

El consumo problemático de sustancias desde la mirada de los profesionales, psiquiatras y psicólogos en los dispositivos para alojar urgencias. Una lectura psicoanalítica

Por María Inés Sotelo, Evangelina Irrazabal, Antonella Miari y Alejandra Cruz

María Inés Sotelo. Directora de las Investigaciones UBACyT 2008-2015. Psicoanalista.

Evangelina Irrazabal. Docente Facultad de Psicología, UBA. Investigadora de apoyo en el Proyecto de Investigación UBACyT: "Los dispositivos para alojar la urgencia en Salud Mental, desde la mirada de los profesionales, psiquiatras y psicólogos, que intervienen en ellos", UBA.

Antonella Miari. Docente UBA. Investigadora de apoyo en Proyecto de Investigación UBACyT.

Alejandra Cruz. Especialista en Psicología Forense (UBA). Docente Regular en el Grado, Carrera de Psicología, UBA. Investigadora UBACyT. Psicoanalista.

Introducción

El presente escrito se desprende del Proyecto de Investigación UBACyT: "Los dispositivos para alojar la urgencia en Salud Mental, desde la mirada de los profesionales, psiquiatras y psicólogos, que intervienen en ellos" **-1-**. Directora: Prof. Dra. María Inés Sotelo, Co-director: Dr. Guillermo Belaga; cuyo objetivo central es aproximarse a la realidad de los dispositivos hospitalarios que reciben urgencias, desde la mirada de los profesionales en Salud Mental. El universo de estudio está comprendido por 50 psiquiatras y psicólogos a cargo de guardias y admisiones en los hospitales públicos, monovalentes y polivalentes, de CABA y del conurbano bonaerense. A partir de las entrevistas semiestructuradas realizadas a dichos profesionales, nos propusimos analizar desde el psicoanálisis de orientación lacaniana, el lugar que, de acuerdo a la mirada de psiquiatras y psicólogos, ocupa el consumo problemático de sustancias en los dispositivos hospitalarios que reciben urgencias.

En este escrito utilizaremos el término "consumo problemático de sustancias" basándonos en la concepción que se sostiene en la nueva Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10. Es decir que bajo este término se incluye tanto las denominadas adicciones como las toxicomanías. Consideramos que este análisis y los resultados obtenidos a partir de él, permitirán profundizar en el conocimiento de la realidad de la atención de esta problemática en la urgencia. Así como la posibilidad de pensar la necesidad de rediseñar los dispositivos para el tratamiento de los pacientes con consumo problemático de sustancias. Asimismo, estas conclusiones podrán brindar un aporte a los profesionales dedicados a la atención en salud mental en general, sobre todo a partir de los cambios y exigencias introducidos por la vigente Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10.

Desarrollo

Una problemática en aumento:

Tomamos como antecedente los resultados obtenidos en una de nuestras investigaciones anteriores **-2-** del año 2008-2010, compuesta por una muestra de 714 sujetos mayores de 15 años. En dicha muestra encontramos como datos relevantes que en el momento que surge una urgencia en Salud Mental, el 63% de los consultantes llega a la institución por decisión de otra persona. Dentro de esta muestra, el 7% corresponde a lo que se denomina según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV,1995) como trastornos mentales debidos al consumo de sustancias (código: F10-F19).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) establece que en los últimos treinta años el consumo de drogas ha aumentado considerablemente en todo el mundo, siendo las toxicomanías un problema de salud que en algunos países desarrollados supera en morbilidad a las enfermedades cardiovasculares y oncológicas. Se ubica de este modo, a la adicción a sustancias psicoactivas, como el mayor problema de salud pública a nivel mundial, con el tercer lugar de morbi-mortalidad por causas prevenibles.

Un estudio realizado por la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico en el año 1999 (SEDRONAR, 1999) en base a instrumentos epidemiológicos validados para Argentina acerca del uso de sustancias psicoactivas, señaló el aumento creciente de su uso. El primer estudio comparativo realizado, en el año 2008, sobre toxicomanías y factores asociados en la población Argentina de entre 15 y 64 años de edad, por las Naciones Unidas, mostró que el 25% de la muestra consumió por primera vez cocaína, alrededor de los 16 años.

