

Universidad Católica de Salta
Facultad de Artes y Ciencias
Licenciatura en Psicología

***“La posición subjetiva frente al
tratamiento terapéutico en el dispositivo
Centro de Día en jóvenes pacientes de la
Asociación Civil Betania de Salta Capital”***

- **Alumna: María Virginia Bustamante**
- **Directora: Lic. Milagros Saravia**

Año: 2.018

AUTORIDADES ACADÉMICAS

Rector:

Ing. Rodolfo Gallo Cornejo

Vicerrectora Académica:

Mg. Constanza Diedrich

Secretaria General:

Lic. Silvia Álvarez

Decana de la Facultad de Artes y Ciencias:

Lic. Susana Del Carmen Arzelán Allué

Secretaria Académica:

Dra. Adriana Ibarguren

Jefa de Departamento de Psicología:

Lic. Sandra Zabala

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por el apoyo incondicional y por creer siempre en mí.

A mis amigos de la carrera y de la vida, por acompañarme durante el proceso y estar presentes en cada paso.

A los pacientes y todo el personal que forma parte de la Asociación Civil Betania, sin ellos no hubiese sido posible.

A mi directora de tesis, por su saber y disponibilidad.

A todos aquellos que de algún modo, estuvieron presentes durante estos años y contribuyeron a mi crecimiento personal y profesional.

A Dios, por todo lo anterior, y por el privilegio de poder dedicarme a lo que realmente amo.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo conocer cuál es la posición subjetiva frente al tratamiento terapéutico recibido en el dispositivo Centro de Día en los jóvenes entre 20 y 30 años, que asisten como pacientes a la Asociación Civil Betania de Salta Capital durante el año 2018.

Desde el encuadre psicoanalítico y desde un enfoque cualitativo, se buscó identificar los enunciados acerca de los elementos que componen el dispositivo terapéutico dentro del cual reciben tratamiento los jóvenes; e inferir la relación entre los enunciados que presenta el sujeto y su ubicación frente a los objetivos que plantea el tratamiento terapéutico recibido en la institución.

Se trabajó con seis casos mediante la observación directa participativa y la aplicación de una serie de entrevistas con modalidad libre, en coherencia con el marco teórico escogido.

Se pudo concluir que la posición que asumen los jóvenes frente al tratamiento y sus componentes, está todavía marcada por un sufrimiento que aún no toma la forma de implicación subjetiva, tal vez ligado al momento en el que se hicieron asequibles las entrevistas, que corresponde a un instante de ver. De esta manera, no fue posible afirmar un cambio de posición subjetiva, sin embargo puede indicarse que están presentes los elementos para que ese cambio se empiece a efectuar. Será recomendable entonces, desde el lugar del psicoanálisis, la apertura de un espacio individual que permita a los jóvenes constituir una demanda.

ABSTRACT

The objective of this research was to know the subjective position in relation to the therapeutic treatment received in the Day Center device among young people between 20 and 30 years old, who attend as patients at Betania Civil Association of Salta Capital during 2018.

From the psychoanalytic frame and from a qualitative approach, it was looked for identify the statements about the elements that make up the therapeutic device within which young people receive treatment; and infer the relationship between the statements presented by the subject and their location against the objectives of the therapeutic treatment received at the institution.

It was worked with six cases through direct participative observation and the application of a series of interviews with free modality, in coherence with the theoretical framework chosen.

It was concluded, that the position assumed by young people in front of treatment and its components is still marked by a suffering that does not yet take the form of subjective involvement, perhaps linked to the moment in which the interviews became available, which corresponds to a instant of seeing. In this way, it was not possible to affirm a change of subjective position, however it can be indicated that the elements are present for this change to begin. It will be advisable then, from the place of psychoanalysis, the opening of an individual space that allows young people to constitute a demand.

ÍNDICE

AUTORIDADES ACADÉMICAS	2
AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN.....	4
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	8
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	8
Objetivo general	8
Objetivos específicos.....	8
Justificación.....	9
CONSECUENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN	10
DEFICIENCIAS DEL CONOCIMIENTO.....	12
MARCO TEÓRICO.....	15
CAPÍTULO I: EL SUJETO Y LA POSICIÓN SUBJETIVA	16
¿CÓMO ENTIENDE AL SUJETO EL PSICOANÁLISIS?	16
LA LOCALIZACIÓN SUBJETIVA.....	19
LA ESTRUCTURACIÓN DE LA SUBJETIVIDAD.....	22
CAPÍTULO II: EL FÁRMACO Y EL MALESTAR EN LA CULTURA.....	26
EL MALESTAR EN LA CULTURA	26
LA ÉPOCA DEL CONSUMO GENERALIZADO.....	28
FUNCIÓN DEL FÁRMACO.....	32
UN ABORDAJE PARA EL SUJETO	37
LEY DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES	40
CAPÍTULO III: PSICOANÁLISIS APLICADO A LA INSTITUCIÓN	43
BREVES CONSIDERACIONES ACERCA DEL PSICOANÁLISIS EN LA INSTITUCIÓN.....	43
TIEMPO INSTITUCIONAL VERSUS TIEMPO SUBJETIVO	44
LOS EFECTOS DE LAS INTERVENCIONES.....	47
TRANSFERENCIA E INSTITUCIÓN.....	50
PSICOANÁLISIS PURO, PSICOANÁLISIS APLICADO, Y PSICOTERAPIA.....	57
MARCO INSTITUCIONAL	63
ASPECTOS METODOLÓGICOS	71

NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	72
DEFINICIÓN DE CONCEPTOS CENTRALES	72
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	73
PARTICIPANTES	73
TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	74
PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	74
CONTEXTO Y PERÍODO	75
PROCEDIMIENTO DE ANALISIS	76
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	79
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	115
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	141
BIBLIOGRAFÍA	147
ANEXOS	153
EVALUACIÓN	156

INTRODUCCIÓN

Existe la posibilidad de aplicación del psicoanálisis en los diferentes contextos institucionales (Iuale, 2010), entre los cuales se encuentran los que brindan tratamiento terapéutico a personas que presentan consumos problemáticos de sustancias psicoactivas.

Las condiciones que permiten decidir si lo que se hace en una institución es psicoanálisis, no depende de la variable tiempo, sino de cómo se articula la táctica y la estrategia en cada caso. (Iuale 2010) Lo que importa es que el psicoanálisis aplicado a la terapéutica siga siendo psicoanálisis, que no ceda a sus principios, que lo que se adapte sea el dispositivo, no los principios. (Sotelo et al., 2012)

Las instituciones que brindan tratamiento a personas que presentan consumos problemáticos trabajan con sujetos que, siguiendo a Freud (2008), han recurrido al consumo de sustancias con el objetivo de modificar la sensación de malestar y alcanzar sensaciones placenteras, modificando así la realidad psíquica de manera que se logre impedir la percepción de los estímulos desagradables. De este modo, el sujeto logra cierta independencia respecto al mundo exterior, permitiéndose mediante el consumo escapar de la realidad y refugiarse en su propio mundo interno.

El consumo problemático es entendido en el contexto actual como un intento de solución al malestar, como un modo de respuesta ante el dolor que provoca la existencia misma. Los sujetos experimentan diferentes situaciones a las que deben hacer frente, y en ocasiones, una de las maneras de lidiar con sus realidades reside en recurrir al consumo de sustancias, como un modo de defensa ante eso que se torna insoportable en la propia existencia. (Freud, 2008)

Ante la presencia de consumos de sustancias que se tornan problemáticos, existe cierta variedad respecto a la modalidad de tratamientos para el sujeto que se brindan en las instituciones: los dispositivos ambulatorios, hospitales y centros de día, y dispositivos de internación. En ellos se trabaja tanto a nivel individual, como así también grupal, y familiar. Cada uno de ellos será apropiado para un sujeto según las características de cada caso, ofreciendo al mismo asistencia mediante el trabajo interdisciplinario.

Sin embargo, el tratamiento que se brinda en una institución no lo es todo, ya que para el psicoanálisis existe el sujeto que toma posición frente a todo aquello que le ocurre, es decir, da respuestas, y el tratamiento terapéutico que se le ofrece en una institución no escapa a esa toma de posición subjetiva: “hay una respuesta diferencial y eso es lo interesante que el psicoanálisis puede aportar.”(Aquino Cabral, 2016, p. 31)

Es importante, a partir de lo expuesto por Miller (2008), distinguir entre enunciado y enunciación, y en un segundo lugar, distinguir entre el dicho y el decir. Una cosa es el dicho, el dicho como hecho y otra lo que el sujeto hace de lo que dice.

Existe una distancia entre lo que el sujeto dice y lo que quiere decir, hay una distancia entre el dicho y el decir. Se trata de distinguir entre el dicho, y una posición con relación al dicho. (Miller, 2008) Esta relación permite conocer esa posición subjetiva frente al tratamiento. “La esencia de la experiencia analítica es la localización del sujeto de la enunciación. El sujeto como discontinuidad, se da a ver en la falla, en la fisura, allí es donde lo vemos surgir.” (Tomas, 2015)

Desde este enfoque, la posición que toma el sujeto frente a un tratamiento institucional se transforma en el fenómeno a indagar en la presente investigación.

Una vez planteada la pregunta de investigación, se llevó a cabo un desarrollo teórico desde un encuadre psicoanalítico; para luego enfocar la metodología y finalmente exponer las conclusiones a las que se arribaron.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la posición subjetiva frente al tratamiento terapéutico recibido en el dispositivo Centro de Día en los jóvenes entre 20 y 30 años, que asisten como pacientes a la Asociación Civil Betania de Salta Capital durante el año 2018?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

- Conocer cuál es la posición subjetiva frente al tratamiento terapéutico recibido en el dispositivo Centro de Día en los jóvenes entre 20 y 30 años, que asisten como pacientes a la Asociación Civil Betania de Salta Capital durante el año 2018.

Objetivos específicos

- Identificar los enunciados acerca de los elementos que componen el dispositivo terapéutico dentro del cual reciben tratamiento los jóvenes.

- Inferir la relación entre los enunciados que presenta el sujeto y su ubicación frente a los objetivos que plantea el tratamiento terapéutico recibido en la institución.

Justificación

El presente trabajo de investigación constituye un aporte de utilidad en diversos aspectos. Desde el aspecto teórico, es importante porque permite acrecentar el conocimiento de los fenómenos que tienen lugar dentro de los tratamientos terapéuticos institucionales, y por otro lado, permite conocer los fenómenos que se presentan cuando el sujeto recibe un tratamiento que no se limita a un contexto individual.

Desde un punto de vista práctico, las conclusiones a las que se arribaron pueden efectuar un aporte a la resolución de situaciones que tienen lugar en el contexto de las instituciones que brindan tratamientos terapéuticos a los jóvenes, y contribuir al trabajo que realizan los profesionales psicólogos en el contexto de estos dispositivos asistenciales.

La presente investigación es útil para todos aquellos involucrados en la problemática actual de los consumos problemáticos de sustancias, así como para todos aquellos profesionales, padres, directivos y personal de instituciones, para ahondar en la problemática con el fin de comprender, analizar y efectuar planes de acción en este campo de estudio.

CONSECUENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN

Para la realización de la investigación y la recolección de información acerca del tema en cuestión, se tuvo en cuenta la Ley de Ejercicio Profesional del Psicólogo de la Provincia de Salta N° 6063/83, poniendo especial énfasis en los artículos 2, 15, y 89; como así también el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina.

La ley N°6063/83, en los artículos mencionados hace especial hincapié en que el ejercicio de la profesión que atañe incluye la aplicación de técnicas psicológicas en investigación, como así también en diagnóstico, pronóstico, y tratamiento de la personalidad. Se tomó para el presente trabajo el primer aspecto mencionado.

En el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina, se plantea en el apartado 4 acerca de la investigación psicológica: la importancia de establecer la coherencia interna de la investigación, como así también su encuadre dentro de una institución de reconocido prestigio atendiendo siempre a las normativas vigentes y en concordancia con el paradigma desde el que se trabaja. En dicho apartado, se destaca la importancia del consentimiento informado como instrumento legal para mantener la intimidad de las personas involucradas, como así también cada uno de ellos tiene en la investigación la libertad y el derecho de retirarse en cualquier momento de la misma, sin que reciba algún tipo de sanción.

De la investigación no se derivaron consecuencias indeseadas o desagradables para los participantes de la misma ni tampoco acarrió riesgo alguno. A su vez, los resultados obtenidos fueron transmitidos sin tergiversarlos, ni omitir datos.

Otro aspecto importante que se consideró es el secreto profesional, la comunicación de los resultados de la evaluación, y la difusión. La investigadora fue cuidadosa en la manera de devolver la información, de forma tal que la misma no se distorsione, privilegiando el derecho a la intimidad de la persona, salvo en los casos en que su integridad o la de terceros se vea afectada, por lo que prima el derecho a la integridad sobre el derecho a la intimidad. La investigadora se abstuvo de difundir información acerca de la persona y de utilizarla para fines científicos, sin que el entrevistado haya sido comunicado acerca de lo mismo.

Al mismo tiempo, a partir de lo explicitado en la Ley del Psicólogo N°6063/83, en el artículo 89, la investigadora protegió a los participantes teniendo presente las normas éticas y profesionales, tanto en el proceso como en los resultados, la protección incluye el cuidado por el bienestar de quienes componen la investigación.

Por otro lado, cabe aclarar que en la investigación se asumió la responsabilidad que implica la ética profesional, regulando cada una de las actividades que se realizan en el marco de la profesión, estuvo el compromiso de resguardar la identidad de quien participó en la recolección de los datos, lo cual implica la confidencialidad de la información. Para lograr la máxima participación y obtener el acceso a la institución requerida, se solicitó el permiso correspondiente a los directivos, a quienes se informó sobre el estudio a realizar a través de una nota formal que fue entregada.

Asimismo, se solicitó el consentimiento de los participantes, se brindó una explicación sencilla y clara del tema a investigar y los objetivos que se pretendían lograr; la participación en el estudio fue voluntaria y los datos fueron utilizados de manera confidencial. En el anexo N °2 figura el modelo de consentimiento informado.

Finalmente, para la construcción del marco teórico se tomaron las normativas A.P.A (2016) a fin de evitar el plagio y respetar los derechos de autor.

DEFICIENCIAS DEL CONOCIMIENTO

A partir de la revisión de la literatura, puede decirse que son escasos los trabajos de investigación existentes en relación a la temática de estudio. Se han encontrado algunos antecedentes respecto a la posición subjetiva; y otros en relación a la práctica del psicoanálisis en contextos institucionales.

La consulta en la red de buscadores arrojó resultados negativos respecto a la posición subjetiva frente a un tratamiento terapéutico. Lo que se encontró, fueron algunas investigaciones que utilizaron el concepto de posición subjetiva con otros fines.

De este modo, a continuación se hará mención a algunos trabajos de investigación que de cierto modo se vinculan al tema de la presente investigación, destacando en cada uno de ellos el aporte que brindaron para la realización de este estudio.

- Aquino Cabral, M. F. (2016). *La posición subjetiva como herramienta diagnóstica en psicoanálisis lacaniano*.

El presente trabajo corresponde a la sistematización de una Práctica Supervisada de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba.

La investigación propuso explorar los indicadores clínicos del padecimiento subjetivo, para poder inferir una posición subjetiva. El supuesto de investigación propuesto señala que es posible realizar un diagnóstico en psicoanálisis lacaniano, a partir de indicadores clínicos que permiten inferir una posición subjetiva. Para ello se analizó el material de una entrevista a un sujeto que cometió agresiones sexuales. La metodología utilizada es cualitativa, diseño exploratorio y análisis de un caso en profundidad, en analogía con la presentación de enfermos.

Se esclareció que el padecimiento subjetivo se presenta como distinto del padecimiento objetivable, medible, cuantificable; distinto también del padecimiento meramente orgánico. Respecto de la posición del sujeto, ésta es la respuesta particular, única e inconsciente a la castración, lo que funda la subjetividad y lo que determina la modalidad del sujeto, su dinámica y funcionamiento subjetivo. Estos aportes contribuyen a fortalecer las competencias del psicólogo clínico para desarrollar una de sus funciones específicas: el diagnóstico.

El presente estudio constituyó un aporte a la investigación ya que la autora trabajó sobre el concepto de posición subjetiva y sostuvo la importancia del mismo desde un principio: desde el momento mismo de realizar un diagnóstico.

- Iuale, M. L. (2010). *El tiempo institucional en los tratamientos y los efectos terapéuticos del psicoanálisis*.

El presente trabajo forma parte de un proyecto de la Universidad de Buenos Aires, dirigido por Adriana Rubistein. La investigación se propuso indagar los efectos terapéuticos del psicoanálisis en contextos institucionales. Esto significa indagar las variables que se ponen en juego en lo institucional, y leer la inserción del psicoanálisis y los efectos que puede producir, sin desconocer las particularidades que cada institución introduce. Respecto a esto, la autora se dedicó a trabajar con una de las variables intervinientes en los dispositivos institucionales: el tiempo. De esta manera, se realizó una breve puntuación sobre cómo pensar lo terapéutico en Lacan y articular finalmente una viñeta clínica con el fin de situar obstáculos y posibilidades para maniobrar con el tiempo institucional.

Esta investigación constituyó un gran aporte al presente trabajo ya que toma en cuenta variables fundamentales a considerar cuando se plantea la posibilidad de llevar a cabo un tratamiento enfocado desde el psicoanálisis en un contexto institucional. Aportó lineamientos esenciales a tener en cuenta, fundamentalmente la cuestión del tiempo.

- Sotelo, M. I. et al. (2012). *Variaciones de la noción de tiempo: psicoanálisis e institución*.

El presente estudio, al igual que el mencionado anteriormente, se enmarca en el Proyecto de Investigación UBACyT: “Proyectos terapéuticos bajo la clínica psicoanalítica en el hospital público”, cuyo objetivo principal es establecer la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos, conducidos desde la perspectiva del psicoanálisis, en un período de 16 entrevistas realizadas en el Servicio de Salud Mental del Hospital Central de San Isidro. En este trabajo, los autores se centraron en la variable “tiempo” con el propósito de circunscribir la función del tiempo lógico en psicoanálisis, subrayar su valor clínico e interrogar su posible articulación con el tiempo de tratamiento institucional. Para ello han tomado como referencia el escrito de J. Lacan “El tiempo lógico y el aserto de certidumbre

anticipada. Un nuevo soisma”, único escrito dedicado específicamente a desarrollar la noción de tiempo lógico.

