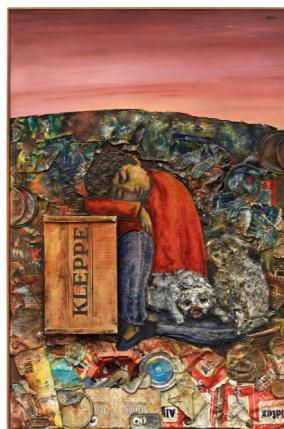


# El Trabajo con el Sujeto en la Clínica de las Adicciones

Por: Taboada, Adriana Soledad

Psicóloga (U.N.T.), Especialista en evaluación y diagnóstico psicológico (U.N.T.), egresada de la Residencia de Especialización en Drogadependencias (SI.PRO.SA.).



"Juanito dormido" (1974). Antonio Berni

## Introducción

A partir de este escrito tengo el propósito de transmitir la experiencia adquirida con respecto a la clínica de pacientes con problemáticas de consumo. Presentaré un caso clínico abordado durante mi pasaje como residente, en un Centro de Rehabilitación para Adictos de Tucumán, el cual debido a su complejidad generó inquietudes y preguntas que intentaré abordar realizando una lectura a partir de los aportes del psicoanálisis.

Dicho dispositivo de internación cuenta con la particularidad de ser en comunidad, a puertas abiertas, donde los pacientes deciden por voluntad propia internarse para realizar tratamiento, pudiendo levantar su consentimiento en el momento que consideren necesario. Su objetivo es la recuperación de pacientes con consumo problemático de sustancias psicoactivas, favorecer su reinserción social y el sostenimiento de un tratamiento ambulatorio.

Los consultantes que asisten son atendidos a partir de un espacio previo, la admisión, donde se realiza una serie de entrevistas a fin de evaluar los criterios de internación. Aquí se apunta poder construir una pregunta acerca de su problemática.

El tiempo de internación no se encuentra estipulado, si bien a partir de la ley 26.657 se establece que sean lo más breve posible y considerándola como último recurso, este es variable, de acuerdo al caso por caso, del tiempo subjetivo y el circular de cada paciente en la internación. Sin embargo, el máximo considerado es

un año. Durante la internación el paciente contará con un acompañamiento individual por medicina general, psicología y psiquiatría, además de diferentes ofertas grupales con talleres obligatorios (huerta, educación física y escuela) y optativos. Considerando a estos como una herramienta central.

Si bien la institución presenta estas características en la internación, como forma de tratamiento, deberá comenzar a repensar y orientar su oferta según lo estipulado por la ley Nacional de Salud Mental, a fin de superar la lógica asilar monovalente en Salud Mental debiendo "adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos" (art.27). Este punto generó en mí interrogantes como ser ¿por qué aún sostenemos la internación como modo de abordaje? ¿de qué se trata esta oferta de abordar lo individual y lo grupal que propone la institución? ¿Qué efectos puede tener en este paciente?

A partir del caso que desarrollaré a continuación intentaré abordar estas preguntas.

## Un encuentro con lo real

H., de 25 años, llega para admisión a inicios de octubre, acompañado por su hermana y la secretaria de un legislador de la zona en la que viven. Se presenta en condiciones impactantes, descuidado, poco aseado y con bajo peso, casi cadavérico. Cabe destacar, que muchas veces los pacientes que asisten, están

clínicamente comprometidos, con graves situaciones de vulnerabilidad, situación de calle, conflictiva familiar, causas legales y gran dependencia a la sustancia.

Al iniciar la entrevista de admisión, se le solicita su documentación, su hermana refiere, *“él no tiene documento, él nació en la casa, nació muerto”*. Ante mi sorpresa explica que por haber nacido en su hogar no pudo ser inscripto. Esta expresión llama mi atención, preguntándome desde ese momento *¿cómo impacta esto en la subjetividad?*

Continuando con el motivo de su consulta, H. refiere que *“le pidió ayuda a su hermana ya que quiere cambiar y no andar en la calle”*, a su vez manifiesta que *“siente que lo discriminan después del accidente”*. Considera al crack como la sustancia que le genera más complicaciones, consume *“de todo”* con su hermano A. (menor que él, con quien vive) con un sobrino o con sus amigos.