En nuestro país, la franja etaria que se ve más afectada por el uso (consumo ocasional) y abuso (consumo regular) de estas sustancias, son los adolescentes. Según el mencionado estudio, la cocaína y la pasta base serían las sustancias psicoactivas ilegales que conllevan un elevado riesgo para la salud de la población. *"La edad de inicio en el consumo de drogas es un importante indicador para proyectar cuan problemático puede llegar a ser el uso de sustancias en el futuro. La evidencia internacional indica que mientras más temprano es el inicio de drogas entre los adolescentes, mayor es el riesgo de escalada y de consumos problemáticos posteriores"* (ONUDD. 2008, p. 40).

Teniendo en cuenta el gran impacto social, cultural, político, legal y económico que el consumo problemático de sustancias genera en nuestras sociedades, se considera de suma importancia la puesta en práctica y la difusión de tratamientos que posibiliten una reducción de este problema y un mejoramiento en la salud de estos pacientes.

Respecto de la investigación en curso en la que se enmarca este trabajo, hemos observado que en la mayoría de los protocolos analizados, los profesionales, psiquiatras y psicólogos afirman que uno de los motivos de consulta más frecuente en la guardia es el consumo problemático de sustancias y que, además, en los últimos años se ha registrado un incremento considerable de dichas consultas en los dispositivos hospitalarios que reciben urgencias. En particular subrayan el incremento del consumo de pasta base y las dificultades para atender la problemática de las adicciones en el marco de los recursos con los que se dispone en los hospitales.

En la mayoría de las entrevistas, los profesionales afirman que los pacientes suelen ser derivados a otras instituciones que en muchas ocasiones denominan "especializadas" en el tema por no contar con los recursos para atender este tipo de problemáticas. Sin embargo, desde el marco legal, en la nueva Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 promulgada en el año 2010 (República Argentina) se subraya particularmente la cuestión de las adicciones, incluyendo un artículo dedicado a garantizar la aplicabilidad de los derechos y garantías que la ley otorga (artículo 4°): *"Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud"*. (Ley 26.657. 2010, p. 2). De este modo, a pesar del incremento de las consultas por consumo de sustancias, su adecuado tratamiento se ve obstaculizado por la falta de recursos con los que se cuenta, aunque desde el marco legal se obliga a ello.

Se extrajo como dato relevante de los protocolos analizados, que la escasez de recursos físicos está dada por instituciones deterioradas. Particularmente la falta de consultorios o boxes donde poder mantener en observación a aquellos pacientes que por su estado de intoxicación requieren de un tiempo que no es el de la internación propiamente dicha. Otro elemento relevante es la necesidad de contar con un espacio donde entrevistar a sus familiares o acompañantes y que los mismos puedan permanecer con el paciente, si el caso lo requiere. Asimismo, la falta de medicación y formación adecuada para el trabajo interdisciplinario frente a este tipo de problemática se recorta como un obstáculo que insiste en las entrevistas. Los profesionales se encuentran así en una encrucijada, atravesados por realidades divergentes, teniendo que resolver

situaciones para las que en muchas ocasiones no se consideran formados ni cuentan con los recursos institucionales adecuados para ello. Otra vertiente recogida de los protocolos, no menor dentro de las limitaciones con las que se encuentran los profesionales en su práctica, es la insuficiencia de recursos humanos. Si bien la Ley mencionada determina que la atención en salud mental debe efectuarla un equipo interdisciplinario compuesto por psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales, la realidad cotidiana demuestra que no siempre se cuenta en los efectores con la dotación de tal personal. Al respecto, el artículo 8 de la mencionada ley afirma que: *"Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes"*. (Ley 26.657. 2010, p. 3).

Ahora bien, nos preguntamos acerca del por qué de la necesidad de incluir un artículo especialmente dedicado al consumo problemático de sustancias siendo que no ocurre lo mismo con otras problemáticas vinculadas con la salud mental.

Encontramos algunas respuestas posibles. En este sentido, en el sitio web del Ministerio de Salud de la Nación Argentina), la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones establece que la nueva ley: *"Además, incluye de manera explícita, la problemática de las adicciones, históricamente relegada incluso más allá de los límites del sector de la salud, para quedar en manos de la justicia o la policía, con resultados verdaderamente frustrantes"*. (www.msal.gov.ar/saludmental).

Por otro lado, que el tema de las adicciones haya sido incluido especialmente como artículo dentro de la ley nos conduce a formular ciertas hipótesis al respecto. En primer lugar, pensar que el incremento del consumo de sustancias podría haber propiciado esta inclusión; en segundo lugar, que los hospitales no se encontraban receptivos ni contaban con los recursos para la admisión y el tratamiento de estos pacientes. Por último, es posible que se debiera a que hasta no hace mucho tiempo, los pacientes con consumo problemático de sustancias solían ser considerados *"un caso perdido"* (Jitrik. 2005, p.8).

