos problemáticos al establecer, en su artículo 4, que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. La asistencia debía realizarse de forma interdisciplinaria e intersectorial, y preferentemente, fuera del ámbito hospitalario. A partir de este marco normativo, se establece una perspectiva integral que contempla tanto la singularidad del sujeto como las condiciones sociales y contextuales que atraviesan su vida. Se prohíbe la creación de nuevos hospitales psiquiátricos monovalentes, tanto en el sector público como privado, y se establece que la internación debe concebirse como un recurso terapéutico excepcional, cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios y exista una situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros (arts. 20 y 27).

A pesar de su reconocimiento, la implementación de esta ley ha presentado numerosos obstáculos. La transformación del modelo asilar pone de manifiesto desafíos que exceden el marco normativo vigente, se necesita personal suficiente, equipos interdisciplinarios y dispositivos de externación que cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios.

¿Contamos en los diversos dispositivos con los recursos necesarios para llevar a cabo una intervención acertada? ¿Cómo se ve reflejado esto en internación y externación de pacientes? No es una novedad plantear que, en el abordaje de los consumos problemáticos, persisten en ocasiones ciertas intervenciones aún vinculadas al antiguo paradigma de reclusión. En muchas oportunidades, se responde al padecimiento casi exclusivamente desde el área de salud, restringiendo la posibilidad de construir tratamientos ambulatorios pertinentes. A esto se le suma la insuficiente capacitación de los equipos de salud, la persistencia de discursos estigmatizantes y el pensamiento de llevar a una "recuperación" a través de dispositivos asilares o prescripción de medicamentos de forma automática (Buttazzoni et al., 2019).

En este punto, debemos contextualizar la diferencia entre la internación como una terapéutica posible y el "encierro" injustificado. La internación tiene como objetivo proteger y contener, se trata de una herramienta que habilita un espacio de intervención profesional intensiva y transitoria. Otra es la lógica del "encierro", donde se responde a una dinámica punitiva, moral o económica. Aquí nos encontramos desprovistos de una justificación terapéutica, muchas veces sin una evaluación integral ni un plan de tratamiento posible (Trimboli, 2025). El recurso de la internación, se introduce idealmente, posterior a una serie de intervenciones previas, ya sean, en el ámbito doméstico, en el ámbito público o en diversos centros de salud, ya sea de manera ambulatoria, individual, grupal, etc. Todo esto con un fin: regular y/o detener el consumo de drogas y los padecimientos subyacentes. El recurso del aislamiento terapéutico-institucional, ha sido una de las estrategias terapéuticas instaladas como modalidad estratégica hace décadas. Como señala Garbi (2020), aunque el aislamiento terapéutico puede generar alivio y esperanza en las redes vinculares, su eficacia para resolver los problemas asociados al consumo es cuestionada por la frecuencia de las recaídas posteriores al tratamiento. Entonces ¿Cómo acompañar luego de la internación? ¿Con qué consecuencias nos podemos encontrar a la hora de realizar un alta? Trimboli (2025) señala en este punto: "Las internaciones prolongadas tienen efectos devastadores: deterioran la autonomía, obstaculizan la reinserción 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" (p. 31).

En este sentido, el alta hospitalaria no supone necesariamente que estén dadas las condiciones para sostener un tratamiento por fuera de la institución. La salida del hospital puede implicar el reencuentro con dificultades sociales, económicas y vinculares que no se resuelven durante la internación. La externación plantea así un desafío que excede el egreso hospitalario: requiere pensar qué redes, dispositivos



PH: Google Fotos | Ximena Requena

y lazos pueden acompañar ese pasaje y sostener el tratamiento más allá de la institución.

Alta y externación: construir un apoyo posible

En 2019 se inicia un impulso político que exige la transformación sistemática del modelo de atención en salud mental en hospitales monovalentes y en el resto del sistema de salud local. Se comienzan a implementar procesos de externación de usuarios de hospitales neuropsiquiátricos, reformas edilicias y cierre de pabellones, incentivando la creación de dispositivos habitacionales, sociolaborales e inclusión social de personas externadas (Barcala y Faraone, 2023). En este contexto, se plantea un nuevo desafío para el modelo de atención en salud mental: sustituir las modalidades asilares por abordajes comunitarios que favorezcan la inclusión social e incentivar la autonomía de los usuarios. Así es como se comienza a precisar con mayor urgencia la implementación de cambios en las formas de gestión y en los recursos disponibles para hacer efectiva la continuidad de cuidados por fuera del hospital (Wilner et al., 2024).

Battaglia et al. (2025) analizan las condiciones que obstaculizan el egreso de personas que permanecen internadas en hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires aun cuando cuentan con el alta clínica. Sostienen que estas situaciones no pueden explicarse únicamente por la disponibilidad de redes familiares, sino que también se vinculan con la insuficiencia de recursos institucionales y de alternativas de alojamiento y cuidado. Asimismo, los autores advierten que las enfermedades mentales constituyen la principal causa de internación en la población estudiada. Al considerar también a quienes ingresaron por otras causas, pero presentan padecimientos psíquicos, encuentran que el 45 % de la población relevada presenta alguna problemática de salud mental y que, dentro de este grupo, casi la mitad presenta consumos problemáticos de sustancias. Es aquí donde nos encontramos con la noción de "puerta giratoria", personas que atraviesan ingresos y egresos reiterados sin lograr sostener procesos de rehabilitación integral, ya sea por falta de redes de apoyo o recursos comunitarios que acompañen la vida por fuera de la institución,

lo que permite interrogar los alcances de las respuestas centradas exclusivamente en la internación (Peralta y Ochova, 2025).

Descubrir un lazo entre dos dispositivos: internación y programa de prealta

El recorrido por distintos espacios del Hospital me permitió acercarme a dos momentos diferentes de la atención: la internación y el programa de prealta y externación asistida (PPEA). Durante mi rotación por el dispositivo de internación, me encontré con pacientes que atravesaban situaciones complejas, muchas veces vinculadas a consumos problemáticos, psicosis o presentaciones clínicas de alta complejidad. El paso de estos pacientes comenzaba en el dispositivo de admisión y continuaba en los distintos servicios de internación, desde donde se procuraba dar seguimiento y tratamiento por distintos profesionales. El ingreso al dispositivo de prealta me permitió descubrir otra dimensión de este proceso. Se construían talleres, grupos y actividades que formaban parte de una apuesta terapéutica orientada a la externación, la construcción de vínculos y el fortalecimiento de los lazos sociales. Algunos pacientes estaban próximos a la externación, otros transitaban ese camino y otros ya habían recibido el alta. Entre las experiencias que pude conocer en el dispositivo, me interesa destacar la del taller de teatro.

Taller de teatro: experiencia en el programa de prealta

Al comienzo del año, luego de trabajar con obras clásicas y temáticas vinculadas, se planteó la pregunta grupal: "¿Qué obra les gustaría realizar?". Ante dudas y debates acerca de la elección, un integrante planteó una idea: "realizar guiones propios, una charla de amigos". Así fue como se comenzaron a crear obras de teatro, diálogos que apunten a una conversación entre dos o más personajes, luego, colocarles nombre, edad, lugar, historia y título. En cada encuentro se encontraron diversas producciones realizadas por los propios integrantes del taller: algunas comenzaban con monólogos a los que se les agregaba una voz para conversar; en otras, las charlas entre pares permitían que un tercero se sumara; también aparecían diálogos entre varios personajes, con una lógica propia de quien los creaba. Algunas se actuaban, otras se improvisaban con el fin de pronunciarlas, agregar material, modificar o unir producciones ¿Cómo se llama? ¿Qué le pasa? ¿Cuál es su fin? ¿Qué busca? ¿Cómo se lo imaginan? Se comenzaron a construir personajes, voces, vestuarios, escenografía y luces. Pacientes y profesionales comparten un espacio cuyo propósito no se organiza en torno al padecimiento, sino a la posibilidad de crear con otros. Algunos integrantes acudían al taller con sus padecimientos, conflictos, dificultades. En ocasiones, el desafío consistía en pensar cómo sostener el espacio: falta de concentración, memoria, vergüenza, pudor, enojo, angustia. Se buscaba entonces la posibilidad de asumir un rol: actor, coordinador, guionista, escritor, escenógrafo, vestuarista, espectador, público. Explorar formas de expresión y animarse a ocupar un lugar frente a los demás. Un encuentro a partir de una actividad compartida.

La preparación de obras y muestras destinadas a presentarse en el hospital y por fuera de él comenzaron a abrir un horizonte posible hacia la comunidad. Aparece la posibilidad de invitar a personal y pacientes con la esperanza de articular con otros sectores del hospital y por fuera de él. Así, el taller no solo se constituyó como un espacio de producción artística, sino también como una oportunidad para crear lazos y construir la posibilidad de ser reconocido desde un lugar diferente al de la "enfermedad".

A modo de conclusión

Nos encontramos sumergidos en una multiplicidad de discursos que, por un lado, pueden provocar divergencias a la hora de poner en marcha intervenciones concretas, pero que, por otro, evidencian la posibilidad de ir más allá de la mirada individual y pensar de manera colectiva, con el propósito de dar respuestas eficientes y asertivas. El encuentro con el dispositivo de prealta me permitió conocer una suerte de puente entre dos mundos: la internación y un espacio que

busca acompañar y poner en juego aquello que muchas veces queda por fuera de la intervención hospitalaria. El desafío, entonces, no consiste únicamente en revisar los modos en que intervenimos, sino también en reconocer los límites de nuestras propias herramientas y construir respuestas junto con otros. Quizás se trate de sostener la pregunta por aquello que podemos construir colectivamente para que el egreso hospitalario no se convierta en una nueva forma de desamparo y la atención en salud mental no se reduzca a dar respuesta a la urgencia, sino que habilite otras posibilidades de vida por fuera de la institución.

Bibliografía

— Argentina. Congreso de la Nación. (2010). Ley 26.657: Derecho a la protección de la salud mental

— Barcala, A., & Faraone, S. (2023). Mental health reforms in Buenos Aires, Argentina. The Lancet Psychiatry, 10(8), 579–580.

— Battaglia, M., Blanco, S., Brovelli, K., Cantor, P., Cunzolo, V., Garbarini, M., Larrache, C., Luna, M. G., Mato, K., Molina, A., Morán, N., Lardiés, N., Nicolini Segovia, M., Otero, G., Ottonello, M., Quiroga, C., Ricciardi, P., Ruiz Díaz, C., Venuto, M. J., & Vittor, M. E. (2025). ¿Por qué no egresan los pacientes sociales? Claves para comprender la prolongación de las internaciones en los hospitales públicos de CABA. Margen, (118).

— Buttazzoni, I., Conci, M. I., Quarleri, M., Rodríguez, M. C., & Tisera, C. (2019). Babel. Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, 30(146), 267–271.

— Garbi, S. (2020). Rescatados, encerrados, tratados. Modos legos de tratar los consumos problemáticos de drogas. En R. Del Monaco & M. E. Epele (Comps.), Tecnologías y técnicas en investigaciones socioantropológicas de la salud (pp. 23–46). Estudios Sociológicos Editora.

— Peralta, F. C., & Ochova, M. J. (2025). La puerta giratoria en salud mental. Una mirada desde el Trabajo Social. Margen, (118).

— Trimboli, A. (2025). Discriminación, consumos y subjetividad: apuntes para pensar la intervención. En G. Souto (Comp.), ¿Narrativas en disputa? Aportes para el abordaje de las problemáticas de consumo (pp. 23–51). EDUCO, Editorial de la Universidad Nacional del Comahue.

— Wilner, A., Murua, S., Moreno Carreño, E., Tablar, M. E., Segatorri, M., Minuet, I., Sánchez, N. M., Yanco, D., & Luciani Conde, L. (2024). Proceso de transformación del modelo de atención y de gestión en hospitales monovalentes seleccionados de la Provincia de Buenos Aires, 2023–2024. Revista Salud Mental y Comunidad, (17), 128–148.

07

EL CONSUMO PROBLEMÁTICO COMO MULETA EN TIEMPOS DE SOLEDAD.

07



María Violeta Di Rosso Elizondo
mvdirosso@gmail.com

Licenciada en Psicología (UBA). Residente de 3ºaño del Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía.



Gonzalo Fernán Preiti
gonzalopreiti@gmail.com

Lic. en Psicología (UBA). Residente de 4 año del Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía, con paso formativo por el Centro Carlos Gardel, Hospital Moyano, y Parador La Boquita.

