



EL DISPOSITIVO PAVLOVSKY PARA EL TRATAMIENTO DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

Manual de trabajo

Federico Pavlovsky (dir.)



COLECCIÓN
UNIVERSIDAD

N
noveduc

El Dispositivo Pavlovsky para el tratamiento de los consumos problemáticos

Manual de trabajo

Federico Pavlovsky (dir.)

El Dispositivo Pavlovsky para el tratamiento de los consumos problemáticos

Manual de trabajo

Marta Braschi	Gustavo Irazoqui
Carmen Cáceres	Giselle Jares
Nadia Carabajal	Paula Kleiman
Carola Cassinelli	Victoria
Ximena Castilla	Menéndez
Verónica	Marcelo
Cisneros	Mirelman
Rebeca Faur	Nicolás Nieves
Ana María	Piazza
Fernández	Agustina
María Sol García	Obligado Uranga
Puglisi	Celina O'Reilly
Mercedes García	Federico
Zubillaga	Pavlovsky
Verónica	Martín Pavlovsky
Gargiulo	Elisa Petroni
Laura Gersberg	Fernando Segal
Leonardo Ghioldi	Pablo Smink
Rafael Groisman	Oriana Sullivan
Sol Guzmán	Silvia Wikinski
Martín Habib	Matías Fernández
Ana Hurtado	Segura

Índice de contenido

Portadilla

Legales

Prólogo. Silvia Inchaurrega

Prólogo. Hugo Lerner

Prólogo. Jorge Pellegrini

Introducción. Federico Pavlovsky

Capítulo 1. Accesibilidad de los pacientes con consumo problemático al sistema de salud

Capítulo 2. Tratamiento ambulatorio intensivo (TAI)

Capítulo 3. El trabajo terapéutico individual en el Programa del Dispositivo Pavlovsky (DP)

Capítulo 4. Terapia dialéctico-conductual (DBT) y trastorno por uso de sustancias (TUS)

Capítulo 5. El rol del psiquiatra frente a los consumos problemáticos

Capítulo 6. Prevención de recaídas

Capítulo 7. Evaluación clínica

Capítulo 8. Trabajo con grupos

Capítulo 9. Acerca de la red

Capítulo 10. Terapia familiar

Capítulo 11. Taller de meditación

Capítulo 12. Talleres y club social

Capítulo 13. Taller de cesación tabáquica

Capítulo 14. Participación comunitaria

Capítulo 15. La salud mental de los médicos

Capítulo 16. El espacio de supervisión

Capítulo 17. Investigación y asistencia: una relación fecunda. Evaluación de la eficacia en el Dispositivo Pavlovsky

Epílogo. El Dispositivo Pavlovsky, una máquina en movimiento continuo

Apéndice. El Dispositivo Pavlovsky en la pandemia: la asistencia diaria en formato virtual

El dispositivo Pavlovsky para el tratamiento de los consumos problemáticos : manual de trabajo / Marta E. Braschi... [et al.] ; dirigido por Federico Pavlovsky.- 1a ed.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2020.
Libro digital, EPUB - (Universidad ; 25)

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-538-785-0

1. Consumo de Drogas. 2. Adicciones. 3. Prevención de Adicciones. I. Braschi, Marta E. II. Pavlovsky, Federico, dir.
CDD 362.29

Colección Universidad

Coordinación editorial: *Daniel Kaplan*

Corrección de estilo: *Liliana Szwarcer*

Diseño de portada: *Pablo Gastón Taborda*

Diseño y diagramación: *Ana Lía Dellacasa y Pablo Gastón Taborda*

Los editores adhieren al enfoque que sostiene la necesidad de revisar y ajustar el lenguaje para evitar un uso sexista que invisibiliza tanto a las mujeres como a otros géneros. No obstante, a los fines de hacer más amable la lectura, dejan constancia de que, hasta encontrar una forma más satisfactoria, utilizarán el masculino para los plurales y para generalizar profesiones y ocupaciones, así como en todo otro caso que el texto lo requiera.

Noveduc libros

© del Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico S.R.L.

Av. Corrientes 4345 (C1195AAC) Buenos Aires - Argentina

Tel.: (54 11) 5278-2200

E-mail: contacto@noveduc.com

www.noveduc.com

Primera edición en formato digital: octubre de 2020

Digitalización: Proyecto451

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

ISBN edición digital (ePub): 978-987-538-785-0

Federico Pavlovsky. Médico psiquiatra (residencia en el Hospital General “Dr. T. Álvarez”) y legista. Magister en Psiconeurofarmacología (Fundación Favaloro). Magister en Prevención y tratamiento de conductas adictivas (Universitat de Valencia, España). Realizó estudios de posgrado en terapia cognitivo-conductual, terapia sistémico-relacional, terapia dialéctico-comportamental y psicoanálisis. Fundó y dirige Dispositivo Pavlovsky, un espacio de prácticas grupales de tratamiento ambulatorio intensivo para la atención de personas con consumo problemático de sustancias. Autor de dos libros: *Te tengo bajo mi piel: psiquiatría y salud mental* (2011) y *Tratamiento ambulatorio intensivo* (2019).

Marta Eugenia Braschi. Médica pediatra, hebiatra, toxicóloga y legista. Miembro de Grupo de trabajo en adicciones de la Sociedad Argentina de Pediatría. Toxicóloga del Hospital de Niños “Dr. R. Gutiérrez”. Miembro de equipo de atención del Dispositivo Pavlovsky. Docente (UBA). Coautora de Lineamientos de atención de consumo excesivo episódico de alcohol en adolescentes (Ministerio de Salud de la Nación). Colaboradora en Guía de recomendaciones. Atención y tratamiento de consumo de sustancias psicoactivas fumables (Fundación Garrahan).