Por lo tanto es necesario distinguir a las adicciones como categoría y problema social de la concepción psicoanalítica sobre las adicciones y su tratamiento posible. Fabián Naparstek, en su artículo *La acción lacaniana o el psicoanálisis en acción* (2004) afirma que *"hay ciertos hechos por los cuales la sociedad se siente compelida a responder; principalmente a través de sus instituciones"* (Naparstek. 2004, p.73). *Se refiere con ello a "ciertos hechos que pasan de ser una preocupación privada a una preocupación pública (...) que al transformarse en una epidemia pasan a tener un interés para toda la comunidad"* (Naparstek. 2004, p. 73). Las adicciones responden a estos hechos y, según el planteo del autor, reclaman a la sociedad que se haga responsable mediante sus políticas. Agrega que los mismos exigen una acción a la que se responde desde diferentes discursos. De este modo, siguiendo el planteo de Inés Sotelo (2004), cada discurso (jurídico, médico, psicológico, psicoanalítico, sociológico, etc.) en su lectura de estos hechos de interés social, determinará a los hechos mismos, en el sentido de producirlos a partir de la lectura que cada discurso hace de ellos.

Nos preguntamos cuál es la lectura y orientación que, desde el psicoanálisis, se hace del problema del consumo problemático de sustancias y qué respuestas se producen para el tratamiento del mismo.

Psicoanálisis y adicciones

En la actualidad, la mayoría de los autores psicoanalíticos coinciden en considerar a las toxicomanías y a las patologías del consumo como una problemática de la época. *"La toxicomanía es uno de los modos de manifestación sintomática que representa muy paradigmáticamente la época, una época del consumo generalizado como nos lo ha planteado Jacques Alain Miller, de hecho tanto Miller como Laurent han hablado en diferentes momentos de las toxicomanías y el alcoholismo porque representan un modo de goce propio de la época"* (Naparstek 2013, p. 1). Fabián Naparstek, en su artículo *La era de la fiesta permanente* (2009)

define a la época actual como una especie de fiesta continua. Lo que en otro momento era algo limitado en tiempo y espacio, ahora carece de límite como consecuencia de la caída de los ideales y de la autoridad. Destaca que esto conduce a un empuje a la satisfacción total por el consumo, en el que sería posible la ausencia de renuncia. Este autor toma la idea de Lipovetzky, quien señala que se produjo un pasaje del postmodernismo al hipermodernismo, lo que implicaría un pasaje del derecho a gozar al empuje al goce. De este modo, Fabián Naparstek señala que el mundo queda dividido entre el empuje al goce y la depresión: *"Ahora el que consume obtendría un goce sin freno, el que no, se deprime"*. (Naparstek 2009, p. 11). Por lo tanto, a partir de estas consideraciones, se hallan en el mercado objetos de goce de todo tipo, listos para ser consumidos, e individuos que quedan alienados al nombre de la sustancia que consumen. En este sentido, Ernesto Sinatra indica que de *todos consumidores* se produce un pasaje a todos individuos, *objetos del consumo* (Sotelo 2007, p.142).

Las toxicomanías no son consideradas como un cuadro clínico más, suelen coincidir en que *"el consumo no da cuenta de un síntoma ni de una estructura psíquica (.) sino que tiene un valor del uso para el toxicómano o el alcohólico"* (Sotelo 2007, p. 141).

Por otro lado, Alicia Donghi define a las toxicomanías como *"categoría clínica confusa y compleja la de las adicciones, ya que agrupa diversas subjetividades bajo el rasgo uniformizante de la ingesta de sustancias, a riesgo de desconocer la heterogénea singularidad, poniendo cínicamente el acento en aquello que se quiere erradicar, haciéndolo consistir"* (Donghi 2006, p. 33).

