

Capítulo 1

La Prestación

"Las Prestaciones y los cambios sociales"

Lic. Alberto Magnone

El trabajo que se realiza en el ámbito de los Foros de Producción Colectiva de esta Subsecretaría nos permite pensar las cosas tal como estamos convencidos que deberían ser; y agradezco la oportunidad que en este sentido me brinda el Lic. Aldo Dománico, invitándome a participar.

Tomando como punto de partido el concepto de prestación, arriesgaríamos definiéndola como "un acto asistencial que se le ofrece a aquel individuo que se acerca a nuestros Centros pidiendo una solución a sus problemas". Pero pareciera que esto en la práctica del tratamiento a las adicciones no es tan sencillo, como en el enunciado mismo.

Ver la admisión desde el punto de vista de una Institución Pública nos obliga a poner entre signos de interrogación lo que siempre parece ser una pregunta que irrumpe en la clínica privada y es, preguntarnos acerca de si el paciente realmente tiene deseos de hacer un tratamiento, si su demanda es genuina y, en última instancia, si hay conciencia de enfermedad.

En este sentido, y sin perder de vista que nuestra misión es brindar atención a los ciudadanos de la Pcia. de Bs. As. que padecen del pro-

· Psicólogo egresado en la Universidad John F. Kennedy. Profesor universitario de Psicología Institucional y de las Organizaciones. Especialista en adicciones. Dirigió comunidades terapéuticas en el sector privado y centros públicos de atención. Actualmente se desempeña como Director Provincial de Programación y Control de Gestión en la Subsecretaría de Atención a las Adicciones dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As.

blema de consumo de sustancia, poner en primer grado la pregunta a cerca de si hay demanda de tratamiento es descuidar la oportunidad que nos ofrece el adicto cuando manifiesta sus razones que lo han llevado a esa entrevista.

Es real que de la casuística atendida surge que la gran mayoría de los pacientes llegan a nuestro C.P.A. por alguna orden judicial civil o penal, por algún familiar que lo obliga a asistir, por algún incidente en la escuela, etc., claro está que de esta manera en cualquier reunión con colegas trabajando la metodología de abordaje a la problemática, surgiría unánimemente la premisa de construir la demanda que de manera manifiesta parecería no estar en el perfil del paciente que atendemos.

Ahora bien, lo mencionado nos llevaría a creer que podríamos posponer la primera entrevista para días después. Pero seguramente todos aquellos trabajadores que llevan tiempo trabajando en esta problemática coincidirán conmigo que ese momento, (independientemente de cómo y con quien haya llegado ese paciente a nuestro Centro), es irrepetible en la historia de ese individuo.

Pero estoy convencido que arbitrar los medios para que una persona este dispuesta a brindarle una escucha cada vez que un individuo llega por primera vez a uno de nuestros Centros, es el dispositivo por excelencia que nos permitirá a través de recabar algunos datos mínimos, (de filiación, del como llegó, de su estado actual, etc.), contratar con él y con su entorno una próxima entrevista con el tiempo suficiente para poder intentar empezar un proceso de admisión y diagnóstico.

Cada 10 pacientes que se acercan por primera vez, 8 no regresan a continuar con la consulta, esto nos da un promedio de retención en las admisiones del 20%. Este dato merece una reflexión, que seguramente nos llevará en dirección a justificar estas deserciones en el diagnóstico múltiple que trae el adicto actual, por enunciar algunos podríamos citar: estructuras border, conductas delictivas, gran deterioro físico y psíquico por la cantidad y por el tiempo de consumo, (de 6 a 7 años promedio como registro a la primera entrevista), y redondeando en mucho de los casos algún rasgo psiquiátrico.

Estas variables no son nada menor a la hora de pensar en una entrevista de admisión la modalidad de tratamiento a la que el individuo entrevistado debería ingresar.

Pensar a la admisión es pensarla en termino de proyecto, en término de reinserción, en este sentido se impone la necesidad de articular estrategias que nos permitan alejar al adicto lo más posible de su contacto con la droga, esto no solo es de la sustancia, sino también es del vínculo que tiene establecido con su entorno.

¿Qué queremos decir con esto?, al menos desde mi punto de vista, una variable que hace obstáculo a la hora de que un paciente es entrevistado por primera vez, es la necesidad de que el mismo tenga una abstinencia no menor a 48hs, esto resultaría una situación optima a la abstinencia lograda por el paciente, para que pueda ser abordado por cualquier técnico a la hora de ser entrevistado.

Ahora bien, ¿no acuerdan conmigo que es una exigencia un tanto difícil de cumplir? Que esta sea una estrategia a corto, mediano, o a largo plazo es seguramente nuestro objetivo a la hora de pensar la mejoría de un individuo, pero si esta indicación persiste seguramente hará obstáculo y generará mayor resistencia en el paciente para continuar su tratamiento. Rediseñar dispositivos que nos permitan incluir pacientes con características que evidencian consumo durante el tratamiento será nuestro verdadero desafío.

No nos olvidemos mencionar lo engorroso y en muchos casos casi imposible la tarea de armar la red de acompañamiento de familiares y/o amigos, que muchas de las veces forman parte de las estrategias que pensamos para abordar un tratamiento.

A la hora de definir un abordaje de tratamiento, la clínica a grandes rasgos nos ofrece la modalidad ambulatoria o de internación, ciertamente que a nuestra red llegan mucha de las veces personas que además de su historia de consumo traen un gran deterioro en lo social.

Sabemos que vivir en nuestro país es transitar crisis económicas, altas tasas de desempleo, y mucho desmembramiento institucional (familia, educación, seguridad, etc.)