Al igual que el trabajo citado anteriormente de Iuale (2010), aquí también se trabajó la cuestión del tiempo institucional versus el tiempo subjetivo. Constituyó un aporte a la presente investigación fundamentalmente por su desarrollo teórico, ya que esclarece nociones acerca del tiempo en psicoanálisis a la luz del escrito de Lacan y lo articula con lo que respecta al tiempo en la institución, sosteniendo una articulación posible entre el psicoanálisis y las instituciones.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: EL SUJETO Y LA POSICIÓN SUBJETIVA

En este primer capítulo, se presentan conceptos fundamentales para poder comprender la noción de posición subjetiva. Al hablar de posición subjetiva, es necesario plantear algunas consideraciones acerca del sujeto. Para ello, primero se desarrollará una aproximación acerca de cómo entiende al sujeto el psicoanálisis, luego se ahondará la localización subjetiva, para así llegar al concepto de posición subjetiva, y finalmente hacer algunas referencias respecto a la estructuración de la subjetividad.

¿CÓMO ENTIENDE AL SUJETO EL PSICOANÁLISIS?

Para explicar esta concepción en primer lugar, es necesario desterrar el mito de que el lenguaje es un instrumento de comunicación. El lenguaje más que para comunicarnos, sirve para que muchas veces no nos entendamos. El lenguaje instala controversia, es decir, introduce la dimensión del mal entendido.

Gutiérrez (2010) explica que, es el oyente, en el lugar del Otro, quien tiene el poder discrecional de la palabra y decide no solo sobre el sentido de lo que el hablante dice, sino de algún modo también acerca de su propia existencia en lo simbólico. En el habla diaria hay sin embargo alternancia; cada cual es a su tiempo el locutor y el oyente, aunque lo que se compruebe en el diálogo cotidiano sea, en realidad, más bien el malentendido.

Es frecuente observar que se presenten situaciones en la que dos o más individuos se ponen a hablar, y luego de unos segundos ocurre el primer malentendido, no sólo entre emisor y receptor, sino bajo la forma de no coincidencia entre el enunciado y la enunciación del mismo sujeto que habla. Entonces, siguiendo a Gutiérrez (2010), puede decirse que el sujeto es aquel que surge en medio de dos significantes, aquel que deviene entre un S1 y un S2, que viene a delimitarlo.

A diferencia del sujeto de la filosofía, del sujeto de la conciencia, el sujeto freudiano está dividido como efecto de la articulación signifiante. Dividido por su propio discurso, bajo la acción del signifiante. Lacan piensa la división como constituyente del sujeto mismo y la sitúa en referencia a la estructura del lenguaje. Lo que divide al sujeto es el hecho de ser un sujeto hablante, su propio discurso. Se trata de una división estructural en el plano de lo simbólico. (Gutiérrez, 2010)

El sujeto está barrado por el significante, incluso aun cuando crea saber realmente lo que está diciendo, siempre quedará un resto, algo sin decir, un imposible de decir. De esta manera se destierra la idea de que el lenguaje sirve para comunicarnos. El lenguaje no es una simple herramienta puesta a nuestro servicio, sino que nosotros mismos terminamos siendo siervos suyos. El lenguaje habla al sujeto, y esto es posible observarlo en la no coincidencia entre el enunciado y la enunciación, entre lo que el sujeto dijo y lo que quería decir. De este modo, para el Psicoanálisis, el lenguaje tiene gran relevancia en la constitución del sujeto del inconsciente ya que produce una división en el mismo.

Lacan, citado en Gutiérrez (2010), sostiene que existe una relación entre la estructura del lenguaje y la estructura del inconsciente, y que en esa estructura de los significantes que produce sus efectos de significación a espaldas de la voluntad del hablante, se canaliza una verdad. Esta formulación ya estaba implícita en Freud pero Lacan la formaliza. El aporte propiamente Freudiano radica en esa relación que Freud descubre entre la estructura del lenguaje y una verdad desconocida que se vehiculiza en sus articulaciones y que abre la puerta a una dimensión de no-saber en el sujeto.

Siguiendo esta línea, resulta interesante plantear lo siguiente: Lacan dijo que el inconsciente está estructurado como un lenguaje y también, que es toda la estructura del lenguaje lo que la experiencia psicoanalítica descubre en el inconsciente, es decir, que la estructura del inconsciente y la estructura del lenguaje son de igual forma. Por ello, conocer la estructura del lenguaje permite un mayor descubrimiento de la estructura del inconsciente, pero ¿cómo se puede conocer la estructura del inconsciente? Freud brinda algunas herramientas al anunciar que las fallas, los desvíos de la palabra, los sueños, los chistes, los síntomas, son medios mediante los cuales se vehiculiza una verdad que es del orden del inconsciente, una verdad lógica que nada tiene que ver con la realidad fenoménica. Esto puede expresarse de la siguiente manera:

El sujeto habla, hay palabra, dice cosas, pero está la estructura del lenguaje que lo barra, lo divide, lo habla a su vez y entonces comete lapsus, actos fallidos, sueña, etc. La estructura del lenguaje puede ser de algún modo autónoma y bastarse en cierta forma a sí misma, pero en algún punto requiere de la introducción de la palabra para que haya efectos subjetivos. (Gutiérrez, 2010, pp. 99-100)

La genialidad de Freud consistió en haber advertido que en la estructura del lenguaje se vehiculiza un deseo inconsciente, en haber teorizado que en el lenguaje, sus posibilidades de enmascaramiento, de ocultamiento, de desvío, canaliza una verdad que concierne al sujeto cuando habla. (Gutiérrez, 2010) Esto significa, que en las formaciones del inconsciente, se produce la emergencia de un sujeto que está involucrado en lo que dice. La estructura del lenguaje puede ser de algún modo autónoma y bastarse en cierta forma a sí misma, pero en algún punto requiere de la introducción de la palabra para que haya efectos subjetivos.

Es posible acercarse a una definición más completa del sujeto para el psicoanálisis, el sujeto es el sujeto del inconsciente. Ese sujeto del inconsciente no es más que un efecto de la articulación significante y se sabe de su presencia porque hay lapsus, actos fallidos, chiste, formaciones del inconsciente. Decimos sujeto en el sentido de sujeción a la estructura del lenguaje, hablado por el lenguaje, dividido por su efecto significante. (Gutiérrez, 2010) El sujeto es el efecto de la articulación lógica del significante, y en este sentido, más que un sujeto que habla, es un sujeto hablado por la estructura del lenguaje.

El ser humano no nace en el vacío, sino que se inscribe en una red simbólica. Es decir, el sujeto está sujetado a diversos significantes que lo determinan y que luego, en el transcurso de su vida, irán siendo resignificados por el encuentro con otros significantes posteriores.

Se trata de ver cómo ese sujeto, una vez atrapado por la lengua y capturado en la red del lenguaje y los significantes, se posicionará luego dentro de la estructura, de cómo se situará en lo simbólico, en esa dimensión atravesada por una falta estructural. Esto dependerá no sólo de un determinismo dado, sino también de su decisión y de su responsabilidad, o sea, de cómo se las arregla en su caso en particular frente a los mandatos inconscientes recibidos y de qué hace con todo eso que le tocó. (Gutiérrez, 2010)

Lacan, citado en Gutiérrez (2010), saca al concepto de inconsciente de una referencia a lo imaginario y lo sitúa en relación con lo simbólico y distingue entre sujeto y subjetividad. El sujeto será el efecto subjetivo, de significación, que la articulación de los significantes entre sí produce. No hay subjetividad ni significación previas que estén esperando en algún lugar y que luego utilicen el lenguaje como instrumento de la

comunicación, sino efectos de lenguaje en el momento mismo en que el sujeto habla, y al hacerlo, es hablado por la lengua y constituido de este modo en relación a un Otro. La subjetividad se sitúa de este modo del lado de la combinatoria de la cadena y no del que habla.

En resumidas palabras, puede decirse respecto al sujeto del psicoanálisis, es decir, sujeto del inconsciente:

Lo que el psicoanálisis viene precisamente a decir es que el sujeto está inmerso en la estructura y que en esos efectos de significación se vehiculiza un deseo inconsciente. Dicho en otras palabras; hay un punto que no está subjetivado y que por lo tanto produce al sujeto del inconsciente. (Gutiérrez, 2010, p. 194)

LA LOCALIZACIÓN SUBJETIVA

Miller (2008) en “Introducción al método psicoanalítico”, distingue tres niveles: el nivel de la evaluación clínica, el de la localización subjetiva, y el de la introducción al inconsciente. Vincula entre los dos primeros niveles, la subjetivación; y entre los dos últimos, la rectificación.

Para la presente investigación, compete explicar brevemente el nivel entre la evaluación clínica y la localización subjetiva: la subjetivación.

Partimos aquí de la consideración del sujeto. El sujeto de la clínica es un sujeto de derecho, un sujeto que establece su posición con relación al derecho. Lo que se pretende decir con esto, es que no se trata de un sujeto de hecho. “Lo esencial es lo que el paciente dice.” (Miller, 2008, p. 38). Esto quiere decir, separarnos de la dimensión del hecho para entrar en la dimensión del dicho.

Sin embargo, siguiendo a Miller (2008), ir de los hechos a los dichos no es suficiente. Se requiere un segundo paso, que es cuestionar la posición que toma aquel que habla con relación a sus propios dichos. Entonces, lo esencial sería, a partir de los dichos, localizar el decir del sujeto.

Lacan, citado en Miller (2008), refiere a lo que llamó “enunciación”, que significa la posición que aquel que enuncia toma con relación al enunciado. Hay una distancia entre lo que dice y lo que quiere decir, en definitiva, hay una distancia entre el dicho y el decir. En relación a esto, Gabriela Levy Daniel (2004), explica que se accede a la enunciación a

través de los dichos y sus diferentes modalizaciones que nos dan un índice de la posición del sujeto.

Sucede que, muchas veces un sujeto dice algo, pero cuando lo dice, ¿es una verdad o una mentira para él mismo? Es por esto que existe una distancia entre el dicho y el decir, ya que alguien puede decir alguna cosa sin creer completamente en aquello que dice. Es así que se trata de una cuestión entre el dicho y el decir.

Aráoz (2017) señala que se debe escuchar los dichos del paciente para ir más allá de sus enunciados, al nivel del decir de la enunciación. El analista, a partir de los dichos del paciente, debe localizar al sujeto ubicando su posición subjetiva respecto a sus dichos, buscando modificar esa posición subjetiva.

Marcar el valor del dicho y sus modalizaciones, permite ver mejor la posición subjetiva frente al dicho. La localización subjetiva introduce al sujeto en el inconsciente. Es fácil decir la verdad cuando no la conocemos. Sin embargo, en análisis, en el esfuerzo de decir la verdad, la verdad más aguda que surge es que no es posible conocerla. Por ello, se utiliza la regla de decirlo todo a través de la asociación libre, para hacer aparecer esa verdad. (Miller, 2008)

Se trata de distinguir entre el dicho, y una posición con relación al dicho. Esta posición es el propio sujeto. Miller (2008) introduce para explicar esto, el símbolo de una caja vacía, donde se escriben las variaciones de la posición subjetiva. Se refiere al análisis de la relación entre el dicho y el decir.

Es importante entonces distinguir entre enunciado y enunciación; y en un segundo lugar, distinguir entre el dicho y el decir. Una cosa es el dicho, el dicho como hecho y otra lo que el sujeto hace de lo que dice. Lo que cambia en la perspectiva analítica, es que el sujeto utiliza la palabra para engañarse, por medio de engañar a otro, fundamentalmente, engañándose a sí mismo. Nada se garantiza a partir de un dicho. El sujeto dice una frase y luego, enseguida, su posición ante lo que dice. Lo que se hace en la interpretación analítica, es presentar al sujeto su propio dicho. (Miller, 2008)

Siguiendo el mismo texto, Miller (2008) expone sobre el dicho y la cita. Sostiene que no hay discurso que no ponga el dicho anterior entre comillas tal y como si fuese una

cita. Nadie puede hablar sin citar. Esto responde a la estructura significativa mínima, según la cual el significante, toma su sentido solamente a partir de la retroacción de un segundo significante. El lenguaje sigue de este modo, siempre en retroacción: la primera frase cambia de sentido cuando la segunda es formulada.

Gabriela Levy Daniel (2004) indica que, entre las citas se va girando, vacilando y dando el valor de la posición del sujeto en relación a aquello que emite. Es en el vacío del “entre” donde el sujeto hace su aparición; intervalo entre los dichos promotor de la localización subjetiva. Si Lacan advierte que no hay metalenguaje es porque no hay modo de explicar una frase si no es a través de otra, de forma que se continúa produciendo, cada vez, una nueva posición subjetiva. Se logra localizar al sujeto ahí donde se hace presente aquel vacío que permite la variabilidad de su posición, la inscripción de sus modulaciones.

Miller (2008) señala en relación a la atribución subjetiva, que no hay una sola cadena significativa sin que se plantee la cuestión del sujeto, de quién habla y desde qué posición habla. En toda cadena significativa la cuestión es de atribución al sujeto, al sujeto del dicho. Fundamentalmente, la cadena significativa es polifónica, o sea, se habla a varias voces, se habla modificando continuamente la posición del sujeto.

En general, no hay una unidad de la cadena significativa desde el punto de vista de la enunciación. Una palabra, es en realidad, la repetición del discurso del Otro, es una cita. Aquí recae la importancia de la puntuación como método analítico, la puntuación justa depende de cómo el analista fija la posición subjetiva. (Miller, 2008)

La localización subjetiva consiste en hacer aparecer la caja vacía donde se inscriben las variaciones de la posición subjetiva. Es como tomar entre paréntesis lo que el sujeto dice, y hacerle percibir que toma diferentes posiciones con relación a su dicho.

Entonces, cabe lugar a la pregunta ¿qué es el sujeto? A lo que puede responderse:

El sujeto es esa caja vacía, es el lugar vacío donde se inscriben las modalizaciones. Ese vacío encarna el lugar de su propia ignorancia, encarna el hecho de que la modalidad fundamental que se debe hacer surgir, a través de todas las variaciones, las modalizaciones, es la siguiente: “Yo (el paciente), no sé lo que digo”. Y, en este sentido, el lugar de la enunciación es el lugar propio del inconsciente. (Miller, 2008, p. 57)

Por su parte, Rostagnotto (2012) citado en Aquino Cabral (2016) afirma que “Hay una respuesta diferencial y eso es lo interesante que el psicoanálisis puede aportar.” (p. 31)

El entramado de la red del lenguaje le permite al sujeto producir un conjunto de ideas con los que intenta dar cuenta de sí y de sus circunstancias, siendo allí donde muestra lo esencial de su posición como sujeto, dando razón de la estructura donde se soporta. Gutiérrez Segú (2010) sostiene que el hombre se define en su discurso, pues al hablar siempre dice más de lo que dice sin saber lo que dice. Este “ser hablado” da por tierra con la ingenua idea de ser el amo de sus dichos, es hablado por un saber del cual no quiere saber nada.

En definitiva, puede concluirse en relación al concepto de posición subjetiva:

La posición subjetiva es la respuesta del sujeto a la división fundante del lenguaje, es decir frente a la falta estructural, que produce la castración, en términos freudianos. La respuesta que cada sujeto da a la castración, es particular, única, e inconsciente, fundante de la subjetividad. (Aquino Cabral, 2016, p. 31)

Siendo la castración esa falta estructural con la que todo sujeto se encuentra, es una ausencia que provoca miedo, más allá de la posición que cada sujeto asuma. El modo de posicionarse frente a ella puede variar y eso es lo que determina la modalidad del sujeto.

LA ESTRUCTURACIÓN DE LA SUBJETIVIDAD

Para el Psicoanálisis, la subjetividad se construye fundamentalmente, a través de dos tipos de identificaciones. Se entiende a la identificación como: “un proceso por el cual un individuo se vuelve semejante a otro, en su totalidad o en parte.” (Chemama, 1996, p. 214)

Por otro lado, en el texto “Psicología de las masas y análisis del Yo”, se define a la identificación como: “La más temprana exteriorización de una ligazón afectiva con otra persona.” (Freud, 2008, p. 99) Al mismo tiempo, se explica que el proceso de la identificación desempeña un papel en la prehistoria del complejo de Edipo, ya que el niño manifiesta un particular interés hacia su padre, quiere crecer y ser como él, lo toma como su ideal.

La identificación primaria, siguiendo a Freud (2008), es entendida como constitutiva del sujeto y anterior a toda relación de objeto, orientada a formar un yo similar

al otro tomado como modelo, es la forma más primitiva de lazo afectivo. La secundaria, por su parte, se entiende como salida de la conflictiva edípica y entrada al orden simbólico y formación del Súper Yo. Es un proceso de constitución subjetiva que acompaña toda la vida del sujeto y contribuye a la transformación permanente de su identidad.

Freud (2008), repite con insistencia la importancia de considerar la siguiente distinción: la identificación es lo que se quisiera ser, y el objeto es lo que se quisiera tener. Asimismo, el hecho de instituir dos nociones distintas no excluye a priori que se puedan hacer valer relaciones entre ellas, pasajes de una a otra. De todos modos, una dificultad continúa en cuanto a la noción de identificación, porque Freud renuncia a elaborarla metapsicológicamente, pero al mismo tiempo le mantuvo una función importante. Lo que parece más seguro es la diferencia radical entre la primera identificación, surgida del complejo paterno, y las otras, cuya función principal es resolver la identificación fijándola a una tensión relacional con un objeto. Esto es lo que surge de todo el proceso identificatorio por el cual el Yo se constituye y define su carácter.

Freud (2008) intentó una explicación más completa del concepto de identificación. En el texto mencionado con anterioridad, distingue tres tipos de identificaciones posibles:

- La identificación es la forma más originaria de ligazón afectiva con un objeto;
- Siguiendo una dirección regresiva, se convierte en sustitución de un enlace libidinoso a un objeto, como por introyección de objeto en el yo;
- Puede surgir siempre que el sujeto descubre en sí un rasgo común con otra persona que no es objeto de sus instintos sexuales.

Con respecto a esta última, el autor sostiene que mientras más significativa sea una comunidad, más exitosa podrá llegar a ser la identificación parcial y constituir el principio de una nueva ligazón. Es aquí donde afirma, que lo que enlaza a los individuos de una masa, es de la naturaleza de tal identificación, basada siempre en una comunidad afectiva.

Los individuos de una masa, ya sean diversos o semejantes, por el sólo hecho de hallarse transformados en una multitud, están dotados de un alma colectiva. Esta alma los hace sentir, pensar y obrar de una manera por completo distinta a la que sentiría, pensaría, y

actuaría cada uno de ellos aisladamente. Refiere entonces, que en una multitud, se borran las adquisiciones individuales, apareciendo una base común a todos.