Carmen Mercedes Cáceres. Psicóloga. Coordinadora de capacitación del Programa de rehabilitación y externación asistida (Hospital Esteves). Vicepresidenta de la Asociación por los Derechos en Salud Mental (ADESAM). Coordinadora del área de Pares Proyecto Suma. Supervisora del Voluntariado de acompañamiento a Madres de Plaza de Mayo, integrado al CELS. Responsable por ADESAM del Proyecto de prevención de la violencia institucional de la Unión Europea. Miembro del Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental y Adicciones (CCH), organismo asesor de la Dirección Nacional de Salud Mental en la implementación de

la Ley Nacional de Salud Mental. Participa como supervisora y referente del equipo del Dispositivo Pavlovsky en ambos espacios.

Nadia Carabajal. Licenciada en Nutrición (UB) con posgrado en la U. de Favaloro y Saota. Se desempeña actualmente en el ámbito privado y equipos de abordaje interdisciplinario en el área de TCA y adicciones (Equipo Libertador y Dispositivo Pavlovsky).

Ximena Castilla. Licenciada en Psicología (UNC). Terapeuta familiar. Docente y miembro pleno de Fundación Familias y Parejas. Terapeuta familiar en Dispositivo Pavlovsky. Terapeuta familiar en Servicio de Salud Mental Pediátrica de Hospital Alemán.

Verónica Cisneros. Médica clínica e infectóloga. Candidata a Magister en Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS). Servicio de Infectología Instituto “A. Fleming”. Consultorio de Infectología Stamboulian Servicios de Salud.

Rebeca Faur. Médica especialista en Psiquiatría. Se desempeña como psiquiatra en consultorios externos del Centro de Salud Mental N°3 “Dr. Arturo Ameghino” (GCBA). Integra el equipo del Dispositivo Pavlovsky como psiquiatra y coordinadora del taller de integración sociolaboral.

Matías Fernández Segura. Psicólogo, coordinador de grupos de admisión y espacio de club social del Dispositivo Pavlovsky.

María Sol García Puglisi. Médica pediatra y toxicóloga. Suplente de guardia de Toxicología del Hospital de Niños “Dr. Ricardo Gutiérrez”.

Mercedes García Zubillaga. Médica psiquiatra y psicoanalista. Terapeuta y supervisora clínica. Docente (UBA). Perito médica psiquiatra. Miembro del equipo Dispositivo Pavlovsky.

Verónica Gargiulo. Lic. en Psicología (UBA). Residencia completa de Psicología Clínica y Becaria Honoraria Adscripta, Hospital “P. Piñero” (GCBA). Especialista en Psicología clínica con orientación en psicoanálisis (UBA) (tesis en curso). Diplomada en políticas, planificación, gestión y administración de instituciones y servicios de salud mental (ISalud). Posgrado en prevención de la violencia familiar, sexual y escolar, Asociación de Psicólogos (GCBA). Ex docente (UBA). Terapeuta individual y de grupo en el Dispositivo Pavlovsky.

Laura Gersberg. Psicóloga (UBA) Maestría en Gestión Social y Gerenciamiento Público (USAL). Terapeuta Dispositivo Pavlovsky. Exdirectora provincial de Auditoría y Red Universitaria de Capacitación (ex Secretaria de Prevención y Asistencia de la pcia. de Buenos Aires). Docente (UBA y USAL). Supervisora clínica. Capacitadora en Argentina y Latinoamérica.

Leonardo Ghioldi. Médico psiquiatra. Vicedecano del Cuerpo Médico Forense. Docente de la carrera de médico especialista en anestesiología. Supervisor de equipos interdisciplinarios de uso problemáticos de sustancias.

Rafael Groisman. Médico psiquiatra y psicoanalista. Magister en Psiconeurofarmacología. Miembro titular de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Docente de Neurobiología (APSA y del IUSAM de APdeBA). Integrante del Dispositivo Pavlovsky y coordinador del Espacio de Supervisión de la misma institución.

María Sol Guzmán. Psicóloga (UADE). Posgrado en Consumos problemáticos de sustancias (SEDRONAR y APSA). Diplomada en Psicoterapia Integrativa Consiliente (Espacio Consiliencia). Especialista en meditación de sanación empática (Diego Rudoy). Terapeuta de Dispositivo Pavlovsky.

Martín Habib. Psicólogo (UBA). Coordinador grupos fase de admisión y tratamiento. Coordinador de encuentros de red. Terapeuta individual de Dispositivo Pavlovsky.

Ana Karina Hurtado Márquez. Médica especialista en Psiquiatría (USAL). Máster en Neuropsicofarmacología Clínica (Fundación Universitaria H. Barceló). Becaria extranjera en el Hospital “Cecilia Grierson” (Guernica). Trabajó en el programa de prevención de adicciones (Municipalidad de La Plata). Miembro del equipo de atención del Dispositivo Pavlovsky.

Gustavo Irazoqui. Licenciado en Psicología (Universidad Maimónides). Posgrado de psicoterapia cognitiva (CTC), en Terapia cognitiva de las adicciones y en Terapia grupal en tratamiento de adicciones (AASM). Posgrado en Terapia de aceptación y compromiso (CATC). Posgrado en Mindfulness (Sociedad Mindfulness y Salud). Coordinador grupal y psicodramatista (Nuevo Espacio Grupos Psicodrama Creatividad). Miembro del Dispositivo Pavlovsky.