Tiempos de soledad

Según un informe reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025a), una de cada seis personas en el mundo padece ***soledad***, la cual es entendida como *"el sentimiento doloroso que surge de la brecha entre las conexiones sociales deseadas y las reales"* (OMS, 2025b). La definición no resulta menor: la soledad no depende de cuántos vínculos se tengan, sino de cuánto se alejan estos –en términos cualitativos– de los que un individuo esperaría tener. Se puede, entonces, estar rodeado de otros y sentirse solo. La definición contempla, además, la noción de padecimiento. Que la soledad haya adquirido el estatuto de "problemática de salud" durante los últimos años habla de las coordenadas socioculturales que nos atraviesan en la actualidad: ha dejado de ser una experiencia aislada o marginal, para convertirse en un rasgo de época.

¿Qué lugar ocupa el fenómeno del ***consumo*** frente a esta tendencia? Las respuestas pueden ser variadas. La soledad y el consumo de sustancias –u otras conductas adictivas– parecen guardar una estrecha relación, pero las manifestaciones de esta adquieren distintas vestiduras. Quienes trabajamos en el ámbito de la Salud Mental –tanto público como privado– somos testigos, a menudo, de un consumo que prescinde de todo tipo de lazo y contribuye al aislamiento de los sujetos; pero en igual medida llegan a nosotros casos en los cuales el consumo parece circunscribirse pura y exclusivamente a instancias sociales, de encuentro con otros: en la previa, en el boliche, en la juntada con amigos, con una pareja, en una excursión grupal por el bosque, etcétera. La mayoría refiere consumir para "pasarla mejor", "para soltarse" o "para animarse": no para escapar de los demás, sino para poder estar con ellos. En este sentido, cabe preguntarse ¿qué implica hoy en día el acercamiento a los otros?

Partiendo de una lectura psicoanalítica, y considerando como determinante el contexto epocal al que asiste nuestra práctica, nos interesa explorar el lugar de esa segunda vestidura: el consumo –o conducta adictiva– como un recurso que no rompe el lazo, sino que intenta volverlo soportable; un suplemento para paliar el dolor de la castración que se presentifica en el encuentro con los otros.

El dolor de estar con otros

Freud (1930) advertía que el sufrimiento nos amenaza desde tres frentes: el cuerpo propio, el mundo exterior y los vínculos con otros seres humanos. El padecer que proviene de esta última fuente es percibido, tal vez, como *"más doloroso que a cualquier otro"* (p. 77). A partir de este supuesto, el aislamiento cobra estatuto defensivo: *"Una soledad buscada, mantenerse alejado de los otros, es la protección más inmediata que uno puede procurarse contra las penas que depare la sociedad de los hombres" (p. 77).*

¿Por qué la existencia con otros produciría dolor? Para Freud

(1930), una de las respuestas posibles se encuentra en las bases de la cultura, en tanto *"los miembros de la comunidad se limitan en sus posibilidades de satisfacción"* (p. 94). Estar con otros tiene un precio: renunciar a una satisfacción sin límites y consentir a un goce acotado, atravesado por la falta. Es, de algún modo, la operación que entendemos como castración. Esta renuncia es soportable en tanto suponga un lugar social, un lugar en el deseo del Otro.

Ahora bien, cabe destacar que la actualidad complejiza las condiciones de la renuncia. La hipermodernidad, en términos de Lipovetsky (2006), vuelve el precio aún más difícil de pagar: en una época de consumo e individualismo exacerbados, los sujetos buscan, por un lado, una *"comodidad existencial"* y albergan *"exigencias de sensaciones agradables"* (p. 96). El dolor no tiene lugar. No es que se sufra menos: "cuanto más libre e intensa se quiere la vida, más se recrudecen las expresiones del dolor de vivir" (p. 89). Los sujetos hipermodernos están, a la vez, más expuestos al dolor y peor equipados para lidiar con él. La consigna parece ser: cuando duele, mejor evitar la fuente de dolor. A la par, a ese dolor se suma otro, propio de una sociedad dominada por la imagen: la exigencia de exhibir ciertos atributos para tener un lugar entre los otros. El "no tener" se presentifica a cada instante, y al mismo tiempo parece difícil aceptar que no se tiene. El encuentro se vuelve así una *escena de exposición*: allí donde al sujeto se juega su lugar, se le hace presente lo que le falta.



Frente a aquel dolor hay, esquemáticamente, dos salidas. La primera es el repliegue: la soledad buscada que Freud ubicaba como protección, potenciada hoy por un mercado que permite autoadministrarse goce sin depender del Otro. En esa clave ha leído el psicoanálisis la toxicomanía: con ayuda de los *"quitapenas"*, decía Freud (1930), es posible *"refugiarse en un mundo propio"* (p. 78), mientras que Lacan (1975) definió la droga como *"lo que permite romper el casamiento del sujeto con el pequeño pipí"* (p. 9). El sujeto rechaza el goce fálico y lo sustituye por una satisfacción autoerótica que prescinde del Otro: ya no busca allí un lugar. La segunda salida es menos evidente: ir al encuentro, pero con apoyo, con gadgets.

La sustancia, o conducta adictiva, no busca romper el lazo, sino que también puede intentar volverlo soportable. Como si fuera una muleta.

La muleta

Sylvie Le Poulichet (1990) piensa el montaje de la toxicomanía a partir de dos ejes, la suplencia y el suplemento. Nos interesa el segundo: allí la sustancia funciona como una prótesis narcisista que sostiene la imagen y acorta la distancia entre una imagen real y una imagen ideal. Lo que legitima ese recurso, según la autora, es la búsqueda de "algo" que al sujeto le faltaría, que no le habría sido dado y del que los otros, aparentemente, sí disponen. Así, preocupado por obtener una insignia fálica y un reconocimiento, recurre al tóxico y se ahorra la pregunta por su propia posición y por su falta.

Llamamos aquí falo, sin mayores precisiones, a lo que cada uno cree portar para abordar al Otro: aquello que supone que el Otro desea. Las versiones son infinitas —ser exitoso, gracioso, bello; tener dinero, un título, una pareja— y la época no deja de multiplicarlas. La lógica del uso rezaría así: "No tengo, sin la sustancia, lo que el Otro me reclama para tener un lugar en él". La muleta opera sobre la distancia entre lo que el sujeto cree ser y lo que supone que el Otro espera de él.

Este uso no implica una ruptura con el falo, si bien cabe destacar que ello suele encontrarse en el horizonte. Se recurre a la sustancia con el objetivo de calma el dolor del encuentro y esta aporta, a la vez, lo que el sujeto cree que le falta para afrontarlo. El propio Freud, entusiasmado con la cocaína, se describía en una carta a Martha Bernays como *"un hombre grande y salvaje con cocaína en el cuerpo"* (1884, p. 234) para nombrar el aumento de sus capacidades. Más tarde, en París, recurría a la cocaína antes de las veladas de debate en casa de Charcot (Teive et al., 2019).

Dos viñetas

E., de 31 años, participaba de los grupos terapéuticos de un efector público del GCBA abocado al abordaje de pacientes con problemáticas de consumo. Tomaba alcohol desde los 22 y ubicaba que, bajo sus efectos, reunirse con sus amigos le resultaba mucho más fácil; al principio, únicamente tomaba en esos encuentros. Llegó a precisar que con el alcohol podía tener "conversaciones reales, íntimas", porque creía no despertar "suficiente confianza en los demás" por su forma de ser. Percibía en sí la falta de un atributo —generar confianza— que suponía exigido por el Otro, y el alcohol venía a suplirlo. Consultó cuando ya "se pasaba de mambo" y no tomaba solamente en las situaciones en las que le costaba vincularse.

M., de 42 años, inició tratamiento por psicología en el mismo efector, refiriendo un consumo problemático de cocaína desde hacía 5 años. En las primeras entrevistas comenzó a historizar acerca de los inicios del consumo, los cuales tuvieron lugar en el marco de un encuentro sexual. A su vez, manifestó que en el último tiempo este se había vuelto condición necesaria para poder mantener relaciones. Así, solo accedía a salir con otras personas si contaba con la sustancia o si aquellas podían facilitarle el acceso a esta. Señalaba que, a partir del uso de la misma, los encuentros se prolongaban y describía una sensación "diferente", "más intensa". Finalmente, su acercamiento al dispositivo se produjo al identificar que la situación "se le había ido de las manos", impidiéndole cumplir con sus obligaciones.

En ambos casos la sustancia no aleja del otro: es la condición para afrontar, en la conversación o en el sexo, una escena que sin ella los exponía la falta.

Cuando la muleta se vuelve siniestra

En las viñetas presentadas, se ha podido observar que ninguno de los dos pacientes consultó por aquel uso inicial, sino por su deriva. Naparstek (2006) la describe así: *"Hay un punto en todo toxicómano, en que esa muleta que comandaba y servía para paliar el malestar, se transforma en siniestra, ya que no la puede manejar y lo deja por fuera de la relación con el otro"* (p. 25). Lo que funcionaba como enganche se vuelve desenganche, y el círculo se cierra de un modo paradójico: aquello que permitía salir del aislamiento termina por devolver al sujeto a él.

Sin desconocer los efectos químicos de las sustancias y su potencial "adictivo" por su injerencia en el organismo, encontramos en la base una dificultad de los sujetos en la actualidad para decir "basta", "hasta acá", y pagar el precio que el lazo y el goce fálico exigen. Heinrich (2023) plantea que, para que se produzca una adicción, *"la ruptura que produce la droga debe recaer sobre un matrimonio con el pequeño pipí, que ya estaba fallido desde antes"* (p. 58). Ese matrimonio "fallido desde antes", lo ubicamos en las coordenadas de época: los mandatos de satisfacción y bienestar individual. En ese sentido, todos somos potenciales consumidores problemáticos, o potenciales aislados, solitarios.

La apuesta del análisis

De aquí se desprende una orientación clínica. Antes que preguntar solamente qué o cuánto se consume –es decir, poner el foco en la conducta o la sustancia–, se trata de situar qué escena del encuentro con otros se le vuelve insoportable al sujeto y qué atributos que considera "ideales" podrían ubicarse en déficit, esos que la sustancia vienen a compensar. Pretender arrancarle las muletas sin más equivaldría a empujarlo a un repliegue: nadie renuncia a algo sin atisbar la promesa de una satisfacción distinta, en la que la propia incompletud no suponga la imposibilidad de hacerse un lugar en el Otro.

En una época que expulsa el dolor, el análisis va a contrapelo: ofrece un espacio donde ese dolor pueda nombrarse y un lazo —el de la transferencia— en el que falta es condición absoluta. Tal vez allí resida su apuesta: no en suprimir la renguera, sino en que el sujeto descubra que es posible encontrarse con otros aun rengueando.

Bibliografía

— Freud, S. (1884). Carta a Martha Bernays del 2 de junio de 1884. En Obras completas: Epistolario (Vol. 3, p. 234). Orbis.

— Freud, S. (1984). El malestar en la cultura. En Obras completas (2. ed., Vol. 21, pp. 57–140). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1930)

— Heinrich, H. (2023). Cuando la neurosis no es de transferencia: Psicosomática, anorexia, adicciones. Letra Viva.

— Lacan, J. (1975). Jornadas de estudio de los carteles en la Escuela Freudiana de París. Biblioteca de Psicoanálisis Oscar Masotta.

— Le Poulichet, S. (1990). Toxicomanías y psicoanálisis: Las narcosis del deseo. Amorrortu. Lipovetsky, G. (2006). Los tiempos hipermodernos. Anagrama.

— Naparstek, F. (2006). Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo. Grama.

— Organización Mundial de la Salud. (2025a). From loneliness to social connection: Charting a path to healthier societies. Report of the WHO Commission on Social Connection.

— Organización Mundial de la Salud. (2025b, 30 de junio). La conexión social está vinculada a la mejora de la salud y a un menor riesgo de muerte temprana [Comunicado de prensa].

08

EL IMPACTO DE LA ÉPOCA ACTUAL
EN LO SINTOMÁTICO:
UNA LECTURA PSICOANALÍTICA EN UN CASO DE CONSUMO PROBLEMÁTICO.

08



Lic. Macarena Di Ninno
licmacarenadininno@gmail.com

Ex concurrente de salud mental del Hospital Donación F. Santojanni. Especialización en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica (UBA). Certificación de Especialista (Ministerio de Salud).



Lic. Eugenia Santamaría
lic.eugesantamaria@gmail.com

Concurrencia finalizada en el Hospital de Agudos Donación F. Santojanni. Especialización en Psicología Clínica Psicoanalítica (UBA).

Presentación de una actualidad que nos atraviesa

Para comenzar, proponemos recuperar los aportes de algunos autores y autoras que permiten pensar la época actual y su incidencia en las instituciones, particularmente en el ámbito del hospital público. Consideramos que dicho contexto atraviesa de manera significativa tanto el funcionamiento institucional como las formas de presentación del malestar subjetivo en quienes acuden a estos espacios. Con frecuencia, las personas se presentan en situaciones de descompensación aguda, pero sobre todo marcadas por el desamparo y la ruptura del lazo social.