Estas variable deben ser sopesadas a la hora de direccionar un abor-

daje terapéutico, concretamente quiero decir, que independientemente del nivel del consumo que el individuo traiga a consulta, deberá evaluarse con el mismo grado de importancia, el nivel de lazos sociales que este tenga, desde el punto de vista de la conservación del vínculo o del deterioro con su entorno social.

Lo sencillo, es decir riesgo para sí o para tercero igual: indicación terapéutica de internación. Lo complejo es determinar las causales que convergen en esta definición. Por ejemplo: el individuo roba para consumir, por la compulsión al consumo, pierde el empleo, pierde su vínculo familiar, termina excluido de lo social, se agrupa en lo marginal.

Otro modelo podría resultar aquel individuo que roba, que incurre en la misma pérdida social, pero su consumo es concomitante al delito, y la esencia de ese sujeto son las conductas antisociales. Ciertamente que merece otro capítulo y de muy largo desarrollo, debatir cuales son las causales que llevan a una persona a entrar en el camino del delito.

Si bien la costumbre de la Red es fijar fases para el tratamiento, que por otro lado, no está nada mal como ordenador y como modelo evolutivo diagnóstico, creo que no hay que perder de vista los signos de mejora que puede ir presentando el individuo durante el tratamiento. Si bien el primer elemento que se puede leer como mejora es la reducción o el abandono total de consumo de sustancia siempre habrá que tener en cuenta a la hora de reflexionar sobre la historia clínica y la evolución del paciente su mejoría entorno a lo social (familia, vínculos afectivos, inquietud por conseguir trabajo, etc.) Insisto sobre esto porque ciertamente una de las causales, cuando esto es posible de ser indagado, en el abandono de tratamiento es sencillamente la mejora de alguno de los vínculos antes mencionados, por ejemplo "conseguir un empleo".

Por otra parte me gustaría aprovechar esta oportunidad, y dejar planteado en esta mesa, la necesidad de revisar minuciosamente la población atendida por la Subsecretaría, y me refiero sencillamente

a saber de manera concreta, que porcentaje de personas atendidas corresponden a usuarios, abusadores, o consumidores compulsivos. Y en este sentido obligarnos a encontrar técnica e intelectualmente la manera adecuada para poder llegar a ese segmento poblacional que más necesita de la intervención del estado.

Cuando un rasgo de la estructura de un individuo obtura el trabajo de poder escuchar y en este sentido operar terapéuticamente sobre la historia del mismo, cabe formularnos la pregunta de si ese paciente es para dejarlo dentro de la red, o amerita la derivación.

Creo que es la estrategia adecuada la derivación, ya que ese rasgo, lo más probable es que encubra un diagnóstico de psicopatía grave, o alguna estructura psiquiátrica, que seguramente alentara la vieja dicotomía de que si un paciente con un diagnóstico psiquiátrico que tenga una historia de consumo deberá permanecer en nuestros Centros. Sería oportuno que escriban sobre la casuística de ese perfil de pacientes y de las dificultades que constituye poder agruparlos y trabajar con ellos las técnicas y herramientas para deshabituarlos del consumo (tal vez la deshabituación resulte lo único pertinente), pero no dejar alojado en un sistema ambulatorio o de internación a una persona que por alguna causa judicial civil o penal haya tenido como destino el envío a esta red. Debemos insistir, en que el dispositivo institucional está para atender el problema de las adicciones estructurales como eje central de la personalidad.

Partiendo de esta definición resulta muy atractivo imaginar la construcción de un documento técnico y teórico que permita enmarcar y definir los distintos abordajes a la problemática de las adicciones de acuerdo a variables que puedan consensuarse a priori (por ejemplo: cantidad de sustancia y frecuencia de consumo, signos de deterioro, nivel de integración socio cultural, estructuras psíquicas, diagnóstico familiar).

Por supuesto que tomado de manera ligera, esto puede ser pensado como un instructivo cuantificable, y que deje por fuera cualquier variable cualitativa que se observa de manera permanente en cualquier diagnóstico. Lejos de ser un manual de procedimiento, si intentaría ser un referente y una ayuda para el trabajo cotidiano y

posiblemente facilitará la decisión del equipo terapéutico a la hora de decidir que individuo entra al tratamiento en una modalidad u otra, se establezca una frecuencia de asistencia al Centro de atención, si en este caso haya sido ambulatoria la decisión de tratamiento, o se decida el tipo de internación.

No intento otra cosa que proponerles a partir de estos supuestos e interrogantes que les he mencionado, motivarlos para que puedan trabajar en los foros e intercambiar con vuestros compañeros conceptos y experiencias que permitan arribar al consenso de: qué es una admisión, cuánto tiempo dura, si no es para nuestra red, cuándo termina nuestra intervención en esa situación, cómo pensar un proyecto de reinserción del individuo, sin caer en la "búsqueda de un empleo".

Para ir cerrando me gustaría reflexionar con ustedes algo que en lo personal estoy convencido que es uno de los ejes que más incidencia tiene a la hora del consumo, y no es otra cosa que los grandes cambios que esta viviendo la sociedad, donde la globalización por un lado abrió las fronteras a la información y al conocimiento y paralelamente a esto, la brecha entre el individuo y el vínculo que éste establece con su colectivo social fue in creyendo en la exigencia y cincelandando un modelo individual, triunfalista que seguramente poco son los jóvenes que logran alcanzarlo. Lo medios de comunicación y en especial la televisión como medio masivo de llegada no hacen otra cosa que imponer diariamente la necesidad en cada uno de nosotros de consumir y obtener bienes a toda costa.