Giselle Jares. Licenciada en Psicología (UBA). Posgrado de terapia sistémico-relacional (Fundación Familia y Parejas). Posgrado de Gestalt (Casa Gestáltica de la Salud). Formación en DBT y ACT (Centro Argentino de Terapias Contextuales). Trabajó en Subsecretaría de la Municipalidad de Moreno, área de Promoción y protección de derechos de los niños y adolescentes. Miembro del Dispositivo Pavlovsky, coordinadora de grupos DBT y grupos de consumo problemático

Paula Kleiman. Realizadora y docente. Trabaja como camarógrafa y editora en agencias de noticias, asociaciones y en sus propios documentales. Realizadora de Liberelun, documental sobre desmanicomialización en la Argentina (2008). Trabajó en la Asociación Teleduca (España) para acompañar procesos sociales y subjetivos. Desde 2013

imparte en Argentina talleres de creación de cortometrajes y arteterapia. Coordinadora del taller de realización de cortometrajes en Dispositivo Pavlovsky.

Victoria Menéndez. Médica (UBA), diploma de honor. Especialista en Psiquiatría, Residencia de Salud Mental-Psiquiatría (Hospital “P. Piñero”, GCBA). Docente (Universidad FASTA). Miembro del Dispositivo Pavlovsky. Coordinadora del Espacio de cesación tabáquica.

Marcelo Mirelman. Coordinador General Dispositivo Pavlovsky (Palermo). Posgrado Terapia dialéctico-conductual -DBT- (Fundación Foro). Posgrado Terapia ACT, (Fundación Centro Argentino de Terapias Conductuales, CATC). Diplomatura en adicciones (UAI). Supervisor de Centros de Intervención Asistencial Comunitaria (CIAC, Ministerio Desarrollo Social, GCBA).

Nicolás Nieves Piazza. Médico (Universidad Austral). Cardiólogo (Sociedad Argentina de Cardiología, UBA). Residencia y Jefe de residentes de Cardiología (Hospital Churruca). Doppler cardíaco (Asociación Médica Argentina). Máster de Ecocardiografía Transesofágica (Sociedad Española de Cardiología).

Agustina Obligado Uranga. Abogada especializada en Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Docente (UBA). Practitioner de Programación Neurolingüística por el Human Interaction Technologies Institute. Mindfulness Practitioner and Master (Academy of Modern Applied Psychology). Seminario intensivo Método Silva de meditación. Life Purpose Coach (Transformation Academy). Coordinadora del taller de meditación en Dispositivo Pavlovsky.

Celina O’Reilly. Psicóloga (UB). Estudio de posgrado, orientación Clínica (“Centro Oro”, Dr. Octavio Fernández Mouján). Integrante de la Casa de jóvenes “Levántate y

camina” (jóvenes en consumo problemático de contexto de pobreza). Coordinadora de grupos “Proyecto mi vida” (jóvenes en contexto de encierro, Fundación Espartanos). Terapeuta clínica del Dispositivo Pavlovsky.

Martín Pavlovsky. Músico. Egresado Del Conservatorio Nacional de Música “López Buchardo” en el año 1987. Recibió diversos premios, tanto como compositor y como pianista, entre los que se destaca “Still Drums”. Premio Tribuna Nacional de Compositores de 1992. Grabó siete discos, como compositor e intérprete. Dicta actualmente Música en la Universidad de Tres de Febrero (UNTREF). Coordinador del taller de música en Dispositivo Pavlovsky.

Elisa Petroni. Psicóloga clínica. Especializada en la Universidad de Surrey (RU). Actualmente se forma en Prácticas Dialógicas y Diálogo Abierto (Universidad de Yale, EE.UU.). Terapeuta en su consultorio y en Dispositivo Pavlovsky. Miembro de Network for Dialogical Practices y de Taos Institute.

Fernando Segal. Redactor y editor para medios gráficos y digitales. Jefe de redacción de la revista Los Inútiles (mención Fondo Nacional de las Artes). Guionista del largometraje Vidrios (Bafici 2013). Formación en talleres literarios y licenciatura en Letras, UBA (en curso). Coordinador del taller de literatura en Dispositivo Pavlovsky.

Pablo Smink. Docente y coordinador. Ex competidor de ajedrez con participación en campeonatos sudamericanos. Trabaja actualmente dando clases de ajedrez e inglés con enfoque de trabajo cognitivo para reforzar la atención y concentración, y coordinando grupos de jóvenes en organizaciones para desarrollarse en campos de las ciencias sociales. Coordinador del taller de ajedrez en Dispositivo Pavlovsky.

Oriana Sullivan. Médica psiquiatra. Residencia Hospital “Dr. T. Álvarez”. Posgrado en psicoanálisis. Posgrado en Terapia dialéctico-conductual (DBT) (Fundación Foro). Posgrado en terapia cognitiva en CTC. Posgrado en TAC. Coordinadora del programa TUS/DBT en Dispositivo Pavlovsky.

Silvia Wikinski. Médica especialista en Psiquiatría (UBA). Doctora (UBA). Miembro de la Carrera de Investigador Científico (CONICET) en el Instituto de Farmacología (Facultad de Medicina, UBA). Profesora adjunta de Farmacología (UBA).

Prólogo

Silvia Inchaurrega

Un alojamiento posible. Más allá de la psicología de la intoxicación y el permanente deambular de quienes consumen drogas en forma problemática en escenarios actuales de estigmatización y criminalización

Se nos planteará entonces, la labor de adaptar nuestras técnicas a las nuevas circunstancias.
Freud (1985/1919, T. 17)

La más perturbadora de las transformaciones en el siglo XX es, según Hobsbawm (1998), la desintegración de las antiguas pautas que regían las relaciones sociales entre los seres humanos y, con ella, la ruptura de los vínculos entre las generaciones. En palabras del autor, la actualidad conforma “un mundo en el que el pasado ha perdido su función” (Hobsbawm, 1998, p. 26), lo que Mongin (1993) define como “la desafiliación de la cadena generacional de transmisión de saberes, costumbres, valores e ideales” y Lacan (1985/1971) como “la declinación del Nombre del Padre”.