Esta configuración contemporánea, genera una tensión en nuestra práctica ya que enfrentamos el desafío de abordar un síntoma que irrumpe y desestabiliza. Esto se enmarca en una lógica institucional, que al estar hiper exigida por un mayor caudal de demanda, refuerza los imperativos de eficiencia, productividad y rendimiento. Estas exigencias tienden a obturar la posibilidad de una escucha singular y profunda, restringiendo el tiempo y el espacio necesarios para una intervención clínica que tenga efectos subjetivantes. Los tiempos del engranaje neoliberal no son equiparables a los tiempos propios de la subjetividad.

En este sentido, Byung-Chul Han (2024) describe la época actual como una "sociedad del rendimiento", donde predomina la autoexplotación. Esta lógica también atraviesa al analista, presionando por intervenciones rápidas y eficaces, lo cual puede obstaculizar la escucha singular. De este modo, se podría caer en el *furor curandis* que inhabilita la escucha parejamente flotante y rompe la regla fundamental del Psicoanálisis. En este punto, consideramos que es fundamental estar advertidos de ello para no caer en reduccionismos y abordajes desubjetivantes.

Sumando a esta idea, Silvia Bleichmar (2002) advierte que asistimos a una época de transformación en las condiciones de constitución subjetiva, marcada por una caída de los referentes simbólicos y de los espacios de sostén. El sujeto contemporáneo aparece desanclado de los lazos simbólicos estructurantes, lo que conlleva nuevas formas de sufrimiento.

Ubicamos que, en la época actual, la fragilidad en los modos de constitución subjetiva favorece la proliferación de respuestas sintomáticas diversas. Para el psicoanálisis, el síntoma es una formación del inconsciente que cifra una verdad del sujeto, un modo singular de responder al malestar inherente al conflicto psíquico y la vida en sociedad. Freud (1930) afirma que las enfermedades mentales no son ajenas a la cultura, sino que emergen en su interior como efecto de las tensiones entre los impulsos pulsionales y las exigencias civilizatorias. En *El*

malestar en la cultura, establece un paralelo entre el síntoma neurótico y las producciones culturales —como el arte, la religión o la filosofía—, señalando su raíz común: una renuncia pulsional necesaria para la convivencia.

En este punto queremos retomar a Millas (2012) cuando plantea cómo conciliar la demanda social de asistencia, las normas hospitalarias, los tiempos institucionales, los criterios estadísticos con el síntoma y sus necesarias condiciones subjetivas de alojamiento (p.152) ya que precisamente acá, vemos como que nuestro rol psi se ve especialmente tensionado. Se nos convoca a intervenir ante una emergencia que irrumpe en un marco institucional que privilegia la rapidez, la eficacia y la supresión del malestar, muchas veces en detrimento de una escucha singular que permita trabajar con el sujeto y su sufrimiento psíquico.

Entre pasillos y jardines: breve experiencia de un caso en internación

Se trata de la experiencia de haber integrado el equipo tratante de un joven de 26 años que ingresó a una Sala de Internación de un Hospital General de Agudos por un cuadro de "descompensación psicótica". Durante la internación, se trabajó en el rearmado de su red socio-afectiva y con los organismos jurídicos creados a partir de la Ley Nacional de Salud Mental, encargados de supervisar el proceso de internación y garantizar sus derechos.

Transcurrida la fase aguda, se observaron signos de intoxicación por sustancias; con el tiempo pudo verbalizar e historizar en su espacio individual respecto de ello. Para el campo psi, que se orienta al tratamiento por la palabra, el desafío consistió en que, pasado el momento de riesgo, el paciente pudiera comenzar a interrogarse acerca de su padecimiento. Desde la psiquiatría, las intervenciones apuntaban a ajustar la medicación para reducir la abstinencia y contener el consumo, mientras que lo jurídico supervisaba la internación y organizaba posibles derivaciones ante la imposibilidad de retorno al hogar. Cuando el analista se incorporó al tratamiento, J. mostraba mejoría, comenzaba a tener salidas transitorias y expresaba deseos de rehabilitación.

Al tiempo que el equipo proyectaba el alta, surgieron rumores de consumo que él negaba; en la guardia, se lo evaluaba con signos de intoxicación. En el espacio analítico, inicialmente no se lograban efectos al intentar que hablara de esto. Tras una supervisión, se decidió modificar el encuadre: en lugar de entrevistas en el box, se propuso caminar por los jardines del hospital y conversar sobre sus intereses. Este cambio habilitó que emergieran elementos de su historia: relató los inicios del consumo como forma de pertenecer, habló de la soledad y comenzó a proyectar deseos de futuro, como conseguir un trabajo, reconociendo la importancia de sostener el tratamiento.

Cada disciplina operó desde su marco, aportando una mirada necesaria pero no total sobre el padecimiento. El trabajo clínico, en particular, se orientó a abrir un espacio singular de palabra que interrogue el sufrimiento y posibilite un proceso de subjetivación allí, donde antes sólo había síntoma y padecimiento.

Reflexiones finales

A modo de cierre, puntualizamos la importancia de leer las patologías contemporáneas encuadradas en la época; aquello que Laurent llama "diván modernizado". A lo largo de este trabajo ubicamos cómo esta época, caracterizada por la "sociedad del rendimiento", incide profundamente en las instituciones, en la manera en que se presenta el malestar subjetivo, y en la práctica clínica dentro del hospital público. En este contexto, las formas de presentación en estado agudo de los pacientes como la pérdida del lazo social, el consumo problemático de sustancias, la ausencia de grupos de pertenencia y la carencia de referentes simbólicos estables, configuran un escenario de desamparo que tensiona nuestra labor profesional.

En este sentido, Bleichmar (2002) sostiene que los procesos de deshumanización implican la pérdida no sólo de condiciones materiales de existencia, sino también

del entramado simbólico y vincular que resguarda al sujeto frente a la soledad y la indefensión. La viñeta clínica pone en evidencia cómo estas realidades atraviesan a una persona. Esto requiere una apertura a una escucha singular, que aloje el sufrimiento más allá del síntoma manifiesto. En este punto, la advertencia de Silvia Bleichmar sobre la deshumanización se materializa en la vivencia concreta del paciente: la brutalidad de perder no solo condiciones de existencia, sino toda referencia mutua y sentido de pertenencia, dificultando el proceso subjetivo de elaboración del malestar.

Ahora bien ¿qué puede hacer el analista frente a esto? Desde nuestro lugar, ubicamos reestablecer la singular del sujeto, subrayando la importancia de espacios de encuentros, como las reuniones de equipo y las supervisiones, como lugar de sostén para escuchar y escuchar-nos. Para pesquisar lo que de la época nos atraviesa en nuestra escucha e intervenciones; estando advertidos de que el malestar psíquico, producto de la época, también puede quedar del lado del analista. Las reuniones y supervisiones orientan y sostienen nuestra práctica clínica, constituyen un espacio de pausa y reflexión donde es posible interrogar nuestras intervenciones, revisar nuestros posicionamientos y alojar el malestar. Así, devienen una forma de resistencia frente al empuje de la época, manteniendo viva la apuesta por una clínica que no renuncia a la dimensión singular de cada sujeto.

A su vez, sostenemos la importancia de ubicar los límites y alcances de la práctica, sin caer en un *furor curandis* al que empuja el sistema de salud. Asimismo, es inherente al ejercicio de la práctica en la salud pública, tener presentes los objetivos marcados por la institución, para no quedar adheridos a esos ideales utópicos de curación, de manera tal que quede así abolido el sujeto.

Frente a esta realidad, emerge con fuerza el concepto de hospitalidad como un principio ético y clínico central: el analista debe abrir un espacio de acogida donde el sujeto pueda ser recibido en su singularidad, con sus marcas y síntomas irreductibles sin apresurar su proceso ni reducirlo a un mero dato clínico o estadístico. Pensamos que el Psicoanálisis en el hospital público debe conjugar el rigor de sus instrumentos teóricos con la flexibilidad ética de la hospitalidad, posibilitando que el síntoma se escuche como expresión única del sujeto, inscrito en su historia y en su época. Así, se contribuye a democratizar el acceso a una clínica que no renuncia a su apuesta por la singularidad y la humanidad del otro.

Bibliografía

— Bleichmar, S. (2002). *Dolor país y después*. El Zorzal.

— Freud, S. (1930). *El malestar en la cultura* (J. Strachey, Ed. & Trad., bajo la dirección de J. Laplanche). En Obras completas (Vol. 21, pp. 57–145). Amorrortu Editores.

— Han, B.-C. (2024). *La sociedad del cansancio*. Herder.

— Millas, D. (2012). E*l hospital de día: una orientación por el síntoma*. En M. Flichtentrei (Comp.), Clínica del síntoma: las formas contemporáneas del padecer. Letra Viva.

09

EMPACADOS: **INTERCAMBIO, CONSUMO DE PASTA BASE Y LAZO SOCIAL.**

09



Marina Breslin
psic.breslin@gmail.com

Psicóloga (UNT), exjefa de residentes y especialista en Salud Mental Infanto-Juvenil, con trayectoria en consumos problemáticos y adolescentes en conflicto con la ley penal. Actualmente se desempeña en el CEMAR 3 (CABA).

En la práctica de guardia de salud mental, las consultas vinculadas con el consumo de pasta base de cocaína —denominada habitualmente "paco" en Argentina— pueden presentar situaciones complejas, en las que se articulan el sufrimiento subjetivo, los vínculos familiares y las condiciones materiales de existencia. Este escrito parte de una observación clínica situada: en algunos relatos, la obtención de la sustancia no se produce mediante una transacción monetaria, sino a través del intercambio de objetos personales. La pasta base de cocaína es un producto intermedio del proceso de elaboración del clorhidrato de cocaína, aunque las denominaciones y composiciones de los productos fumables varían según los contextos de producción y circulación (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2021). Por lo tanto, el paco es un producto con menos pureza, más fácil de elaborar y que los narcotraficantes pueden producir más rápido y vender más barato: un negocio redondo. Las cocinas "familiares", generalmente situadas dentro de las villas de emergencia, suelen ser los lugares donde se puede comprar una dosis a un precio más accesible que cualquier golosina, por lo que esta droga y sus consecuencias sociales constituyen un paisaje cotidiano para muchas infancias de Sudamérica, iniciados en el consumo a una edad cada vez más temprana.

En este punto resulta interesante rescatar el valor simbólico que ya empieza a avizorar la particularidad de este tipo de consumo: resulta una nefasta paradoja pensar que en la elaboración de cocaína, droga cara y cuyo consumo puede estar asociado a los estratos sociales beneficiados, deja un residuo consumido a su vez, por aquella población pobre, que no cuenta con la garantía de sus más elementales derechos humanos. Si bien es necesario aclarar que el consumo de cualquier sustancia no depende ni se relaciona de manera directa con el poder adquisitivo del consumidor o de su entorno, es posible pensar en que se configura una contundente metáfora: atendemos a una población vulnerable, necesaria para el mantenimiento del sistema capitalista, consumiendo el residuo raspado de las ollas de otros con más poder.

Se sitúa históricamente el ingreso de la sustancia al país a partir del 2001: momento en que una crisis económica, social y política en la Argentina, genera un estallido de magnitudes desconocidas hasta el momento. La caída del modelo de convertibilidad implantado una década atrás, un marco de apertura económica en desmedro de la industria nacional, la privatización de las empresas del Estado que habían sido producto de la capitalización de generaciones de argentinos por décadas en las empresas públicas, el comienzo de una completa

ausencia del Estado como garante y la total destrucción del sistema provisional. Podemos entonces pensar en una caída del gran Otro que desvanece las legalidades existentes que otorgan consistencia a los sujetos que dentro de él se enmarcan.

La particularidad hallada en el consumo de paco que convoca la presente exposición es cómo a partir del inicio de la circulación del mismo en el país y en íntima relación con el contexto de inestabilidad política anteriormente descrito, implica una modificación del lazo social desde el modo mismo en el que es adquirido. En los numerosos relatos que circulan en el contexto de la guardia de un hospital psiquiátrico, se escucha que las historias relatadas tanto por consumidores como por quienes los acompañan suelen poner de manifiesto que para la obtención de paco, el usuario de tal sustancia ha podido adquirirla aun en ausencia de dinero: muy frecuentemente ocurre que los usuarios la han intercambiado por objetos en general, yendo desde aquellos más costosos hasta aquellos menos ambiciosos. Recuerdo un caso particular en el cual una mujer lloraba amargamente porque su hijo, con problemáticas de consumo de paco tras la trágica muerte de un hermano mayor, había cambiado poco a poco por "papeles" las camperas que habían pertenecido a éste, y con ellas, el enorme valor sentimental expresado por ésta mujer en un duelo que parecía inacabable. Decía "es lo único que me queda de él": la escena permite preguntar qué sucede cuando un objeto que sostenía una memoria y una relación de duelo ingresa en una transacción organizada alrededor de la obtención de una sustancia.