Durante el transcurso de este escrito, lo que el autor quiere mostrar es la gran influencia que tiene en la subjetividad de un sujeto, constituirse en una masa.

Es necesario remarcar, que para que un grupo humano llegue a constituirse en una masa, es condición necesaria que entre los mismos compartan algo en común, un mismo interés, un mismo objetivo, o que experimenten los mismos sentimientos ante una situación dada. Es decir, posean la facultad de influir unos sobre otros.

Con respecto a las características que le otorga a la multitud, Freud (2008), señala que todo sentimiento y todo acto que allí se ponen en juego, son contagiosos, hasta el punto de que el individuo sacrifica su interés personal, en pos de un interés colectivo. De esta manera, voluntad y discernimiento quedan abolidos. A propósito de esto, destaca que:

Los principales rasgos del individuo integrante de la masa son, entonces: la desaparición de la personalidad consciente, de los sentimientos e ideas en el mismo sentido por sugestión y contagio, y la tendencia a transformar inmediatamente en actos las ideas sugeridas. El individuo deja de ser él mismo; se ha convertido en un autómatas carente de voluntad. (Freud, 2008, pp. 72-73)

En conclusión, se sostiene que la masa impulsa al individuo a imitar a los demás y comportarse del mismo modo; los afectos se intensifican por contagio, y se pierde la libertad del individuo.

A partir de lo planteado hasta aquí en este apartado, es posible dar una definición modesta de subjetividad siguiendo la postura de Hewiston (2013), quien afirma que:

Subjectivity means nothing other than that each and every one has the chance to tell their own story. Lacan has a concise way of expressing this – referring to human beings as *parles-etre*, literally, ‘speaking-beings’. A psychoanalysis itself is a particular approach to the integration of one’s history, the telling of one’s own story. This is essentially all that happens in a psychoanalysis, which I have called elsewhere the purest practice of free speech.¹ (Hewiston, 2013)

¹ La subjetividad no significa otra cosa que todos y cada uno tengan la oportunidad de contar su propia historia. Lacan tiene una forma concisa de expresar esto, refiriéndose a los seres humanos como *parles-etre*, literalmente, “hablantes”. El psicoanálisis en sí es un enfoque particular para la integración de la propia historia, la narración de la propia historia. Esto es esencialmente todo lo que sucede en el psicoanálisis, que he llamado en otros lugares la práctica más pura de la libertad de expresión. (Traducción propia, 2018)

Siguiendo al mismo autor, en concordancia con lo planteado en la cita anterior, puede decirse que una definición igualmente rudimentaria de subjetividad se puede encontrar en el trabajo de Lacan. La subjetividad se refiere al “sentiment de la vie chez le sujet”, traducido como “el sentido de la vida del sujeto”.

De hecho, hay varias definiciones de subjetividad, concordantes con el hecho de que para Lacan hay diferentes modos de subjetividad de acuerdo con la estructura particular a través de la cual el sujeto ha encontrado un lugar para él en los registros de lo real, imaginario, y simbólico. Sin embargo, lo que es común a todas estas estructuras es la forma en que el sujeto puede constituir una posición con respecto a ciertas preguntas fundamentales. Estas preguntas son universales y se caracterizan por elementos discordantes que resisten el significado. La respuesta particular a cada uno constituirá una subjetividad en el sentido de un sentimiento de la vida. Entre estas preguntas se puede encontrar: la cuestión de los orígenes (de dónde vengo, de la cual la cuestión edípica es la articulación por excelencia); la cuestión de la muerte (remite a la formulación de Lacan de la pregunta obsesiva clásica); la cuestión del conocimiento o significado (la pregunta epistémica, una que a menudo lleva a las personas al psicoanálisis mismo); y, por último, la cuestión del cuerpo (la forma en que el sujeto negocia una unidad corporal, una integridad corporal) (Hewiston, 2013)

En definitiva, la subjetividad en el psicoanálisis no implica un relativismo sino una ontología. El psicoanálisis es una práctica que insiste en la especificidad absoluta de la experiencia de cada individuo, lo que significa que la subjetividad escapa a todos los intentos de objetivación. Tal como la Enciclopedia de Edimburgo del Psicoanálisis citada por Hewiston (2013) lo define, la subjetividad es “La experiencia subjetiva de la persona individual que nunca se puede reducir a la objetividad.”

CAPÍTULO II: EL FÁRMACO Y EL MALESTAR EN LA CULTURA

En el presente capítulo se desarrollarán algunas consideraciones en relación al malestar en la cultura planteado por Freud. Partiendo de esta concepción general, se procederá a destacar algunas cuestiones que conciernen a la era del consumo generalizado que caracteriza la época actual, para luego exponer algunas referencias respecto a la función del fármaco dentro de este malestar estructural inherente a la cultura y dentro del marco de la actualidad.

A partir de aquí, se hará mención a algunos aspectos a tener en cuenta al momento de pensar en un abordaje para el sujeto que realiza una demanda a partir de la insatisfacción derivada del tóxico que consume; para finalmente resaltar la implicancia de la Ley de Salud Mental junto con el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos en las modalidades de tratamiento, ya que, independientemente del marco teórico que se utilice debe prestarse especial atención a la vigencia de dichas leyes y lo que allí plantean.

EL MALESTAR EN LA CULTURA

Ya en el siglo XX, Sigmund Freud en su artículo denominado “El malestar en la cultura”, plantea que la cultura es inseparable de un malestar que le es inherente, es decir, que no hay cultura sin malestar. El malestar es ineludible y constitutivo, es un costo que el sujeto debe pagar por estar dentro de la cultura. A su vez, manifiesta que el hombre, en su anhelada búsqueda de la felicidad, se encuentra constantemente amenazado por el sufrimiento, lo que lo lleva a concentrar sus esfuerzos en la evitación del dolor, relegando a un segundo plano la búsqueda del placer.

La ilusión por alcanzar la felicidad fue siempre una preocupación para el hombre. Freud se refiere a esto y caracteriza dos fases; un fin positivo, que sería el de experimentar intensas sensaciones de placer, y uno negativo, evitar el displacer y el dolor, lo cual aparece como lo más difícil de alcanzar:

Desde tres lados amenaza el sufrimiento; desde el cuerpo propio, que, destinado a la ruina y la disolución, no puede prescindir del dolor y la angustia como señales de alarma; desde el mundo exterior, que puede abatir sus furias sobre nosotros con fuerzas hiperpotentes, despiadadas, destructoras; por fin, desde los vínculos con otros seres humanos. Al padecer que viene de esta fuente lo sentimos tal vez más doloroso que a cualquier otro; nos inclinamos a verlo como un suplemento en

cierto modo superfluo, aunque acaso no sea menos inevitable ni obra de un destino menos fatal que el padecer de otro origen. (Freud, 2008, pp. 76-77).

El mejor aliado que el hombre encontró para modificar la sensación de malestar subjetivo y alcanzar sensaciones placenteras fueron las diferentes sustancias que modifican la realidad psíquica, permitiendo el éxito sobre el dolor de existir. La presencia en el organismo de estas sustancias proporciona sensaciones placenteras y modifica a su vez la sensibilidad, de este modo se logra impedir la percepción de estímulos desagradables.

Siguiendo a Gutiérrez Segú (2007), puede afirmarse que el carácter benéfico que se le atribuye a la acción de los estupefacientes en la lucha por la felicidad y la prevención de la miseria, no solo es por el placer inmediato sino también por la medida de independencia frente al mundo exterior. Las personas saben que con ese “quitapenas” podrán escapar de la realidad, refugiándose en su mundo propio. En relación a esto, Freud (2008) sostiene:

La vida, como nos es impuesta, resulta gravosa: nos trae hartos dolores, desengaños, tareas insolubles. Para soportarla, no podemos prescindir de calmantes. Los hay, quizá, de tres clases: poderosas distracciones, que nos hagan valuar un poco nuestra miseria; satisfacciones sustitutivas, que la reduzcan, y sustancias embriagadoras que nos vuelvan insensibles a ellas. (Freud, 2008, p. 75)

A propósito de esta idea, cabe destacar que Freud sitúa el beneficio del efecto químico en términos de independencia frente al mundo exterior, pero señala que aquello que funciona como un paliativo, se puede volver su contrario. De esta manera, se entiende que la respuesta ante el malestar, es una solución que no elimina al malestar mismo. Respecto a esto, Naparstek (2008) afirma que el sujeto al principio maneja su relación con la sustancia, pero a partir de un momento, esa sustancia lo maneja a él.

Freud (2008) se pregunta, cuál es la mejor respuesta frente al malestar, respondiendo que no existe una mejor respuesta, sino que cada sujeto debe encontrar la suya. Es decir, que no hay una respuesta universal, sino que cada sujeto debe buscar su solución. Es importante hacer hincapié en esto ya que, a diferencia de lo que plantea Freud acerca de que hay un malestar inherente a toda cultura y luego hay diferentes posibilidades para paliar ese malestar; en la actualidad hay un goce unitario para todos por igual, borrando todas las diferencias.

LA ÉPOCA DEL CONSUMO GENERALIZADO

En la actualidad, existe una tendencia que lleva a una respuesta única y globalizada, para todos por igual, que intenta barrer todas las diferencias. Esto se presenta de modo diferente a lo que planteaba Freud en el malestar en la cultura. En su época, el consumo de narcóticos se presentaba como un modo más para enfrentarse a lo real, y como un síntoma aislado. Actualmente, se presenta como un modo único y globalizado de respuesta ante el malestar.

En relación a esto, Zack (2005), sostiene que: “Uno de los paradigmas de la sociedad posmoderna, es la promoción de coordenadas universales para el tratamiento del malestar, en un reiterado intento por borrar lo particular de la subjetividad. Su bandera panfletaria es el “para todos”, pero termina siendo solo para algunos.” (Zack, 2005, p. 125)

Resulta importante tomar en consideración las particularidades de la subjetividad de la época, ya que el sujeto surgirá de esa subjetividad que varía según las épocas; dado que las variables socio-culturales, políticas, y económicas, poseen gran influencia en los comportamientos, acciones, modos de sentir, pensar, y sintomatizar, de sus actores. Es decir, inscriben rasgos en sus subjetividades. A propósito de esto, Lacan, citado en Zack (2005) señala:

Mejor que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época. Pues, ¿cómo podría hacer de su ser, el eje de tantas vidas, aquel que no supiese nada de la dialéctica que lo lanza con esas vidas en un movimiento simbólico? Que conozca bien la espiral a la que su época lo arrastra en la obra de continuidad de Babel, y que sepa su función de intérprete en la discordia de los lenguajes. (Zack, 2005, p. 113)

Esta idea, resalta precisamente lo que, a partir de lo planteado en el párrafo anterior, el psicoanálisis no debe desatender: la subjetividad de la época.

El ámbito institucional es un lugar privilegiado para leer la subjetividad de una época, Esqué (s/f), explica que allí se reciben una gran y variada muestra de demandas de sujetos portadores de nuevas formas de malestar que produce la civilización. En la clínica que se elabora en una institución de salud mental se pueden leer y descifrar los efectos del discurso de la ciencia y del discurso capitalista sobre el sujeto, obteniendo una perspectiva de nuestra época caracterizada por la inexistencia del Otro. Los efectos de la globalización,

los fenómenos y patologías del consumo, la extensión de los efectos de banalización de una sociedad basada en el espectáculo, la creciente judicialización de los conflictos, las nuevas formas de segregación, etc., aparecen en el ámbito de la clínica institucional de forma manifiesta.

A raíz de lo expuesto hasta aquí, cabe preguntarse ¿en qué consiste la época actual? Lacan citado por Zack (2005), no duda en dar su respuesta sobre el rasgo fundamental que tienen los tiempos actuales, sosteniendo que se trata de un cambio de discurso, de una sustitución: la del discurso del amo antiguo (hoy en extinción), por el discurso científico. En lo contemporáneo, la ciencia y la técnica ocupan un lugar de dominancia en los discursos.

La posmodernidad puede definirse como una época donde impera el discurso capitalista, que propone un consumo desmedido, donde lo nuevo pasa a la categoría de viejo de un día para el otro y, donde el consumir es lo único que permite ser parte del sistema, estar adentro. “Sólo se abren las puertas de la aldea global, para quienes vayan allí a comprar y a vender, a invertir y especular.” (Gutiérrez, 1999, p. 25)

En el discurso capitalista, se trata la promoción de un sujeto sin marcas, un individuo anónimo, situado como un agente de operación, para quien todo es posible. A este rasgo de la subjetividad posmoderna Lacan lo llamó rechazo de la castración: “Para ti, todo es posible, con la posesión de los bienes que te ofertamos no te faltará nada y serás feliz.” (Sinatra, 2010, p. 52)

Teruel (2013) plantea que, es lo vertiginoso el rasgo que enmarca especialmente a esta época, con la aceleración del desarrollo y las innovaciones de la tecnología como demostración elocuente, en una cadena ad infinitum: lo novedoso dura cada vez menos, los objetos se vuelven obsoletos más deprisa, en un culto de lo nuevo que, de un modo inexorable, hace del propio sujeto un objeto de desecho. En relación a esto, Salamone (2009), expone:

La soledad globalizada, efecto de las políticas del imperio del mercado, afecta al rincón más íntimo de la subjetividad y con ello a las condiciones de satisfacción de los seres hablantes, hoy convertidos en los verdaderos objetos del consumo; consumidores consumidos por el mismo mercado que debía alimentarlos, educarlos y velar por su salud. (Salamone, 2009, p. 16)

Siguiendo esta idea, Zack (2005) sostiene que, en los tiempos actuales es indudable que los sujetos se encuentran en un mundo poblado por infinitos objetos de consumo, los cuales se ofertan en forma permanente como señuelos, para así instituirse como partenaires proveedores de un goce que ilusoriamente ubicaría un ideal acorde a los tiempos modernos. Tenemos entonces, un sujeto colmado en su falta, un sujeto sin división, un sujeto que ha logrado obturar su propia castración.

En el caso particular de los consumos problemáticos, sucede que se aparta cualquier deseo que pueda tener el individuo con la finalidad de quedarse únicamente con el goce obtenido de manera autoerótica. “Por lo tanto, la toxicomanía es la expresión más extrema de los efectos de la soledad del sujeto contemporáneo. Un sujeto lleno de objetos pero extraviado en el goce.” (Salamone, 2009, p. 51) A propósito de esta idea, Sinatra (2010) señala:

El toxicómano adviene como un signo que define la época. Él es quien, por excelencia, no se avergüenza de su goce, él es aquel que lo muestra hasta el extremo de inventarse un ser a partir de una nominación que le viene como anillo al dedo desde el Otro social para seguir gozando en el autismo tóxico: el toxicómano es el partenaire-síntoma del capitalismo hipermoderno. (pp. 53-54)

El imperativo de la época es el consumo desmedido y masivo, que asegure un goce instantáneo y sin medida. Es decir, es una época gobernada por el principio del placer, donde los mensajes sociales que se transmiten de persona a persona son palpables en sus dichos cotidianos: “Relájate y deja que fluya”, “Piensa menos y vive más”, “Nada es imposible”, “Quiero todo ya”, por mencionar algunas.

A partir de lo expuesto por Hernández Valderrama (2015), puede decirse que nos encontramos con que, además de los falsos discursos políticos y económicos, hay un discurso publicitario basado en el bienestar obtenido por el objeto, en el caso que compete al presente trabajo nos referimos al alcohol o el tóxico, adecuado a las necesidades de un medio ambiente que se pretende gentil y amable. En este sentido, el sujeto que consume está a la vanguardia de una sociedad idealmente concebida para satisfacer el principio de placer evitando enfrentar la realidad.

Las ofertas de consumo en la época actual arrastran a los sujetos al sin límite, al vivir sin reglas: pareciera ser una orden el tener que experimentar nuevos placeres, involucrarse en ámbitos desconocidos, vivir intensamente y no detenerse. (Ons, 2014)

Los estilos de vida que hoy se ponen en juego, las elecciones de los sujetos, responden a esta lógica, que en su intento de marcar la diferencia, lo único que propone es unificar los modos de gozar dejando así de lado “el uno por uno”, es decir, las subjetividades. “El mercado deja sin mayores posibilidades de elección a los sujetos, se erige en un amo absoluto y sin oposiciones que provengan de afuera e invade todos los aspectos de la vida humana.” (Gutiérrez, 1999, p. 24)

En concordancia con lo planteado hasta aquí en el presente apartado, es importante considerar los efectos que todas estas transformaciones de la época tienen en el sujeto. En relación a esto, Sampaio Bicalho (2016), sostiene:

The effects of these transformations make the contemporary subject build new clinical symptoms and a new psychic economy. These facts produce new forms to express subjectivation, in which the subject looks for a more direct relationship with jouissance, to express a connotation of a contingent encounter, in a given context, between a subject and the emergence of jouissance. This means that in postmodernity, when all kinds of jouissance come in through this incessant production-consumption machine surplus jouissance shows up and is placed beyond the discourse, introducing a no-knowledge located in the body.²

El psicoanálisis, al ser una práctica basada en la palabra y en el principio de decir todo hasta encontrar lo imposible, se sitúa a contracorriente del discurso capitalista que precisamente no quiere saber nada de ese imposible. De esta manera, puede afirmarse que el uso de sustancias obedece a una política de goce individualista que viene a garantizar una homogeneización mediante la atribución de una identidad común a todos los que la eligen. Puede decirse entonces, que el consumo de sustancias constituye una causa de desinserción social en cuanto a que afecta justamente el lazo social. El discurso capitalista elimina al

² Los efectos de estas transformaciones hacen que el sujeto contemporáneo desarrolle nuevos síntomas clínicos y una nueva economía psíquica. Estos hechos producen nuevas formas para expresar subjetivación, en las cuales el sujeto busca una relación más directa con el goce, para expresar una connotación de un encuentro contingente, en un contexto dado, entre un sujeto y el surgimiento del goce. Esto significa que en la posmodernidad, cuando todo tipo de goce entra a través de esta máquina incesante de producción-consumo, el goce excedente aparece y se coloca más allá del discurso, introduciendo un no-conocimiento localizado en el cuerpo. (Traducción propia, 2018)

Otro, en cambio el discurso psicoanalítico, busca la emergencia de las particularidades del goce subjetivo que la sustancia disimula.

El psicoanálisis se encarga de estudiar “el caso por caso”, “el uno por uno”, y es por ello que no puede dejar de lado la influencia del contexto socio-histórico y cultural, en el cual se desempeña, o al menos intenta hacerlo. Sin embargo en la actualidad, solo hay una cosa que pareciera ser válida: la ley que propone el mercado, para todos por igual, borrando las diferencias.