Estos conceptos nos permiten explicar la configuración histórico-social, que Lipovesky (2003) ha denominado “la era del vacío” y la necesidad humana de hacerle frente con el consumo de productos, objetos e imágenes. “Prótesis narcisísticas” para Lipovesky (2003), “objetos de la felicidad

química” para Eco (1989), “objetos quitapenas”, para Freud (1985/1930, T. 21).

Para enfrentar las nuevas modalidades del malestar en la cultura, podemos escuchar a los sujetos que consumen drogas también a través de nuevos modelos de abordaje (Inchaurreaga, 2010) y dispositivos.

Armar, diseñar, construir un dispositivo para el tratamiento de los consumos problemáticos (o, mejor dicho, de algunos sujetos que consumen drogas en forma problemática) solo es posible desde el estudio de la íntima relación entre teoría, clínica e institución. Este libro nos propone adentrarnos en la “cocina” de ese entramado en el Dispositivo Pavlovsky y fundamenta un abordaje ambulatorio e intensivo en la Argentina contemporánea.

Se trata de un dispositivo que no surge de las certezas y de los éxitos. No son los logros lo que encontramos en sus raíces, sino los fracasos. Fracasos ajenos y fracasos propios de los mismos autores que hacen valientes autocríticas. Enamoramiento de la psicofarmacología, sentimientos de impotencia del profesional, el imperativo de medicar.

“Los malos tratamientos y sus pobres resultados abonan la idea de fracaso y de pacientes irrecuperables”, afirma Pavlovsky en la Introducción de este trabajo. Si compartimos entonces la hipótesis de que no son los pacientes quienes fracasan en los tratamientos, sino que son los dispositivos los que fracasan en el tratamiento de los pacientes, podemos remarcar dos cuestiones asociadas a la necesaria revisión de la accesibilidad de los usuarios de drogas al sistema sanitario en nuestros tiempos:

1. La importancia de reconocer que no hay tratamientos iguales para todos los sujetos que consumen drogas, ni podría haberlos, aunque algunas instituciones insistan en homogeneizar los cuadros clínicos y estandarizar las respuestas. Esto significa poner en valor la singularidad y especificidad del sujeto que consume drogas y las particularidades de su existencia (familia, contexto,

riesgos, daños) en contraposición a los ideales de las instituciones. No hacerlo es indudablemente parte relevante del problema y una de las causas del fracaso.

2. La lógica de cualquier institución no puede ser completa; por naturaleza es incompleta, ya que su naturaleza, misión, fundamentos y ética significan un recorte del campo. Esto implica que ninguna institución puede ser para todos; será para algunos y en esto reside la fortaleza del dispositivo y no la debilidad.

La lógica punitiva como variable que restringe el acceso y minimiza las posibilidades de cuidado

Los obstáculos al acceso de los usuarios de drogas al sistema de salud empiezan por la política legislativa actual. Acompañar es alojar en las redes de cuidado a los usuarios de drogas, aceptar que consuman, abusen o dependan de las drogas, pues son ciudadanos a quienes el Estado debe preservar su derecho a la salud, a información verídica y pragmática, a dispositivos asistenciales y a estrategias de reducción de daños si no pueden o no quieren dejar de consumir, para que lo hagan con los menores riesgos y daños posibles. Acompañar ya es no castigar, no estigmatizar, y para ello se requiere de una legislación que no penalice la tenencia para consumo o el autocultivo como la Ley Nacional de Estupefacientes N° 23737/89.

La vigente ley legitima el estatus de delincuente del usuario de drogas al tipificar como delito y penalizar la conducta de tenencia para consumo personal. Al considerar pasible de sanción penal tanto al usuario de drogas como al sujeto que depende de ellas y/o las consume en forma problemática. Paradójicamente, el texto de esta ley los esclaviza (Inchaurraga, 2003), situándolos como objeto de

la droga, y luego objeto del encierro carcelario, del tratamiento obligatorio que la ley indica en su Artículo 17°, del cuidado vigilante del operador en las instituciones cerradas, de la mirada de control judicial (Dobón y Rivera Beiras, 1997).

Han trascurrido más de diez años del fallo de la Corte Suprema conocido como Fallo Arriola (2009) que reivindicó el derecho a la privacidad de los usuarios de drogas, el *to be let alone* del derecho anglosajón, al declarar inconstitucional el artículo 14 que penaliza la tenencia para consumo personal.

El nuevo Código Civil enfatiza, en armonía con la ley de Salud Mental N° 26657/10 que “deben priorizarse las alternativas terapéuticas menos restrictivas de los derechos y libertades”, pero no tiene posibilidad de implementación para los usuarios de drogas que, bajo la ley N° 23737, deben elegir entre cárcel y tratamiento. En múltiples casos, los usuarios de drogas no terminan presos por tenencia para uso personal, sin embargo, sí en tratamientos compulsivos en el marco de las medidas de seguridad curativas, y sí obviamente enfrentando los daños de una causa penal y la estigmatización que esta conlleva. Además, que las causas duerman en los cajones de Tribunales, no obvia la lesión que produce en la existencia del sujeto la inmersión del Derecho en el ámbito de su privacidad.

Se requiere una política de drogas en la que la seguridad no sea sinónimo de restricción de políticas sociales y sanitarias, además de persecución y criminalización de la pobreza. Una política de drogas que definitivamente parta de reconocer que la causa del problema no es el objeto, sino los sujetos que lo consumen y la manera en la que lo hacen, y a partir de esto orientar las respuestas en los abordajes clínicos, sociocomunitarios y de reducción de daños.