Su hermana indica que muchas veces la gente con la que consume lo golpea para quitarle el dinero o las drogas. Esto le genera enojo y termina rompiendo las cosas de su casa. En cuanto al accidente, comenta que hace unos 7 años atrás saliendo de trabajar un auto lo atropella por la ruta y lo deja abandonado, pasando 3 meses en coma, tiene una cicatriz de 62 puntos por una cirugía donde se le coloca una placa de titanio.

Se indaga acerca de la presencia de fenómenos, explica que escucha voces de mujeres y niños que le piden auxilio y un zumbido de varios años. También ve sombras por su casa que lo lleva a deambular durante las noches. Las dificultades diagnósticas en esta instancia era no poder diferenciar si se trataba de fenómenos por consumo, secuelas neurológicas o estructurales que por el momento decidí dejar en pausa.

Ante la situación del paciente, decido transmitírselo a la médica clínica a fin de considerar la viabilidad de la internación, la misma decide ampliar el pedido de estudios, complementando con exámenes neurológicos y del oído. En reunión de equipo se trata la situación de H. y se decide su internación, a fin de poder asistir ese cuerpo deteriorado. Previo al ingreso, se transmite la situación al coordinador de los operadores, con el propósito de poder armar como estrategia, un acompañamiento del paciente desde su ingreso. Se seleccionan dos compañeros guías que puedan sostenerlo y acompañarlo, sobre todo durante sus primeros días, además de trabajar con el equipo de operadores acerca de la situación, debido a la preocupación de que el alejamiento de su familia genere el abandono del tratamiento.

H. ingresa a la institución con 43 kg, una de las primeras medidas era poder asistir ese cuerpo enflaquecido y desmejorado. Sus estudios indican, bajo peso, anemia estructural y perforación de tímpano con hipoacusia. Aparece así un cuerpo en carne viva, sin vestiduras, asoma una dimensión real, más allá de lo simbólico. Durante los primeros días manifestará estar preocupado porque su hermano estaría solo, se presenta angustiado, aislado y con intenciones de irse. Con relación a esto dice: *“he perdido varios hermanos, no quiero perder uno más”*. Intervengo, planteando que para poder ayudarlo necesitaba al menos recuperarse un poco. Pregunto si puede hablar de esto con sus compañeros y operadores, ofreciéndole pequeños otros amables que puedan acompañarlo, sin embargo, responde *“es que yo no quiero molestar a nadie”*. Respuesta reiterada cada vez que intentaba que pueda servirse de lo que la institución le ofrecía. Se observa durante este tiempo dificultades de poder sostener espacios con otros y las entrevistas. A la semana de su internación, ingresa su sobrino al Centro.

Sin poder realizar actividad física por su bajo peso, inicia actividades en la huerta, espacio que será importante durante su tratamiento, ya que aquí encontrará un lugar donde destacarse.

Con el pasar de los días H. circulará de manera más activa, empezará a recuperar peso, esto se marca al paciente, intentando devolver un cuerpo más cuidado desde lo imaginario. Los fenómenos que manifestaba al inicio ceden, no presentándose durante sus días de internación, salvo el zumbido debido a la perforación de tímpano.

Comienza a asistir a clases de nivel inicial en la institución, practicando nuevamente cómo escribir su nombre. Poco a poco empieza a hacer usos de los espacios comunes junto a su sobrino y participa con otros de las actividades propuestas por la institución como taller de música, ecoladrillos, taller de panes, etc. Sus compañeros intentarán integrarlo llamándolo *“el porteño”* primeramente a pasar a ser *“el facha”*, ofreciéndole un lugar en el grupo.