Los sujetos se presentan generalmente representados por la frase "yo soy adicto", "yo soy alcohólico", etc., modo que no identifica al sujeto sino un goce que da consistencia al yo, goce que la mayoría de los autores del psicoanálisis afirman que queda por fuera de la lógica fálica y de la castración como hecho de estructura. De este modo, Inés Sotelo (2007) afirma que *"el valor de la droga en la economía de un sujeto es la de romper la relación con el goce fálico y es un modo de evitar el encuentro con la castración, con el deseo del Otro."* (Sotelo 2007, p. 150). Sin embargo, a pesar de que los psicoanalistas acentúan los conceptos de goce, castración y sujeto -entre otros- para pensar la lógica de las toxicomanías, desde el discurso médico y social, e incluso desde el modo de presentación de los pacientes, se entiende a la toxicomanía como una enfermedad y se propone fundamentalmente un tratamiento médico basado en el reemplazo de una sustancia por otra. Si bien no ignoran los factores psicosociales, se insiste en que *"la dependencia de sustancias psicoactivas es un trastorno médico, crónico y recidivante, que a menudo coincide con patologías psíquicas (las denominadas «patologías duales»)"*. (Guilañá Palanques 2004, p. 80).

Pero para el psicoanálisis, se toma como premisa que cuando alguien consulta, su demanda es algo a descifrar aunque sus síntomas se encuentren tipificados en un trastorno. La categoría de "adicto" no dice nada respecto de la relación singular del sujeto con la droga. El consumo o trastorno, transformado en enfermedad, *"des-responsabiliza a los sujetos que se presentan como víctimas de una enfermedad que se padece"* (Sotelo 2007, p. 144). Al respecto, ya Lacan en *Psicoanálisis y medicina* (1966) separa la posición del médico de la del analista cuando afirma: *"cuando el enfermo es remitido al médico o cuando lo aborda, no digan que espera de él pura y simplemente la curación. Coloca al médico ante la prueba de sacarlo de su condición de enfermo, lo que es totalmente diferente, pues esto puede implicar que él esté totalmente atado a la idea de conservarla. Viene a veces a demandarnos que lo autenticemos como enfermo; viene de la manera más manifiesta, para demandarles que lo preserven en su enfermedad, que lo traten del modo que le conviene a él, que le permitirá seguir siendo un enfermo bien instalado en su enfermedad"* (Lacan 1966, p. 91).

Por lo que el modo de abordaje en el tratamiento del consumo problemático de sustancias es amplio y variado dependiendo del marco teórico que se utilice, y de las exigencias de eficacia establecidas en la época actual.

Coincidimos con los autores de orientación psicoanalítica que hemos abordado, en ubicar a la intervención analítica de las adicciones. El acento está puesto en la singularidad del paciente. Aún cuando hay estrechos márgenes de intervención por la complejidad del caso o escasez de recursos. Lo que orienta la clínica psicoanalítica en el abordaje de estas presentaciones es

localizar, en esa experiencia sin relato (a- dicción), "eso" que en determinado momento para un sujeto se problematizó en la relación con el Otro. Decimos "eso", entre comillas, porque no sabemos a priori de qué se trata ese malestar o bajo qué coordenadas se produjo. Es a través del trabajo analítico que podremos localizar los significados que adquieren las prácticas de consumo en cada uno de los consultantes y que algo de ese goce desregulado se pueda acotar. El consumo problemático de sustancias engloba a una categoría general. El lugar que ocupa el consumo en la economía psíquica es propio de cada sujeto. Es la clínica del uno a uno. La función del tóxico varía de persona a persona y esto tiene relación estrecha con lo singular y particular de cada sujeto y la manera en que ese exceso de goce se manifieste en el consumo.

Psiquiatría y adicciones:

Desde la perspectiva de la psiquiatría, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV, 1995) nombra y clasifica al consumo problemático de sustancias como *Trastornos por consumo de sustancias*. Se los define como aquellos trastornos vinculados al consumo de una droga de abuso, los efectos secundarios de una medicación y la exposición a tóxicos. En el apartado acerca de las características de dichos trastornos se indica que *"La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia"*. (DSM IV 1995, p.183). El abordaje que propone la psiquiatría en los dispositivos para alojar las urgencias consiste en un tratamiento psicofarmacológico de los síntomas de abstinencia o de las crisis de excitación psicomotriz secundarias al consumo y en algunas ocasiones la derivación a tratamiento psiquiátrico en centros especializados acompañado con terapias específicas siendo estos los lugares principales de derivación. En las entrevistas, se observa que un alto porcentaje de psiquiatras considera como cuadro de base, o principal, al consumo de sustancias y que dichos pacientes deben ser abordados en dispositivos especiales que exceden el marco teórico de la psiquiatría. Las llaman patologías duales, en las que el trastorno por consumo de sustancias ocupa el lugar central por lo que consideran que el trastorno psiquiátrico es secundario.

Ahora bien, ¿cuál es la posición del psicoanálisis respecto del abordaje de las adicciones?, ¿de qué modo se concibe la urgencia y el tratamiento de las adicciones en la urgencia?