La viñeta no pretende representar todas las trayectorias de consumo ni establecer una causalidad entre duelo y uso de sustancias. Su valor reside en abrir una pregunta clínica: ¿cómo se transforman el valor y el sentido de los objetos en una situación en la que la urgencia por obtener la sustancia parece desplazar otras referencias?

Dinero, mercancía y formas de intercambio

La lectura de Marx permite interrogar la función del dinero como equivalente general en el intercambio mercantil y distinguirlo del capital entendido como proceso de valorización (Marx, 1867/2002). El capital no se define simplemente por la posesión de dinero ni por la velocidad de su circulación, sino por un proceso social en el que el valor busca incrementarse. Esta distinción resulta relevante para el problema que aquí se plantea: que una transacción prescinda del dinero no implica necesariamente que desaparezca la lógica del intercambio ni que los objetos dejen de ser valorados.

En los relatos considerados, el objeto entregado recibe una valoración concreta por parte de quien distribuye la sustancia. El dinero no media de manera visible entre las partes, pero persiste una operación de equivalencia: alguien decide qué objeto puede ser aceptado y qué cantidad de sustancia se entrega a cambio. En lugar de concluir que el dinero pierde su valor o que el lazo social queda abolido, cabe preguntar si se produce una reconfiguración de las formas de intercambio, en la que la valoración queda sometida a una relación desigual y localizada de poder. En la transacción del paco, éste es intercambiado por un objeto cualquiera, y es el distribuidor de la sustancia, quien decide cuántos papeles va a otorgar por el objeto que recibe. Ello permite hipotetizar la caída de un Otro representante de la legalidad capaz de regular cuánto vale cada cosa en un sentido material, fortaleciendo a su vez la tiranía de un pequeño otro que ejerce un poder despótico y exige a su voluntad sin ley que pueda mediar.

Morales (2009) sitúa el crecimiento de la visibilidad del consumo de paco en Argentina a fines de 2001 y comienzos de 2002, en relación con el contexto socioeconómico de la crisis. Vale también la mención a que a partir del 2001 empiezan a circular, componiendo valor de capital, "papeles" de otro tipo: L.E.C.O.P., bonos, tickets canasta, etc. Se puede pensar entonces, que se trata de un período en el cual el dinero deja de ser representante de mercancías materiales, y el consumo y distribución del paco

hacen eco de ésta dinámica constituyéndose como síntoma de la época.

El dinero como significante y valor singular

Desde el psicoanálisis, el dinero no tiene un significado subjetivo único. Su lugar puede articularse con el pago, la pérdida, el intercambio, la deuda, el don o el reconocimiento, según la historia y la posición de cada sujeto. Cichello (2010) examina la función del dinero en la experiencia analítica y advierte contra la atribución de un sentido universal a los actos de pagar y cobrar. En esta perspectiva, el dinero debe considerarse en su singularidad y en relación con la transferencia, sin convertir una interpretación posible en una regla general.

Esta perspectiva introduce una tensión productiva con la lectura económica: el objeto puede tener un valor de intercambio y, simultáneamente, un valor afectivo que no se deja reducir a aquel. Las camperas de la viñeta no eran únicamente bienes susceptibles de ser entregados; estaban enlazadas con la memoria de una persona fallecida y con el trabajo de duelo de una madre. La transacción pone en contacto dos regímenes de valor que no son equivalentes: el valor que el objeto adquiere en la operación y el valor singular que sostenía para quien lo conservaba.

Consideraciones finales

El intercambio de objetos por PBC ofrece una vía para interrogar la relación entre dinero, valor, urgencia subjetiva y lazo social. Sin embargo, no demuestra por sí mismo una ruptura de ese lazo. Más bien, permite observar cómo las formas de intercambio pueden modificarse y cómo, en determinadas circunstancias, una relación desigual de poder puede reorganizar el valor práctico de los objetos, incluso cuando estos conservan para otros una intensa significación afectiva.

La viñeta clínica recuerda que el objeto no es solamente una mercancía: puede sostener memoria, filiación y duelo. La tarea clínica consiste en no borrar esa singularidad, aun cuando el consumo parezca ocupar toda la escena. A su vez, la responsabilidad de las instituciones públicas es atender el sufrimiento sin separar artificialmente la dimensión subjetiva de las condiciones sociales y materiales en las que se produce. Esta articulación, antes que ofrecer una explicación total del consumo de PBC, propone mantener abierta una pregunta: qué formas de escucha, cuidado y lazo pueden construirse allí donde el intercambio parece haber quedado organizado por la urgencia y la desigualdad.

Bibliografía

— Argentina. Congreso de la Nación. (2010, 3 de diciembre). Ley 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina. https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto

— Argentina. Congreso de la Nación. (2014, 29 de mayo). Ley 26.934. Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos. Boletín Oficial de la República Argentina. https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/230505/texto

— Cichello, G. (2010). Función del dinero en psicoanálisis. Letra Viva.

— Marx, K. (2002). El capital (Tomo I, Libro primero, Vol. 1: El proceso de producción del capital). Siglo XXI Editores. (Obra original publicada en 1867).

— Morales, H. A. (2009). El consumo de paco en la Argentina. Revista Electrónica de Psicología Política, 7(21). https://pepsic.bvsalud.org/pdf/repp/v7n21/v7n21a12.pdf

— United Nations Office on Drugs and Crime. (2021). Cocaine: A spectrum of products (Cocaine Insights, Vol. 2). United Nations. https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/cocaine/Cocaine_Insights_2021_2.pdf

¿Y DESPUÉS DEL CONSUMO QUÉ?

AMBIENTE, GRATIFICACIÓN E INCLUSIÓN SOCIAL EN EL ABORDAJE DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS.



María Victoria Varela Slaibe
lic.victoriavarela@gmail.com

Lic. en Psicología, Universidad del Salvador. Especialista en Psicoterapia Cognitiva/ Conductual (Universidad Nacional de Mar del Plata). Residente de Psicología Clínica del Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José T. Borda.

En el abordaje de los consumos problemáticos solemos preguntarnos qué consume una persona, con qué frecuencia, en qué situaciones y con qué consecuencias. Sin embargo, hay otra pregunta clínicamente relevante: ¿qué encuentra esa persona cuando no consume? ¿Qué actividades disfruta, qué vínculos sostiene, cómo organiza su tiempo y qué experiencias le generan interés, bienestar o sensación de logro?

Desde una perspectiva conductual, tendemos a repetir aquellas conductas que producen consecuencias valiosas: alivio, placer, conexión con otros, reconocimiento o sensación de logro. Cuando esas consecuencias aumentan la probabilidad de que una conducta vuelva a ocurrir, hablamos de reforzamiento. El consumo puede producir algunas de ellas de manera rápida e intensa; por eso, comprender su persistencia requiere considerar no sólo qué obtiene la persona al consumir, sino también qué otras fuentes de gratificación tiene disponibles.

Esto no significa "mantener ocupada" a una persona ni asumir que cualquier actividad será beneficiosa. Implica preguntarnos qué experiencias pueden resultar efectivamente gratificantes y sostener otras conductas en el tiempo. La cuestión adquiere especial importancia durante la prealta y la externación: ¿con qué actividades, vínculos y rutinas contará la persona cuando vuelva a su vida cotidiana?

Pensemos esta pregunta a partir de una situación clínica concreta.

Se presenta el caso de un varón de 28 años, con antecedentes de consumo problemático de múltiples sustancias desde la adolescencia, entre ellas alcohol, cannabis, cocaína y pasta base. En el período previo a la internación, pasaba gran parte de su tiempo solo o en compañía de personas con quienes compartía situaciones de consumo. No realizaba actividades recreativas, formativas o laborales que identificara como gratificantes y refería sentimientos

"El ambiente no es solamente el lugar donde ocurre el consumo.

También puede convertirse en un blanco de intervención."

frecuentes de frustración, junto con la percepción de que "no podía hacer nada" y que pocas cosas despertaban su interés.

Ingresa a un hospital de salud mental luego de un episodio de consumo de elevada intensidad, acompañado de marcado malestar y conductas heteroagresivas hacia personas de su entorno, configurándose una situación de riesgo para sí y para terceros que requiere internación para su estabilización y abordaje interdisciplinario.

Una vez superado el episodio agudo y alcanzada una mayor estabilidad clínica, comienza a participar de un dispositivo de prealta y externación asistida. Allí se incorpora progresivamente a diferentes actividades y espacios grupales, comienza a sostener una rutina con mayor regularidad y refiere sentirse mejor en este nuevo contexto. Durante este período también informa una disminución de las ganas de consumir y una mayor participación en actividades que identifica como agradables o significativas.

El contraste entre ambos momentos resulta clínicamente relevante. Antes de la internación, el consumo ocurría en un contexto caracterizado por escasas actividades gratificantes, aislamiento y vínculos asociados al uso de sustancias. Durante su participación en el dispositivo, en cambio, comienzan a aparecer otras actividades, vínculos y rutinas capaces de adquirir valor para él. Esto no permite atribuir la mejoría al dispositivo ni establecer una relación causal entre la participación en actividades y la disminución de las ganas de consumir, pero sí abre una pregunta clínica: ¿qué papel puede tener la disponibilidad de otras fuentes de gratificación en el proceso de recuperación?

Esta pregunta ha sido estudiada desde la literatura conductual mediante el concepto de *substance-free reinforcement* (reforzamiento libre de sustancias), que refiere al reforzamiento obtenido a través de actividades y experiencias no asociadas al consumo. En una revisión sistemática de 50 estudios, Acuff et al. (2019) encontraron que una mayor participación y disfrute de este tipo de actividades tendía a relacionarse con menores niveles de consumo. En términos clínicos, la pregunta es sencilla: ¿qué otras actividades, vínculos o experiencias resultan suficientemente gratificantes como para que la persona quiera volver a ellas?

Esta lógica constituye uno de los fundamentos del *Community Reinforcement Approach* (CRA; Enfoque de Reforzamiento Comunitario), una intervención conductual que propone modificar contingencias del ambiente favoreciendo el acceso a actividades y relaciones no asociadas a sustancias (Meyers et al., 2011). Más recientemente, Murphy et al. (2026) retomaron esta línea a través de la *Substance-Free Activity Session* (SFAS; Sesión de Actividades Libres de Sustancias), una intervención orientada a incrementar la participación en actividades gratificantes, dirigidas a metas y no asociadas al consumo. Los resultados disponibles son prometedores, aunque variables según la sustancia y la población estudiada.

En conjunto, estos desarrollos señalan una distinción clínicamente relevante: reducir el consumo y aumentar las oportunidades de gratificación por otras vías no son necesariamente el mismo proceso.

Esta distinción permite mirar de otra manera los dispositivos de prealta e inclusión social. No porque un taller, una actividad o un espacio comunitario sean terapéuticos por definición, ni porque puedan "reemplazar" linealmente una sustancia. Su interés radica en que pueden ofrecer oportunidades para desarrollar conductas que entren en contacto con otras consecuencias: disfrute, interacción social, aprendizaje, logro, reconocimiento u organización del tiempo. Lo que resulta gratificante para una persona puede ser indiferente para otra; por eso, no alcanza con ofrecer actividades: es necesario evaluar qué ocurre cuando la persona participa de ellas.

A su vez, esto modifica también algunas preguntas que podemos hacer en la práctica. Frente a una persona

con consumos problemáticos puede resultar útil explorar:

• ¿Qué obtiene inmediatamente cuando consume?

• ¿Qué actividades, vínculos o experiencias resultan actualmente gratificantes sin involucrar sustancias?

• ¿Qué intereses o actividades fueron perdiendo frecuencia a medida que aumentó el consumo y cuáles podrían recuperarse?

• ¿Qué conducta concreta querríamos que aumentara y qué tendría que encontrar la persona en esa experiencia para que quisiera repetirla?

En el caso presentado, esta perspectiva ampliaría la evaluación más allá de las sustancias consumidas y las situaciones de riesgo. Interesaría conocer cómo transcurre una semana habitual, qué actividades realiza y disfruta, qué vínculos mantiene por fuera de los contextos de consumo y qué oportunidades encuentra para experimentar interés, logro o conexión con otros. El dispositivo de prealta puede ofrecer oportunidades para ensayar algunas de estas conductas, pero su valor deberá evaluarse en función de lo que efectivamente ocurre para esa persona al participar.

Pensar la inclusión social de esta manera no implica reducirla a una estrategia para disminuir el consumo. La participación comunitaria, los vínculos, la educación, el trabajo, el ocio y el ejercicio de roles sociales forman parte de un proceso de recuperación más amplio. El análisis funcional aporta una lectura adicional: estos contextos también pueden ampliar el repertorio disponible y aumentar las oportunidades de acceder a consecuencias gratificantes por vías no asociadas al consumo.