Detrás de una pauta publicitaria y en especial las referidas al alcohol ofrecen siempre como imagen grupos de jóvenes con un estado de "felicidad" inalterable, sin dejar de lado, que cada uno de ellos, es en si un "modelo". No es este el espacio para debatir respecto de la difusión de estos productos, pero me gustaría mencionar por ejemplo los fármacos que hoy por hoy en los spots publicitarios se utilizan como recursos imágenes de ciudadanos en roles cotidianos recomendando la toma de uno u otro producto para aliviar dolores, mejorar el estado de ánimo, etc. Creo que no están haciendo otra cosa que corriendo de la escena la práctica de acudir al consultorio

en busca de una terapéutica adecuada. Y aún más grave, la construcción en el imaginario colectivo que la solución a los problemas es rápida, mágica y tiene forma de comprimido o jarabe.

Si tomamos como válido esto que acabo de expresar, podemos coincidir que esta fuerte invasión publicitaria no hace otra cosa que instalar la idea en la sociedad de la necesidad de medicarse (fármacos-alcohol) para enfrentar cualquier situación cotidiana, (festejo, trabajo, estudio). De manera silenciosa, se genera un aumento de nuestra tolerancia social respecto del uso de alcohol o fármacos como algo inocuo y cotidiano, "casi una buena costumbre".

Me gustaría decirles que una sociedad con alto grado de tolerancia social, (en este tema puntual al que me estoy refiriendo), no hace otra cosa que producir baja conciencia social y baja responsabilidad social.

Estableciendo de alguna manera un paralelo en relación a la tolerancia social me gustaría por ejemplo recordar la definición de droga: sustancia que introducida en un organismo vivo produce modificaciones y cuando nos referimos al nivel de tolerancia que un sujeto adicto tiene no referenciamos otra cosa que el nivel de grado dependencia física y psíquica que el sujeto esta atravesando. Ahora bien, solamente de manera inductiva pero no menos válida, me animo a plantear que "la tolerancia psicofísica y la tolerancia social", son sinónimos que podríamos definirlos como un mecanismo que anula toda señal de alarma.

En un escenario social como el que trate de esbozar donde los vínculos están deteriorados y la contención alterada necesariamente se nos impone el adicto, como el resultado, como el efecto, en síntesis como la consecuencia de una sociedad desvalida.

Mi posición respecto del problema del consumo de drogas, es el de la multiplicidad de los factores que interviene en el comienzo de una adicción, esto es sencillamente, un criterio clínico de pensar el problema que nos convoca.

Pero ciertamente tomar la falta de ideologías que hay en los jóvenes, el modelo exitoso que se les vende, la hipocresía reinante, y sin dejar de lado la responsabilidad de las familias, es sin lugar a duda, una de

las múltiples causas. Y en respuesta a esto, el constructo será trabajar en la elaboración y en el tejido de una red social sana que pueda reinstalar al individuo en la sociedad actual. Concebir a la sociedad como un factor de protección, es pensar a los miembros de la misma reconociéndose como actores, responsables e implicados en la problemática que ocurre en su comunidad, esto, además de enunciar los factores externos que participan muchas de las veces en el inicio de una adicción, es asumir la responsabilidad como padres, como hijos, es decir como ciudadanos que componen lo complejo de una comunidad.

1.2. Producción Grupal

"El Campo de la Prestación y su Eficacia"

Grupo Focal conformado por:

Silvia DUCCHI, Marta FORMICA, Marcela HEREDIA, Marta LUJÁN,

Karina PORCO, Patricia SEGOVIA, Thelma TORRESI,

Marcelo VISTALLI y David WARJACH.

INTRODUCCIÓN

En el "Plan Provincial de Atención de las Adicciones" de nuestra Subsecretaría se halla expresado que el consumo indebido de sustancias psicoactivas instalado como un problema de salud en la sociedad actual, demanda dispositivos innovadores de atención. Agregándose, que si el objetivo central es alcanzar el máximo nivel de cobertura posible, nuestro modelo de atención deberá basarse en el conocimiento y compromiso con las necesidades de la población / usuarios y la satisfacción de las mismas consideradas como un derecho, a partir de las cuales se reformulará la oferta de servicios.

El presente trabajo se propone como un aporte al logro de los objetivos mencionados en dicho Plan Provincial, no como algo acabado, sino como una invitación al lector para que partiendo, de algunas consideraciones teóricas compartidas que sustentan nuestra práctica, podamos sostener nuevas preguntas en torno a la "atención del sujeto y su relación al consumo de drogas".

Se organiza fundamentalmente en tres ejes diseñados en torno a los siguientes temas:

- 1- Campo de la prestación.
- 2- Tratamiento
- 3- Eficacia terapéutica - Indices evaluativos.

1. Campo de la Prestación

La prestación es entendida como intervención, ante la existencia de un afectado por el consumo de tóxicos. Cabe aclarar que la misma puede ser de carácter asistencial o preventivo. Este trabajo recortara las prestaciones a escala asistencial, en este sentido algunas consideraciones son fundamentales en el momento de intervención; dado que la singularidad que cada sujeto porta, aun cuando lo común sea el consumo de sustancias, debería ser lo que guíe la lógica de las intervenciones.

Así nos encontramos frente a la encrucijada de trabajar lo singular en las escenas grupales y sus efectos, lo que demandara un esfuerzo que nos aleje de la comodidad de unificar, aplastar las diferencias o generar un efecto de masa.

En este sentido la dirección será la localización de la posición del sujeto y no una mera reeducación de las conductas, de lo que se trata es de producir un cambio en la posición subjetiva. Que el sujeto "padezca" la drogadicción y pueda formular una demanda: llamar a alguien que sepa de esto, alguien que le encuentre un sentido a este síntoma.