Urgencias, psicoanálisis y adicciones

Desde la perspectiva del psicoanálisis, la urgencia supone fundamentalmente un quiebre de la homeostasis en la vida de un sujeto. Un cierto equilibrio que se ha roto, una ruptura aguda, un quiebre, una irrupción que detiene cierta marcha. Al decir de Inés Sotelo (2007) *"La urgencia da cuenta siempre de algo de la ruptura, por eso es importante localizar qué es lo que ha quebrado esa homeostasis"* (Sotelo 2007, p. 26). La urgencia, tal como es pensada desde esta perspectiva, se presenta en cualquier dispositivo de atención, aunque tradicionalmente se la asocie exclusivamente a la guardia. De este modo, toda consulta supone un punto de urgencia, que es lo que conduce a que alguien consulte y que es preciso localizar. A esta ruptura aguda Freud la llama *"abolición momentánea del principio del placer"* (Freud 1920, p.29), y Lacan la nombra *emergencia de un real*, entendiendo por real a *"lo que se pone en cruz para que las cosas anden"* (Lacan 1975, p.84). En este sentido es que la urgencia es detención de un movimiento. Detención del deslizamiento propio de la cadena significante (S1-S2), lo que se traduce en tres cuestiones fundamentales: la suspensión momentánea de la dimensión de la significación, la abolición momentánea del sujeto como dividido y del deseo como falta. Por eso Lacan nos habla de lo real en relación con la presencia del *objeto a*.

De este modo, las presentaciones clínicas que en la urgencia se manifiestan son muy variadas: el padecimiento se hace presente de muy diversas formas, aunque los diversos motivos de consulta tienen como cuestión común un padecimiento en exceso que exige una respuesta

profesional inmediata. Quien se presenta en urgencia es alguien que ha perdido las referencias necesarias para sostenerse en el devenir de su vida, y para quien está en suspenso la noción de temporalidad. La vivencia es la de "no hay tiempo". En este sentido, el primer movimiento del analista se dirige a restituir la dimensión de la cadena significativa y del sujeto dividido mediante la invitación a que por medio de la palabra se construya un relato en el que el sujeto pueda representarse. Construir un sentido desde el sin-sentido propio de la urgencia. ¿Qué ocurre en la urgencia en el caso del consumo problemático de sustancias? Siguiendo el planteo de José Luis González en *Notas sobre la urgencia en CENARESO* (2005), en términos generales, la presentación en la urgencia de los pacientes con consumo problemático de sustancias, puede dividirse en dos grandes grupos, no exhaustivos:

a. El primer grupo, es el de los pacientes que consultan espontáneamente y se presentan por sus propios medios en la guardia, debido a que algún elemento de su rutina deja de funcionar en su valor homeostático, por ejemplo, la función del tóxico o los efectos del tóxico en su vida cotidiana (ruptura de lazos sociales, pérdida del empleo, etc.). Esa ruptura produce como efecto un padecimiento que es motor de la consulta que llamaremos *espontánea*.

b. Que el paciente sea traído o acompañado al dispositivo de guardia por algún familiar, pareja o conocido; o que lo traiga una ambulancia del SAME, quizás también con intervención de algún juzgado a raíz del pedido de un familiar; o que lo traiga alguna fuerza de seguridad, u otra que lo encuentra intoxicado en la vía pública. Este segundo caso, al que llamaremos *forzado*, en que el motor de la consulta es un tercero, suele ser el más frecuente en el caso de las consultas por consumo problemático de sustancias.

De manera que se va construyendo una entidad relacionada con sustancias tóxicas (marihuana, cocaína, pasta base, alcohol, etc.) y el uso que se haga de ellas determinará la categoría de adicción. Cuando el consumo de dichas sustancias produce dependencia física o psíquica y afecta las diferentes esferas de la vida de un sujeto (intelectual, social, afectiva, laboral, lúdica, etc.) nos encontramos frente a un problema social, como son las denominadas patologías de consumo y todo lo que ellas conllevan. Por lo que entendemos que es necesario que el profesional localice las coordenadas en que aparece la urgencia para decidir la estrategia a seguir.