Esto permite integrar dos niveles de intervención: el trabajo clínico sobre los factores que anteceden al consumo y las consecuencias que pueden mantenerlo, y la intervención sobre las oportunidades concretas que ofrece el ambiente para desarrollar otras conductas. No siempre el próximo blanco de intervención está dentro del individuo. A veces, parte del problema es que el ambiente ofrece muy pocas alternativas.

Volver a la comunidad después de una internación implica, entonces, algo más que volver a exponerse a situaciones de riesgo. Al planificar una externación, quizá no alcance con preguntarnos qué debería hacer una persona cuando aparezcan nuevamente las ganas de consumir. También necesitamos preguntarnos qué podrá hacer cuando no esté consumiendo y qué encontrará allí que haga posible volver a elegirlo.

El desafío no consiste en sustituir una sustancia por una actividad ni en llenar el tiempo disponible. Consiste en ampliar, de manera individualizada, las oportunidades para que otras conductas puedan aprenderse, repetirse y adquirir valor en la vida cotidiana.

Bibliografía

— Acuff, S. F., Dennhardt, A. A., Correia, C. J., & Murphy, J. G. (2019). Measurement of substance-free reinforcement in addiction: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 70, 79–90.

— Meyers, R. J., Roozen, H. G., & Smith, J. E. (2011). The Community Reinforcement Approach: An update of the evidence. *Alcohol Research & Health*, 33(4), 380–388.

— Murphy, J. G., et al. (2026). A behavioral economics substance-free activity session (SFAS) approach to reducing substance use: Narrative review and intervention manual. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 34(3), 305–317.

11

NUEVAS PERSPECTIVAS EN LA CLASIFICACIÓN DE LOS **TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS.**

11



Julieta López
lopezjulieta.psicologia@hotmail.com.ar

Lic. Psicología Universidad de Buenos Aires. Psicóloga de planta de Hospital Juan A. Fernández. Vicepresidenta a la Asociación Argentina de Terapia cognitiva. Docente de grado y posgrado de la Universidad de Buenos Aires.

Los sistemas de clasificación diagnósticos ordenan la complejidad clínica, ofrecen un lenguaje común a los profesionales, facilitan la investigación y la formación. Sin embargo, las presentaciones clínicas muestran variaciones a lo largo del tiempo, lo que establece como necesario modificaciones en el modo de nomenclar. Este trabajo describe los cambios significativos en la clasificación de los trastornos por consumo de sustancias a lo largo de los años y menciona el debate actual sobre el futuro de la manera de establecer diagnósticos clínicos.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), actualmente cuenta con una quinta edición, versión revisada desde el 2022. Es elaborado por la American Psychiatric Association (APA). Fue creado por consenso de expertos y propone criterios diagnósticos específicos para clasificar los trastornos mentales. Su enfoque es categorial, el diagnóstico se establece cuando la persona cumple una determinada cantidad y combinación de criterios. Esto no ha sido siempre así, en las primeras ediciones sostenía un marco teórico psicodinámico, con pocos trastornos, muy criticado por su baja fiabilidad y confiabilidad. Es recién en 1980, en la tercera edición, desde una perspectiva ateórica, que se establece la operacionalización de criterios explícitos para cada trastorno.

En el caso de las problemáticas en las que se observa consumo de sustancias se nomenclan actualmente dentro del capítulo "Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos". Se otorga este nombre en la quinta edición del DSM en la cual se evidencian modificaciones significativas que dejan al descubierto nuevas perspectivas para estos trastornos. La clasificación tradicional para identificar las adicciones se dividía en tres categorías: uso, abuso y dependencia. Esta noción es tomada en la edición número tres y cuatro del DSM e imprimía idea de continuo y jerarquía en torno a la a la peligrosidad y severidad de caso. Siendo las dos últimas categorías pautadas como trastornos: Trastorno por abuso y Trastorno por dependencia. Fundamentalmente los síntomas fisiológicos distinguían el abuso de la dependencia. Esta clasificación se enfocaba en la cuantía de consumo y el propósito. Algunas investigaciones reportaron igual peligrosidad en relación a la disfuncionalidad que puede presentar en el paciente tanto un abuso como la dependencia a la sustancia. Es por este motivo que la última edición del manual unifica los criterios de abuso, dependencia y se utiliza en su definición la idea de patrón problemático de consumo poniendo en perspectiva la disfuncionalidad en la vida del paciente por sobre la cuantía del consumo.

Este no fue el único cambio, se incluye el deseo de consumo característico en estos cuadros como nuevo criterio que llamamos: "craving", se

incorpora el especificador de entorno controlado respecto de la accesibilidad a la sustancia y se incluyen por primera vez un trastorno adictivo conductual como el juego patológico. De este modo, se pautan los criterios que definen las problemáticas de consumo dividido en cuatro grupos, los criterios de déficit de control, de riesgo, aspectos farmacológicos, problemáticas interpersonales posibles de reconocer en la práctica clínica y que lo definen pero que no logra visibilizar la complejidad de estas problemáticas. El cuarenta y cinco por ciento de las personas con un trastorno mental tienen al menos otro diagnóstico comórbido (*Kessler et al., 2005*), siendo los trastornos por consumo de sustancias los que presentan más coexistencia con otros trastornos. Están presentes en el 25,8% de los individuos con un trastorno mental (Jegede, O.;2022) y entre el 28 y 75% de los individuos con un trastorno mental grave. La clasificación diagnóstica categorial establece presencia o ausencia de trastorno, pero no nos aporta información acerca de cuál es la relación que existe entre los componentes de la presentación clínica. De este modo la comorbilidad puede ser en parte un efecto del recorte de un continuo, o indicar procesos de mantenimiento compartidos, como la evitación emocional, la rumiación o la desregulación emocional (Harvey et al.,

PH: Google Fotos | Claudia de Urquiza



2004) Esas relaciones no son universales ni se asumen: varían entre personas y requieren evaluación empírica. Por lo que, si la unidad de análisis pasa de la pertenencia categorial a la organización de relaciones entre componentes, dos personas con los mismos criterios diagnóstico pueden requerir intervenciones distintas.

El enfoque transdiagnóstico (Hofmann, 2014) propone trabajar sobre esos procesos compartidos.Los modelos de redes no entienden el trastorno como una entidad que produce los síntomas, sino como un sistema de síntomas, conductas y emociones que se refuerzan entre sí (Borsboom & Cramer, 2013; Hofmann et al., 2016). Por ejemplo, el consumo alivia el malestar y ese alivio refuerza la conducta, mientras que sus consecuencias aumentan el malestar que precede a un nuevo consumo. En esta línea, la evaluación basada en la evidencia transdiagnóstica propuesta por Tolin propone cambiar la pregunta clínica: en lugar de «¿cumple criterios?», preguntar «¿cuál es su nivel de desregulación emocional y en qué contextos aparece?». Los problemas se ordenan según qué mantiene qué, se arma una formulación propia de cada paciente y se la monitorea sesión a sesión con instrumentos dimensionales. Las hipótesis se ponen a prueba: si intervenir sobre un componente no modifica a otro como se esperaba, la hipótesis es incorrecta.

Otras preguntas que no se responden desde la clasificación vigente es acerca de la incidencia de la perspectiva biológica en los trastornos mentales, con antecedente en los Criterios de Dominios de Investigación del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (Insel et al., 2010). También, considerar el funcionamiento y la calidad de vida (Drexler et al., 2026) e incluir los determinantes socioeconómicos,ambientales, culturales y la interseccionalidad (Wainberg et al., 2026), dentro de la mirada clínica de clasificación.

Existen algunos modelos novedosos que dan lugar a las necesidades de nuevas maneras de clasificar. El sistema HiTOP, desarrollado por un consenso de investigadores, ofrece otra respuesta, la taxonomía jerarquía psicopatológica: un sistema dimensional y jerárquico basado en cómo covarían los síntomas, con espectros como el internalizante y el externalizante (Kotov et al., 2017). Resuelve la arbitrariedad de los umbrales, la comorbilidad y describe cómo se agrupan los síntomas.Estas nuevas perspectivas diagnósticas que se suscitan de la práctica clínica nos dan información que supera las perspectivas actuales. Los modelos de redes aportan una pregunta nueva, cómo se organizan. El camino de lo categorial a lo dimensional no es lineal ni definitivo. Cada nivel responde algo distinto: la categoría identifica el trastorno, la dimensión grada su gravedad y la formulación en red propone qué lo mantiene. Ninguno reemplaza a los otros. Reconocerlo ayuda a construir clasificaciones más sensibles a la diversidad clínica y más útiles para investigar y tratar.

Los trastornos por consumo de sustancias establecidos desde una mirada en red, con la posibilidad de medir constructos, teniendo en cuenta los aspectos neurobiológicos, su disfuncionalidad en la calidad de vida del paciente y del entorno ganarían la posibilidad de ver esta problemática desde una mirada holística, integral del paciente siendo un componente central en relacion con otros procesos intervinientes. De este modo la clasificación nos daría información respecto a qué responden, porque se mantienen, que factores activan las conductas disfuncionales, en relacion a que características de personalidad u otros constructos se ubica. El gran desafío es poder integrar en un modelo de clasificación todas estas características necesarias para la elección de las intervenciones y aumentar la efectividad de los tratamientos.

Bibliografía

— American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).

— American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.).

— Borsboom, D., & Cramer, A. O. J. (2013). Network analysis:

An integrative approach to the structure of psychopathology. Annual Review of Clinical Psychology, 9, 91–121.

— Borsboom, D., Fried, E. I., Epskamp, S., Waldorp, L. J., van Borkulo, C. D., van der Maas, H. L. J., & Cramer, A. O. J. (2017). False alarm? A comprehensive reanalysis of "Evidence that psychopathology symptom networks have limited replicability" by Forbes, Wright, Markon, and Krueger (2017). Journal of Abnormal Psychology, 126(7), 989–999.

— Bringmann, L. F., Elmer, T., Epskamp, S., Krause, R. W., Schoch, D., Wichers, M., Wigman, J. T. W., & Snippe, E. (2019). What do centrality measures measure in psychological networks? Journal of Abnormal Psychology, 128(8), 892–903.

— Forbes, M. K., Wright, A. G. C., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2017). Evidence that psychopathology symptom networks have limited replicability. Journal of Abnormal Psychology, 126(7), 969–988.

— Hallquist, M. N., Wright, A. G. C., & Molenaar, P. C. M. (2021). Problems with centrality measures in psychopathology symptom networks: Why network psychometrics cannot escape psychometric theory. Multivariate Behavioral Research, 56(2), 199–223.

— Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment. Oxford University Press.

— Hasin, D. S., O'Brien, C. P., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Budney, A., Compton, W. M., Crowley, T., Ling, W., Petry, N. M., Schuckit, M., & Grant, B. F. (2013). DSM-5 criteria for substance use disorders: Recommendations and rationale. American Journal of Psychiatry, 170(8), 834–851.

— Hofmann, S. G. (2014). Toward a cognitive-behavioral classification system for mental disorders. Behavior Therapy, 45(4), 576–587.

— Hofmann, S. G., Curtiss, J., & McNally, R. J. (2016). A complex network perspective on clinical science. Perspectives on Psychological Science, 11(5), 597–605.

— Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., Sanislow, C., & Wang, P. (2010). Research Domain Criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. American Journal of Psychiatry, 167(7), 748–751.

— Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry, 62(6), 617–627.

— Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., … Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. Journal of Abnormal Psychology, 126(4), 454–477.

— Öngür, D., Abi-Dargham, A., Clarke, D. E., Compton, W. M., Cuthbert, B., Fung, K. P., Gogtay, N., Kas, M. J. H., Kumar, A., Malaspina, D., O'Keefe, V. M., Oquendo, M. A., Wainberg, M. L., Yonkers, K. A., Yousif, L., & Alpert, J. E. (2026). The future of DSM: A report from the Structure and Dimensions Subcommittee. American Journal of Psychiatry, 183(5), 301–309.

— Oquendo, M. A., Abi-Dargham, A., Alpert, J. E., Benton, T. D., Clarke, D. E., Compton, W. M., Drexler, K., Fung, K. P., Kas, M. J. H., Malaspina, D., O'Keefe, V. M., Öngür, D., Wainberg, M. L., Yonkers, K. A., Yousif, L., & Gogtay, N. (2026). Initial strategy for the future of DSM. American Journal of Psychiatry, 183(5), 292–300.

12

PASAJES AL ACTO EN EL TRATAMIENTO DE LAS TOXICOMANÍAS:
INTERRUPCIONES Y HUELLAS.

12



Sabrina Daniela López
sabrina.danielalopez9@gmail.com

Licenciada en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Residente de psicología clínica de 4to año del Hospital Durand.