FUNCIÓN DEL FÁRMACO

Hasta aquí hemos visto algunas cuestiones referentes al malestar en la cultura, y ciertas características que hacen a la era del consumo generalizado que definen la época actual. Adentrándonos más en lo particular, llegamos al planteamiento de la función del fármaco dentro de esta era del consumo generalizado y al mismo tiempo, dentro de este malestar estructural de la cultura. Para esto, en primer lugar es importante resaltar el hecho de que la relación de los individuos con las drogas es milenaria, a diferencia de lo que sucede en los últimos tiempos, donde los consumos problemáticos aparecen como una forma de relación del sujeto con determinada sustancia.

La existencia de las drogas es conocida y utilizada por el hombre desde los primeros tiempos, tanto en ceremonias como en diversas festividades. Antonio Escohotado (1998) sostiene que:

No hay un solo grupo humano donde no se haya detectado el uso de varios psicofármacos, y si algo salta a la vista en este terreno es que constituye un fenómeno plural en sí, que se manifiesta en una diversidad de tiempos, cubre una amplia variedad de lugares y obedece a una multitud de motivos. (Escohotado, 1998, p. 23)

Siguiendo al mismo autor, es posible dividir la historia en cinco puntos fundamentales, a través de los cuales puede observarse la función del fármaco en cada uno de ellos.

El primero período, se trata acerca de la relación de las drogas con el sujeto y la religión. Sucede que, en la mayoría de las religiones es posible encontrar una relación entre el sujeto y las drogas; en el budismo por ejemplo, se encuentra muy presente desde el

comienzo. Hay una relación histórica sobre todo con lo que en la antigüedad se llamaba cáñamo, que es lo que hoy conocemos como marihuana. Al mismo tiempo, la práctica misma de la meditación fue acompañada por el consumo de diferentes drogas, fundamentalmente el cáñamo. A su vez, en el antiguo testamento la cuestión del consumo de alcohol se menciona de diferentes formas, por un lado, teniendo en cuenta lo que puede producir el mismo, y por otro, recomendándolo como un analgésico. Respecto a las religiones que pertenecen a la península hindú, también se encuentra presente el cáñamo, incluso en las tribus de América el consumo aún se encuentra arraigado con una profunda inserción religiosa.

El segundo momento, refiere a las drogas en la cultura grecorromana, ya que, el autor explica que en estas culturas también hay una presencia muy fuerte de las drogas. Es interesante considerar la etimología del término “pharmakon”, de donde proviene “fármaco”, que en su etimología posee un doble sentido: remedio y veneno. Este modo de utilizar el fármaco es lo que hoy se refiere al uso o no, indebido de drogas. El problema entonces, no es la sustancia sino cómo la consume cada uno, más bien, el problema es el sujeto.

Luego, se plantea la relación entre China y el opio: el opio constituye una sustancia que existía en China mucho antes de que los ingleses comenzaran a vendérsela. Lo que interesa aquí es el hecho de que se trata de una sustancia que por miles de años fue utilizada por los chinos, y cuando se prohíbe pasa a ser un problema para ellos. Cuando algo es prohibido es a la vez más deseado. Cabe destacar aquí la responsabilidad subjetiva, se pone en juego la cuestión de si es el Estado el que debe hacerse cargo de cómo se consume, o cada cual debe hacerse responsable de su propio consumo.

Siguiendo el lineamiento expuesto por el autor, hacia el año 1500, la situación de las drogas tiene que ver con las relaciones entre las drogas y las brujerías, no se perseguía a las drogas en sí, sino a las brujas. Esto va cambiando con el tiempo y puede verse en la actualidad, donde se persigue a las drogas como si fueran el mismo demonio.

Finalmente, se encuentra la época del liberalismo y el laissez faire, donde el concepto de democracia de esta época supone que los derechos de cada sujeto permiten relacionarse libremente con estas sustancias, entre otras cosas. También las drogas

empiezan a tener un lugar fundamental en algunas ideologías tales como el movimiento hippie. Empiezan por otro lado, a desarrollarse investigaciones sobre el consumo indígena y finalmente, se incluye el auge en las terapias, donde se creía que consumiendo ciertas drogas se podía llegar fácilmente al inconsciente.

Considerando los momentos descriptos, lo crucial aquí, es el momento en que se instala la adicción propiamente dicha, momento vinculado a la guerra civil de los Estados Unidos (1860-1865), donde empieza a utilizarse morfina para calmar los dolores, y una vez finalizada la guerra aparecen las adicciones a la morfina. Sin embargo, el momento más importante es cuando se descubre el fenómeno de la abstinencia, con esto entra en el campo médico como síndrome. “Fue una gran novedad en la historia de la medicina que el hábito debía considerarse una función del síndrome abstinencial, y que cualquier cosa resultara preferible a sufrir su aparición.” (Escohotado, 1998, p.176)

En definitiva, es posible establecer la existencia de tres momentos históricos en lo que respecta al uso de drogas: un primer momento, donde el uso no era presentado como patológico. La problemática de las drogas llega a establecerse con claridad sólo cuando aparece el síndrome de abstinencia; es a partir de aquí que se convierte en un problema. Luego, un segundo momento que inicia a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, donde se empiezan a instalar las drogas como pudiendo procurar dependencia. Esto corresponde al período del malestar en la cultura, donde Freud muestra al consumidor de narcóticos como un síntoma acotado. Finalmente, se presenta la época contemporánea de la inexistencia del Otro, donde prima el goce del consumo propuesto por el mercado, para todos por igual, borrando todas las diferencias. Correspondería así a una solución universal, lo que lo quita del lugar de respuesta singular. Aquí reside la diferencia con la época de Freud, que se caracterizó por la singularidad y su lazo con el Otro. (Naparstek, 2008)

Por otro lado, al preguntarse acerca de cuál es la función del fármaco, es importante retomar a Freud en lo que concierne a su tesis sobre la adicción. Sucede que, lo que existe en relación al fenómeno de las adicciones en las obras de Freud son referencias y sobre esas referencias se arma una versión; hay muchas referencias en Freud respecto al consumo de narcóticos, esto puede verse como ya se ha planteado, en su texto “El malestar en la cultura”.

Freud (2007), en la “Carta 79” expresa: “(...) Se me ha abierto la intelección de que la masturbación es el único gran hábito que cabe designar “adicción primordial”, y las otras adicciones sólo cobran vida como sustitutos y relevos de aquella.” (Freud, 2007, p. 314)

Entonces puede escribirse así:

Adicciones / Masturbación

Freud (2007) define la masturbación como adicción primordial y sostiene que todas las otras adicciones serían adicciones segundas respecto de esta primera, son sustitutas de la masturbación. Es decir, que hay una sustitución de la masturbación por esas adicciones.

Lo primero que indica es que esa adicción, esa masturbación, está en íntima relación con el autoerotismo. En su texto “Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad” de 1908, expone:

El acto masturbatorio se componía en esa época de dos fragmentos: la convocación de la fantasía y la operación activa de autosatisfacción en la cima de ella. Como es sabido, esta composición consiste en una soldadura. Originariamente la acción era una empresa autoerótica pura destinada a ganar placer de un determinado lugar del cuerpo, que llamamos erógeno. Más tarde esa acción se fusionó con una representación-deseo tomada del círculo del amor de objeto y sirvió para realizar de una manera parcial la situación en que aquella fantasía culminaba. (Freud, 2007, pp. 142-143)

Con esto Freud dice que el acto masturbatorio se dividía en dos partes, una, que es la evocación de la fantasía, y por otro lado, los movimientos mecánicos. Estas dos cosas que él llama composición o fusión, en un tiempo estaban divididas. Por lo que, lo que se encontraba en algún tiempo eran solo los movimientos activos mecánicos, a lo que él llama puro autoerotismo, y luego en un segundo momento a eso se le agrega la fantasía. Es un momento, el primer momento, al que podemos llamar “cero”, respecto de un momento “uno”. (Naparstek, 2008)

Tiempo 0 / Puro autoerotismo

Tiempo 1 / Onanismo como soldadura

El planteo de Freud, explica Naparstek (2008), es que para que haya síntoma hacen falta tres condiciones necesarias. Primero, hay que dejar de masturbarse. Para Freud es una

ley, no hay masturbación y síntoma a la vez. Si se descarga por la vía de la masturbación no se descarga por la vía del síntoma. En segundo lugar, plantea que una vez que sea dejada hace falta que esa energía no sea derivada de otra manera, en otros términos, habla de la sublimación. Es decir, que no haya una satisfacción sustitutiva. Y en tercer lugar, es necesario que la fantasía pase a ser inconsciente. Si se dan estas tres condiciones tenemos la posibilidad de que esto se descargue por la vía del síntoma.

Tiempo 0 / Puro autoerotismo

Tiempo 1 / Onanismo como soldadura

Tiempo 2 / Síntoma

En definitiva, puede entenderse la tesis de Freud como pudiendo ubicar a la adicción en el lugar de sustitución de un puro autoerotismo sin sentido alguno, sin que esté aun articulado a la fantasía o a la palabra, lo que al comienzo veíamos como masturbación primordial o adicción primordial. Por otro lado no parece seguir el camino del síntoma ya que síntoma y masturbación son respuestas estructuralmente diferentes.

Retomando la pregunta acerca de la función del fármaco, cabe destacar, como bien expone Hernández Valderrama (2015), que los sujetos encuentran en el consumo de sustancias químicas, el placebo que los aparta de la realidad y les hace más llevadera su existencia para poder soportar el dolor de vivir. Siendo prácticamente imposible vivir aislados, los seres humanos sienten una opresión abrumadora por los sacrificios a que insta la cultura a fin de permitir su convivencia.

Cabe preguntarse, ¿qué sucede con los sujetos que no aceptan las normas? ¿Es el consumo de tóxicos un mecanismo para disminuir las exigencias que sienten sobre sí, de las demandas de la cultura representadas por el Otro y de esa forma disminuir el malestar de vivir? Freud habla de los narcóticos señalando que el peligro está en romper el lazo con la realidad y sustraerse de ella. El adicto busca “algo” en las drogas ante su carencia en ser, su Yo se siente amenazado ante las demandas alienantes del Otro, siente no tener con qué responder. Las drogas aparecen entonces, siguiendo a Hernández Valderrama (2015), como un camino que lo alejan de la palabra y le prometen otra realidad, donde nadie cuenta más que él.

Para concluir, es posible considerar a la droga como el artificio que disfraza la realidad, oculta la miseria del sujeto quien pretende a toda costa huir de ella, le presenta un mundo sin cuestionamientos ni exigencias. (Hernández Valderrama, 2015) Recurrir a las drogas aparece como una promesa de felicidad, el malestar empuja a la experiencia de las drogas, por lo que para el sujeto son las drogas una forma de soportar el dolor de vivir.

UN ABORDAJE PARA EL SUJETO

Tomando en cuenta lo expuesto en los apartados anteriores, puede decirse que estamos en la era del consumismo en su máxima expresión, la sociedad se presenta como una sociedad caracterizada por el ocio, la destrucción del tejido social y la soledad, dejando un espacio que la ciencia y la técnica intentan ocupar promoviendo una gran variedad de objetos de consumo; donde las personas, en su búsqueda por las sensaciones de placer y bienestar queriendo evitar el dolor de la existencia misma, recurren a relacionarse con distintos tipos de sustancias. Ante esto, es necesario correr el foco de atención sobre las sustancias hacia la persona que las busca y las emplea. Se evidencia así la necesidad urgente de hacer algo al respecto en cuanto a la tríada sujetos-drogas-contexto.

En primer lugar, es fundamental considerar la importancia de poder determinar qué es lo que ofrecen las drogas que las hacen tan atractivas y que se conviertan en un método de elección ante el padecimiento. Se sabe que a ellas se asocia un efecto placentero y que tiende a favorecer el despliegue de lo que suele estar inhibido. De este modo, permite la posibilidad de obtener un cierto nivel de anestesia de eso que es intolerable para el consumidor. Esto es lo que busca el sujeto que consume drogas para procurarse placer y lograr una sensación de bienestar. Placer y bienestar que no puede alcanzar por otros medios. Ahora bien, ¿qué sucede cuando el consumo de drogas se torna ineficaz ante los fines deseados? Cabe entonces aquí la posibilidad de efectuar un tratamiento terapéutico para el sujeto, ya que lo que utilizaba como solución ante el malestar y el dolor de la existencia dejó de cumplir su rol y se torna problemático. Gutiérrez Segú (2007) lo expresa de la siguiente manera:

Quien está en condiciones de comenzar a formular una demanda de tratamiento es aquel sujeto para quien el consumo de drogas es un instrumento insuficiente para anestesiar de un modo efectivo el padecimiento, al tiempo en que en sí mismo se ha constituido en una fuente de displacer y problemas que hacen desaparecer los

iniciales efectos placenteros y se suma como malestar de difícil resolución. (Gutiérrez Segú, 2007, p. 41)

Por otro lado, es importante tener en consideración algunas cuestiones al momento de plantear la posibilidad de llevar a cabo un tratamiento terapéutico en un sujeto, entendiendo por éste el conjunto de modalidades específicas que tiende a eliminar síntomas específicos y comportamientos problemáticos, implica una intervención dirigida hacia un aprendizaje permanente de capacidades y mecanismos nuevos de superación. (Camacho Ramírez, s/f)

Siguiendo a Kameniecki (2009), cuando una persona con problemas de consumo pide asistencia, concurre a quejarse de un acto: el consumo de drogas, y no presenta síntomas. Con esto, nos encontramos frente a alguien que, a menudo en posición de objeto, reclama lo que sería la cesación de su consumo. “¿Cómo hacer para desalojarlo de ese lugar y qué le ofrecemos si le falta? En efecto, se trata de eso, le podemos ofrecer una falta.” (Kameniecki, 2009, p. 11)

Este sujeto no quiere saber nada de la castración. Viene porque algo en la relación con la sustancia evidencia algún fracaso; ya no es igual que antes, cuando le procuraba satisfacción, cuando no necesitaba al otro, acude porque perdió el control sobre el consumo y esto lo desbordó. En algunas situaciones, se trata de personas que vienen de rebotar en distintos servicios a los cuales recurrieron pidiendo asistencia y terminan siendo derivados a otros lugares de atención. Otras veces, encontramos personas que son traídas por terceros, es decir, buscan tratamientos por encargo o por imposición de alguien. De este modo, según Kameniecki (2009), se establecen ciertas operaciones a llevar a cabo para que un tratamiento pueda tener la posibilidad de conseguir el éxito:

- Operación de alojamiento: significa estar dispuesto y disponible para ese sujeto singular y ofrecerle escucha y tiempo, a menudo no silenciosa, sin vacilar si es uno el que tiene que demandarle que vuelva. Reside en intentar toda maniobra posible para alojar al que consulta.

- Provocar, promover o constituir una demanda: esto implica a menudo la necesidad que hable el profesional, que aporte palabras frente al silencio de quien consulta ya que no es poco común que al cabo de un par de entrevistas en las que prácticamente se centran en

lo mismo, alegan que ya no tienen más que decir. Es importante no estar esperando la demanda ya que habitualmente, no existe. La característica tríada síntoma-demanda-transferencia de lo que se puede llamar la clínica clásica aquí se encuentra ausente, por lo que se le otorga mayor valor a la constitución de un lazo que a la interpretación.

- Construir o inventar el síntoma: como se dijo, los pacientes concurren en posición de objeto para que se haga algo con ellos y en consecuencia logren dejar de consumir, sin ninguna implicación subjetiva, sin síntoma. Si algo traen, es lo que está relacionado con los efectos de las sustancias y en consecuencia tienen una transferencia imaginaria sobre esos objetos-productos de goce.

Se hace necesario implementar una operación mediante la cual el lugar de ese objeto condensador de goce – plus de gozar- constituido por la sustancia pueda ser ocupado por quien está en posición de escuchar. Es decir, producir un desplazamiento de lo real por lo simbólico orientado a producir una transferencia simbólica. El autor explica que sin embargo esto no es sencillo ni se logra en todos los casos, se necesita tiempo y requiere disposición.

Durante la implementación de un tratamiento terapéutico, es importante tener en cuenta algunas cuestiones en relación a ese sujeto. En primer lugar, el logro de la abstinencia del consumo no puede ser el único objetivo a perseguir, es sabido que muchos no solo sufren recaídas, sino que vuelven decididamente al consumo sostenido después de largo tiempo de tratamiento o incluso habiendo recibido el “alta” en los distintos programas. Por esto, es necesario pensar la abstinencia como corte en acto, no como fin en sí misma sino como la puesta en función de lo real del agujero que abre a la dimensión de la falta que posibilita la emergencia del sujeto. (Teruel, 2013)

Teruel (2013), explica que el abordaje no puede consistir en forzar la adaptación al deseo del Otro, sino en propiciar el surgimiento de la demanda del sujeto, sin lo cual no habrá oportunidad para ningún abordaje terapéutico.

El objetivo a perseguir es lograr un abordaje que posibilite al sujeto pasar del goce sin medida de la droga a confrontarse con su propia división subjetiva, que puede permitir entrar en el campo del deseo.

La clínica a la que se hace referencia implica favorecer el surgimiento de un sujeto de la palabra, que pueda correrse de la inscripción en la categoría anónima de “adicto”, desidentificándose a esa condición, ya que el efecto de ese tipo de identificación es el de congelar el discurso. (Teruel, 2013)

Un aspecto importante a tener cuenta, es el hecho de “proponer respuestas a aquel que aún no se ha hecho preguntas”. El sujeto, plantea Teruel (2013), debe comenzar a interrogarse respecto de sí mismo, de manera que la terapéutica de los consumos problemáticos no puede desconocer la singularidad de cada sujeto. Esto es aquí lo fundamental, no todos los consumos representan una misma problemática por lo que no se puede administrar un mismo programa, para todos por igual. Se deberá atender el caso por caso, teniendo siempre en cuenta la singularidad de cada sujeto y sus necesidades, para poder responder en consecuencia y realizar un abordaje que se adapte al sujeto y le permita lograr los objetivos del tratamiento establecido. A propósito de esto, Gutiérrez Segú (2010) expone lo siguiente:

Abandonar la queja, dejar de lado el victimismo, soportar las manifestaciones de eso ante lo cual repetidamente se ha recurrido a su cancelación por la vía rápida y engañosa del toxico, perder esa modalidad de “reconocimiento social” significada por el “ser adicto” y transitar por el difícil pasaje de esta pérdida de “ser” hasta la construcción de una nueva categoría de reconocimiento, son algunas de las cuestiones que se despliegan en la cura. (Gutiérrez Segú, 2010, p. 48)

LEY DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Se encuentran especificados en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 diversos aspectos en relación al tratamiento de aquello que concierne a los consumos problemáticos. A continuación se tomarán en consideración algunos puntos importantes vinculados a la temática. Cabe destacar el valor de esta ley, la necesidad de su conocimiento, su comprensión y su implementación, ya que en sí misma representa un cambio de paradigma en lo que concierne al campo de la salud mental, he aquí la importancia de hacer mención a ella.