Encontramos que lo más habitual en los dispositivos de guardia es que el paciente con consumo problemático de sustancias no concorra por sus propios medios, ubicándose en una posición de hacerse representar por alguien del entorno. Se trata de pacientes que muchas veces toman acciones riesgosas para su vida o la de terceros, sobre todo en el contexto de la intoxicación o de la abstinencia. En la mayoría de los casos, la vivencia subjetiva es la de no poder esperar, de haber alcanzado un límite. En ese punto la demanda está dirigida sobre la institución y los profesionales que atienden el caso. Se les piden respuestas sobre qué hacer y cómo intervenir, en un clima donde reina la prisa, una falta de orientación y de implicación por parte del paciente y sus acompañantes, exigiendo a los profesionales intervinientes que se resuelva la urgencia. Es el tiempo donde los profesionales deben decidir qué estrategia tomarán (atención por el equipo de guardia, derivación, medicación, internación, alta, etc.) sin soslayar establecer una dirección que permita circunscribir y recortar la intervención.

Conclusiones

A partir del análisis de los datos obtenidos en las entrevistas, hemos registrado que el consumo problemático de sustancias se ubica dentro de las primeras causas de consulta en los dispositivos hospitalarios que reciben urgencias. En particular, se destaca el incremento por consumo de pasta base. Los profesionales, psiquiatras y psicólogos, subrayan las dificultades con las que se encuentran para atender la problemática de las adicciones y lo vinculan específicamente a los escasos recursos institucionales y humanos con los que disponen en los hospitales. En muchos casos, debido a la insuficiencia de estos recursos, los pacientes suelen ser derivados a otras instituciones que denominan "especializadas" en el tema.

Guillermo Belaga en *La urgencia generalizada. La práctica en el hospital* (2004) indica que la atención en salud mental en un hospital polivalente se caracteriza por admitir casi exclusivamente urgencias, siendo imperioso rediseñar los modos y las estrategias para alojar y dar respuesta a las mismas en las instituciones. Al respecto, nos preguntamos si esto afecta en mayor medida el caso de las toxicomanías y el consumo problemático de sustancias en general, dado que a la falta de recursos ya mencionada por los profesionales, se agrega una problemática que históricamente ha sido desalojada de los hospitales, mono y polivalentes. Pensamos que la necesidad de incluir explícitamente la temática de las adicciones dentro de la nueva ley de salud mental, sea probablemente un intento de dar respuesta a esta cuestión.

Asimismo, sin dejar de tener en consideración que los profesionales que intervienen en los dispositivos para alojar urgencias poseen diversos marcos teóricos, intentamos aportar elementos de reflexión desde el discurso psicoanalítico. Como planteamos a lo largo del trabajo, no se trata de crear una cura especializada frente a las problemáticas de consumo. Nos dirigimos, desde una posición ética, a la singularidad del caso por caso para circunscribir esa vivencia particular en torno al exceso. Es por ello que pensamos en tomar el dispositivo propuesto por Inés Sotelo, D.A.T.U.S (Diagnóstico -Asistencia - Tratamiento de las Urgencia Subjetivas) (Sotelo. 2012) como posible abordaje a las problemáticas del consumo. La autora propuso la creación de este artificio particular, no siendo un dispositivo analítico clásico, pero sí con un fundamento en la teoría psicoanalítica sostenida por practicantes del psicoanálisis, a fin de propiciar un efecto de subjetivación en quien consulta, transformando el padecimiento en urgencia subjetiva. La mencionada autora, establece que la tarea del analista en la guardia y en la urgencia, en la que incluimos el abordaje de las adicciones, se abstiene de interpretar, prohibir o reforzar el yo, y apela a intervenciones que acogen al sujeto, que frenen el exceso. *"El dispositivo clásico de guardia contempla la evaluación, alivio sintomático y finalización de la urgencia, a través de intervenciones protocolizadas. El dispositivo de inspiración en los principios del psicoanálisis se propone alojar al sujeto en la urgencia, uno por uno, localizando el acontecimiento traumático o las coordenadas en las que la irrupción sintomática aparece"* (Sotelo 2012, p. 126).

Nuestra propuesta intenta vehiculizar dos movimientos posibles para el abordaje de las problemáticas del consumo. En primer lugar, localizar bajo qué coordenadas se produjo el desamarre del sujeto en relación con el Otro y se fue amarrando a ese objeto de consumo. En segundo lugar, si tomamos el estado de consumo como un punto de quiebre de la economía subjetiva, intentaremos producir esa torsión de la urgencia generalizada a la subjetivación de la urgencia, leyendo el acontecimiento como único y singular.