El concepto griego de *pharmakon* es sabio en tanto ilustra que las drogas pueden ser remedios y/o venenos, y que no depende de la sustancia sino de quienes la consumen, y en

qué cantidad y forma, que advengan lo primero o lo segundo (Inchaurraga, 2002). Intentar resolver con el Derecho Penal problemas sociales y de salud no hace sino agravar las dificultades existentes y crear nuevas, como el distanciamiento del sistema sanitario, la vulneración de derechos y la discriminación y estigmatización.

El sujeto que consume, como ciudadano, bastión de la accesibilidad

El Estado de bienestar, la ciudadanía social y los derechos sociales que asegura, entran en crisis con la globalización. La figura del ciudadano como sujeto de derechos pierde legitimidad junto a las instituciones que contribuyen a la integración, inserción y socialización de las personas. Se diseminan diversas formas de exclusión y discriminación. La crisis del Estado de bienestar y sus dispositivos de producción de solidaridad genera también lo que se caracteriza como la privatización del riesgo, con sus consecuencias en los lazos (Castel, 2004; Rosanvallon, 2007); ya no se requiere de la intervención del Estado sobre la totalidad del cuerpo social. Las políticas sociales se retraen y, frente al riesgo (Beck, 1998), se desarrollan intervenciones focalizadas sobre poblaciones específicas; control y vigilancia sobre grupos de diferentes devenidos potencialmente amenazantes.

Los “diferentes” son excluidos y discriminados, y a su vez se vuelven desiguales con respecto a los demás, como consecuencia de etiquetas que traducen formas de nominación y segregación (Bauman, 2000) y de la construcción de una alteridad negativa (Manero, 2003). De esta manera, se produce la pérdida de derechos a partir de perder el derecho a la igualdad de derechos (Buffarini, 2009; Inchaurraga, 2013).

Para garantizar el acceso de los usuarios de drogas al sistema de salud debemos partir de reformular las nominaciones estigmatizantes, contribuir con leyes más justas y humanas a la recuperación del estatus de ellos como ciudadanos y revisar en consecuencia las características del sistema de salud acorde a las dos cuestiones anteriores.

La perspectiva de género y las mujeres invisibilizadas

Las instituciones no solo reproducen las realidades sociales en cuanto a la visibilidad y ocultamiento de las mujeres que consumen, sino que la clandestinidad de las prácticas estigmatizadas se convierte en sí misma en una barrera al acceso al sistema sanitario. Esta realidad fundamenta la necesidad de dejar de esperar en los consultorios e instituciones a los pacientes en general, y a las mujeres en particular, y crear intervenciones de acercamiento y contacto (Inchaurraga, 2013).

Una lectura atenta del proceso de construcción del dispositivo problematiza la menor presencia de mujeres en la institución y propondrá re trabajar la perspectiva de género para facilitar el acceso de las mismas y también las desigualdades en relación al acceso al sistema de salud. Probablemente, muchas de las intervenciones con familiares y referentes afectivos de los pacientes en el Dispositivo puedan ser también una alternativa para esto. Los autores del capítulo 9, “Acerca de la red” (Pavlovsky, Gersberg, Petroni) proponen al dispositivo como “figura intermedia, una tercera instancia entre el familiar y el paciente” y el capítulo 15, “La salud mental de los médicos” (Pavlovsky) ilustra de qué manera el dejar de negar el problema permite diseñar estrategias de abordaje que empiecen por incidir en el temor al estigma.

Los consumidores que no quiere no pueden dejar de consumir. La reducción de daños

La amplitud, extensión y diversidad de las problemáticas de los consumidores requieren de la revisión de la lógica unidireccional de los abordajes y hacen necesaria la articulación de los dos pilares tradicionales: la prevención y la asistencia con el pilar de la reducción de daños (Inchaurreaga, 2001). No todos quieren o piden dejar de consumir, no todos pueden iniciar un tratamiento. Para algunos, la alternativa de abordar la posibilidad de reducir los daños asociados al consumo puede viabilizar otro espacio, abrir un interrogante o representar la alternativa concreta de preservación para que eventualmente un tratamiento sea ofrecido o demandado.

El umbral de tolerancia de todos como seres humanos (ese termómetro social que tienen las sociedades) no debiera hacer diferencias entre Rulo, un “soldadito” que murió en una guerra local por el territorio narco; Johnny, que murió por sobredosis de “alita de mosca” en un pasillo de un asentamiento urbano irregular; Beto, que murió por sobredosis de opiáceos adquiridos en el amplio mercado negro local de los medicamentos; Marian, que murió a raíz de una combinatoria explosiva de metanfetaminas, éxtasis, ketaminas, cocaína y alcohol en una megafiesta electrónica y Fabricio, un respetado anestesiólogo que murió de una sobredosis de “drogas de quirófano”, luego de años de ocultar su adicción en su medio social y laboral. La situación social de unos y otros, lejos de eximir de responsabilidad al Estado y a las instituciones, les demanda un abordaje amplio y complejo del problema de las drogas en general y de aquellos que las consumen en particular; una política de inclusión y cuidado.

La respuesta asistencial puede pensarse en ocasiones como un a posteriori de otras intervenciones en las cuales “acompañar y alojar como paso previo” (Capítulo 1, “Accesibilidad de los pacientes con consumo problemático al sistema de salud”). En el marco del tratamiento, “algunos pacientes comienzan a problematizar su consumo, se preparan para cambiar y, eventualmente, lo hacen” (Capítulo 5, “El rol del psiquiatra”). En ese mismo capítulo se cuestiona y considera un error “exigir a los pacientes que tomen la decisión de interrumpir el consumo como condición para comenzar un tratamiento”.