En un primer lugar, en el capítulo V, artículo 8°, se explicita lo siguiente:

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 Nacional de Salud Mental, cap. V, art. 8)

Esto es importante, ya que la atención que se brinda a un sujeto con consumos problemáticos de sustancias, no está a cargo únicamente de un psiquiatra o un psicólogo, sino que las diferentes disciplinas se conjugan de manera que con los aportes de las distintas ciencias se pueda tratar al paciente de manera integral, teniendo en cuenta lo que concierne a cada área en particular, y a todas en general, que es la curación y el bienestar del individuo.

Por otro lado, en el capítulo V, artículo 9º, se explica que el proceso de atención debe realizarse en lo posible fuera del ámbito que concierne a la internación; se orienta a promover los lazos sociales, por lo que la internación hospitalaria se deja como último recurso en casos donde sea realmente necesario y no se encuentre otra alternativa.

(...) Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas. (Ley Nacional de Salud Mental, cap. V, art. 11)

El valor de la promoción de dispositivos alternativos a la internación, radica en el hecho de que poco a poco, la internación hospitalaria va quedando atrás, abriendo camino a nuevos dispositivos, donde el objetivo principal se basa en la reinserción social de los sujetos, por lo que en la medida de ser posible, se busca dejar de lado la internación, y recurrir a otras modalidades de atención, tal es el caso del centro de día.

En relación a las instituciones donde se realizan internaciones, en el artículo 27º y 28º correspondientes al capítulo VII, se explicita la prohibición de crear nuevos manicomios, neuropsiquiátricos, o bien instituciones de internación monovalentes; incluso los ya existentes tienen un período determinado de tiempo para sustituirse definitivamente por otros dispositivos alternativos. Al mismo tiempo, menciona que las internaciones por salud mental deberán realizarse en hospitales generales.

Mediante el cumplimiento de la presente Ley, se busca que prevalezcan los derechos humanos de las personas y se pueda brindar tratamiento acorde a cada caso, limitando la internación a situaciones donde realmente exista riesgo cierto o inminente, llevándose a cabo el trabajo por medio de un equipo interdisciplinario, y apuntando a la reinserción social y laboral del sujeto.

Junto con la Ley Nacional de Salud Mental, es importante tener en cuenta la Ley N° 26934: Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos, conocida como Ley I.A.C.O.P; considerando que la misma refuerza algunos principios ya establecidos en la Ley Nacional de Salud Mental, ubicándose desde una perspectiva de descriminalización, contemplando los derechos de los sujetos, y brindando herramientas y recursos concretos para el abordaje de la temática de los consumos problemáticos.

La Ley I.A.C.O.P incorpora una mirada transdisciplinaria, interjurisdiccional e intersectorial, vinculándose los efectores sanitarios con las instancias de prevención, desarrollo e integración educativa y laboral.

A su vez, plantea la creación de Centros Comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos, que serán distribuidos en el territorio nacional, tomando como puntos prioritarios los de mayor vulnerabilidad social.

Por otro lado, incorpora la cobertura del tratamiento de cualquier tipo de adicción al Programa Médico Obligatorio (PMO), e incorpora el modelo de reducción de daños para el tratamiento de consumos problemáticos, que implica poder suministrar al paciente una droga menos dañina que la que consume, con el objetivo de disminuir el daño en su salud.

Las pautas de asistencia integral de los consumos problemáticos de esta Ley coinciden con lo expuesto en la Ley Nacional de Salud Mental, ambas plantean el respeto por la autonomía individual y la singularidad de los sujetos, la priorización de los tratamientos ambulatorios, incorporando a la familia y al medio donde se desarrolla la persona, y considerando la internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo y extremo; destacan la atención en hospitales generales polivalentes, y la incorporación de una mirada transdisciplinaria. En definitiva, ninguna disposición del plan I.A.C.O.P puede servir para quitar derechos y garantías estipuladas en la Ley 26.657.

CAPÍTULO III: PSICOANÁLISIS APLICADO A LA INSTITUCIÓN

En este tercer y último capítulo, luego de haber desarrollado en los capítulos anteriores algunas cuestiones y conceptos psicoanalíticos, se procederá a plantear y esclarecer algunas consideraciones respecto a la aplicación del psicoanálisis en la institución. Para esto, se tratará la cuestión del tiempo institucional versus el tiempo subjetivo, los efectos de las intervenciones, y la transferencia en la institución, para así llegar finalmente a la diferenciación entre psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado a la terapéutica, y psicoterapia.

BREVES CONSIDERACIONES ACERCA DEL PSICOANÁLISIS EN LA INSTITUCIÓN

Hace ya algún tiempo, surgió la pregunta en torno a los modos de terminación de los tratamientos de orientación psicoanalítica en las instituciones. Esto derivó en la necesidad de dar cuenta de la eficacia propia del psicoanálisis, siendo preciso volver a las fuentes con el fin de delimitar una noción de eficacia propia de la práctica psicoanalítica, que no debe confundirse ni con la eficiencia requerida por los sistemas de salud, ni con el furor curandis que prima cuando se limita el tratamiento del padecimiento subjetivo a la eliminación del síntoma. “No me cabe la menor duda de que se puede dirigir una institución bajo la orientación lacaniana. Esto hay que instalarlo, porque a veces los propios lacanianos dicen lo contrario.” (Naparstek, 2008, p. 136)

Belaga (2015) afirma que, al sostener la premisa de que es preciso que el psicoanálisis exista en las instituciones, supone que su existencia no está asegurada. Resulta que es una tarea compleja y permanente, en donde se debe considerar que, hacer existir al psicoanálisis implica partir de que el lugar y el lazo analítico, dependen del lazo del psicoanalista con el psicoanálisis.

A su vez, es importante reflexionar acerca de cómo el psicoanálisis puede entrar en las instituciones tanto en su forma de teorizar como así también en la práctica clínica. “Mi idea es cómo pensar y armar instituciones que sean un Otro barrado, instituciones que, además de reglas, puedan tomar el caso por caso y puedan tener un deseo en su centro.” (Naparstek, 2008, p. 133)

Laurent (2000) citado en Naparstek (2008), explica que lo que se necesitan son instituciones en el campo de la salud mental que le den su lugar a la particularidad, y que desconfíen de la masificación por identificación. Expone que, la particularidad no solo se alcanza respetando los derechos de la persona, sino dejando hablar al sujeto. Así, cuando se entra en una institución hay que ver qué de singular tiene el sujeto, y para que aparezca algo singular tiene que haber una institución que los tome en tanto Otro barrado. Si no hay ese Otro barrado, lo que logran las instituciones es básicamente echar a los pacientes; llevan su deseo a otro lado y van rebotando de institución en institución porque no encuentran un lugar para su deseo. Al mismo tiempo afirma lo siguiente:

El analista más que un lugar vacío, es el que ayuda a la civilización a respetar la articulación entre normas y particularidades individuales. El analista tiene que ayudar, pero con otros, sin pensar que es el único que está en esa posición, (...) ayudar a impedir que en nombre de la universalidad o de cualquier universal, se olvide la particularidad de cada uno. (Naparstek, 2008, p. 134)

TIEMPO INSTITUCIONAL VERSUS TIEMPO SUBJETIVO

Por lo general, en las diversas instituciones donde se brinda tratamiento terapéutico, la duración del mismo es de aproximadamente cuatro meses, en los cuales debe regularse el tiempo de cada sesión en no más de 30 o 45 minutos.

Uno de los principales factores que regula la atención de los pacientes en Salud Mental a través del dispositivo de tratamiento ambulatorio, es la variable “tiempo”. De acuerdo con estudios epidemiológicos consultados se pudo determinar que el 60% de dicha población, recibe habitualmente un tratamiento de aproximadamente 4 meses de duración. (Sotelo et al., 2012)

Considerando el aspecto del tiempo institucional, Iuale (2010) explica que han surgido diversas posiciones entre los practicantes del psicoanálisis:

- Los puristas: son los analistas que plantean que el análisis solo es posible bajo condiciones ideales de aplicación del método. Por esto, sostienen la imposibilidad de llevar adelante la práctica del psicoanálisis en las instituciones debido a las modificaciones que sufre el encuadre, tales como ausencia de diván, tiempo acotado de tratamiento, falta de pago, entre otras.

- Los que forcluyen al Otro Social: aquí se ubican los practicantes que se posicionan en el otro extremo del planteo, considerando que no habría incidencia alguna de lo institucional en los tratamientos.

- Los que sostienen la posibilidad de aplicación del psicoanálisis en los diferentes contextos institucionales, teniendo en cuenta los límites y las posibilidades que se presentan para su aplicación, sin hacer de las reglas un estándar pre-establecido.

En el presente trabajo de investigación, nos ubicaremos en esta última posición descripta, y siguiendo a Laurent (2000) citado en Iuale (2010), sostendremos que no se trata de desconocer las normas institucionales pero que tampoco podemos responder desde la norma misma, dado que la norma no toma en cuenta lo singular, haciendo que el analista se extravíe si se aparta de la lógica misma del caso. Se trata entonces de no quedar atrapado ni inhibido por la norma y de saber hacer uso de la regla.

Lo fundamental reside en la necesidad de maniobrar con el tiempo institucional, de modo tal de pensar la entrada en los tratamientos, los instantes de apertura del inconsciente y los momentos conclusivos, articulados a una lógica que sigue las transformaciones que sufre el padecimiento subjetivo, y por ende la posición del sujeto. Sucede que, la intervención no está sujeta al tiempo cronológico sino al valor otorgado a la contingencia del encuentro entre alguien que sufre y alguien que escucha absteniéndose de dirigir al paciente y propiciando la producción subjetiva. (Iuale, 2010)

En el texto de Laurent (2000) citado por Iuale (2010), se hace referencia a que “encontrar un analista no consiste en encontrar un funcionario del dispositivo; se trata más bien que sea alguien que en un momento crucial de la vida de un sujeto, pueda decir algo inolvidable.” (Iuale, 2010, p. 249) Entonces, se trata de sostener al psicoanálisis como praxis en los contextos institucionales de modo tal que se mantengan los principios que lo rigen: manejo de la transferencia y puesta en acto del deseo del analista.

Siguiendo esta idea, Montellano (2017) señala que se trata de pensar en las variaciones. No se trata de “transformar” las instituciones según la clínica, sino de que la clínica sufra modificaciones en su nivel de funcionamiento terapéutico o aplicado, aunque manteniendo sus coordenadas y conceptos fundamentales.

Laurent (2014) sostiene que el psicoanálisis es el que está ahí para recordar que el deseo en juego supone no solo adaptar al reglamento al caso, sino también captar lo que en el caso excede al reglamento, es a partir de allí que la acción se va a dirigir.

Las condiciones que permitirán decidir si lo que se hace sigue siendo psicoanálisis, no depende de la duración del tratamiento ni de la sesión, sino de cómo se articulan táctica, estrategia y política en cada caso. Iuale (2010) explica que, lo que se sostiene es una política que hace espacio a otra temporalidad: la del inconsciente, la cual se actualiza en los tropiezos del discurso contraponiéndose a toda idea del tiempo como lineal; pero al mismo tiempo ubicando al psicoanálisis más allá de una terapia histórica, ya que no se trata del mero relato del pasado sino de la actualidad de un padecimiento que es preciso trabajar.

Sucede que, la discusión acerca de tratamiento breve versus tratamiento prolongado se problematiza si se afirma que la dimensión cronológica del tiempo no es equivalente a la concepción de temporalidad que se inaugura a partir de las producciones teóricas de Freud y de Lacan.

Siguiendo a Sotelo et al. (2012), se entiende que la dimensión temporal se presenta habitualmente enlazada con tres puntos principales: el tiempo o duración de las sesiones, la atemporalidad del inconsciente, y el problema de la duración y el final de los tratamientos. Estos puntos convergen en una concepción del tiempo que Freud instituye a partir del descubrimiento de cierta particularidad de los procesos psíquicos: hace referencia a los procesos psíquicos inconscientes.

Desde los inicios de sus teorizaciones, Freud destaca la tesis acerca de la atemporalidad del inconsciente, es decir, que los procesos de ese sistema “no están ordenados con arreglo al tiempo, no se modifican por el transcurso de este ni, en general, tienen relación alguna con él.” (Freud, 2008, p. 184). De modo que, hasta el final de su obra, Freud insiste en la inmortalidad de las mociones inconscientes que se comportan durante décadas como si fueran acontecimientos nuevos. En oposición a esto, Freud sitúa un otro tiempo: el tiempo cronológico de la conciencia, tiempo de la linealidad discursiva, que sólo admite la posibilidad de una sucesión diacrónica.

La cuestión es que no es el tiempo en tanto corre, sino el tiempo en tanto lógica, el que determina los movimientos. “Ni la inmediatez ni la demora son parámetros. El único parámetro posible es el tiempo del sujeto y el único apremio es la lógica subjetiva en juego.” (Montellano, 2017, p. 64)

Belaga (2015) expone que, el tratamiento institucional desde el comienzo está determinado, tiene un tiempo. Cómo y cuándo el sujeto sale de la institución se encuentra atravesado por la tensión que existe entre el tiempo institucional y el tiempo del sujeto. En esto es importante considerar que, a cada conceptualización de lo que hace a la orientación psicoanalítica le corresponde un tiempo cronológico y un tiempo lógico, es decir un tiempo que hace a la lógica de cada concepto. El autor en cuestión, cita a Lacan para decir que “La función del tiempo, es otro momento donde real y simbólico se reúnen.” (Belaga, 2015, p. 137)

El abordaje que se propone contempla la tensión entre la temporalidad institucional del apuro por concluir y la temporalidad subjetiva, sin que dicha tensión lleve a la impotencia del practicante para decidir servirse de la norma institucional para ceñir en la demanda de soluciones para todos lo singular del padecimiento de quien consulta. (Belaga, 2015, p. 124)

Siguiendo esta idea, Esqué (s/f) sostiene que el psicoanalista en la institución deberá estar disponible para una clínica de los encuentros que en su mayor parte serán seguramente breves, intervenciones cortas en el tiempo pero capaces de producir rectificaciones subjetivas, cambios en la relación con el Otro, soluciones particulares a impasses subjetivos, nuevos usos del síntoma, etc. Una clínica basada en el encuentro y en el acto analítico, lejos del planteamiento de otras orientaciones psicoanalíticas que apuestan por las terapias breves y focales, en las que plantean un tiempo anticipado de antemano destinado a enmarcar una solución terapéutica adaptada a la realidad colectiva. La intervención del analista de orientación lacaniana no está marcada por el estándar sino que es a medida del sujeto y sujeta a la contingencia.

LOS EFECTOS DE LAS INTERVENCIONES

Es importante destacar, que lo que interesa aquí es la posibilidad de verificar efectos terapéuticos en los tratamientos institucionales, los cuales no deben confundirse con el resultado de sugerencias o efectos que se entiendan como logros adaptativos.

Iuale (2010) explica que, para Lacan es preciso ubicar los criterios terapéuticos del psicoanálisis, sin perder de vista la orientación freudiana: posición ética que soporta el lugar que el analista toma en la cura bajo la forma de la exclusión del deseo de sanar en términos de furor curandis, es decir que el analista se extravía si su persona está solamente interesada en producir la desaparición de lo disruptivo. Lacan afirma que el beneficio viene por añadidura. Esto implica necesariamente, no un desinterés por los efectos terapéuticos, sino una localización precisa en la cura: “son efectos de la posición del analista, y de cómo éste entienda la dirección de la cura.” (Iuale, 2010, p. 249)

Siguiendo a la misma autora, es posible afirmar que para Lacan el efecto terapéutico no es un fin en sí mismo, sino que adviene como una consecuencia; y que la variabilidad en cuanto a los modos de presentación, por más amplia que sea, se reducen a un núcleo central: al nudo que se establece entre analizante y analista. De este anudamiento surge la posibilidad de modificar el nudo libidinal, concepto que hace referencia a los deseos que se entraman con la pulsión.

Sucede que, en los últimos años y fundamentalmente como respuesta a las exigencias del mercado con sus imperativos de rapidez, optimización y rentabilidad social, surgieron distintas psicoterapias focalizadas que prometen eficacia a corto plazo. A su vez, se ha cuestionado la eficacia del psicoanálisis como método terapéutico por considerarlo un dispositivo que requiere de un tiempo extenso para su desarrollo y consecuencias clínicas. Sotelo et al., (2012) citan a Gurevicz (2008) para explicar que, estas terapias no analíticas pretenden centrar el cuestionamiento al psicoanálisis en cuestiones “técnicas”: tratamientos cortos, tipos de intervenciones, planificación de los casos para poder demostrar objetivamente su eficiencia y eficacia. De este modo, el acento está puesto, principalmente, en la brevedad.

La exigencia de resultados en el más breve plazo es lo que conduce a cuestionar la eficacia del psicoanálisis como método de tratamiento, esto porque el psicoanálisis mismo se ha resistido a esta demanda de medición de resultados. Fundamentalmente, porque los mismos suelen calcularse en términos de alivio sintomático. (Sotelo et al., 2012) Este modo particular de entender la eficacia, se opone a la manera en que el psicoanálisis concibe la cura. Ya Freud distinguía los síntomas de la enfermedad afirmando que “la

eliminación de aquellos no es todavía la curación de esta.” (Freud, 2009, p. 326) Del mismo modo Lacan (1962) citado por Sotelo et al. (2012), en su retorno a Freud, expresa esta concepción freudiana insistiendo en que la cura viene por añadidura y que el deber del psicoanálisis es mejorar la posición del sujeto, es decir; el analista apunta a un más allá de los síntomas pero valiéndose de ellos, teniendo como horizonte producir una modificación en la economía libidinal del sujeto.

Por otro lado, Sotelo et al. (2012) plantean que, el mismo concepto de inconsciente conduce a una imposibilidad de plantear objetivos terapéuticos acordados previamente con el paciente, ya que las razones de su padecimiento en algún punto le son desconocidas. Si al decir Freud que el síntoma es resultado de un conflicto psíquico, y si una de dichas instancias en conflicto es inconsciente, cabe preguntarse ¿quién prestaría su acuerdo cuando se establecen dichos objetivos? Freud (1932) citado en Sotelo et al. (2012), afirma que “toda la teoría psicoanalítica está edificada sobre la percepción de la resistencia que nos ofrece el paciente cuando intentamos hacerle consciente su inconsciente.”