En nuestra práctica lo más distinto son los pacientes y el tratamiento estará signado por estas singularidades. En todos los casos encontramos una historia, su historia.

La intervención operada apuntará a propiciar el "decir". Armar un dispositivo que permita abrir un interrogante al sujeto, que algo insista como pregunta desde la estructura psíquica para que haga síntoma y pueda entonces ser tratado.

No se trata de una "reeducación" del paciente para corregir su conducta, sino de instalar un espacio de terceridad, una nueva lógica que permita al sujeto hacerse oír desde su propia singularidad.

2. Tratamiento

Tomado en un sentido amplio el tratamiento debería abarcar desde el primer contacto que se establece con alguien que explicita la existencia de un trastorno por consumo de tóxicos, hasta que finaliza la vinculación con la Institución. La significación de dicho trastorno, así como la del propio tratamiento, se irá produciendo retroactivamente en la medida en que progresa la intervención.

A los efectos de considerar diversos aspectos implicados en el proceso del tratamiento, se ha dividido al mismo en tres momentos. Se trata de una discriminación de carácter teórico, ya que en la práctica los elementos que serán ubicados en cada momento se hallan imbricados entre sí, e interrelacionados. Asimismo, debe tenerse en cuenta que no se trata de momentos que posean necesariamente una secuencia cronológica fija y lineal, sino que poseen entre sí un carácter de secuencia lógica. Esto hace pensable que en el transcurrir cronológico se intercalen de diversas maneras y que el pasaje de uno a otro no lleve a entender superado al primero, ya que la problemática que éste comporta podría reaparecer en primer plano en un momento posterior.

2.a) Primer momento lógico: Recepción: teniendo como horizonte el alojamiento a quien se acerca a los centros, consensuamos que se parte de un pedido que puede ser de diversos actores tales como: el propio involucrado, su familia, su entorno, un juez etc. Cabe aclarar que también hay mecanismos de promoción y prevención en salud de los cuales también se pueden desprender dicho pedido, aunque a los mismos no haremos alusión en este trabajo ya que consideramos que el tema es pertinente para su desarrollo en otros grupos focales.

Objetivo: intentar identificar la incomodidad del sujeto que consulta, tratar de pesquisar si existe sufrimiento con relación al consumo de tóxico e intervenir en ese sentido con la finalidad de identificar o

producir un registro subjetivo del mismo. Esto debido a que puede pensarse el consumo de tóxicos como una solución fallida, como un intento de evitar cierto sufrimiento, aun cuando ésta sea sólo una de las caras de la moneda, ya que la otra es el padecimiento que esta misma aporta.

Se toma aquí entonces el termino recepción como abarcador de los primeros encuentros realizados, ya sea sólo con personas que poseen algún allegado que supuestamente padece un trastorno vinculado al consumo de tóxicos, o con la presencia de este último. Al sólo efecto operativo de este material - en el intento de crear una terminología común - se propone denominar "orientación" al primer caso y "admisión y diagnóstico" al segundo. Estas denominaciones se han tomado de un uso corriente en los CPA, pero este material no propone la discusión de la denominación propiamente dicha, sino de los contenidos a tener en cuenta en cada una de las dos situaciones.

2.a.1) Orientación: Se caracteriza por el hecho de que se mantiene el contacto directo con quien hace referencia al consumo de un tercero, en ausencia de este último. El objetivo central estará en trabajar con quien realiza el pedido y plantea un padecimiento; e intentar que se acerque a la consulta el sujeto que consume tóxicos. Tal objetivo lleva a analizar la realidad discursiva que presentan los consultantes, intentando localizar en la misma aquellos elementos que - pese a las intenciones explícitas - estarían colaborando con la persistencia de la situación que se denuncia como indeseada.

Dado que el sufrimiento psíquico debe ser considerado necesariamente como una dimensión ineludible en las adicciones a tóxicos, y que dicho sufrimiento se constituye en una clave para que se produzca el pedido de ayuda del adicto, debe suponerse que cuando éste no se produce, se debe a que estarían existiendo elementos que obstaculizan la efectivización de esa consulta. Ya sean mistificaciones, prejuicios o errores de apreciación, que solidifican la posición de aquel por quien se consulta, podrían ser compartidos o no por los consultantes. Si son compartidos, obviamente esto estaría fortificando los obstáculos para progresar en la situación y deberá primero

revertirse esto en el consultante (allegado del supuesto adicto), para que luego éste intente hacer lo mismo con relación al afectado directo.

En este nivel de intervención se considera fundamental atender al hecho de que en nuestros días la adicción no es una patología independiente de la cristalización de lo que de ella se dice. Esto se verifica en cada una de las situaciones particulares, lo que lleva a una intervención que apunte a la disolución de dichas cristalizaciones. Deberá tenerse en cuenta no encarar esta fase con propios prejuicios, aun aquél que consiste en la definición de la misma, ya que quien en primera instancia consulta por un tercero, podría constituirse en propio objeto directo de consulta.