En relación a su tratamiento individual y debido a las circunstancias del paciente, intentamos armar juntos su historia de vida, procurando realizar un tejido simbólico que pueda ir reconstruyendo un sujeto que hasta ahora parecía perdido. Comenzaremos con ciertas dificultades, debido a sus *“olvidos”* luego del accidente. Comenta que son 14 hermanos, de los cuales 4 fallecieron de pequeños. Nació en Lanús y realizó tratamiento en una granja a los 17 años hasta que se entera que su mamá volvía a Tucumán, decidiendo dejar el tratamiento para irse con ella. Vivieron 4 años en esta provincia, hasta que su madre retorna a Buenos Aires y el paciente se dirige a La Rioja donde trabajaba con su hermano en la cosecha, momento del accidente. Posteriormente retornan a Tucumán, donde vive en una casilla delante de la casa de su hermana.

Relata que fue a la escuela, pero que no sabe leer ni escribir, a su vez cartoneaba desde los 6 años con su madre hasta que la misma deja y continuó con sus hermanos y un amigo, momento en que abandona su escolaridad.

En relación al consumo refiere haber iniciado con poxirrán a los 12 años, luego de que falleció su papá, y su abuela, *“hágase de cuenta que perdí la vida, era muy apegado a ellos. A veces me pongo a pensar qué sería de ellos. sí estarían vivos yo no estaría en la droga”*. Así, trae al espacio nuevamente el sentirse discriminado. Al interrogar acerca de esto, explica: *“yo siento que me discriminan porque soy flaco, me miran y deben pensar este ya se muere, como que ya me están eliminando”*, *“cuando iba a la escuela mis compañeros me discriminaban, me decían pobre, que no tenía para comer me aislaba de todo y me ponía a llorar”*

Al cumplir los 21 días que debía permanecer en la institución, se explica al paciente que podía iniciar con los permisos terapéuticos, respondiendo que aún no quería salir por miedo a consumir. Días después al enterarse que su sobrino se iría de permiso, pregunta acerca de la posibilidad de salir, programando así su salida.

Al entrevistarlo a su regreso, refiere no haber consumido, incluso que sus amigos lo buscaron, pero rechazó la invitación. Se indaga acerca de qué le devolvía la gente al verlo nuevamente en su casa y con 9 kg más, explica: *“la gente no me reconoce por la calle”*, *“mis hermanas me dicen que estoy más gordo”*, *“yo me veo más gordito, me veo mejor”*. Intervenciones a nivel imaginario donde otros le puedan devolver una imagen más amable de sí. Por dificultades económicas retornaron solos al día siguiente de la fecha establecida. Por esto, el paciente se angustia explicando que su cuñado y un sobrino salieron a hacer una *“changuita”* para conseguirle dinero para poder volver y que no volvería a salir hasta el 24 de diciembre.

Debido a la situación que plantea, decido trabajar con la terapeuta ocupacional acerca de una actividad que lleve adelante durante su internación y que pueda sostenerlo afuera, algo que quizás le permita generar una ganancia. Se propone sacar el dinero del fondo del taller de panes al cual asiste, como modo de poder pagar el viaje a su casa, a cambio de que produzca en el taller. Simultáneamente decido contactar con la Dirección de Juventud, perteneciente a la Secretaría de Desarrollo Social, a fin de poder integrar al paciente al "programa de jóvenes", donde se responde que debido a no tener documento no podría ingresar.

Se propone al paciente la posibilidad de iniciar la tramitación del D.N.I., se trabaja acerca de para qué tener un documento, a lo que refiere, *"yo también quiero tener un documento hace años, porque es útil para la vida, para poder hacerme atender en el hospital, para trámites"*. Momento donde se trabaja acerca de su filiación, y se acompaña a H. a la Unidad de Gestión de Documentos a fin de iniciar su tramitación.

Luego de las fiestas surgen peleas con sus compañeros, donde H. termina golpeado. Se decide sancionarlos a estos y dar el alta terapéutica a H. considerando el trabajo realizado en su internación y a modo de evitar que el mismo caiga se decide dar un cierre, evitando un egreso precipitado del paciente.