María Josefina Pordelanne
pordelannejosefina@gmail.com

Licenciada en Psicología de la Universidad del Salvador. Residente de Psicología Clínica de 4to año del Hospital Durand.

El presente escrito parte de dos experiencias de tratamiento llevadas adelante en distintos dispositivos del sistema público de salud: uno en consultorios externos y otro en internación. Ambos casos están atravesados por un consumo problemático de sustancias y, en ambos, el mismo terminó en una interrupción del tratamiento, que tienen todas las características del pasaje al acto.

Desde una perspectiva psicoanalítica, se intentará interrogar qué lugar ocupa el consumo en la economía subjetiva de cada paciente, teniendo en cuenta las particularidades de cada dispositivo y de su encuadre. Lejos de pretender generalizaciones, el trabajo busca dar cuenta de lo singular de cada caso, y a partir de allí abrir algunas preguntas sobre la clínica de las toxicomanías y los alcances y límites de la intervención en el ámbito público.

En primer lugar, nos referiremos al caso de Mariano, un paciente de 33 años que inicia tratamiento por consultorios externos, por derivación de un tratamiento particular, para trabajar más específicamente sobre la problemática de consumo que presentaba. Al momento de la admisión, Mariano explica querer iniciar tratamiento por sentir que no tiene motivación, un norte que lo oriente. El paciente explica que consume alcohol y cocaína desde su adolescencia, marcando el inicio a sus 16 años aproximadamente, y explica encontrarse viviendo actualmente con sus padres. Mariano se describe a sí mismo como una persona tímida, inhibida. Dice tener dificultades para lo social, sentir que "no fluye" en la interacción con otros, y es en estos términos que explica el inicio de su consumo de alcohol, que le permite "tener más carácter y poder pertenecer", y una vez que éste comienza a adormecerlo, continúa con el consumo de cocaína, para a su vez poder seguir tomando. Farji Trubba (2018) describe que "las drogas pueden producir la ilusión de que uno podría convertirse en el "relojero de su propio cuerpo", ser un alquimista de sus estados de ánimo manejándolos a su antojo". Resulta pertinente retomar los desarrollos de Le Poulichet (1996), siguiendo a Derrida, quien ha recurrido a la conocida etimología griega del "pharmakon" para señalar la reversibilidad y ambigüedad que caracterizan al tóxico: es remedio que es también veneno, y se establece una relación de ida y vuelta alternantes entre ambas funciones. Mariano ubica, durante quince años, haber manejado de esta manera la imagen con que se presenta a los otros sociales, frente a su propia percepción de insuficiencia. Este consumo le permitía sentirse "normal", en tanto que podía a través de él, suplir lo que le faltaba: coraje, desinhibición. Perez Barboza (en Farji Trubba, N. 2018) explica que, en la neurosis, la operación más

frecuente del pharmakon tiene valor de "suplemento fálico imaginario", actuando como una "prótesis narcisista" (Le Poulichet, 1996), en tanto que le permiten al sujeto desempeñar un papel, que es siempre una sobrecompensación de un sentimiento de no adecuación a lo que es preciso vivir. Él lo nombra diciendo que el consumo le sirvió para "estabilizar algo que no está bien, que tengo desequilibrado... para desinhibir, socializar". Sin embargo, mientras este uso de la sustancia preserva la imagen narcisista desdibujando la discordancia entre imagen real e ideal, lo hace al precio de la detención del deseo (Le Poulichet, 1996), lo cual revela a su vez la cara de veneno del mismo. Mariano ubica que, a causa de ello, ha encontrado dificultades para terminar el secundario, y en consecuencia, para completar sus estudios superiores, que a su vez dificultan la búsqueda laboral que esperaría. De esta forma, se concibe que la operación toxicómana tapona la cuestión del sujeto, por lo que la operación analítica intentará hacerle frente a la operación toxicómana, apuntando al acto de decir, de forma de hacer existir así al sujeto del inconsciente, y por ende, sujeto del deseo.

Es en el marco del tratamiento, que algo de esto puede empezar a decirse. Comienza a hacer una lectura retrospectiva sobre su consumo: considera que hizo que nunca pudiera priorizar otras cosas importantes, lo describe como una "pérdida de tiempo", que no le permitió tener una vida más "productiva, independiente". Mariano sostiene el tratamiento durante un año y medio. Durante todo el tratamiento el consumo estuvo presente, aunque fue cambiando la forma en que se relaciona con él. A su vez, consigue un trabajo que logra sostener, empieza a pensar entonces en la posibilidad de independizarse económicamente, y se inscribe nuevamente para finalizar sus estudios. Sin embargo, algo cambia cuando el paciente discute con su padre, quien no le permite entonces ingresar al domicilio. Pasan algunos días hasta que su familia pueda ubicar su paradero. Al regresar al hospital, Mariano comunica a la analista su decisión de irse del país, para buscar oportunidades como artista en algún lugar del exterior.

En segundo lugar, presentaremos el caso de un adolescente, Maxi, de 17 años de edad, quien cursó una internación en un hospital monovalente infanto-juvenil, tras ingresar por haber convulsionado en la vía pública como consecuencia de una sobredosis por policonsumo. Al conocerlo, nos encontramos con un relato atravesado por la violencia, el consumo, actividades delictivas y situación de calle, de un adolescente que refiere: "me las arreglo solo". Es posible situar a la operación toxicómana como la ruptura del campo del Otro, a la vez que se trata de una operación que no requiere de otros semejantes. Ubica el inicio del consumo a los 13 años, comenzando con marihuana y cocaína, hasta el consumo diario de pasta base en la actualidad. Residía en un barrio popular con su familia, hasta que fue echado del hogar por su madre, a raíz de conflictos vinculados al consumo y la violencia.

La primera apuesta en el marco de este tratamiento, consiste en el armado de una línea de tiempo de su propia historia. Se recorta a partir de ello, y específicamente a partir de un chiste de Maxi, su lugar como "el hermano del medio". Aparece entonces un adolescente angustiado, que se corre del lugar de omnipotencia inicial, para empezar a relatar que su madre *"nunca le pasó cabida"* debido a haber tenido que dedicarse al problema de salud que presentaba su hermano. Maxi comienza la internación decidido a escaparse y haciéndoselo saber al equipo. Sin embargo, tras una salida llega a enunciar: "quiero volver, porque en el hospital hay gente que me quiere". La internación logra tener efectos de inscripción en el paciente: que existe un lugar, un Otro que lo espera y lo soporta, y que su existencia no se agota en el exceso (Sanfelippo, 2021). En una existencia marcada por la lógica del instante, la falta de entramado en la propia historia y el desamparo de los cuidados, la internación opera como un espacio que le abre lugar a su propia experiencia subjetiva y lo reconoce. No obstante, el recorrido institucional



PH: Google Fotos | Gustavo A.

encuentra también su límite en un desenlace que reactualiza la tensión entre alojamiento y repetición: tras varios meses de internación, Maxi se escapa del hospital, tras un llamado telefónico con su madre, quien le informa que no estaría dispuesta a recibirlo en la casa tras el alta.

Nos interesa tomar algunos desarrollos acerca de lo que se concibe como pasaje al acto para pensar en las interrupciones de los análisis mencionados. Partiendo de Lacan, entendemos al mismo como una fuga, una caída, "una salida de de escena, esa partida errática hacia el mundo puro donde el sujeto sale a buscar, a reencontrar, algo expulsado, rechazado por doquier" (Lacan, 1962–63), lo cual resuena con lo sucedido en los casos mencionados. En línea con ello, Muñoz (2009) dirá que el pasaje al acto es también un acto suspendido, un "no-acto", pasando a constituirse como un acto inacabado, no efectuado: un acto que no cesa de no inscribirse.

Pablo Muñoz (2009) rastrea la inspiración Hegeliana en la estructura imaginaria del pasaje al acto para Lacan, partiendo de la dialéctica del Amo y el Esclavo, para describir la manera en que el deseo es humano solo si desea ser deseado, amado o reconocido en su humanidad por el otro. Podríamos ubicar este deseo de reconocimiento en ambos casos, en que la salida de la escena se precipita en el momento en que estos sujetos no encuentran una respuesta, un lugar que los aloje en sus figuras parentales. En este punto aparece el pasaje al acto como salida del campo de la lucha por prestigio.

Más allá de la dimensión imaginaria del pasaje al acto, en ambos casos esto conlleva a una interrupción del tratamiento de manera abrupta. Muñoz (2009) considera que tanto el acto como el pasaje al acto son formas de la acción humana, aunque la segunda se constituye como la excepción en la que se trascienden los efectos de lo reprimido, en la medida en que en ella, el sujeto como tal se disuelve, se eclipsa y desaparece. Podríamos pensar que, al interior de la escena analítica, mientras aparecían algunas marcas de la emergencia de un sujeto del inconsciente, sucedieron –aunque en distintas contingencias–, pasajes al acto

como un "no querer saber nada en absoluto, sin concesión" (Muñoz, 2009).

Si entendemos que la escena analítica se sostiene –a la vez que sostiene– en el desarrollo continuo de la cadena significante, el pasaje al acto aparece como un corte en dicha continuidad, que supone un cambio radical del destino subjetivo que sigue de esa salida (Muñoz, 2009). Resulta interesante tomar las palabras del propio Freud acerca de la interrupción de un análisis de estas características, al describirlo como "un total cambio de vía de la escena, como un juego dramático que fuera desbaratado por una realidad que irrumpe súbitamente" (Freud, 1915).

En ambos casos, el tratamiento había logrado instalar un trabajo analítico frente a la operatoria toxicómana: comenzaban a advertirse indicios de la emergencia del sujeto del inconsciente, así como la aparición de la angustia como afecto que no se dejaba taponar de inmediato por el recurso a la sustancia. Sin embargo, ese movimiento se vio interrumpido, en cada caso, por un pasaje al acto, que cortó abruptamente el proceso en curso. "Estas interrupciones del tratamiento bajo la forma de la fuga de la escena analitica, son formas de situar la ruptura del vinculo analitico , que deja al analista en el lugar del sujeto dividido que se pregunta por su falta", dice Muñoz (2009), permitiéndonos plasmar algo de la propia experiencia.

Pese a este desenlace, consideramos que estos tratamientos introdujeron, al menos de manera transitoria, una experiencia inédita para estos pacientes. Massimo Recalcati (2004) sostiene que, en la época del Otro que no existe, debemos intentar reintroducir al sujeto en una dialéctica vivible con el Otro: se trata de introducir un Otro diferente del Otro que el sujeto ha encontrado en su propia historia. Esta nueva configuración del Otro permite una nueva implicación del sujeto en un lazo posible. Consideramos que estos tratamientos permitieron a estos sujetos, aunque sea por un tiempo, tener la experiencia de un lugar donde fueron esperados. Sin embargo, queda abierta la pregunta por los efectos que esto podría tener: ¿Qué puede insistir de ese encuentro con un Otro que, aun sin garantías ni permanencia, logró por un momento no expulsar? ¿Qué de lo advertido o ensayado en esos encuentros pudo inscribirse, y qué efectos podrá producir a posteriori? Estas preguntas nos orientan a pensar que, aun en los casos en que el tratamiento se interrumpe, la apuesta clínica en el ámbito público no se agota en la continuidad del dispositivo, sino que puede situarse también en aquello que, de manera singular, queda inscripto.

Bibliografía

— Farji Trubba, N. (2018). Consumos problemáticos y psicoanálisis en N. Farji Trubba (Comp.), en Consumos problemáticos. Del fenómeno social a la operación singular. Letra Viva. Buenos Aires, Argentina.

— Freud, S. (2004). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III). En Obras completas (vol. XII, pp. 159–174). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1915 [1914]).

— Lacan, J. (2006). El seminario, libro 10: La angustia (1962–1963) (E. Berenguer, trad.; texto establecido por J. A. Miller). Buenos Aires: Paidós.

— Le Poulichet, S. (1996). Toxicomanías y psicoanálisis. Las narcosis del deseo. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

— Muñoz, P. (2009). La invención lacaniana del pasaje al acto: de la psiquiatría al psicoanálisis. Buenos Aires:Editorial Manantial.

— Recalcati, M. (2004). La cuestión preliminar en la época del Otro que no existe. Traducción de Andrea Mojica Mojica. Recuperado de este enlace.

— Sanfelippo, L. (2021). Epílogo. Prácticas hospitalarias. En Sala abierta. Internaciones en salud mental en un hospital general. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones La docta ignorancia.

13

EL ENIGMA SOBRE LA SECUENCIA:
CONSUMO Y PSICOSIS EN LA CLÍNICA INTERDISCIPLINARIA.

13



Barbara Rut Segalle
licbarbarasegalle@gmail.com

Licenciada en Psicología UBA. Residente de 3er año del Hospital Especializado en salud mental José A. Esteves.