Para finalizar, nos interrogamos sobre cuál es la posición del psicoanalista frente a la urgencia en los casos de consumo problemático de sustancias y en qué se basa su especificidad. Como hemos definido anteriormente, desde el psicoanálisis entendemos a la urgencia como una ruptura aguda, la irrupción de un desequilibrio, un quiebre que detiene cierta marcha. Por lo que, toda consulta, supone un punto de urgencia, que es lo que conduce a que alguien consulte, y que es preciso delimitar. Freud en la *32ª conferencia. Angustia y vida pulsional* (1932) define a esta ruptura como *"inundación económica"*.

Allí refiere que lo esencial frente a la gran excitación que es sentida como displacer y que el sujeto no puede dominar con su descarga, es un estado en el que fracasan los esfuerzos del principio de placer y a eso lo llama *"instante traumático"* (Freud 1932, p. 87). Hay que ubicar aquí la dimensión del más allá del principio del placer, jugada en la ruptura de la barrera de protección antiestímulo que implica la caída del principio placer - displacer. Es decir que ubica a la angustia traumática como respuesta a la ruptura del principio del placer a partir de una exigencia pulsional.

Al respecto, Miller (2008) sostiene que *"la pulsión en cuanto tal constituye una infracción al principio de placer, en la medida en que su exigencia precisamente no es de una satisfacción del placer, sino que su exigencia es la de un plus- de- gozar"* (Miller 2008, p. 87). Por lo que el psicoanálisis, a diferencia de otras terapias que proponen como orientación una operatoria que se sostiene en ofrecer otro lugar de identificación, el clásico pasaje del "adicto" al "ex adicto", intenta reinstalar la dimensión fálica, fragmentada en el caso del consumo problemático de sustancias. De este modo, no aloja a un adicto sino que a partir de interrogar cuál es el lugar o la función de la droga para ese paciente, apuesta a la emergencia de un sujeto. Para

ello, "hasta tanto el objeto droga no sea cuestionado y pase a ser un problema para el sujeto, no hay análisis posible" (Galante 2005, p. 171). Lo que propone el psicoanálisis entonces es que el adicto, el paciente o consultante se posiciona de manera diferente frente a la castración a partir de cuestionar los significantes que vienen del Otro en lugar de ofertar significantes nuevos (ex adicto) que sólo conducen a incrementar la alienación.

En este sentido, consideramos fundamental retomar una propuesta de Inés Sotelo (2007): "el tóxico y la urgencia se entran y toman en la época una dimensión que es preciso leer cuidadosamente, porque la resolución de la urgencia dependerá de quién la lee, de cómo se la aloje. El diagnóstico, el tiempo que se ofrece, las intervenciones que se decidan, dependerán de la concepción de sujeto, de síntoma, de cura. Así como la posición de quien reciba dicha urgencia" (Sotelo 2007, 147).

Por lo tanto, si es un fármaco otro lugar de identificación o la apuesta al sujeto, no es el mismo el efecto que se produce. Desde la orientación lacaniana, la propuesta de abordaje de las adicciones valora la singularidad del paciente y cuestiona la identificación del sujeto como enfermo para producir un síntoma a partir de dicha identificación. En aras de promover este movimiento, la labor del analista propone abrir un "tiempo de comprender" (Lacan 1945, p. 48). Es decir, que el sujeto se comprometa con su padecimiento o se interrogue respecto de su implicación en el mismo. De este modo, se podrá establecer la posibilidad de comenzar un análisis. (Sotelo 2012).

Para terminar, concluimos este artículo con ciertos interrogantes que surgieron a lo largo de este trabajo y que serán objeto de desarrollo en futuros artículos.

Notas

-1- Proyecto UBACyT (2012-2015) "Los dispositivos para alojar la urgencia en Salud Mental, desde la mirada de los profesionales, psiquiatras y psicólogos, que intervienen en ellos" Inés Sotelo (Directora) Guillermo Belaga, Lucas Leserre, Alejandra Rojas, Marta Coronel, Larisa Santimaria, Valeria Mazzia, Paola Méndez, Patricia Moraga, Antonella Miari, Miguel Marini Forero, Alejandra Cruz, Vanesa Fazio, Graciela Tustanoski, Emilia Paturanne, Mariana Castro, Evangelina Irrazabal, Lucas Rodríguez, Gabriela Santimaria, Mariana Fevre, Gabriela Triveño (Investigadores en formación) Laura Grischnun (Investigadora estudiante).