Siguiendo esta idea, se considera esencial evitar el reduccionismo que implica pensar al problema a partir de la polarización “breve-prolongado”, sostenida en la concepción del tiempo entendido como cronológico, para abordarlo desde la noción de tiempo lógico. El discurso dominante, representado por los sistemas de salud, apunta a la estandarización de los tratamientos y de las personas, acentuando la utilidad, y a que ambos se integren en el circuito de las estadísticas y las optimizaciones.

Barros (2009), citado por Montellano (2017), indica que “brevedad” no remite necesariamente a “rapidez”, ya que la primera consiste en lograr que algo no dure más allá de lo justo. Se trata de una brevedad que no obedece a lo cronológico y es lo que se debe tener en cuenta para abordar la cuestión del tiempo de tratamiento llevado a cabo en una institución.

La brevedad no es algo incompatible con la orientación psicoanalítica, sino que, para el psicoanálisis, el manejo del tiempo no está subordinado a la ambición terapéutica, a lo rápido, como lo pretenden las orientaciones que prometen en un par de sesiones la remoción de síntomas sin mediación subjetiva, eludiendo el saber y la responsabilidad

subjetiva, en consonancia con la época en que los sujetos nada quieren saber de sus padecimientos. (Montellano, 2017)

Laurent (2000) citado en Sotelo et al. (2012) explica que la estrategia es en todas partes la misma: reducir los gastos y racionalizar la economía de la salud. En relación a esto, Naparstek (2008), refiriéndose a la orientación que propone para la dirección de la cura en las instituciones ubica lo siguiente:

Es mucho esfuerzo, porque hay que tomar a cada paciente, hay que pensar cada caso, y en base a eso empezar a tomar decisiones, en vez de decir: todos van por acá. Esto es lo que hacen todas las instituciones que tienen un cronograma: primer tiempo esto, segundo tiempo esto otro, tercer tiempo esto otro. Puede existir y nadie se opone, pero parece importante pensar cómo cada sujeto pasa esos tiempos, el tiempo previo a la externación, etc. Y cómo pensar cada caso en relación a la estructura normativa de una institución. (Naparstek, 2008, p.135)

A su vez, Gutiérrez Segú (2010) reafirma esta posición diciendo que lo que se propone es una modalidad de abordaje de la problemática del sujeto donde lo fundamental es el desarrollo de la responsabilidad subjetiva ante el acto y la enfermedad, y donde los entramados de reglas, normas y prohibiciones para alejarlos de la tentación del consumo es substituido por un trabajo terapéutico para arribar a la decisión de renuncia al toxico.

TRANSFERENCIA E INSTITUCIÓN

Al hacer referencia al concepto de transferencia, es necesario en primer lugar, considerar el desarrollo y las variaciones de dicho concepto a lo largo de las obras de Freud. En un primer momento, en su texto “Estudios sobre la histeria”, Freud (2008) plantea, junto a Breuer, que el síntoma es consecuencia de una vivencia traumática. Ésta deja como efecto un recuerdo almacenado como huella mnémica, funcionando como núcleo patógeno. A partir de allí entonces, la terapia analítica tendría como objetivo acceder al recuerdo de la vivencia, para lograr disociar la carga afectiva que conlleva tal huella. Puede ocurrir que durante ese trabajo, acercándose al núcleo, comiencen a emerger afectos que no tengan representaciones, y como el analista es el más cercano, se anude dicho afecto con su persona. De esta manera, habría una primera significación de la transferencia, ligada fundamentalmente al falso enlace y a la resistencia, ya que este fenómeno impide arribar a la cura.

En un segundo momento, en el texto “Fragmento de análisis de un caso de histeria”, Freud (2008) aborda lo que denomina transferencia. Freud indica que cuando comienza el tratamiento analítico la neurosis no genera nuevos síntomas, sin embargo su producción continúa. Así, las transferencias serían reelaboraciones de las mismas mociones, pulsiones y las fantasías que sostienen la sintomatología, en relación al vínculo con el médico, es decir, aquello experimentado con las personas significativas de la infancia, ahora se reactualizan con la persona del médico. Esto funcionaría como obstáculo, e impediría la progresión de la cura. Entonces, correspondería a la transferencia entendida como una resistencia. Un enfoque similar aparece luego en su artículo “Sobre la dinámica de la transferencia”, donde Freud (2008) propone que mientras se produce el análisis, la libido comienza a desprenderse de los síntomas y trasladarse a la persona del analista. Esto produce que el avance del análisis se detenga, porque experimentar esos fenómenos con aquel al cual se le debe decir todo es difícil y puede incluso producir el abandono de la cura.

Más adelante, Freud plantea la transferencia ubicándola como motor de la cura. En su texto “Recordar, repetir y reelaborar”, Freud (2008) expone que aquello que no se recuerda, se actúa con el médico. Lo positivo de esto, es que sólo a través de ese actuar se puede acceder a lo reprimido, justamente gracias al vínculo con el médico. Este procedimiento se realiza a partir de que se trasladen los afectos a la relación con el médico, produciéndose de esta manera una neurosis de transferencia. La tarea del analista consistirá en anotar al enfermo de que lo que está actuando es lo reprimido inconsciente, lo que se denominará interpretación de la transferencia. Sólo así el enfermo podrá darle otro destino a la pulsión. El otro texto que ayuda a pensar la transferencia como auxilio para la cura es la “Conferencia 28”. Aquí, Freud (2007) postula a la neurosis como la incapacidad de producir y gozar, consecuencia de la utilización de la libido en el mantenimiento de la represión y el armado sintomático. La única manera de resolver esto es desprendiéndola de estos complejos. Para eso se cuenta con la persona del analista, que en un momento del tratamiento se apodera de toda la sintomatología, y gracias a la sugestión evita que el paciente vuelva a reprimir. De esta manera puede encontrar otro curso a la libido, que le sea más satisfactorio para su vida. Luego, para diferenciarse de otras terapéuticas, la sugestión debe liquidarse vía el análisis de la transferencia.

En Freud es posible localizar cierta constancia en la noción de transferencia. Propone abordarla siempre a partir de la interpretación; y si bien es el mayor obstáculo en la cura, es también el máximo motor cuando se la sortea.

En definitiva, podemos definir a la transferencia como:

El lazo del paciente con el analista, que se instaura de manera automática y actual y reactualiza los significantes que han soportado sus demandas de amor en la infancia, y que da testimonio de que la organización subjetiva del individuo está comandada por un objeto, llamado por Lacan objeto a. (Chemama, 1996, pp. 438-439)

Cabe considerar un aspecto esencial, que refiere a la postura del analista frente a la transferencia. Kernberg (2016), expone acerca de la neutralidad técnica, indicando que:

Technical neutrality tends to be misinterpreted as a recommendation for an analyst's distant, uninvolved attitude, "a mirror to the patient's presentations". In essence, it simply refers to the analyst's not taking sides in the patient's activated internal conflicts, remaining equidistant. Technical neutrality, in addition, implies the analyst's not attempting to influence the patient with his/her own value systems. Freud's early metaphor of the analyst as a "mirror" clearly was questioned by himself, and he protested against a view of analytic objectivity as "disgruntled indifference".³

Frente a esta idea, el autor agrega que la neutralidad técnica también implica el concepto de "abstinencia", en el sentido de que la relación analítica no debe utilizarse para la gratificación de impulsos libidinales o agresivos del paciente o del analista. En contraste, la neutralidad técnica no implica el concepto de "anonimato", un desarrollo cuestionable en el pensamiento psicoanalítico en la década de 1950, relacionado de manera importante, en opinión del autor en cuestión, con las presiones autoritarias dentro de la educación psicoanalítica y la idealización fomentada institucionalmente relacionada con la capacitación del analista, quien no debe mostrar ninguna característica humana personal habitual al paciente.

³ La neutralidad técnica tiende a malinterpretarse como una recomendación para la actitud distante, no involucrada del analista, "un espejo de las presentaciones del paciente". En esencia, simplemente se refiere a que el analista no toma partido en los conflictos internos activados del paciente, permaneciendo equidistante. La neutralidad técnica, además, implica que el analista no intenta influenciar al paciente con sus propios sistemas de valores. La metáfora inicial de Freud del analista como "espejo" claramente fue cuestionada por él mismo, y protestó contra una visión de la objetividad analítica como "indiferencia descontenta". (Traducción propia, 2018)

Por último, concluye que la neutralidad técnica implica un acercamiento natural y sincero al paciente dentro del comportamiento general socialmente apropiado, como parte del cual el analista evita todas las referencias o se centra en sus propios intereses o problemas de la vida. El analista no puede evitar que las características personales surjan en la situación de tratamiento y se conviertan en la fuente de las reacciones de transferencia.

Por otro lado, es importante considerar el concepto de transferencia aplicado al ámbito institucional. En relación a esto, Fernández Blanco (2011), afirma que cuando un sujeto se dirige a un psicoanalista en un servicio de salud mental, en primer lugar está la vía de entrada al dispositivo, que habitualmente no difiere de cualquier otra demanda a un médico. En general, el paciente que acude a salud mental no sabe con quién se va a encontrar. No busca a un psicoanalista, lo encuentra. Este encuentro con un psicoanalista anónimo no es el resultado, en general, de una demanda del paciente, la demanda es a la institución y el psicoanalista se autoriza de la institución para desempeñar el trabajo. El analista tiene un margen de maniobra que en algunos casos puede permitirle al paciente subjetivar su síntoma, desplazándolo del puro orden médico. Sin este primer paso en el que el paciente entiende que tiene que ver en lo que le pasa, nada podría hacerse en el sentido analítico.

Por su parte, Paola (2012) sostiene que, la estructura de la experiencia analítica consiste en que alguien le habla a Otro, lo cual implica una dirección llamada “demanda”. En primer lugar, hay que destacar que nos enfrentamos con la demanda institucional que debe cumplir con algunos instructivos, que no afectan solo a los profesionales sino también a los pacientes. En el ámbito de las instituciones, cuanta más burocracia se interponga entre el paciente y el profesional, mayor será la tendencia al anonimato en dicha consulta. Es bastante frecuente que al principio no se recuerden los nombres, y que ese al que se le dirige la palabra sea un Otro institucional sin encarnadura.

A propósito de lo planteado en el párrafo anterior, Fernández Blanco (2011) indica que el hecho de que el analista debe ser particularizado, no estar completamente resumido en el equipo o en la institución, es necesario para dar lugar a la posibilidad de una transferencia analítica. La institución condiciona pero no totalmente. Sucede que la dificultad principal no está al inicio, el problema no es empezar, sino terminar. Si hay un

analista que pone en juego el deseo del analista y lo hace operar en la transferencia, es posible iniciar un análisis en la institución, pero no terminarlo. Por dos motivos. Uno, el paciente no paga. El otro, todavía es más decisivo: la institución no permite la des-suposición del saber. Porque, en la institución, la des-suposición del saber adquiriría el valor de fraude.

Freud en su artículo “La iniciación del tratamiento” (1913), citado por Fernández Blanco (2011), dice que el analista no niega que en la valoración de la cuestión del dinero intervienen poderosos factores sexuales, expone que el hombre actual observa en las cuestiones de dinero la misma conducta que en las cuestiones sexuales, procediendo con la misma doblez, el mismo falso pudor y la misma hipocresía. Por su parte, el analista debe tratar ante el paciente las cuestiones de dinero con la misma sinceridad natural que quiere inculcarle en cuanto a los hechos de la vida sexual, y de este modo le demostrará ya desde un principio haber renunciado él mismo a un falso pudor. Luego añade que el tratamiento gratuito intensifica enormemente algunas de las resistencias del neurótico, la ausencia de la compensación que supone el pago de honorarios al médico se hace sentir penosamente al enfermo; la relación entre ambos pierde todo carácter real y el paciente queda privado de uno de los motivos principales para atender a la terminación de la cura.

Lacan, en “La Dirección de la Cura”, citado en Fernández Blanco (2011) cuando habla de la “transferencia primaria y el amor en el que a veces se declara” sostiene que si el amor es dar lo que no se tiene, es bien cierto que el sujeto puede esperar que se le dé, puesto que el psicoanalista no tiene otra cosa que darle. Pero incluso esa nada, no se la da, y más vale así: y por esa nada se la pagan, y preferiblemente de manera generosa, para mostrar bien que de otra manera no tendría mucho valor. El analista paga con sus palabras, en tanto interpretaciones, y con su persona, en tanto la ofrece de soporte de la transferencia. Cuando un sujeto es atendido y no paga, se sitúa fácilmente en la posición de amado y esto opera como resistencia en la cura, impide salir del amor, ir más allá. Es decir, que el amor de transferencia donde es interminable es en la institución.

Puede establecerse una relación de amor de transferencia en la institución y, como se pone en juego un dispositivo de palabra, se pueden producir desplazamientos del síntoma que supongan un efecto terapéutico. Estaríamos ante los beneficios terapéuticos de un

psicoanálisis que no se puede terminar en el marco institucional. Pero lo que no se paga en dinero se paga en goce del síntoma. Pagar permite una separación de la verdad del síntoma de su dimensión de goce, esto no se opera nunca en el marco institucional. Además está siempre presente el riesgo de que el síntoma no pueda ubicarse en su dimensión de verdad, sino en la dimensión de la salud. (Fernández Blanco, 2011)

Siguiendo esta idea acerca de la cuestión de la gratuidad de los tratamientos en el área de la salud mental; algunos consideraban que dicha condición volvía imposible el análisis en una institución, porque suponían que allí quedaba cancelada la tramitación de las dimensiones de objeto y significante que el dinero tiene. Otros sostenían que la gratuidad era una de las tantas formas de la imposibilidad jugada en todo análisis, y que el dinero podía habilitarse como la presencia de una ausencia. Sin embargo en definitiva, hoy en día, Paola (2012) afirma que, los analistas que sostienen y han sostenido su praxis en instituciones públicas, ya han respondido afirmativamente en acto a la pregunta por la posibilidad de fundar un análisis allí.

Por otra parte, a partir de lo expuesto por Fernández Blanco (2011), puede decirse que el Otro que presenta la institución es un otro sin falta. El final lógico de un análisis pasa por asumir que el Otro es inconsistente, por la des-suposición de saber del analista. Es imposible la des-suposición de saber del analista en la institución porque la institución lo mantiene. La institución instituye. Un analista en la institución, lo quiera o no, se autoriza en la institución, no de sí mismo. La institución no permite la caída del Sujeto-supuesto-Saber. La modalidad del no-saber en el marco institucional revestiría la forma de fraude. La institución mantiene reservado el lugar del saber, por eso en las instituciones se hacen nombres y las transferencias, cuando se establecen, pueden ser eternas y pasar de padres a hijos, como los agradecimientos. El orden institucional no permite un final de análisis en la institución ya que el orden institucional se opone a la lógica del final. En ocasiones algunos pacientes inician un análisis en la institución y lo prosiguen fuera, en los demás queda el efecto terapéutico, que no es despreciable.

Fudin (2012) plantea tres momentos importantes transferenciales en una institución. El primer momento transferencial tiene carácter resistencial, es un momento propicio para las fugas de los pacientes, los abandonos de tratamiento, las quejas, el rechazo a la

medicación, tendencias al acting, entre otras. También está la contracara de la resistencia y es en forma de identificaciones masivas: insistencia en la búsqueda de atención sin límites, agradecimiento incondicional articulado por un exceso de demanda. En este primer momento, la intervención deberá orientarse a no quebrar el lazo social.

Luego pasamos a un segundo momento, donde la transferencia salvaje entra a circular por los canales normativos de un tratamiento, donde se empiezan a aceptar las consignas establecidas. Las palabras trascienden el fin catártico o la queja sin fin para dar paso a la resignificación de los signos por la vía de las intervenciones y permite que el paso por la institución no sea sin consecuencias.

Por último, hay un tercer momento transferencial vinculado a la institución hospitalaria y al cambio de dispositivo, que es que si se atraviesan estos dos primeros momentos pero el paciente no está en condiciones de irse, pasará a un servicio de crónicos de mediano o largo plazo. De este modo, siguiendo lo expuesto por Fudin (2012), es el analista en transferencia en el tercer momento mencionado, que no debe dejarse subyugar por esa melodía que cronificará las intervenciones y coagulará el deseo del mismo analista, que a veces ya da causa perdida en este paciente con el que no se pudo hacer nada.

Finalmente, cabe hacer mención al concepto de transferencia de trabajo. La diferencia entre el trabajo de transferencia y la transferencia de trabajo, radica en que, tal como indica del Valle Díaz (s/f), en la primera se refiere al amor al saber, es la suposición del saber en el Otro, es el lugar de la ignorancia y la comodidad de Otro que sabe, lo cual no permite el trabajo. En la experiencia analítica sucede que el analista no trabaja, trabaja el analizante, el analista soporta el acto analítico y el analizante hace la tarea, en cambio; en la transferencia de trabajo no se apunta a la función del analista en la clínica, en su función de la cura, sino en su función en la enseñanza del psicoanálisis, por eso Lacan, citado en la autora en cuestión, propone la tesis de la transferencia de trabajo en la cual el analista está ya no en su posición de amo sino de trabajador, sostiene que no necesita una lista numerosa, sino trabajadores decididos, y que no se trata del amor al saber sino del deseo de saber, es decir, trabajadores que vayan contra la ignorancia que la represión ocasionó, por el horror al saber acerca de la castración.

PSICOANÁLISIS PURO, PSICOANÁLISIS APLICADO, Y PSICOTERAPIA

El hecho de que no se tenga en claro la diferencia entre psicoanálisis puro y psicoanálisis aplicado a la psicoterapia conduce a confusiones: confusiones prácticas, planteamiento de falsos problemas y falsas soluciones. Sin embargo, se debe aún determinar la confusión verdaderamente importante; se trata no tanto de la confusión entre psicoanálisis puro y psicoanálisis aplicado a la psicoterapia, sino de la que, el nombre de la terapéutica, confunde lo que es psicoanálisis y lo que no lo es: “Lo que hace falta es que el psicoanálisis aplicado a la terapéutica siga siendo psicoanálisis y que se preocupe por su identidad psicoanalítica. Para fijar las ideas lo escribiré así: a puro/ a aplicado (a la terapéutica) // o terapia.” (Miller, 2001, p. 4)

Siguiendo al autor mencionado, puede señalarse que la diferencia entre psicoanálisis puro y psicoanálisis aplicado fue establecida para incidir sobre la diferencia entre los dos y la psicoterapia. “Mi recuerdo tenía efectivamente como objetivo exigir mucho al psicoanálisis aplicado a la terapéutica, es decir, exigirle que sea psicoanálisis, que no deje de serlo bajo el pretexto de la terapéutica y que no se deje arrastrar a franquear ese límite, esa diferencia.” (Miller, 2001, p. 4) La cuestión esencial consiste entonces en la del psicoanálisis aplicado a la terapéutica: que siga siendo psicoanálisis, que sea un asunto de psicoanálisis, que sea el psicoanálisis como tal en tanto que aplicado.