María Eugenia Goyer
goyermeugenia@gmail.com

Licenciada en terapia ocupacional UNQ. Maestranda en salud mental comunitaria UNLA. Residente de 3er año del Hospital Especializado en salud mental José A. Esteves.



Sofia Lujan Lucero
sofialujanlucero@gmail.com

Medica UBA. Residente de 3er año del Hospital Especializado en salud mental José A. Esteves.

De la pregunta clínica al recorrido teórico

A través del siguiente trabajo nos propusimos realizar una articulación teórico-clínica sobre la patología dual, a partir del análisis de diversas viñetas clínicas, de carácter ficticio pero basados en experiencias observadas en dispositivos de guardia y sala de agudos de un hospital especializado en salud mental del conurbano bonaerense. Se busca reflexionar acerca de la pregunta que atraviesa la práctica cotidiana: ¿Qué fue primero, el consumo problemático o la psicosis?, ¿Qué implica poder responder a esta pregunta en términos clínicos?, ¿Qué desafíos para la práctica clínica cotidiana involucran este tipo de casos complejos?

La relación entre consumo de sustancias y psicosis constituye uno de los debates más persistentes dentro del campo de la salud mental. Mientras algunos enfoques sostienen que el consumo de sustancias puede actuar como desencadenante de episodios psicóticos, otros plantean que los sujetos con vulnerabilidad psicótica podrían recurrir al consumo como forma de regulación subjetiva o automedicación. Este trabajo propone problematizar el "enigma" desde un enfoque interdisciplinario que articula aportes de la psiquiatría, la psicología y la terapia ocupacional.

Consumo problemático y psicosis: aportes conceptuales

El consumo de sustancias psicoactivas constituye un campo clínico complejo y heterogéneo. Esta complejidad puede pensarse a partir del cruce de tres dimensiones: la singularidad de cada sujeto, el contexto social/vincular en los que el consumo se inscribe y los efectos que estas producen en el sistema nervioso central.

La noción del pharmakon (concepto de la antigua Grecia) remite a la ambivalencia de ciertas sustancias: una droga que puede funcionar como remedio también puede convertirse en veneno. Se entiende por drogas a aquellas sustancias que son capaces de modificar una o más funciones del organismo, como pueden ser los medicamentos; por ejemplo: el paracetamol. Por su parte, las sustancias psicoactivas

producen alteraciones en el sistema nervioso central, como el alcohol, la cocaína, el tabaco, la marihuana, etc. (Ministerio de Salud de la Nación, 2023:1).

Responder a la pregunta que orienta este trabajo implica establecer qué tipo de relación existe entre el consumo y la aparición de fenómenos psicóticos. Interrogar **el lugar que el consumo ocupa en el caso**: si funciona como un posible desencadenante, si contribuye a intensificar la sintomatología o si puede pensarse como una respuesta subjetiva frente a la irrupción de síntomas psicóticos.

Hablamos de consumo problemático cuando el consumo ocupa un lugar privilegiado en la economía psíquica, en una relación de dependencia. Se trata de un lugar y una función que es singular en cada caso. Las personas con patología dual presentan *peor pronóstico* clínico y social, síntomas psicopatológicos más graves, mayor riesgo de conducta suicida, mayor número de consultas a servicios de urgencias y hospitalizaciones, así como mayor comorbilidad con enfermedades clínicas. El peor pronóstico también está vinculado a la falta de adherencia a tratamientos y a mayores índices de desempleo o pobreza, es decir, con mayor riesgo de exclusión social (Torrens et al., 2025).

Se trata de un fenómeno *subdiagnosticado y subtratado,* debido a las dificultades para diagnosticar y establecer intervenciones integradas y eficaces, ya que por lo general se abordan ambas problemáticas en ámbitos diferentes. En ocasiones se da lo que algunos autores mencionan como *"síndrome de la puerta equivocada"* refiere a aquellos usuarios/as que acuden a profesionales que no cuentan con la formación ni recursos necesarios para abordar simultáneamente ambos trastornos. El circuito que recorren agrava la situación que vienen padeciendo. Se trata de situaciones que circulan en los bordes de la exclusión y ameritan su alojamiento en dispositivos adecuados. Desde el punto de vista de la epidemiología, Argentina carece de estudios epidemiológicos nacionales específicos sobre prevalencia de diagnóstico dual. Sin embargo, algunos datos que nos pueden servir: es el **segundo país** con más consumo de drogas psicoactivas de la región, y los consumos problemáticos constituyen la **tercera causa de internación** en la provincia de Buenos Aires, y también representan una parte significativa de la atención en consultorios externos. (Montes Paez, et al 2023, Guía para un abordaje integral de los consumos problemáticos de PBA 2023).

Los trastornos más frecuentemente relacionados con la patología dual son los trastornos de personalidad (50%-90%), esquizofrenia (47%) y trastorno bipolar (21%–31%) (Torres Larrañaga, 2007). Según la OPS/OMS (2024), la coexistencia de estos diagnósticos tiene alta prevalencia y es causa importante de discapacidad y mortalidad prematura en América Latina.

Persiste un interrogante central: ¿qué ocurre primero, el consumo o la psicosis? La explicación causal lineal resulta insuficiente. Numerosas investigaciones sugieren que el vínculo entre consumo y psicosis es bidireccional y multifactorial, implicando factores neurobiológicos, psicológicos y sociales.

El enigma en la clínica: tres viñetas

Viñeta Y. *20 años, cursa una internación por una descompensación psicótica con ideación paranoide. Presenta una larga historia de consumo problemático de crack y cocaína, iniciado a los 12 años, luego de contarle a su madre que la pareja de ella la había abusado durante su infancia. Su madre no le creyó. Presenta antecedentes de autolesiones, relaciones interpersonales conflictivas e impulsividad. Refiere escuchar voces, percibir sombras que la miran y sentir presencias que hunden el colchón. La sintomatología persiste con la suspensión del consumo. Expresa deseo de recuperar el vínculo con sus hijos, aunque tiene sueños donde vuelve a consumir y despierta con ganas de hacerlo.*

Viñeta M. *31 años, cursa una internación luego de ser encontrada en la vía pública arrojando piedras a una iglesia, alegando que "los espíritus la quieren poseer". Consume desde los 18 años; inició con cocaína y en los últimos años consume pasta base. Su madre tuvo internaciones por salud mental, con diagnóstico de esquizofrenia. No logró terminar sus estudios secundarios ni sostener actividades laborales formales. Se presenta diciendo que ella es "una falopera"; su rutina y sus vínculos están organizados alrededor del consumo. Reconoce riesgos, pero expresa que le suman "adrenalina", sin problematizarlos.*

Viñeta F. *22 años, acude a la guardia tras un "ataque de pánico" en la facultad y expresa cansancio por las voces que escucha. Identifica una de ellas con la persona que abusó de él cuando era niño y, en momentos de ansiedad, siente que una parte de su cuerpo no le pertenece. Estudia ingeniería y refiere que las voces dificultan el estudio. Comenzó a fumar marihuana a los 17 años, luego del fallecimiento de su padre, y continúa porque es lo único que logra relajarlo y "apagar" las voces por un rato.*

Psiquiatría, psicología y terapia ocupacional: tres lecturas posibles

Desde el punto de vista de la **psiquiatría**, la patología dual es un trastorno por sí mismo y no una comorbilidad psiquiátrica. Existen determinantes biopsicosociales: factores biológicos, con cierta predisposición genética para desarrollar adicción; factores sociales/ambientales, como la exposición temprana a la sustancia o la marginación social; y factores psicológicos, como la historia de trauma y la carga alostática por la exposición crónica al estrés. Por lo tanto, no es la sustancia, sino la vulnerabilidad individual para desarrollar la adicción. Los factores sociales funcionan como "gatillo" y el filtro son los determinantes individuales con diferencias neuroanatómicas previas funcionales y estructurales que predisponen a la aparición del trastorno. No es adicto el que quiere sino el que puede (no es un acto voluntario). Los mecanismos pueden ser el "consumo como automedicación", como un intento fallido de supervivencia cuando la psicopatología precede a la adicción; el consumo primario, cuyos efectos psicoactivos generan síntomas psiquiátricos; y la vulnerabilidad del individuo a padecer ambos trastornos en simultáneo. Las sustancias psicoactivas producen una liberación de dopamina más intensa y rápida que las actividades de recompensa naturales, lo que lleva a una desregulación de los mecanismos de recompensa en la adicción.

El **psicoanálisis** distingue distintas estructuras clínicas (neurosis, psicosis y perversión), cada una de las cuales implica una modalidad de relación con el deseo, la ley y el goce. La clínica requiere una lectura singular que permita interrogar el lugar que ocupa la sustancia en cada caso: ¿qué se juega en ese consumo para ese sujeto? En El malestar en la cultura (1930), Freud plantea que los seres humanos recurren a diferentes recursos para mitigar el dolor inherente a la existencia. Sin embargo, se trata de una solución precaria: una vez que el efecto de la sustancia desaparece, el malestar retorna, favoreciendo el circuito de repetición del consumo. Sylvie Le Poulichet (1990) plantea que el objeto droga puede ocupar un lugar central en la economía psíquica del sujeto, generando una relación particular con el cuerpo y con el goce. En la clínica de la psicosis, la droga no siempre implica ruptura con la realidad, sino

que a veces funciona como un intento de restituir o sostener un lazo con el Otro. Jean-Claude Maleval (2020) señala que la función de la droga no es azarosa: cada sustancia produce efectos específicos sobre el psiquismo y su función puede modificarse a lo largo de la historia de un mismo sujeto. El tratamiento no puede reducirse a la supresión del consumo, sino que requiere ubicar la función que este cumple y acompañar la construcción de soluciones que permitan una mejor regulación del goce y un modo más habitable de lazo con el Otro.

La **Terapia Ocupacional** aporta una mirada centrada en la intersección entre la persona, sus ocupaciones y su entorno, analizando el lugar que ocupa el consumo en su vida cotidiana. La patología dual afecta roles, patrones, intereses, funciones cognitivas, vínculos y ritmos circadianos. El consumo deteriora las funciones ejecutivas, limita el desempeño ocupacional y ese vacío se vuelve factor de riesgo, con impacto en el proyecto de vida. Se trabaja desde la historia ocupacional para identificar factores de riesgo, protectores y precipitantes, de forma contextualizada e individualizada. Así como también es fundamental el armado de una red vincular, comunitaria, profesional e institucional.

Se trabaja con la ocupación como medio y como fin: como medio, para desarrollar tolerancia a la frustración, manejo de impulsos y habilidades sociales; como fin, para sostener roles, construir rutinas y proyectar inclusión social o laboral. En internación predomina la ocupación como medio, con actividades de baja demanda cognitiva, incorporando progresivamente mayor complejidad. El desafío es no quedar atrapados en la lógica diagnóstica ni en el "¿qué fue primero?". El objetivo no es el control del síntoma sino la reconstrucción de la identidad ocupacional dónde el consumo no ocupe la centralidad.

Discusión y conclusiones

El rol que el consumo ocupa puede ser el de desencadenante de episodios psicóticos; en otros casos, puede constituir una respuesta frente a experiencias psicóticas incipientes o a situaciones de sufrimiento psicosocial. El "enigma" de la secuencia entre consumo y psicosis invita a abandonar modelos simplificadores y adoptar perspectivas complejas e interdisciplinarias.

La articulación entre psiquiatría, psicología y terapia ocupacional resulta fundamental para construir intervenciones que contemplen simultáneamente la dimensión biológica, subjetiva y social del padecimiento mental. Las guías clínicas internacionales recomiendan el tratamiento integrado frente al secuencial o paralelo. Sus principios son la simultaneidad del abordaje de ambos trastornos, el tratamiento a largo plazo y longitudinal, adaptado a las diferentes fases; la orientación hacia la comunidad, la implicación familiar cuando sea posible, la participación activa del usuario y la minimización de daños cuando la abstinencia total no es la meta.

La patología dual constituye uno de los mayores desafíos para los sistemas de salud mental contemporáneos. Su alta prevalencia, complejidad clínica y el impacto en la calidad de vida de quienes la padecen y su entorno exigen documentar prácticas que corran el foco del origen y den cuenta de la importancia de la mirada integral. Asimismo, resulta imprescindible abordar desde los estudios epidemiológicos el análisis de la patología dual en la clínica actual, para reducir los diagnósticos eclipsados, el síndrome de la puerta equivocada y los tratamientos que se vuelvan iatrogénicos.

Bibliografía

— AOTA (2020). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (4th ed.). American Occupational Therapy Association.

— Arca, G., Mazzoni, M. Y., & Naparstek, F. (2012). El uso del tóxico en la psicosis: diferencias entre esquizofrenia y paranoia desde un abordaje nodal. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.

— Baena Luna, M. R., & López Delgado, J. (2006). Trastornos duales: mecanismos etiopatogénicos. Trastornos Adictivos, 8(3), 176–181.