-2- Proyecto UBACyT (2008-2010) "Análisis comparativo de la demanda e intervenciones en la urgencia en salud mental. Hospital de San Isidro (Buenos Aires - Argentina), Hospital San Bernardo (Salta - Argentina), Hospital Maciel (Uruguay) y Hospital Das Clínicas (Brasil)". Director: Prof. Dra. María Inés Sotelo. Co- director: Dr. Guillermo Belaga.

Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association (1995). Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSMIV. Barcelona: Masson SA.

Belaga, G. (2004). La urgencia generalizada. La práctica en el hospital. En: G. Belaga (comp.). *La urgencia generalizada*. (pp. 11-19). Buenos Aires: Grama ediciones.

Donghi, A. (2006). *Innovaciones de la práctica: dispositivos clínicos en el tratamiento de las adicciones*. Buenos Aires: JCE Ediciones.

Freud, S. (1920). Más allá del principio de placer. En: S. Freud. *Obras completas*. (pp. 7-62). T. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1932). 32ª conferencia. Angustia y vida pulsional. En: S. Freud. *Obras completas*. (pp. 75-103). T. XXI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Guilañá Palanques, E. (2004). Neurociencia del consumo: cronicidad y urgencia subjetiva. En: G. Belaga (comp.). *La urgencia generalizada*. (pp. 79-83). Buenos Aires: Grama ediciones.

Galante, D. (2005). Psicoanálisis: Un problema para la toxicomanía. En: I. Sotelo (comp.). *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista*.(pp. 167-171) Buenos Aires: JCE Ediciones.

González, J.L. (2005). Notas sobre la urgencia en CENARESO. En: I. Sotelo (comp.). *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista*. (pp. 55-62) Buenos Aires: JCE Ediciones.

Jitrik, N. (2005). Desmesura. *Psicoanálisis y el Hospital*, 25,(pp. 8-10).

10- Lacan, J. (1945). El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma. En: J. Lacan.*Escritos 1*.(pp. 40-55) Buenos Aires: Ed. Siglo Veintiuno.

Lacan, J. (1966). Psicoanálisis y medicina. En: J. Lacan. *Intervenciones y textos 1*.(pp. 86-99) Buenos Aires: Editorial Manantial.

Lacan, J. (1975). La tercera. En: J. Lacan. *Intervenciones y textos 2*.(pp. 73-108) Buenos Aires: Editorial Manantial.

Ley N° 26.657. (2011). Ley Nacional de Salud Mental N°26.657. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Buenos Aires.

Miller, J.A. (2008) Síntoma y pulsión. En: J. A. Miller. *El partenaire-síntoma*.(pp. 73-92) Buenos Aires: Editorial Paidós.

Napastek, F. (2013). Entrevista a Fabián Naparstek en Toxicomanías y Alcoholismo. <http://nel-medellin.org/blog-de-psicoanalisis/>

Napastek, F. (2009). La era de la fiesta permanente. En: F. Naparstek. *Introducción a la clínica con las toxicomanías y el alcoholismo I*(pp.9-18). Buenos Aires: Grama ediciones.

Naparstek, F. (2004). La acción lacaniana o el psicoanálisis en acción. En: G. Belaga (comp.). *La urgencia generalizada*. (pp. 73-75). Buenos Aires: Grama ediciones.

Organización Mundial de la Salud. (2004). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Ginebra: OMS Biblioteca.

Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. (2008). Elementos orientadores para las políticas públicas sobre drogas en la subregión. Lima: Comisión interamericana para el control del abuso de droga.

Sotelo, M.I. (1999). Cada loco con su tema, *Ponerse en guardia*,4, Práctica Profesional Clínica de la Urgencia, Buenos Aires, Centro de Estudiantes, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Sotelo, M.I. (2004). La guardia, la admisión, la primera consulta: una coyuntura de emergencia. En: G. Belaga (comp.).*La urgencia generalizada*.(pp. 97-113). Buenos Aires: Grama ediciones.

Sotelo, M.I. (2007).*Clínica de la urgencia*. Buenos Aires: JCE Ediciones.

Sotelo, M.I. (2008). Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia. Revista de Investigaciones. Secretaría de investigaciones. Universidad de Buenos Aires.

Sotelo, M.I. (comp.). (2009).*Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Buenos Aires: Grama ediciones.

Sotelo, M.I. (2010-2012). Plan de investigación del proyecto UBACyT: "Proyectos terapéuticos bajo la clínica psicoanalítica en el hospital público". Secretaría de investigaciones. Universidad de Buenos Aires.

Sotelo, M.I. (2012) "Aportes del psicoanálisis en el diseño de dispositivos para alojar urgencias subjetivas"; Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.