La “clínica de la frustración”

Continúa siendo relevante interpelar a las políticas públicas, la carencia de recursos (tanto institucionales como profesionales) y la falta de formación de colegas de la salud mental, pero debemos también abordar la cuestión del deseo para transitar lo que llamo la “clínica de la frustración”.

Los sujetos que consumen drogas compulsivamente, problemáticamente, no son pacientes que gratificarán la autoestima de los profesionales, sino, por el contrario, la pondrán en jaque en forma permanente, haciéndolos convivir con el riesgo, el temor, la inseguridad, la imperiosa necesidad de la supervisión. Se trata de pacientes acerca de los que, si no acuden a la consulta, no podemos evitar pensar qué les habrá pasado, en qué problemas se podrán haber involucrado. Sabemos que pueden estar internados con una sobredosis, heridos en una riña, detenidos en una comisaría o tememos que pueda haber muerto.

Las complejidades nunca pueden abordarse desde el mandato superyoico; la obligatoriedad de atender y el imperativo de curar seguramente potenciarán y multiplicarán las dificultades. Son los daños colaterales de

las obsesiones por la “salud perfecta” (Illich, 1995). No todos los profesionales se verán convocados en particular desde el propio deseo que encamina la formación, pero es responsabilidad de quienes trabajamos en docencia e investigación el abordaje de la problemática y, muy especialmente, de las complejidades y dificultades que conlleva.

El *burnout* explica ese paso de algunos terapeutas de la neutralidad a la simbiosis (de la que da cuenta la Introducción) pero también explica la tendencia a la “derivación a ciegas”. Alejados del rol del profesional como mero observador de los vaivenes del consumo de los pacientes en una clínica sin efectos del orden de la psicología de la intoxicación, los autores de este libro desarrollan una propuesta que apuesta a una modalidad institucional en la que los espacios grupales asumen un rol protagónico frente al vértigo de la clínica con pacientes consumidores que, consideran, “sobrepasa y desvirtúa la clínica asistencial del 1 a 1” (Introducción) Esto se refleja en los capítulos sobre grupos (8), acerca de la red (9) sobre grupos de referentes y trabajo con la familia (10), taller de meditación (11), talleres y club social (12) y participación comunitaria (14).

El trabajo en terreno cuando toda psicología individual es colectiva y viceversa. La promoción de entramados de saberes y experiencias

La dimensión social nunca fue descuidada por el psicoanálisis, en su indagación sobre aspectos clínicos, epistémicos y políticos. Freud (1985/1921, T. 18) investiga la constitución de las formaciones colectivas a partir de los

lazos libidinales y las necesidades de los seres humanos de relacionarse como paliativo a su infelicidad. Lacan (1971), en *Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis*, nos convoca a unir el horizonte de nuestra práctica al de la época o renunciar a esa práctica. De este modo se establece la necesidad de interrogar las presentaciones clínicas a la luz de los avatares del período, cuyas variaciones introducen transformaciones de aquellas.

Los consumos problemáticos pueden pensarse como un fenómeno contemporáneo asociado al capitalismo, una manifestación del enflaquecimiento de los lazos simbólicos (Zafiropoulos, 2002), donde prevalece la satisfacción inmediata, el atravesamiento de los límites, incluido en ocasiones el del propio cuerpo.

Este libro nos propone un dispositivo para los consumos problemáticos “que se parezca mucho más a un hogar, a una casa familiar, que a una clínica de salud mental (...) Que invite a quedarse en el espacio” (Pavlovsky, 2010). Lo ilustran los horarios amplios, simplificación del proceso de admisión, el contacto telefónico y llamado “protocolo de crisis”, en conjunción con la imagen del terapeuta alejado de la clásica neutralidad y los matices de casos en los que algunos pacientes continúan con un analista externo a la institución.

Hablar de sistema de cuidado, de “continuo de recursos asistenciales” (como señala Rebeca Faur en el Capítulo 2, “Tratamiento ambulatorio intensivo”), de promoción de la salud y calidad de vida, construcción de redes de apoyo, inclusión social y desestigmatización es correrse de la lógica asistencialista (aún hegemónica en Argentina en el campo de los abordajes de los consumos problemáticos y de la postal horrorosa descrita por los autores de un paciente internado - desterrado de su hogar, purgando una condena sin haber cometido un delito).

Jerarquizar dinámicas vinculares y no eclipsar la problemática singular detrás de problemáticas grupales es

diferente del quehacer de ciertos dispositivos como las Comunidades Terapéuticas (CT) que conforman masas artificiales desde la lógica de la segregación (Lacan, 1992). En ellos, los ingresos y egresos se determinan sin considerar la voluntad de los individuos y se promueve la generación de lazos fuertes basados en procesos de identificación. La denominación “adicto”, “adicto en recuperación” o “exadicto”, con sus variantes de “alcohólico”, “drogadicto”, “drogadependiente” y “narcótico” juega un papel fundamental al presentarse como núcleo de cohesión (Inchaurraga, 2017).

Estos modos de nominar reemplazan al nombre propio, que queda silenciado. La identificación se ve potenciada por la nominación común y reforzada por la ubicación de aquel que se ha “recuperado”, en el lugar del modelo o guía. La rehabilitación es un refuerzo de la identificación entre los individuos al proponerse como el ideal común a alcanzar.

La noción del ideal común rechaza la posibilidad de hacer lugar al uno por uno. Lejos de poner en escena las singularidades de cada caso, el ideal se propone para todos por igual, ampliado y fortalecido por la experiencia de aquellos que han alcanzado el ideal como testimonio de que es posible para todos. Al igual que en la iglesia, la salvación se propone para todos, siempre y cuando sigan ciertas reglas y, como en el ejército, la promoción se promete a quienes tengan buen comportamiento. En estas masas, la salvación y la promoción dibujan un horizonte que se promete y también se exige.