2.a.2) Admisión y Diagnóstico: Insistiendo en que se propone esta terminología sólo como una convención, se encuadrará dentro de este apartado el caso en que el encuentro se efectúe con presencia de aquél que supuestamente presenta un trastorno por consumo de tóxicos. En esto siempre hay un primer encuentro y se presenta el dilema de si el mismo debe servir para cumplir con los requerimientos de evaluación requeridos por los protocolos, o si se debe brindar una atención menos directiva y receptiva a lo que surge como motivo de consulta. Muchas veces no existe contradicción entre ambos objetivos. Pero en otros casos, el motivo inicial de consulta puede no presentarse directamente vinculado a los datos requeridos por los protocolos establecidos. Dado que un objetivo esencial de ese primer encuentro sería lograr que haya un segundo - esto basándose en la suposición de que en la mayor parte de los casos cerrar la intervención con una primera entrevista sería algo así como negar la posibilidad de dar un tiempo para que el consultante se aloje en la Institución - se entiende que siempre debería prevalecer la actitud receptiva de lo manifestado por el consultante, por sobre nuestros requerimientos preestablecidos. (Sin que esto signifique dar respuesta afirmativa a lo que el consultante solicita, si esto no es considerado conveniente). En este punto surge la necesidad de conside-

rar la forma de hacer compatible este requerimiento con las exigencias que provienen de los aspectos administrativos y legales

Objetivos: es el momento donde nuestro trabajo apunta a que el consultante se ponga en posición de realizar un pedido a partir del registro de un malestar, lo que nos permitirá evaluar el grado de implicación de ese sujeto con ese malestar. Es el momento de realizar un diagnóstico estructural (presuntivo), así como un diagnóstico familiar, sociocultural del marco en el que el consultante se desenvuelve. Respecto del primero, debería considerarse la existencia o no de trastorno vinculado al consumo de sustancias, lo cual sería fundamental para determinar si el paciente será atendido en algún centro de SADA o debería ser derivado a servicios de otras áreas.

Se propone tomar como criterios aquellos que giran en torno a un "patrón de uso compulsivo" y conjuntamente determinar si existe comorbilidad. Al respecto surge el interrogante - varias veces abordado en nuestra institución- referido a la posibilidad y conveniencia de alojar en tratamiento ambulatorio a pacientes psicóticos, aun cuando presenten los criterios para diagnosticar una adicción. Este tema comprende tanto aspectos prácticos como teóricos. Entre los primeros puede contarse la dificultad emanada de la necesidad de intervenir ante descompensaciones agudas. Mientras que entre los segundos, debería abordarse el debate consistente en considerar si es posible la atención de la adicción en una institución al tiempo que la psicosis es atendida simultáneamente en otra.

Se entiende que el tema del diagnóstico es sumamente amplio y excedería la pretensión de este trabajo el abordarlo en detalle. Tomándolo en el sentido en que antes se lo expuso (psicopatológico, familiar y sociocultural) debería ser elemento fundamental para determinar la modalidad de tratamiento adecuado a llevar adelante. A partir de esto debe definirse criterios aproximativos vinculados a tal determinación y establecimiento de tratamiento adecuado. Se ofrecerá un programa terapéutico que se desprende del diagnóstico y que pondrá fin al proceso de admisión.

Tales ofertas estarán vinculadas con los dispositivos existente y las necesidades del paciente:

Ambulatorio: - Consultorios Externos
- Casa de día.

Internación: - Comunidad terapéutica.
- Servicio de Atención en Crisis (desintoxicación.)
- Servicios con atención psiquiátrica permanente (pacientes con comorbilidad, psicosis aguda)

Entre los criterios a considerar para determinar la modalidad de tratamiento, debe tenerse en cuenta el grado de apartamiento de las actividades e intereses al que la afección ha llevado al paciente y la potencialidad que posee el entorno de aquél para proveerle estimulación adecuada. Es decir: hasta qué punto está afectado el lazo social, como así también es fundamental la evaluación de la compulsividad, y de situaciones de riesgo asociadas a estas dos. Sería fundamental avanzar en la descripción de objetivos y protocolización de cada una de las instancias de tratamiento, lo que no será abordado en el presente trabajo, dado que intentaremos establecer lo que consideramos ejes transversales en cuanto a estrategias terapéuticas.

2.b) Segundo momento lógico; Estrategias terapéuticas:

Si bien tanto el inicio de nuestra intervención, así como sus finales, no son ajenos a lo que puede denominarse "estrategia terapéutica", a los efectos expositivos se determinó incluir este apartado - diferenciándolo de aquellos momentos - para hacer referencia a las orientaciones generales a considerar en los tratamientos, y que suelen ocupar un lugar central en los mismos. No se hará mención en forma específica a cuestiones técnicas particulares, ya que se entiende que las mismas deberían desprenderse del encuentro de las orientaciones generales con el caso singular.

Se parte de la idea de que las estrategias terapéuticas deberían guardar isomorfismo con la manera en que es concebido el trastorno a atender, surgiendo de allí las siguientes consideraciones: acordamos, tal como se planteó, dos ejes transversales para pensar las toxicomanías y su abordaje: la compulsión y la afectación del lazo social y la conceptualización de un conector lógico en cuanto al tratamiento de los mismos: el juego.

Uno de los elementos a tener en cuenta sería aquél que se desprende de haber concebido a la adicción centrada en la compulsión. De ser así, en la medida en que actúa la compulsión, lo que quedaría excluido sería la posible elección, constituyéndose por lo tanto éste en uno de los ejes del tratamiento. El mismo comprendería la introducción de la responsabilidad - en la medida en que a ésta se le da el significado de "dar respuesta por los propios actos" - y de la elección. Se abriría aquí el interrogante por la relación que esto guardaría con otra forma de entender la "responsabilidad", a saber: actuar de acuerdo a valores estimados.

- Se entiende que la introducción de la responsabilidad - en tanto dar respuesta por los propios actos - no podría ser meramente el resultado de la apelación a la voluntad y reflexión del paciente. Puede considerarse que un elemento que forma parte nodular de la adicción, está dado por un lugar de privilegio que la sustancia tóxica tiene en el sistema ideativo del paciente, y que constituye un referente unívoco de significación para el mismo. Esta conformación guardaría relación con la exclusión de la responsabilidad que suele observarse en los pacientes adictos. Por tal motivo, en el horizonte del tratamiento debería estar la caída de la sustancia tóxica de ese lugar de privilegio en el sistema ideativo y el consecuente despejamiento del sitio ocupado, lo que guardaría relación con la introducción de la responsabilidad.