Se articula con personal de su zona para continuar tratamiento ambulatorio. Luego de 15 días, su hermana se comunica solicitando turno a pedido de H.

Hasta aquí el recorte del trabajo con el paciente.

### Algunas Consideraciones

Desde aquella primera entrevista, H. es presentado como indocumentado, como "nacido muerto", me pregunto ¿cuál es el lugar posible en el Otro?

El paciente ha transcurrido su vida por los márgenes del sistema, desamarrado del tejido social, excluido, en extrema vulnerabilidad. Fernando Parolo (2005) refiere: *"Un sujeto vulnerable es un individuo sin posibilidades de representación en su cultura, caído de las mallas institucionales y del lazo social que otorgan identidad referencial y representatividad ante el otro. Sólo existo, si un sistema me reconoce y me nombra"* (p.4).

Así un niño como H, adicto al poxirrán, un niño que cartonea, un niño de la calle es un niño sin nombre, y es ahí donde reside su mayor vulnerabilidad; en su pérdida en el recorrido por las instituciones y del ejercicio de sus derechos humanos. No hubo un Otro que lo sostenga dentro del intercambio con otros, dentro del lazo social. Ante esto se trata de poder pensar al sujeto más allá de lo individual, de escuchar ese Otro social en el que el sujeto está inmerso, ya que se constituye en relación al Otro y a otros. Pareciera que el paciente ha caído de las mallas institucionales, sin existencia para el Estado, pasando mucho tiempo desapercibido, desarticulado de lo social. Ante esto, ¿qué lugar ofrecer desde un centro de internación?

El ingreso a la institución genera que pueda operar una legalidad, como un lugar de referencia simbólica. Ante tal desarticulación con el entramado social, cada apuesta se dirige no sólo a devolver la participación y responsabilidad social, sino también, a lograr una restitución del Otro. Massimo Recalcati (2004) dirá que rectificar al Otro significa encarnar como analista un Otro diferente de aquel real que el sujeto ha encontrado en su historia. Se trata

entonces de encarnar un Otro que no excluye, no rechaza, no abandona. Esta nueva configuración permite una nueva implicación del sujeto en un lazo posible. De esta manera, es importante ofrecer un espacio donde alojar esa forma singular de relación al Otro, alojar el sufrimiento, poder escuchar cuando un sujeto fue vulnerado.

La institución aparece como Otro que ofrece un espacio de inclusión del paciente en una dinámica social, de regulación del goce, a través de ofrecer y sostener horarios, actividades, pautas de alimentación e higiene, así como también talleres y actividades culturales iguales para todos. Emilio Vaschetto (2010) explica que la institución dada por el Otro social, la cual posee reglas generales, le permiten hacer lazos comunitarios, "una comunidad de vida", por otro lado, tendremos la institución pensada desde el psicoanálisis, que orienta la escucha del sujeto. Ambas formas entran en juego en esta institución y se interrelacionan. Ya que se procura que, así como el paciente pueda realizar su tratamiento individual, pueda relacionarse y generar lazos con otros (compañeros, operadores, enfermeros, docentes).

De lo que se trata es de generar condiciones para que ese sujeto, desamarrado del Otro social, pueda asistir y acceder a la institución, que no quede en lugar de resto, expulsado de las instituciones y de la cultura, sino que allí encuentre un lugar que lo aloje.

La internación se presenta como la posibilidad de poder envolver con ciertos velos aquella pulsión de muerte a flor de piel. Generando un distanciamiento no solo de la sustancia, sino del lugar "de muerto" donde está ubicado y poder aprender a vivir con estas marcas que la vida nos deja. Requiere de un tiempo que no se mide en semanas o meses de internación. Implica procesos que responden a otras lógicas. Se establece así, en esta pausa, un tiempo subjetivo, que genere otras marcas en el paciente. Donde construir un lugar de referencia, un lugar quizás, donde volver.