El discurso del Amo que dirige la exigencia de abstinencia y promueve prohibiciones, y el discurso Universitario (Lacan, 1992), que apela a la educación desde una afirmación de saber, fracasan (Inchaurraga, 2009; 2017). Este fracaso se visibiliza en el lazo generado. En uno, la vinculación es a través del acatamiento de la orden. En el otro, la relación pasa por el sometimiento a ese saber, tradicionalmente instituido como fundamento de lo social.

En ambos, el sujeto queda sometido a la voluntad de otros y la subjetividad eclipsada detrás del mandato o la educación.

En el modelo de autoayuda o ayuda mutua se valoriza la experiencia de quienes se presentan como los más antiguos y con más experiencia, ubicados y señalados como “quienes han podido dejar de consumir”. En el modelo de CT se premia y se castiga, de muy diversos modos y de acuerdo a un esquema riguroso, según quiénes logren acercarse más al ideal de abstinencia.

En ambos, se construye y refuerza la identidad en torno a la sustancia y “el grupo”, “la confraternidad” o “la comunidad”, en detrimento de lo propio de cada uno y de cada historia. Se parte de la idea de que las problemáticas del consumo son en todos los casos una “enfermedad” que debe “ser curada”, y la experiencia de quienes han alcanzado la abstinencia es la respuesta. Estos se convierten en los modelos a seguir, dado que han logrado acceder a la meta propuesta.

Para evitar homogeneizar, es necesario recuperar las singularidades de las problemáticas de cada sujeto usuario de drogas, con su nombre propio, identidad e historia familiar irrepetible. La consideración del usuario de drogas como ciudadano le otorga también derecho a la palabra.

El encuentro entre los dispositivos comunitarios y el usuario de drogas puede ser facilitador de la transferencia y del funcionamiento del dispositivo analítico (Inchaurreaga, 1996; 2017). La derivación hacia un tratamiento de carácter psicoanalítico requerirá de una vacilación en la posición subjetiva, ese momento en que la vida cotidiana se vuelve hastío, el sufrimiento se hace insostenible, el lazo se vuelve invivible. Si bien, como señalara Freud (1985/1930, T. 21), el malestar es inherente a la cultura, hay momentos en que se vuelve posible un tratamiento.

El modo de tratamiento que se articula al modelo de reducción de daños reviste el carácter de un ofrecimiento; puede ser tomado o rechazado, por lo cual es compatible

con servicios asistenciales amigables y de bajo umbral de exigencia (Riley y O'Hare, 2001; Inchaurreaga, Echaire Curutchet, Fambrini, Frías, Guirado, y García Riestra, 2014), que relativicen y cuestionen los ideales de cura.

Conclusiones

El estereotipo del “adicto a drogas” o “drogadependiente” se encuentra asociado a los fenómenos de expulsión institucional de casos ligados al consumo de drogas, en particular en escenarios de vulnerabilidad social y en los hospitales públicos, pero no exclusivamente. Las recurrentes situaciones de violencia en las guardias hospitalarias y las problemáticas sociales relacionadas con el consumo y la venta de drogas en contextos de pobreza urbana abonan el estereotipo del sujeto violento, peligroso, delincuente, y relanzan la espiral de falta de formación profesional y temor que confluyen en la no atención y derivación irracional, sin criterios médico-clínicos o psicopatológicos.

Todo paciente derivado “porque aquí no se atienden adicciones”, como dice Pavlovsky en el Capítulo 1, “Accesibilidad de los pacientes con consumo problemático al sistema de salud”, concluirá lo que llama la “peregrinación asistencial” en una internación prolongada. Pensar en esta opción como la primera resulta en la mayoría de los casos un analizador de la falta de recursos asistenciales y también de otros recursos, y no será sin consecuencias; incluso, en ocasiones, no será sin daños. Son daños: el aislamiento, el reforzamiento del estigma de “adicto”, la postergación del empoderamiento que permite a un sujeto dejar de ser un esclavo o *addictum*.

El concepto de sujeto de derecho (Inchaurreaga, 2009 y 2013; Buffarini, 2009) que define al ciudadano, así como el concepto de sujeto del inconsciente (Lacan, 2007), son

incompatibles con la posición que sostiene la ley N° 23737. En el discurso de la misma no hay un sujeto, ni un sufriente siquiera, sino un esclavo, un objeto de la droga, un *addictum* (como se nombraba en los tiempos de la República romana a quien solo con su cuerpo podía pagar su deuda, debido a que carecía de otros bienes para hacerlo). La ley 23737 distancia y excluye paradójicamente de los sistemas social y sanitario tanto al sujeto que consume como al que abusa o depende de las drogas. Un distanciamiento y una exclusión que se potencian en el caso de las mujeres.

Si lo que existe es un “dependiente” y un “delito”, no hay lugar para una pregunta sobre las razones del consumo y las modalidades particulares de relación con la droga o para promover conductas de cuidado y protección que permitan evitar riesgos y daños o el acompañamiento del sujeto hacia diversas modalidades asistenciales.

Conjugar desde la interdisciplina y la salud mental comunitaria disciplinas diversas como psicoanálisis, terapia cognitivo-conductual, psiquiatría y terapia grupal sin duda no es tarea sencilla. Como dicen los autores, las disciplinas dialogan y debaten entre sí y este libro documenta cómo. Cabe agregar que los sujetos que son alojados en este Dispositivo serán en definitiva quienes tengan la palabra. Quizá también este libro pueda facilitar que ellos, los actores claves, hablen. Un relato anecdótico da cuenta de esto; un paciente dice de su terapeuta en la institución que es “el baqueano que me ayuda a encontrar el camino cuando estoy perdido”.

Bibliografía

- Bauman, Z. (2000). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.