- Las inconstancias que tan frecuentemente se observan en la asis-

tencia a un tratamiento ambulatorio por parte de los pacientes adictos, podrían ser adjudicadas al estrago producido sobre la dimensión de su responsabilidad. Dicho estrago torna difícilmente previsible el sostenimiento de la palabra empeñada (aspecto fundamental para el mantenimiento de la asistencia regular). Esto lleva a considerar la pregunta por la función que deberían tener terceros en el tratamiento (referentes), fundamentalmente durante una primera parte del mismo.

- Es prácticamente ineludible, cuando se abordan las estrategias terapéuticas para pacientes adictos, hacer entrar en la consideración el problema del límite. La compulsión misma convoca a este tema, lo reconozca quien la padece o no. El recurrir a diversas formas de límite debería estar guiado fundamentalmente por la singularidad de cada caso. Pero de acuerdo al marco del tratamiento que se sostenga, puede pensarse que deberían aplicarse pautas de funcionamiento que hagan posible dicho marco y las más de las veces, implican limitaciones para el discurrir espontáneo de los pacientes. Conjuntamente con la compulsión, existiría la mayor de las veces una matriz comportamental y de relación estereotipada que funciona con su propia inercia. De instalarse ésta se malogran los horizontes del tratamiento. Por tal motivo, los tratamientos que propician una mayor fuerza de cohesión grupal (en el extremo: la internación) sería en los que cobra mayor importancia la implementación de indicaciones que tiendan a evitar la reproducción de la mencionada inercia. Mientras que en aquellos en los que la cohesión grupal no posea un grado tan alto de importancia (como ser consultorios externos), las intervenciones tendientes al mantenimiento del marco del tratamiento podrían reducirse a un mínimo. Esto haría posible que prácticamente toda intervención que tenga la forma de indicación limitativa, pueda efectuarse sólo en relación a la singularidad del caso.

- La inercia mencionada en el punto anterior, curiosamente no sólo se manifiesta en una tendencia a reproducir los modos de relación

estereotipados con los que los pacientes se vinculaban antes de su llegada a la Institución, sino también, y en sentido opuesto, a acentuar y llevar a un extremo de rigidez las indicaciones y pautas comprendidas en el marco de una determinada modalidad de tratamiento. Esto estaría dado por una intensa identificación, debiendo abordarse su función a lo largo del tratamiento. De allí surgen, a grandes rasgos, dos posibilidades opuestas: alentar dicha identificación, o tender a disolverla.

En este punto proponemos que las estrategias deben tender a propiciar el pasaje de una lógica de la masa a una lógica de lo colectivo. Si bien pensamos que es un tema para profundizar, queremos realizar algunas consideraciones en esta temática:

La lógica de las masas, tal como la trabaja Freud en el texto "Psicología de las masas y análisis del yo" ubica dos cuestiones fundamentales: una es la identificación entre los miembros de la misma y la otra la ubicación del líder como Ideal del yo. Allí son pensadas en su máxima expresión respecto de la iglesia y el ejército, masas en las que es posible ubicar a primera vista su apartamiento del resto de la sociedad a través de condiciones que les son propias y constituyentes: sacrificio y obediencia. Respecto del tema que abordamos, pensar el efecto de masa en los adictos (en tanto toxicómanos) nos permite pensar también su ubicación como fenómeno correlato de los efectos del mercado cuya condición constituyente no sería ni el sacrificio, ni la obediencia; sino el consumo.

Proponer una lógica de la colectividad apuntaría a reintroducir desde lo simbólico aquello que permita la existencia de "un grupo formado por las relaciones recíprocas", el reconocimiento de los otros en tanto semejantes y el encuentro con el propio deseo.

Lo que permite la colectividad son ciertos número de convenciones, prohibiciones, inhibiciones que son efecto del lenguaje y que iría en el sentido contrario del apartamiento de la sociedad. O también, siguiendo a Winnicott, quien entiende la constitución de la cultura sobre la base de la apertura del "espacio transicional", mientras que una de las formas de clausura de dicho espacio puede ser pensada

como aquella presente en la estructura de las masas.

Estas consideraciones nos permite pensar que conjuntamente con la compulsión, un aspecto característico de la adicción de nuestra época es la intensa manera en que esta afectado el lazo social. Quizá de allí provenga la persistente orientación a llevar a cabo la atención de estos pacientes mediante metodología grupales.

Si ubicamos al lazo social como sostenido en lo que se articula y se ordena por efecto del discurso en tanto característica estructurante del lenguaje, es que consideramos que en la toxicomanía se encuentra afectado este lazo, es decir como intento fallido de establecer algún lazo posible.

La expresión "toxicomanía de masas" asiduamente usada en nuestros días por diversos pensadores -y ampliamente justificada- no sólo estaría haciendo referencia a la extensión y multiplicación de esta patología, sino también a la uniformidad con que se presentan los adictos a tóxicos. Esta sería entonces una forma de ligazón que constituye a la afección misma que estamos llamados a atender. ¿Podría entonces pensarse esto como una respuesta a un estado de cosas en nuestra cultura en el cual las instituciones sostenidas en las tradiciones (discursivas) tienden a su disolución? Estas reflexiones abren preguntas respecto de nuestra práctica, en tanto en la misma permanentemente se halla presente el intento de restablecer el lazo social, lo que regularmente es conocido con el término de reinserción. Pero este objetivo tiende más a eliminar una forma de vínculo estereotipada -en beneficio de otra en la que predominen los matices, posibilidades de cambio y flexibilidad- que a instaurar una forma de vinculación donde no había ninguna. Si de esto se trata ¿se cumpliría tal objetivo cambiando la pertenencia a una masa por otra? Si esto no fuera así, debería interrogarse la función que podría tener trabajar en actividades colectivas con pacientes, sin que con esto se proponga producir el efecto de masa. Efecto por el cual, por otra parte el adicto - en tanto adicto- siempre expresa máxima pasión.