En su historia, el paciente marca como punto de caída el fallecimiento de su padre y su abuela, *hágase de cuenta que perdí la vida*, aquella vida armada quizás precariamente. Luego de esto marca el inicio del consumo. ¿Cómo pensar esto? Podemos considerarlo como una solución ante la aparición de la angustia. Al consumir algo se produce, un efecto en lo real sobre lo real, que elimina la angustia. La intoxicación no sería un método simbólico, sino más bien *"es un método que apunta a lo real, una operación real. No intenta resolver el malestar desde el campo de la palabra"* (Naparstek, 2005, p.23)

Esta forma de entender la función del tóxico en la economía psíquica plantea que el uso de drogas funciona muchas veces como "muleta", como algo que viene a cumplir una función, allí donde otros recursos fallan o faltan. Pero, así como calma la angustia, el sujeto termina sujetado a la sustancia (operación del farmakon). Ante el goce mortífero que invade y arrasa al paciente, la droga se presenta como una protección que a su vez lo consume. A modo de hipótesis, pareciera que el tóxico a H. le produce efectos en su cuerpo, le genera sensaciones que lo calman y protegen de la angustia que lo invade, pero a la vez lo vivifican, dan algo de vida a ese cuerpo. Sin embargo, vemos que eso no le alcanza como solución definitiva ya que ese cuerpo va construyéndose como cadáver, va afectando y deteriorando su cuerpo.

Sylvie Le Poulichet (2005) plantea que cuando un ser se encuentra en posición de encarnar el objeto del goce del Otro y ningún significativo le permite desprenderse de eso, el tratamiento "de la máquina" realizado por la operación del farmakon se presenta como una tentativa de producir un nuevo cuerpo. En la medida en que un

cuerpo no se ha elaborado “el individuo no dispone de las coordenadas imaginarias y simbólicas que habrían permitido que eso hiciera cuerpo [...] Así, el farmakon podría figurar el instrumento secreto que procurará un suplemento en el nexo con la “imagen” y en la relación imaginaria con el otro” (p.125).

Pareciera que se trata de un cuerpo apenas esbozado, no elaborado, casi sin sujeto, pero a la vez un sujeto sin cuerpo. H. muestra un cuerpo desdibujado, signado por el exceso, de golpes, de hambre, de droga. Los registros se presentan desanudados, las pequeñas intervenciones en estos intentan ir tejiendo un velo con aquellas hilachas de sujeto que se nos presenta.

A partir de lo real, cuidando ese cuerpo dañado, al borde de la muerte. Silvia Raddi (2004) sostiene que se tendría que habilitar la posibilidad “del pasaje de un cuerpo NO VELADO a NOVELAR el cuerpo” (p. 177), es decir, inscribiendo significantes, habilitando la producción de una novela (en lo posible) que aún no ha sido desplegada.

Será, a partir de lo simbólico, que podremos introducir cierto corte en lo real, haciendo entrar en la legalidad institucional, desde la internación como un espacio que ordene y regule, armando una ficción de su vida, una historia con varios huecos e hilachas sueltas, que sirva de sostén.

Desde lo imaginario, realizando intervenciones que devuelvan una imagen más amorosa de sí, armando un cuerpo. A su vez, el registro en su historia clínica, marca el pasaje del paciente como usuario de los servicios de salud y el retorno a la escuela, permitiendo así que el sujeto pueda acceder a sus derechos vulnerados hasta el momento.

El intento de iniciar la tramitación de su documento, se lo piensa como un acto que inaugure otro momento, permitiendo que H. tenga un lugar en la sociedad, que este registro simbólico no quede solo en que sirva para ir a un hospital o hacer trámites, sino como bien lo expresa, un acto que lo habilite “para la vida”.

Me atrevo a dejar abierta la pregunta por la estructura de este paciente, debido al breve tiempo de su internación y la precariedad con la que llega. Por lo pronto, concuerdo con la prudente postura de Élica Fernández (1993) quien explica que al tratarse de estos pacientes que no se presentan de entrada fáciles de diagnosticar, es necesario que nos mantengamos en los lineamientos de tratarlos como si se tratara de una estructura psicótica. Con una propuesta de trabajo distinta y particular, que tenga que ver con escuchar aquella verdad y entretejer un imaginario posible que acote el real que invade al sujeto.