- Castel, R. (1984). *La gestión de los riesgos*. Barcelona: Anagrama.
- Buffarini, M. (2009). Derechos Humanos y ciudadanía. En: S. Inchaurreaga (comp.). *Manual de Derechos Humanos y uso de drogas*. Rosario: Amalevi.
- Corte Suprema de la Justicia de la Nación [CSJN]. (2009, agosto 25). *Fallo Caso "Arriola, Sebastián y otros"* Causa N° 9080. A. 891. XLIV. http://www.csjn.gov.ar/cfal/fallos/cfal3/toc_fallos.jsp
- Dobón, J. y Rivera Beiras, I. (coords.) (1997). *Secuestros institucionales y Derechos Humanos. La cárcel y el manicomio como laberintos de obediencias fingidas*. Barcelona: Bosch.
- Eco, U. (1989). *El péndulo de Foucault*. Buenos Aires: Lumen.
- Freud, S. (1985). *Contribuciones para un debate sobre el onanismo*. En S. Freud, *Obras Completas*, Tomo 12. Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1912).
- Freud, S. (1985). *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del Psicoanálisis III)* En S. Freud *Obras Completas*, Tomo 12. Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1915).
- Freud, S. (1985). *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*. En S. Freud *Obras Completas*, Tomo 17. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1918/19).
- Freud, S. (1985). *Psicología de las masas y análisis del yo*. En S. Freud *Obras Completas*, Tomo 18. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1921).
- Freud, S. (1985). *El malestar en la cultura*. En S. Freud, *Obras Completas*, Tomo 21. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1930).
- Hobsbawm, E. (1998). *Historia del siglo XX*. Madrid: Grijalbo.

- Illich, I. (1995). L'obsession de la santé parfaite. En *Le Monde Diplomatique*.
<http://www.mondediplomatique.fr/1999/03/ILLICH/11802>.
- Inchaurreaga, S. (1996). Cuestiones teóricas y clínicas acerca de la abstinencia. En S. Inchaurreaga (comp.) *Drogadependencias. Reflexiones sobre el sujeto y la cultura*. Rosario: Homo Sapiens, pp. 97-106.
- Inchaurreaga, S. (comp.). (2001). *Drogas y políticas públicas. El modelo de reducción de daños*. Rosario: Espacio.
- Inchaurreaga, S. (comp.). (2002). *Drogas: haciendo posible lo imposible. Experiencia de reducción de daños en Argentina*. Rosario: Amalevi.
- Inchaurreaga, S. (comp.). (2003). *Las drogas: entre los daños y el fracaso de la prohibición. Nuevas perspectivas en el debate despenalización-legalización*. Rosario: Amalevi.
- Inchaurreaga, S. (2009). Los usuarios de drogas como ciudadanos. Revisión de una lógica discursiva basada en la discriminación que los sitúa como enemigos. En S. Inchaurreaga (comp.) *Manual de Derechos Humanos y uso de drogas* Rosario: Amalevi, pp. 18-26.
- Inchaurreaga, S. (2010). Reducción de daños y/o psicoanálisis. Uso de drogas, sujetos que se dañan y daños sin sujetos. En *Revista Científica PSYberia*, 2, pp. 79-90.
http://www.fpsico.unr.edu.ar/revista/revista_psyberia01.pdf
- Inchaurreaga, S. (2013). Uso de drogas y ciudadanía. La propuesta de despenalización de la tenencia de drogas para consumo personal desde la perspectiva de los derechos humanos. En: M. Taborda (comp.) *Derechos Humanos. Un compromiso con la Universidad*, T. 2. Rosario: UNR Editora, pp. 319-341.
- Inchaurreaga, S.; Celentano, A. y Echaire Curutchet, R. (2012). Reducción de daños asociados a usos de drogas: Fortalecimiento de redes comunitarias y socio-sanitarias en la construcción de bases de datos y sistematización de

- información. En Dirección de Salud Mental y Adicciones - Ministerio de Salud de la Nación. *Epidemiología en Salud Mental. Experiencias territoriales de sistematización de información en Salud Mental y Adicciones*. Buenos Aires, pp. 83-105.
- Inchaurraga, S., Echaire Curutchet, R. y Celentano, A. (2013). *Visibilizando una problemática: reducción de daños, VIH/SIDA y uso de drogas en mujeres embarazadas y/o en período de lactancia*. Boletín digital de Asociación de Reducción de Daños de Argentina.
- Inchaurraga, S., Echaire Curutchet, R., Fambrini, F., Frías, F., Guirado, C. y García Riestra, I. (2014). *La relación equipo de salud - paciente usuario de drogas. Aportes y reflexiones sobre prevención, asistencia, reducción de daños, derechos y acceso a la salud*. Rosario: CEADS-UNR.
- Inchaurraga, S. (2017). *Uso de drogas y reducción de daños. Estudio sobre la construcción de lazos sociales y sus efectos subjetivos en usuarios de drogas en un Programa*. Tesis doctoral, UBA, 2017.
- Lacan, J. (1971). Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis. En J. Lacan, *Escritos Tomo 1*. Buenos Aires: Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1953).
- Lacan, J. (1992). *El Seminario Libro 17. El reverso del psicoanálisis* (Trabajo original publicado en 1969-1970). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2007). *El Seminario Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. (Trabajo original publicado en 1964). Buenos Aires: Paidós.
- Lipovesky, G. (2003). *La era del vacío. Ensayo sobre el individualismo contemporáneo*. Buenos Aires: Anagrama.
- Mongin, O. (1993). *El miedo al vacío. Ensayo sobre las pasiones democráticas*. Argentina: Fondo de la Cultura Económica.
- Pavlovsky, F. (2010). *Te tengo bajo mi piel. Psiquiatría y salud mental*. Buenos Aires: Topia.