- Así como ubicamos la persistente orientación al tratamiento gru-

pal y su relación al lazo social, entre la consideración de las estrategias terapéuticas debe incluirse también aquellas comprendidas en la introducción de actividades manuales, que regularmente se llevan a cabo en modalidades de tratamiento como ser Casa de Día o Internación. Sería discutible plantear que en éstas, los "talleres" que se realizan tengan meramente el objetivo del aprendizaje de una habilidad. Se plantean por lo tanto los siguientes posibles horizontes de estas actividades (a los cuales se les podrían agregar otros): movilizar intereses en aquellos casos en los que la adicción ha llevado a un apartamiento extremo de toda actividad que no esté vinculada a consumir o procurar el tóxico; permitir una interacción con otros por fuera de los estereotipos que se venían reproduciendo; hacer la experiencia de superación de dificultades y más aun: de encuentro con límites de imposibilidad (siempre más probable en la actividad manual que en el uso de la palabra hablada) que cobran valor fundamental como apertura de posibilidades en la medida en que son subjetivados.

- Similar situación a la expuesta en el punto anterior, surge cuando se considera la realización de actividades lúdicas en el tratamiento. También sería discutible que las mismas posean meramente una función de recreación. Debería por lo tanto abordarse la relación entre juego y adicción, y es aquí donde proponemos la conceptualización del juego en el abordaje de las adicciones. Una posible forma de entender la misma, comprende la tensión y exclusión mutua existente entre ambas formaciones. En tal sentido, la introducción del juego podría significar un aporte a la disolución de la adicción. Al respecto pueden considerarse valiosas las elaboraciones que Donald Winnicott realiza en su texto "Realidad y Juego", ya que allí el autor le otorga a la adicción a drogas el carácter de una patología del "espacio transicional" Sin pretender ahondar en este trabajo sobre esa noción, es pertinente señalar algunas articulaciones. Así como para Winnicott la adicción a drogas, al ser un trastocamiento del espacio transicional, implica su cierre y exclusión, el juego es la actividad paradigmática de dicho espacio y es por lo tanto su pue-

ta en acción efectiva. De la misma manera puede considerarse orientador el texto de Roger Caillois "Los juegos y los hombres". Aquél propone detenerse en el hecho de que el juego es fundamentalmente una actividad separada y aislada del resto de la existencia y realizada por lo general dentro de límites precisos de tiempo y lugar, debiendo definirse el juego "como una actividad libre y voluntaria, como fuente de alegría y diversión". Por esto, un juego al que se estaría compelido a participar, no sería un juego. Todas estas apreciaciones se tornan aun más pertinentes, cuando Caillois pasa a concebir a la adicción a drogas y al alcoholismo, como una "corrupción" de una de las categorías del juego (los de vértigo). La corrupción del juego estaría dada por la disrupción de los elementos constitutivos del mismo, esto es: cuando no se mantiene el ámbito aislado del juego, cuando se produce una contaminación con el mundo real, y por lo menos en el caso de las adicciones, puede agregarse: cuando es compulsivo. Otro lugar posible para abordar la temática del juego es el texto de Alfredo Carballeda " La intervenciones en lo social" donde retoma el concepto de Magrassi en "La unidad de juego y trabajo en el pasado aborigen de América" donde se ubica al jugar como fundador de un orden, que desarrolla actitudes que posibilitan otra forma de vinculación ",juego viene de jocum, palabra de origen latino que significa broma" El juego es lo diferente a lo cotidiano , es la variante, la creatividad, lo nuevo. Aquí toma toda su dimensión en oposición a lo que la toxicomanía implica de monotonía y compulsividad.

- Una mención aparte merece el tema de las denominadas "recaídas". Respecto del mismo, y de las intervenciones a él vinculadas, convendría llevar adelante un amplio debate. ¿Cuál es la concepción de tratamiento y de recuperación que subyace a la utilización de ese término? Si uno de los aspectos que orientan el progreso del tratamiento es el curso que va de la compulsión a la elección, de la lógica de masas a la de lo colectivo y de lo monótono a lo diverso; habiéndose alcanzado esto(si es que es posible) ¿puede denominarse "recaída" a una ingesta de tóxico que ha sido elegida y por lo

tanto no se halla determinada por la compulsión? (esto aún con todas las consecuencias contrarias al propósito de quien ha realizado la ingesta que ésta podría ocasionarle) Podría entenderse que persistir en la utilización del término "recaída" en forma generalizada, excluye la dimensión de la responsabilidad aun allí donde ésta está presente. Esto no sería contradictorio con señalar a modo de prevención - más bien podría pensarse que es de esto de lo que se trata - los riesgos inherentes a renovar el consumo de tóxicos, una vez que ha sido superada la compulsión.

2.c) *Tercer momento lógico*: Finales del tratamiento: se entiende aquí por "finales del tratamiento", el cese de la vinculación efectiva del paciente con la Institución. No se asimila esto al alta, ya que existen posibles finales que sin constituir un alta, no son simples abandonos. Entre aquellos, el alta sería un caso particular. Sin embargo, la consideración de los criterios sobre el alta adquiere relevancia, ya que es con relación a los mismos que podrían evaluarse otros finales. Estos criterios se hallan íntimamente entrelazados, pese a lo cual podrían aislarse algunos de ellos. Entre los que poseen una relación directa con el alta se encuentran los siguientes:

- Que haya remitido la compulsión hacia el consumo de tóxicos, cobrando relevancia la dimensión de la elección.
- Que la sustancia tóxica haya dejado de funcionar como referente unívoco de significación en el sistema ideativo del paciente.