Establecer la diferencia entre el psicoanálisis como tal, puro o aplicado, y la psicoterapia no debería ser difícil si partimos de la premisa de Miller (2001) de que la psicoterapia no existe, de que se trata de un rótulo acomodaticio que acoge a las prácticas más variadas. Las modalidades que pueden pretender tener efectos psicoterapéuticos en cualquier caso no constituyen un problema; las que crean problemas son aquellas que se mantienen próximas al análisis, que acogen la demanda de quien sufre y quiere saber, que la tratan por la palabra y la escucha y, además se inspiran en el psicoanálisis.

Miller (2001) explica que, la manera en que se habla del problema del psicoanálisis y la psicoterapia, no pretende más que ver desarrollarse la imagería del original y su doble, sólo que aquí es más difícil de situar. “Hay algo de eso, de gótico, de platónico en el tormento que representa para el psicoanalista la extensión creciente de la psicoterapia en su forma próxima al análisis, esa forma derivada, y que no me parece excesivo cualificar de

semblante del psicoanálisis.” (Miller, 2001, p. 5) Se refiere a la cuestión de la diferencia entre psicoanálisis y psicoterapia, entendiendo por psicoterapia la que se apoya en la palabra, la que se funda en la escucha y en la palabra.

Para poder responder a la diferencia entre psicoanálisis puro y psicoanálisis aplicado a la psicoterapia, Miller (2001) realiza un desarrollo acerca de las respuestas que Lacan no dio. Allí explica que, la primera respuesta que no dio habría utilizado ese aparato vectorial que se llama el grafo del deseo. Toma como base de la distinción entre psicoanálisis y psicoterapia la diferencia de nivel en el grafo de Lacan, lo cual consiste en repartir psicoanálisis y psicoterapia entre estos dos niveles indicando el papel de lo que en A abre el camino al nivel superior y en que puede considerarse que es operatorio el deseo del analista, lo que no ocurriría en la parte inferior. Este esquema tiene algo de probatorio para dar cuenta de la eficacia de la psicoterapia, si se quiere situarla. El sólo hecho de colocarse en posición de escucha, de escucha prolongada de una comunicación íntima y seguida por parte del paciente, constituye al auditor en A o le instala en el lugar del Otro y esta posición, de alguna manera de lugar de la palabra, de depositario del lenguaje, confiere a su palabra, cuando la deja ir, un poder que es susceptible de operar, que es eficaz.

En Lacan se encuentra la posibilidad de considerar que los dos niveles son de hecho simultáneos y funcionan de alguna manera superpuestos. En el nivel inferior, en el que la hipótesis planteada sitúa a la psicoterapia, no se plantea la cuestión del goce y esto ya proporciona una diferencia, hay que acceder al segundo nivel para que ocurra. En la psicoterapia se eludiría lo que cuestiona la omnipotencia del Otro, se preservaría su consistencia, mientras que lo característico de la posición analítica, que abre al psicoanálisis propiamente dicho, sería, al admitir la cuestión del goce, no hacer consistir al Otro. (Miller, 2001)

La segunda respuesta que Lacan tampoco dio según Miller (2001), consistiría en considerar que la psicoterapia se inscribe en el discurso del amo. El discurso del amo es conforme al inconsciente, es lo que el inconsciente reclama, es su discurso. En términos de psicoterapia se podría decir que el sujeto reclama una identificación que aguanta y sufre cuando esta le falta. Lo que urge es restituirla. Sólo con esta condición puede encontrar su lugar. Y como esta psicoterapia, habla como nosotros, busca su lugar en el saber de su

tiempo, en lo que distribuye los lugares socialmente establecidos o señalados. En relación a esto, el autor explica lo siguiente: “No nos confundamos. El objeto a que está allí no es el que se articula en el fantasma. Utilicemos la notación de Lacan según la cual el discurso del amo es precisamente un discurso que para los pies al fantasma, que lo hace imposible.” (Miller, 2001, p. 9)

En el discurso del amo entre S/ y a hay una doble barra que indica la imposibilidad de una relación y aquí la relación que se convirtió en imposible es el fantasma. Podría decirse entonces, que la psicoterapia privilegia la identificación al precio de arrinconar el fantasma. (Miller, 2001) La primera respuesta, la que se apoya perfectamente, en el grafo, convierte en definitiva a la psicoterapia en el primer paso de un análisis. Esta respuesta, la primera que Lacan no dio, convertiría a la psicoterapia en vecina y amiga del psicoanálisis. La segunda respuesta que Lacan no dio, a partir del discurso del amo, aleja al contrario a la psicoterapia dado que la sitúa en el registro del reverso del psicoanálisis.

Por último, la tercera respuesta, la que Lacan dio y pasó desapercibida en sus consecuencias, es muy simple. Afirma simplemente, como carácter distintivo de la psicoterapia, el sentido. Lacan citado en Miller (2001), sostiene que se contenta con decir: “La psicoterapia especula sobre el sentido y en eso consiste su diferencia con el psicoanálisis.” (Miller, 2001, p. 10)

Sin embargo, siguiendo al autor en cuestión, se destaca el hecho de que se puede considerar que esta última enseñanza de Lacan no es conclusiva, que quedó en estado de exploración, ya que esa enseñanza da testimonio precisamente de un psicoanálisis sin punto de capitón, es decir sin un fenómeno de sentido y es a eso a lo que conviene renunciar cuando el fuera de sentido domina el asunto. “El punto de capitón es un punto final, un punto de retorno a partir del cual una trayectoria de una experiencia se ordena, se resignifica y resubjetiviza. Esto es justamente lo que el psicoanálisis fuera de sentido pone en cuestión. Pone en cuestión la noción misma de finitud.” (Miller, 2001, p. 12)

Dicho de otra manera, justamente por el rechazo del sentido, lo que hay es un psicoanálisis en el que en el lugar del punto de capitón se inscribe efectivamente la serie sin fin. A partir de aquí se ordenan, adquieren su sentido los dichos de Lacan que desmienten francamente la noción de un fin del análisis. (Miller, 2001)

Volviendo a lo que aquí concierne, a la diferencia entre psicoanálisis puro y aplicado, Miller (2001) explica que, el psicoanálisis puro es el psicoanálisis en tanto que lleva al pase del sujeto, es el psicoanálisis que se concluye con el pase. En este caso el sujeto encuentra salida y por otra parte lo hace, lo intenta. Por su parte, el psicoanálisis aplicado es el que concierne al síntoma, es el psicoanálisis en tanto que aplicado al síntoma. Cabe preguntarse si hay salida ahí, lo que hay es algo que se llama curación y que podría ser en efecto el nombre de la salida en esta vertiente:

Cuanto menos -pido que se acepten los términos que estoy usando- el pase es la noción de una curación que tendría el carácter de radical, de definitiva. Dicho así resulta claramente una noción ingenua que se pediría que se sofisticase. No creo, sin embargo, que, al menos a forma de tanteo, no se pueda situar al pase como una radicalización de la curación. La división entre los dos psicoanálisis, el puro y el aplicado, se basa en la diferencia entre el síntoma y el fantasma, en la noción de un más allá del síntoma donde se encuentra el fantasma. (Miller, 2001, p. 18)

Siguiendo esta idea, en relación a la curación del síntoma, Miller (2001) sugiere que dada la forma como se define el fantasma, a esta operación no se la llama curación, se la denomina corrientemente atravesamiento cuando se trata del fantasma. Explica que, es un término que Lacan usó una vez, pero todo esto implica también la noción de reducción, que es válida para un caso y para el otro. En la medida en que esta oposición mantiene que el síntoma es lo que no funciona, lo que hace daño, y el fantasma aquello en lo que se está bien, o al menos aquello de lo que se puede obtener goce, fundamenta la distinción entre psicoanálisis puro y terapéutico.

La distinción entre psicoanálisis puro y aplicado se sostiene bajo la forma de que el psicoanálisis terapéutico sería una forma restringida del psicoanálisis puro. Pero esta no es la clave del tema, Miller (2001) se detuvo en lo referente a este asunto, a la oposición entre síntoma y fantasma y, por lo tanto, a la diferencia entre las salidas respectivas expresando que no es la clave, porque existe otra perspectiva, bajo la cual la diferencia entre síntoma y fantasma se desvanece; es el ángulo de lo que Lacan introdujo bajo el nombre de “sínthoma”, utilizando una antigua grafía de la palabra para incluir dentro del mismo paréntesis síntoma más fantasma: Sínthoma = Síntoma + Fantasma.

El psicoanálisis puro corresponde a la noción de un psicoanálisis en tanto práctica que tiene su punto de partida en la transferencia, que Lacan presentó como un algoritmo, algoritmo de saber:

Así, el psicoanálisis puro, con su objetivo del pase, se basa en la confianza en el saber en lo real, pero sólo a título de suposición. Lacan ya lo presentó así cuando introdujo el pase en su texto inaugural sobre el psicoanalista de la Escuela. Menciona al saber pero sólo en tanto que saber supuesto, lo que le da su estatuto inconsciente. Esta suposición es relativa al discurso analítico, es inducida por el acto analítico y se trata de un hecho de transferencia, de amor. Esta suposición de saber no es real. Lacan lo señala con todas las palabras, el sujeto supuesto saber no es real. No es pues equivalente al saber en lo real. Lacan insistió siempre en que el motor del psicoanálisis es la suposición transferencial de saber. (Miller, 2001, p. 21)

En definitiva, siguiendo Lacan (1964) citado en Aquino Cabral (2016) cabe precisar la distinción que corresponde al psicoanálisis puro y psicoanálisis aplicado, puede decirse sobre el primero que es la praxis y doctrina propiamente dicha, a lo que Lacan nombró también como psicoanálisis didáctico; y en relación al psicoanálisis aplicado se refirió a que es el de la terapéutica y clínica médica y busca la contribución de la experiencia psicoanalítica.

A propósito de esto, Belaga (2015), entiende que el psicoanálisis se diferencia de la psicoterapia, la cual apunta a efectos terapéuticos producidos por el restablecimiento del sentido común y el orden establecido. Así, se diferencia en tanto toma como referencia el síntoma como modalidad de goce imposible de reabsorberse en lo simbólico.

La diferencia de la psicoterapia con el psicoanálisis consiste nada más y nada menos que en los conceptos de transferencia e interpretación. La situación terapéutica analítica específica tiene como componente esencial la ambigüedad temporal y espacial a diferencia de la psicoterapia. Esto puede observarse en cuestiones tales como el uso del diván o situarse frente a frente, el manejo de los silencios frente a la implicación dialogante, etc. Estos aspectos se contemplan en el encuadre. (Miller 2006)

Siguiendo el texto “Efectos terapéuticos rápidos” de Miller (2006), se sostiene que el instrumento terapéutico específico en el marco del psicoanálisis es la particularidad estratégica de la transferencia. En el psicoanálisis, el análisis de la transferencia constituye el eje de la estrategia terapéutica, mientras que en la psicoterapia es solo un recurso táctico

dentro de otra estrategia que no consiste en producir cambios mediante la regresión y la elaboración del vínculo transferencial.

Sucede que, aún con las particularidades de los tratamientos en las instituciones, el psicoanálisis no debe ceder a sus principios. Ya Freud destacaba esta condición en relación con las entrevistas preliminares: "...ese ensayo previo ya es el comienzo del psicoanálisis y debe obedecer a sus reglas." (Freud, 2008, p. 126) Siguiendo a Sotelo et al. (2012), aquí es donde cobra relieve la diferencia entre psicoanálisis puro y psicoanálisis aplicado. Es decir que, lo que se lleva adelante en las instituciones es psicoanálisis aplicado a la terapéutica, donde la apuesta es a favor del bien decir en la palabra, pero que no excluye una serie de importantes recursos, lo que supone cierta adaptación del dispositivo más no de sus principios. En este sentido es que se entiende que, sin responder necesariamente a las exigencias del mercado, el psicoanálisis debe estar a la altura de la subjetividad de la época.

A propósito de esto, Tarrab (2000) citado en Naparstek (2009) remarca que:

Lo particular de cada caso, es una de nuestras exigencias para afrontar el tema de la toxicomanía en nuestra época, época de generalización, de homogeneización, de globalización. Y al hacerlo ponemos en marcha una suposición que tiene consecuencias clínicas precisas. Cual es la de suponer más allá de la droga, el drama subjetivo al que la droga viene a responder con mayor o menos éxito. (Naparstek, 2009, p. 121)

MARCO INSTITUCIONAL

La institución, en su página www.betania.org.ar, presenta su filosofía, modelo de trabajo, y objetivos, información que resulta importante considerar para obtener un mayor conocimiento acerca de la misma.

La Asociación Civil Betania, es una Organización No Gubernamental (ONG) integrada por sus socios, una comisión directiva, profesionales especializados, equipos de voluntarios, y usuarios de sus servicios.

Dispone de un Centro de Admisión y Diagnóstico (Ambulatorio, Hospital de Día, Reinserción Social) con sede en la capital de la provincia de Salta y una residencia (Comunidad Terapéutica) en el Municipio de Cerrillos.

FILOSOFÍA Y MODELO DE TRABAJO

El Modelo de Intervención de la Asociación Civil Betania tiende a considerar la persona como una globalidad, favoreciendo su crecimiento personal hasta lograr su plena autonomía. Bajo un enfoque bio-psico-social, evalúa las drogadependencias y otras adicciones, como un fenómeno que viene definido no solo por el vínculo del individuo con la sustancia, o motivo de adicción, sino también como un proceso en el que intervienen los factores familiares y socioculturales del sujeto. Por ello, la familia del usuario es considerada como fundamental para el proceso de rehabilitación social, buscando que ésta sea integral y completa.

Los valores que rigen la actuación de la Asociación Civil Betania se concretan en el reconocimiento de la libertad de cada ser humano, en la presencia de una ética de solidaridad y servicio, que restituya a la persona y a sus redes vinculares, el protagonismo en todo proceso de cambio; ofreciendo al sujeto la posibilidad de ligar su experiencia de rehabilitación integral, tanto a su historia precedente, como a su proyección hacia el futuro.

Se entiende la salud, no como simple ausencia de dolencia o trastornos orgánicos, sino como el bienestar y la capacidad de desempeñar papeles sociales adaptados. Se trabajan por un lado, los aspectos inconscientes que llevan a la adicción, y por otro los fenómenos grupales y comunitarios, basados en la autoayuda. No se pone el acento en la sustancia, sino en el vínculo que el usuario ha establecido con ellas.

OBJETIVOS

La Asociación Civil Betania tiene objetivos por cumplir, dentro de los cuales cabe destacar los siguientes:

- Instalar el establecimiento de programas de tratamiento asistencial y rehabilitación de alcohólicos, drogadictos y afectados de toda enfermedad que someta al individuo a un estado de dependencia.
- Destinar sus programas de rehabilitación a personas de distintos sexos, mayores de 14 años, sin exclusiones de nacionalidad, credo religioso, raza, o ideas políticas.
- Contratar y formar a profesionales que colaboren técnicamente en la ejecución de sus programas.
- Atender integralmente (psicológica, educativa y médicamente) al usuario y su familia, tendiendo a la rehabilitación y reinserción social.
- Conseguir la deshabituación de la conducta dependiente del usuario y reforzar su autonomía personal.

HISTORIA DE LA ASOCIACIÓN CIVIL BETANIA

Siguiendo lo expuesto en la página web de la institución acerca de la historia de la Asociación Civil Betania, cabe mencionar que la misma inicia sus actividades en el año 1986 con sede en la Ciudad de Salta, extendiendo sus servicios a todas las provincias del NOA y NEA. En 1987 recibe la habilitación del Ministerio de Salud Pública, a la vez que obtiene la correspondiente personería jurídica. Luego, en 1988 su equipo de profesionales se capacita en el Centro Italiano de Roma (Italia), cuyo modelo de intervención, que incluye Comunidad Terapéutica (Proyecto Hombre), sería luego adaptado por la Asociación. La formación se completa en la Universidad de Delaware (Estados Unidos), generando el proyecto “La Puerta” que posibilita el trabajo con presos penados, derivados por los juzgados federales, provinciales, de ejecución de sentencia y de menores.

Betania es un Centro de Prácticas del Fondo de las Naciones Unidas para la fiscalización del uso indebido de drogas (U.N.D.F.A.C.). Desde 1988, es miembro de la

Federación de Organizaciones No Gubernamentales de Argentina (F.O.N.G.A); desde 1997, del Centro Nacional de Organizaciones de la Comunidad (CE.N.O.C), y de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas. En el año 1996 establece un convenio con la Municipalidad de la Ciudad de Salta. Brinda tratamiento al personal policial a través de un convenio con el Gobierno de la Provincia, con una metodología específica para dicha fuerza. A partir de 1999, a través del mencionado proyecto “La Puerta”, capacita al personal de la Unidad Carcelaria N° 1 de Villa Las Rosas.

Betania es además, Centro de Prácticas adscrito a la Carrera de Psicología de la Universidad Católica de Salta y al postgrado en Drogadependencias de la Universidad Nacional de Tucumán.

Desde su fundación, Betania centra el eje de sus servicios en la capacitación y la investigación. Asimismo, ha organizado y participado en innumerables actos académicos (cursos de formación, conferencias, debates, etc.) relacionados con la tarea de la Prevención de las Adicciones y el Trabajo Comunitario. Desde su fundación posee un Grupo de Voluntarios, que organizados en comisiones, colaboran con el equipo terapéutico.

MODALIDADES DE TRATAMIENTO

Con la finalidad de describir las modalidades de tratamiento que se realizan en la Institución, se tuvo presente lo expuesto por Sarapura (2011) acerca del tema, como así también, los conocimientos logrados a partir de la inclusión de la investigadora en la institución durante los meses de inmersión inicial y durante el período de trabajo de campo.

La Institución ofrece tres modalidades de tratamiento, que se rigen bajo los lineamientos del modelo de Comunidad Terapéutica: Comunidad Terapéutica, Centro de Día, y Tratamiento Ambulatorio (consultorio externo). A continuación se explica brevemente en qué consiste cada una de ellas.