Las diferentes intervenciones que se realizaron con el paciente durante los 3 meses de tratamiento tenían el objetivo desde lo institucional de favorecer su “reinserción social”, entendiéndose como la posibilidad de que H. logre una circulación distinta por su medio social, distinta a la previa a su internación, un modo menos mortífero, apostando a la vida.

Para finalizar, cabe mencionar que para que este tratamiento genere marcas serán necesarias muchas idas y vueltas, para que algo se comience a regular y que pueda enlazar al sujeto a la vida. Pero cada vuelta es, no solo necesaria, sino distinta a la anterior, generando un lugar para volver, que no es algo menor, en un sujeto con la fragilidad subjetiva que presenta. Considero que en H. algo de la transferencia a la institución se generó, lo cual permitió solicitar ser admitido una vez más.

## Conclusiones

El poder contar con un equipo tan amplio y variado, permite no quedarse solo ante el impacto de lo real que la pobreza nos muestra, permitiéndonos armar distintas estrategias con el paciente. Es así como en el caso pude hacer uso de los recursos de la institución, y a través de esto, poder generar en el paciente un lugar de referencia al cual regresar, construyendo un lugar más amable que lo aloje.

En cuanto a mi interrogante de porqué se sostienen dispositivos de internación, siendo este un último recurso estipulado por la ley de Salud Mental. Considero que esta debe ser entendida como un instrumento útil, que busca modificar el Sistema de Salud, el cual sirvió en algún momento para excluir, encerrar e intentar normatizar personas. En este punto, la misma a su vez, viene a intentar incluir a los pacientes con problemáticas de consumo dentro de las políticas de Salud Mental, que hasta el momento, en el sistema sanitario son limitadas en sus formas de abordar este problema, con instituciones de baja complejidad y muchas veces alejadas de la ciudad. Sin embargo, dada las condiciones socioeconómicas que a nivel país y provincial atravesamos, considero que aún son necesarias estas instituciones al modo de centros residenciales donde el paciente pueda pasar un tiempo, ya que actúan a modo de lugares de alojamiento a los arrasamientos subjetivos, funcionando como terceridades que intentan promover otra circulación de aquellos pacientes que día a día vemos. Ayudan a crear ficciones que le permitan al sujeto sostenerse nuevamente en su contexto. Lugares donde se apuesta por el sujeto.

## Referencias Bibliográficas

- Biazzo, L. y Zeitoune, M. (2015). “Programa Terapéutico del Centro Las Moritas”, *Sistema Provincial de Salud*. Ministerio de Salud de la Provincia de Tucumán.
- Fernández, E (1993) *Diagnosticar las psicosis*. Editorial El megáfono.
- Jasiner, G (2007). *Coordinando grupos: una lógica para pequeños grupos*. Lugar Editorial.
- Le Poulichet, S. (1990). *Toxicomanías y psicoanálisis. La narcosis del deseo*. Editorial Amorrortu, Buenos Aires.
- Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Argentina. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental N° 2665/2010*. Editorial: autor.
- Naparstek, F. y colaboradores. (2005). “Clase 6” en *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*. Grama Ediciones.
- Parolo, F. (2005). *Hacia una clínica preventiva de la vulnerabilidad social*. Disponible en: <https://www.topia.com.ar/articulos/hacia-una-clinica-preventiva-de-la-vulnerabilidad-social>
- Raddi, S. (2004). “Psicoanálisis y toxicomanías: cuerpos novelados” en *Psicoanálisis y el Hospital N° 27: Toxicidad y Adicciones*.
- Recalcati, M. (2004). *La cuestión preliminar en la época del Otro que no existe*. Virtualia. EOL.
- Vaschetto, E. (2010). *Los descarriados: clínica del extravío mental: entre la errancia y el yerro*. Grama Ediciones.
- Trimboli, A. (comp.). (2019). *El fin del manicomio: Construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos*. Ediciones Noveduc