— Boland, R., Verduin, M., Ruiz, P., & Sadock, B. J. (2023). Kaplan & Sadock: Manual de psiquiatría clínica (5.ºed.). Wolters Kluwer.

— Donghi, A. I., Maidana, M., Alcaraz, L., Rodriguez, R. O., & Vazquez, L. (2009). Indicador diferencial entre diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias -Manual DSM IV- y el diagnóstico estructural de psicosis - Psicoanálisis- en consumidores de pasta base de cocaína (paco). I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.

— Freud, S. (1978). El malestar en la cultura. En Obras completas (Vol. XXI). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1930).

— García Ariceta, A., & Rosemblat, J. (2019). Diferentes momentos en un tratamiento de Terapia Ocupacional en un hospital de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires: Del "venir a morir" al "salir a la pelea". Revista Argentina de Terapia Ocupacional, 5(1), 69-74.

— Goldestein, B., & Bordoni, M. F. (2015). Conferencia: El sujeto y el consumo. Adicciones y Terapia Ocupacional. Revista Argentina de Terapia Ocupacional, 1(1), 39-46.

— Goltzman, P. M. (2018). Ideas poderosas: producción de salud y cuidado en el uso de drogas con adolescentes. Intercambios Asociación Civil.

— Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). Encuesta Nacional sobre Consumos y Prácticas de Cuidado 2022 (ENCoPraC). INDEC; SEDRONAR.

— Le Poulichet, S. (1990). Toxicomanías y psicoanálisis. Amorrortu.

— López, M. (2023). Qué de las psicosis ordinarias para la clínica de las toxicomanías. Conclusiones Analíticas.

— Maleval, J.-C. (2020). Coordenadas para la psicosis ordinaria. Grama.

— Montes Paez, F., Carrizo, P., Jeifetz, V., Imperiali, P., Lozano, J. I., Parajón, A., Pawlowicz, M. P., & Touzé, G. (2023). Guía para un abordaje integral de los consumos problemáticos en el Sistema de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

— Naparstek, F. (2009a). La alucinación en la intoxicación y en la psicosis. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.

— Naparstek, F. (2009b). Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo II (pp. 137-137).

— Naparstek, F. (2016). Nuevos cuerpos, nuevos goces. Virtualia.

— National Collaborating Centre for Mental Health. (2011). Psychosis with coexisting substance misuse: Assessment and management in adults and young people (NICE Clinical Guideline No. 120). The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.

— Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2024). Informe mundial sobre las drogas 2024. Naciones Unidas.

— Stahl, S. M. (2023). Psicofarmacología esencial de Stahl: Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas (5.ºed.). Aula Médica.

— Szerman, N., et al. (2022). Addictive and other mental disorders: a call for a standardized definition. Translational Psychiatry.

— Torres Larañaga, J. L. (2007). Comorbilidad de trastornos mentales en adicciones. Liberaddictus.

— Torrens, M., Fonseca, F., & Mestre-Pintó, J. I. (2025). Patología Dual: presente y futuro. Revista Española de Drogodependencias, 50(4), 33-41. https://doi.org/10.54108/10123

— WADD-SEPD. (2024). Consensus on psychological treatment of dual disorders I & II. Journal of Clinical Medicine.

ENTRE LA AMBIVALENCIA Y EL CAMBIO: **INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS EN LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS.**



Melina Yael Chaio
chaiomelina@gmail.com

Lic.en Psicología (UBA). Residente de Psicología Clínica del Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano.



Lucía Belén Gonzalez
lic.gonzalezluciab@gmail.com

Lic. en Psicología (UBA). Residente de 3ºaño de Psicología Clínica en el Hospital Braulio Moyano. Alumna del posgrado de PsicologíaCclínica y Terapia Cognitivo Conductual (UBA).

El presente trabajo surge a partir de experiencias clínicas transitadas en el marco de nuestra formación como residentes de psicología clínica del Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano, las cuales suscitaron diversos interrogantes en torno al abordaje de los consumos problemáticos. En este sentido, proponemos para este escrito, recuperar algunas de las preguntas que emergieron en la práctica, con el propósito de reflexionar sobre los desafíos clínicos que plantea esta problemática contemporánea.

La mayoría de las pacientes que acuden a nuestro hospital, en sus distintos dispositivos y/o servicios, se ven atravesadas por la problemática del consumo de sustancias. La práctica asistencial con esta población nos confronta a cuestionarnos cotidianamente acerca de ¿cómo intervenir cuando una persona no reconoce su consumo como problemático?; ¿qué sucede cuando, aún identificando sus consecuencias negativas, no logran sostener los cambios conductuales?; y ¿cómo acompañar los procesos de cambio que se ven atravesados por la ambivalencia y las recaídas?

Conforme a los lineamientos establecidos por la Ley Nacional de Salud Mental N 26.657 (2010) que enfatiza la necesidad de incluir y abordar las adicciones como parte integrante de las políticas de salud mental, que incluye todos los derechos y garantías en relación a los servicios de salud y de su acceso equitativo, la realidad material pone de manifiesto que las problemáticas vinculadas al consumo no se encuentran suficientemente integradas en el campo de la salud[9].

A partir de las características de esta población, surge el interrogante acerca del rol de la psicología en el abordaje de los consumos problemáticos, sus alcances, potencialidades y limitaciones, en un contexto donde suele predominar el accionar médico. Se propone, por ende, exponer las estrategias clínicas respaldas por la evidencia científica que contribuyan a comprender y orientar el abordaje terapéutico de esta población y problemática específica. Para ello, se recurrirá al modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente[11] y a la entrevista motivacional desarrollada por Miller y Rollnick[9]. Ambos enfoques ofrecen herramientas conceptuales y clínicas para afrontar los desafíos que plantea el trabajo con el consumo problemático de sustancias, fenómeno que es complejo y que requiere ser abordado desde una perspectiva biopsicosocial, demandando intervenciones acordes a dicha complejidad[6]. Asimismo, se abordarán estrategias orientadas a la reducción de riesgos y daños, junto con intervenciones de la terapia cognitivo conductual y la terapia dialéctico conductual.

Pese a que la psicoterapia constituye una tecnología de cambio, y por consiguiente, los tratamientos tradicionalmente fueron y están orientados a la acción, estos programas terapéuticos no han logrado dar respuesta a un gran número de pacientes consumidores, observándose una tasa elevada de abandono por parte de esta población[5]. Los enfoques tradicionales, orientados a la acción suelen generar resistencia, sentimiento de precipitación y de que no se encuentran listos para realizar dicho cambio conductual. Dada la naturaleza compleja de este fenómeno, resulta insuficiente abordar únicamente la conducta de consumo, por lo que los modelos contemporáneos proponen intervenir también en los procesos emocionales y motivacionales subyacentes[5].

La motivación es un proceso dinámico que fluctúa en el tiempo y no se trata de una condición inherente de las pacientes. En este horizonte conceptual, la motivación se convierte en un componente intrínseco a las incumbencias profesionales, en el cual es importante trabajar sobre la ambivalencia sin imponer externamente las razones para el cambio. La Entrevista Motivacional de Miller y Rollnick[8] propone fomentar la adquisición de compromiso y motivación para el cambio en pacientes con una marcada ambivalencia, la población con consumo de sustancias. Se focaliza en poder explorar y resolver la ambivalencia, en un contexto de escucha empática y de una conversación constructiva. En línea con esto, para comprender cómo se produciría el cambio, Prochaska y DiClemente[11o] postulan un modelo que describe cómo las personas atraviesan las distintas etapas del cambio antes de conseguir sostenerlo en el tiempo. Es decir, la transformación implica una progresión en el tiempo de una serie de fases. Las personas atravesarán distintos procesos que requerirán intervenciones específicas por parte de los profesionales[11.]

En primer lugar, se encuentra la etapa de precontemplación, en aquella instancia la persona no concibe su conducta de consumo como problemática, y suelen subestimar los beneficios del cambio. Algunas personas están en esta fase por falta de información acerca de las consecuencias de sus comportamientos o pueden haber intentado cambiar en varias ocasiones pero sin éxito, por lo cual terminan desesperanzados. La segunda etapa se trata de la contemplación, acá ya comienzan a tomar conciencia acerca del problema, y se evalúan tanto los pros y contras de realizar un cambio, donde se visualiza que no existe un cambio gratuito. En este estadio se pone de manifiesto una gran ambivalencia, donde la misma



PH: Wikipedia | Jaluj

puede llevar a la persona a permanecer en esta fase por largos períodos. Quienes se encuentran en esta fase, aún no están preparados para una intervención orientada a la acción. Durante la próxima etapa, la de preparación, las personas ya procuran tomar acciones en un futuro cercano, normalmente expresado en términos del mes siguiente, donde tienen pensado asistir a un grupo o consultar a un profesional. La anteúltima etapa es la de acción, aquí ya se encuentra empleando el plan de acción, observándose cambios conductuales relevantes dirigidos al objetivo de reducir el consumo. Por último, la etapa de mantenimiento, la cual tiene como desafío poder mantener el cambio conseguido en la etapa anterior y, a su vez, se agrega el armado de un plan de prevención de recaídas[11].

Considerando las particularidades de la población, este enfoque incluye a las recaídas como una etapa más dentro del proceso de cambio. Las mismas son esperables, normales cuando se intenta cambiar una conducta de larga duración. Desde este paradigma, será esencial lo que se haga con las recaídas de las pacientes, es decir, los resultados del tratamiento dependeran en gran medida del manejo de esta etapa, que se puede dar en cualquier momento de la rueda del cambio[11].

En relación a las estrategias de la terapia dialéctico conductual, se añaden para la problemática de consumo, algunas habilidades específicas. Una de ellas es la abstinencia dialéctica,

que sintetiza dos enfoques contrarios para lidiar con estas conductas, entre la abstinencia y la reducción de daños. El objetivo principal, es que las personas hagan sus mayores esfuerzos para permanecer abstinentes, conservando en el horizonte la posibilidad de la recaída, como un aspecto normal del proceso. Se busca una síntesis que es más que la suma de las partes, el enfoque dialéctico reconoce que ambos lados existen y los acepta[8].

En relación a la perspectiva de reducción de riesgos y daños, en donde el punto de partida es determinado por el paciente y la etapa de cambio en la que se encuentra, se priorizan las condiciones y posibilidades reales de los usuarios[3].

Para finalizar, en línea con lo ya expuesto, consideramos que es necesario ofrecer intervenciones apropiadas a dichos estadios, debido a que confundir los procesos de cambio puede producir resistencia[6]. Se resalta la importancia de respetar el marco de referencia interno de las personas, reconociendo que las razones para el cambio no deben ser impuestas del exterior sino ser definidas por los propios pacientes[1]. Por ello, en esta clínica heterogénea y singular, se observa una variedad de objetivos terapéuticos e intervenciones posibles, que abarcan tanto la reducción de riesgos y daños como la abstinencia, como parte de una estrategia integral.

Referencias bibliográficas

1— Balcells-Olivero, M., & Freixa Fontanals, N. (s. f.). Entrevista motivacional en el tratamiento de las adicciones. Revista Información Científica, Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo.

2— Barlow, D. H. (Ed.). (2018). Manual clínico de los trastornos psicológicos: Tratamiento paso a paso (5.a ed.). Manual Moderno.

3— Benedetti, E. (2015). Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático.

4— Davoudi, M., Allame, Z., Foroughi, A., & Taheri, A. A. (2021). A pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy (DBT) for reducing craving and achieving cessation in patients with marijuana use disorder: Feasibility, acceptability, and appropriateness. Trends in Psychiatry and Psychotherapy.

5— Farfan Carrillo, E. J., Salamea Nieto, R. M., & Andrade Caraguay, A. E. (2025). Terapias de tercera generación (MBI, ACT, DBT-SUD) en la intervención de trastornos por consumo de sustancias. REPSI - Revista Ecuatoriana de Psicología, 8(22), 177–190.

6 — Keegan, E. (2012). Perspectiva cognitivo-conductual del abuso de sustancias. Intersecciones Psicológicas, 3, 5–8.

7 — Ley N.° 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina, 3 de diciembre de 2010.

8 — Linehan, M. M. (2020). Manual de entrenamiento en habilidades DBT: Para el/la terapeuta. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP) y Tres Olas Ediciones.

9 — Miller, W. R., & Rollnick, S. (1999). La entrevista motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas. Paidós.

10 — Ministerio de Salud de la Nación. (2015). Pautas y herramientas para la atención integral (PhAI) frente al consumo excesivo de sustancias, en particular el alcohol. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

11 — Prochaska, J. O. (1999). ¿Cómo cambian las personas, y cómo podemos cambiar nosotros para ayudar a muchas más personas? En M. A. Hubble, B. L. Duncan y S. D. Miller (Eds.), The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy (pp. 227–255). American Psychological Association.