A su vez, los siguientes criterios serían corolarios de los anteriores:

- Que exista un despliegue de la dimensión de la creatividad, manifestado en cualquiera de las áreas de desempeño del paciente.
- Que haya maleabilidad en el lazo social y en los vínculos familiares.
- Que la salida de la lógica de las masas permita el acceso a la colectividad de la sociedad.

Dentro de las otras formas posibles de finales sería de suma importancia establecer indicadores de eficacia respecto al recorrido realizado, así como intentar ubicar algún dato repetitivo en estos finales.

3. Eficacia. Índices evaluativos.

Una cosa es la eficacia y otra es interrogarse sobre la misma, asimismo, una variante dentro de la interrogación es la evaluación o medición de la misma. Interrogarse sobre la eficacia es interrogarse sobre los resortes que sostienen la Práctica.

Interrogarnos acerca de las operaciones que posibilitaron que un proceso se lleve a cabo.

Se plantearía como un ejercicio inherente a la práctica.

Clarificar una operación tiene que ver con la eficacia.

¿En que condiciones somos profesionales de la salud? ¿Bajo que estado se regulan nuestras practicas? ¿Con qué ideologías comprendemos a las familias que nos consultan? ¿Bajo que línea de discriminación somos capaces de sostener nuestras prácticas?

Para evaluar la eficacia de las actividades, hay que poder puntuar en la lectura que se hace de las mismas. Porque la lectura que se hace de la actividad constituye a la actividad misma, con sus objetivos, su fundamentación, sus metas. El próximo paso sería re ver si se es consciente de dicha construcción o no, que eso no es más que interrogarse acerca de la eficacia.

Si la premisa básica es que la enfermedad tiende a cronificarse y se define por su compulsión entre otras cosas, se piensa que la puntuación debe recaer en el transcurrir del proceso terapéutico. En este sentido, no es lo mismo que un paciente se vaya de alta, a preguntarse por las condiciones en que ese proceso terapéutico se llevó a cabo.

Otro ítem interesante para re-puntuar o re-definir en los términos de medir la eficacia, sería evaluar comparativamente la cantidad de prestaciones con que un tratamiento se lleva adelante en relación a los re-ingresos y deserciones.

También respecto de las Historias Clínicas nos encontramos con una forma de evaluar cualitativamente y a su vez cuantificar los avatares del tratamiento de un paciente. Eso nos dice algo acerca de la eficacia del tratamiento, y nos permite evaluar la misma. Consideramos que así como los distintos dispositivos terapéuticos la evaluación de la eficacia debería ser protocolizada.

El trabajo en red, trabajo conjunto, diluye certezas y amplía perspectivas al cuestionar creencias sobre todo ligadas al poder curativo de la propia disciplina. La inter disciplina propone el desafío de sostener la especificidad y a la vez dejarse atravesar por los aportes de los otros.

Excepcionalmente llega solo el sujeto que consume. Es posible que venga acompañado por un oficio judicial. El 80% llega a la primera entrevista con un familiar y es éste quien se muestra angustiado. Esta familia espera del profesional de la salud una respuesta urgente, podríamos pensar que toda respuesta es imposible sin realizar al menos un proceso de orientación con el objetivo de establecer un vínculo confiable que genere esperanza de que hay un tratamiento posible para el problema.

¿De esta recepción estamos hablando?. Llega sin demanda, no manifiesta padecimiento alguno, en general quien lo manifiesta es el otro.

No podemos detenernos en lo terapéutico porque lo terapéutico es un efecto y ese efecto el sujeto también puede obtenerlo de otros modos.

¿Quién se presenta como paciente?

¿Quién se presenta a la primera entrevista?

¿Quién espera algo del profesional y/o institución?

¿El que llega a la entrevista, qué demanda realiza?

¿En qué momento de la historia del sujeto se produce la consulta?

¿Disminuiría el índice de deserción y aumentaría el reingreso si convocamos al grupo familiar con el propósito de que forme parte del recorrido que propone el dispositivo elegido? Por un lado esto garantiza la asistencia del paciente al CPA.

Evitaríamos de esta forma la depositación del joven contribuyendo a desrotular al joven como el "enfermo" de la familia y responsabilizar en el problema a todo el grupo familiar en la clarificación y reconocimiento de cómo se fue dibujando la historia familiar, la trama, el guión que posibilitó este presente.

Recibimos un sujeto cuya vida está organizada alrededor de un objeto (la sustancia). El objetivo no es curar al paciente de su adicción sino promover o posibilitar un cambio de posición que le permita realizar nuevas elecciones y producir nuevas demandas. La instalación de nuevas demandas, verdadera demanda de saber sobre sí. ¿determinaría un alta terapéutico? La continuación de este proceso dentro del CPA, sostendría en su otra cara una identidad otorgada por el consumo de sustancias, tras la cual en el "soy adicto", o "soy ex adicto" el sujeto pierde ¿esto nos está pasando cuando nos sentamos a cuantificar volúmenes de pacientes?

Podríamos pensar el ingreso marcado por un decir del paciente una vez despegado de las demandas del entorno. ¿El egreso (alta) es consecuencia de la aparición de demandas que el paciente ubica afuera?

La práctica nos propone una ética, no se trata de decidir sobre lo que es mejor para alguien ni de hacer el bien. La ética no se sitúa respecto del campo de los valores morales ni respecto a los ideales de la época.