En primer lugar, cabe destacar que durante el primer contacto con la persona, se lleva a cabo una serie de entrevistas, donde se aplican algunas técnicas psicométricas y proyectivas, para evaluar las características de su personalidad y su posición frente a las drogas. Esto se realiza con el objetivo de determinar qué modalidad de tratamiento es la

más adecuada para la persona y conocer la motivación de la misma para con su tratamiento. Esta etapa, del primer contacto de la persona con la institución, se denomina Admisión.

Es importante tener en cuenta que la persona que se presenta a la institución debe poseer una estructura neurótica como criterio de admisión, que debe mantenerse en abstinencia, y contar con la participación de su familia en el tratamiento.

Comunidad Terapéutica: en la modalidad de Comunidad Terapéutica (modalidad residencial de tiempo completo, las 24 horas del día, los siete días de la semana) se desarrollan espacios grupales e individuales, de esparcimiento y talleres, a cargo de los diferentes profesionales que trabajan en la misma, ya sean psicólogos, operadores, profesores, médicos, y/o psiquiatras.

Pueden encontrarse en esta modalidad algunos grupos que se llevan a cabo, coordinados por un operador socio terapeuta y/o un psicólogo, tales como:

- Grupo terapéutico
- Grupo de convivencia
- Grupo de autocrítica
- Grupo de sentimientos
- Grupo de seminario
- Grupo de orientación
- Grupo de prevención de recaídas

En los grupos terapéuticos, se trabaja sobre la historia de vida del residente, su presente y la visión a futuro.

En el grupo de convivencia se trabaja sobre las actitudes reiteradas de los residentes que perjudican la convivencia en la casa, marcando constantemente el diálogo entre todos y la influencia de uno en el otro, buscando que los mismos sean partícipes en las normas y reglas que hacen a la convivencia.

El grupo de autocrítica trabaja sobre las dificultades y logros que se le presentan a lo largo de la semana al paciente, planteándose un objetivo semanal en relación a sus dificultades, para ser trabajado en la semana siguiente.

En el grupo de sentimientos, se trabaja sobre los sentimientos del paciente surgidos en su devenir diario y la expresión de los mismos, ya que se sostiene que lo que no se expresa, se actúa. De esta manera, se va ampliando su mirada afectiva y emocional sobre sus conductas, estando relacionadas las mismas con hechos pasados.

El grupo de seminario, se caracteriza por ser un grupo didáctico y de experiencia. Se lo utiliza cuando se comienza la etapa de reinserción, ya que se trabajan temas de interés tales como el estudio, el trabajo, las relaciones interpersonales, la sexualidad, etc.

En el grupo de orientación, los nuevos pacientes trabajan sobre la estructura de la comunidad y el manejo de las diferentes herramientas terapéuticas, para lograr la mejor adaptación posible a la misma.

Finalmente, el grupo de prevención de recaídas fue elaborado por el ex director de la Comunidad Terapéutica, el Lic. Martín Teruel. En dicho grupo se trabajan diferentes temáticas en relación a las conductas, creencias, pensamientos y actitudes que poseía el residente en un pasado, para que él mismo pueda diferenciarlas y pueda prevenir una posible recaída.

Todos los grupos mencionados se desarrollan una vez por semana, en un día y una hora determinada.

Paralelamente a los grupos planteados, se desarrollan grupos de familia, para que ésta mantenga la participación en el tratamiento de su familiar y se aclaren las dudas, miedos, y ansiedades que se les presenten. También se realizan una vez por semana, o en caso de que el paciente provenga de otra provincia, se realiza una vez cada dos semanas.

Se identifican también diferentes etapas dentro de dicha modalidad, siendo éstas las de Orientación, Estructura o Tratamiento propiamente dicho, Fuera de estructura, y Reinserción social.

En una primera etapa de Orientación, el residente participa sólo en los grupos de orientación y de seminario, poseyendo un grupo propio que tiene como objetivo la contención y orientación de los residentes ingresantes, para una mejor adaptación al grupo

y al tratamiento. En dicha etapa se prohíbe todo contacto con el exterior, para un mejor trabajo de adaptación.

Una vez superada dicha etapa, pasa a la siguiente etapa llamada Estructura, que se caracteriza por llevar a cabo el tratamiento propiamente dicho. Es decir, cuando se incluye al residente en todos los espacios terapéuticos y se utilizan todas las herramientas que resulten beneficiosas para tal fin.

La etapa Fuera de estructura se caracteriza por ser un paso previo a la etapa de reinserción social, ya que en la misma se debe trabajar sobre la elaboración de un proyecto de vida, que el residente puede empezar a llevar a cabo, como por ejemplo, a través de la vuelta al trabajo, o al estudio.

Por último, se desarrolla la etapa de Reinserción social, presentándose ésta en dos modalidades: residencial y ambulatoria. La reinserción social residencial se realiza dentro de la comunidad y el residente, en quién ya se supone internalizada la estructura de la etapa anterior, se ocupará de definir y comenzar a llevar a cabo su proyecto de vida, que continuará realizando cuando salga de la comunidad. La reinserción social ambulatoria implica la vuelta del residente a su medio social, debiendo poner en práctica lo aprendido en la comunidad, y regresando a la misma sólo para terapias grupales e individuales, y manteniendo coloquios con la familia.

También podemos encontrar que se desarrollan diferentes actividades recreativas durante la semana y mayormente los fines de semana, y diferentes talleres, como ser de electricidad, carpintería, computación, etc.

Se encuentran a su vez, diferentes sectores de la casa donde los residentes se encargan de la realización de actividades particulares, y se encuentran compuestos por un responsable y residentes que trabajan a su cargo. Los diferentes sectores son: de limpieza, de cocina, de parque y mantenimiento, y de informes y mensajes. El responsable de cada sector debe planificar y organizar diariamente las actividades a realizar, como así también debe verificar las actividades realizadas. En ocasiones se puede encontrar un responsable general, encargado de la supervisión de toda la casa.

Finalmente, cabe mencionar que las visitas y las salidas de los residentes dependen del avance del mismo en el tratamiento y de la evaluación del equipo terapéutico.

Centro de Día: la modalidad de centro de día es una variante de la comunidad terapéutica ya que no es residencial como ésta última, siendo sus horarios por la mañana y por la tarde, pudiendo asistir en doble jornada. Por lo tanto, el trabajo terapéutico que se realiza es muy similar que el de la internación pero en un tiempo más acotado.

Una de las diferencias sobresalientes de esta modalidad con la de Comunidad Terapéutica es que, al volver el residente todos los días a su casa y al no asistir los fines de semana a la institución, se trabaja con mayor énfasis con la herramienta de la planificación y cumplimiento de las pautas del tratamiento, en conjunto con la familia del residente. Es importante la constante participación de la familia del mismo, ya que el residente se encuentra expuesto a mayores situaciones de riesgo.

Las etapas de la modalidad de Centro de día son las mismas de Comunidad Terapéutica, con la diferencia que los residentes que se encuentran en la etapa de Adaptación, pertenecen a lo que se denomina “Grupo de adaptación” y los que se encuentran en la etapa de Estructura, pertenecen al “Grupo terapéutico”. Además, la etapa de Reinserción Social no se divide en dos, ya que en esta modalidad no se reside en la institución.

Tratamiento Ambulatorio: por último, la modalidad de Tratamiento Ambulatorio se caracteriza por servirse de una terapia individual y grupal a la semana, y por el hecho de que el residente no permanece en la institución más que para concurrir a las mismas. En una primera etapa, el residente debe concurrir dos veces por semana a la sesión individual y una vez por semana al grupo de dicho tratamiento, para luego, una vez evaluado por el psicólogo a cargo, concurrir en una segunda etapa, una ocasión para sesión individual, continuando luego con la terapia grupal, según se le indique.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según lo expuesto por Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio en el libro “Metodología de la Investigación” (2014), puede decirse que la presente investigación posee un enfoque Cualitativo. Se indagó sobre una realidad determinada, la posición subjetiva, desde los puntos de vista de los participantes. Como en toda investigación cualitativa, se tuvo en cuenta la subjetividad, ya que las realidades a estudiar son diversas y construidas por los sujetos de la investigación; y la recolección y análisis de información estuvieron destinados a comprender en profundidad los diferentes significados y las experiencias de los participantes de la misma.

El nivel de la investigación corresponde a una investigación descriptiva, en tanto, tiene como objetivo conocer la posición subjetiva frente al tratamiento terapéutico recibido en una población definida. Se buscó describir el fenómeno y sus dimensiones tal como se presenta en la realidad, sin introducir asociaciones entre variables o explicaciones causales de ningún tipo.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS CENTRALES

Posición subjetiva: es la respuesta particular, única e inconsciente a la castración, lo que funda la subjetividad y lo que determina la modalidad del sujeto, su dinámica y funcionamiento subjetivo. (Aquino Cabral, 2016)

Las referencias en la realidad del fenómeno de estudio consistieron en aquellos enunciados, comportamientos u otros fenómenos que se manifestaron en el contexto de las entrevistas.

Tratamiento terapéutico: conjunto de modalidades específicas que tiende a eliminar síntomas específicos y comportamientos problemáticos, implica una intervención dirigida hacia un aprendizaje permanente de capacidades y mecanismos nuevos de superación. (Camacho Ramírez, s/f).

Centro de día: modalidad de tratamiento terapéutico concebido como un dispositivo asistencial de modalidad ambulatoria intensiva entendida como un espacio dedicado a sostener a pacientes que requieran contención diurna. El paciente concurre todos

los días, de lunes a viernes, ya sea medio día o jornada completa según lo requiera cada caso. (Sarapura, 2011)

El Centro de Día cuenta con tratamiento tanto a nivel grupal, familiar, e individual, y cuenta con la presencia de profesionales tales como psicólogos, psiquiatras, médicos, operadores, y personal administrativo.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño utilizado en la presente investigación, es el denominado por Hernández Sampieri et al. (2014), diseño fenomenológico. Este diseño permitió enfocarse en las experiencias subjetivas de los participantes, pretendiendo conocer el fenómeno en estudio.

La utilización de este diseño permitió conocer el significado que asume el tratamiento para el paciente y la respuesta del sujeto frente a él.

PARTICIPANTES

De acuerdo al enfoque cualitativo, se decidió trabajar con una muestra por conveniencia, en tanto se tomaron los casos disponibles a los cuales fue posible tener acceso, cuestión determinada por la dirección terapéutica de la Institución donde se llevó a cabo la investigación. Se contó con seis participantes que cumplieran con los criterios de inclusión. Por este motivo, los resultados de la investigación solo son aplicables a los sujetos que fueron tomados como participantes. Los criterios de selección para los mismos fueron los siguientes:

- Jóvenes de sexo masculino que poseían entre 20 y 30 años de edad cronológica al momento de inicio de la investigación.
- Jóvenes que residían de manera permanente en Salta Capital durante el desarrollo de la investigación.
- Jóvenes que recibían en calidad de pacientes tratamiento terapéutico por consumos problemáticos de sustancias psicoactivas en el dispositivo Centro de Día perteneciente a la Institución.

- Jóvenes que poseían al menos un 80% de asistencia a las actividades del dispositivo desde el inicio del proceso de tratamiento.
- Jóvenes que se encontraban bajo tratamiento terapéutico en el dispositivo en un tiempo no menor a un mes.
- Jóvenes que, según el diagnóstico estructural establecido por el profesional responsable del servicio de psicología, no presentaban trastornos graves de la personalidad, tales como un diagnóstico de psicosis.
- Jóvenes que aceptaron participar mediante la firma del consentimiento informado como sujetos de la investigación.
- Jóvenes que concurrieron a las tres entrevistas planteadas por el profesional psicólogo a cargo de las entrevistas en las que se recolectó la información.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para esta investigación, se empleó como técnica de recolección de información la entrevista libre y la observación directa participativa.

Las entrevistas tuvieron una modalidad libre de acuerdo al enfoque teórico que guiaba la presente investigación. Sin embargo, existían ciertos temas o ejes que introducía el profesional psicólogo que conducía la entrevista, según su estilo particular.

La observación directa participativa consistió en la presencia en calidad de observadora de las entrevistas que efectuó el profesional psicólogo, con la posibilidad de efectuar preguntas que permitían al sujeto entrevistado explicar en determinados temas o aclarar sus dichos.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

En un primer momento, la inmersión inicial implicó conocer el ambiente, la población, y los posibles futuros participantes de la investigación. En un comienzo, el objetivo fue lograr crear un clima de confianza que facilitó la colaboración en el período de entrevistas. Durante este proceso, se observó el desarrollo de los distintos grupos, se

participó en entrevistas de admisión como observadora no participante, se participó en discusiones de casos, entre otras actividades, las cuales se vienen llevando a cabo desde el mes de Junio del año 2016.

Luego de la inmersión inicial, con ayuda del profesional psicólogo que la dirección de la Institución designó para cumplir el rol de referente institucional, se procedió a seleccionar a los participantes a partir de la aplicación de los criterios de inclusión. Una vez seleccionada la misma, se realizó una entrevista informativa a fin de presentar a los participantes los objetivos de la investigación, sus métodos y procedimientos, de manera que cada uno pueda decidir voluntariamente su participación en la investigación.

Una vez consentida la participación, se procedió a la firma del consentimiento informado a fin de respetar las normas éticas y legales. Al mismo tiempo, se estableció junto con el profesional psicólogo, una agenda de entrevistas fijadas de antemano con cada entrevistado. Durante el desarrollo de las entrevistas a cargo del profesional psicólogo mencionado, se indagaron los diferentes tópicos en el momento en el que los mismos surgían ya sea a través de preguntas del entrevistador e investigadora, o asociaciones del entrevistado. Cabe destacar que se establecieron turnos suplementarios en caso de ausencias o cualquier imprevisto que interrumpió el proceso de recolección de información.

Toda la información recabada fue registrada en el diario de campo y en una grabadora en el caso de las entrevistas, con el debido consentimiento de los participantes, información que luego fue transcrita y revisada para poder ser analizada posteriormente.

Finalmente, luego de una corrección rigurosa de los datos obtenidos y analizados se procedió a la elaboración de las conclusiones de la investigación y a la confección del informe final.

CONTEXTO Y PERÍODO

El contexto de la investigación fue la Ciudad de Salta Capital, Institución Asociación Civil Betania, y dentro de la misma, el dispositivo Centro de Día.

La Asociación Civil Betania es una Organización No Gubernamental (ONG) integrada por sus socios, una comisión directiva, profesionales especializados, equipos de voluntarios y usuarios de sus servicios.

Se encuentra ubicada en el macrocentro de la provincia de Salta, en la calle 10 de Octubre al 550.

La Asociación Civil Betania dispone de un Centro de Admisión y Diagnóstico (Ambulatorio, Hospital de Día, Reinserción Social) con sede en la capital de la provincia de Salta, y una residencia (Comunidad Terapéutica) en el Municipio de Cerrillos.

El período de la investigación fue de aproximadamente cuatro meses.

PROCEDIMIENTO DE ANALISIS

Para el correspondiente análisis de datos, se procedió a realizar una revisión exhaustiva de las observaciones realizadas con el objetivo de contextualizar la información obtenida.

Luego, se procedió a la relectura de toda la información transcrita y a la organización del material.

Por último, se les otorgó estructura a los datos mediante la organización de la información en torno a las categorías emergentes, las cuales dieron cuenta en la realidad, de la posición que asume el sujeto frente al tratamiento que recibe. Esta posición pudo manifestarse a través de enunciados de los entrevistados con respecto a los elementos que conforman el tratamiento recibido.

Esta información dio lugar a la estructuración de las categorías de análisis que se obtuvieron mediante la búsqueda de convergencias en las mismas.

La etapa correspondiente al análisis de los datos fue dividida en dos partes. En la primera, se procedió a analizar las entrevistas realizando un cruce entre el marco teórico y la información obtenida en el campo. Para ello se analizó caso por caso de acuerdo a una serie de ítems que surgieron a partir de las entrevistas.

Luego, para un mejor entendimiento de los datos, se realizó un segundo nivel de análisis. Este segundo momento, se realizó de acuerdo a los temas emergentes y de interés que surgieron a partir del primer análisis. Para ello, se tomó en cuenta los mismos ítems, trasportándolos a un nivel más general, sin descuidar las particularidades de cada uno de los sujetos de investigación.

A los fines del presente trabajo, la presentación de los casos se realizó en base a la pertinencia del material con respecto a la pregunta de investigación, debido a que en las entrevistas se abordaban otros temas que no guardaban relación con las intenciones de los objetivos de la investigación.

Los ítems, a partir de los cuáles se realizó el análisis, son los siguientes:

- El significante “adicto” y su llegada a la Institución
- El lugar de la Institución
- El tratamiento del padecimiento en un Centro de Día
- Tiempo institucional versus tiempo subjetivo
- La transferencia con varios
- El lugar de las ficciones familiares
- Perspectiva del tratamiento

Finalmente, con el fin de otorgar rigurosidad cualitativa a la presente investigación, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de validación:

Dependencia: para asegurar la dependencia se llevaron a cabo registros exhaustivos de las respuestas de los entrevistados como así también de cualquier otro dato que se consideró de importancia, evitando que las opiniones personales afecten la interpretación de los datos. Asimismo, no se establecieron conclusiones antes de que los datos sean analizados; y se tuvo especial cuidado en respetar los criterios de selección de los participantes así como los procedimientos para recolección.

Credibilidad: para poder captar las experiencias de los participantes en relación al problema a investigar, se llevaron a cabo las entrevistas respetando la particularidad de cada sujeto, dando a conocer tanto la evidencia a favor como en contra de los postulados o ideas que surgieron de la investigadora. Se incluyó la auditoria externa de la directora de la investigación, y la información se presentó brindando un panorama lo más completo posible.

Transferencia: si bien los resultados de este estudio no son transferibles a otras poblaciones, las ideas que surgieron del análisis sirven para obtener una idea de la problemática estudiada con el fin de aplicar las mismas a la descripción de algunas conductas que pueden presentarse dentro del tratamiento llevado a cabo en un dispositivo asistencial como lo es el Centro de Día.

Confirmabilidad: los posibles sesgos fueron reducidos a partir de la explicitación del proceso seguido a la hora de interpretar la información obtenida que se basó en los conceptos teóricos que guían la investigación y fueron tomados de fuentes confiables. Asimismo, se pretendió lograr una estancia prolongada en la Institución, así como el aporte de la auditoría que llevó a cabo tanto la dirección de la investigación como el profesional psicólogo de la Institución.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

CASO “N.”

N. es un joven de 21 años de edad. Se encuentra en tratamiento en el Centro de Día perteneciente a la Asociación Civil Betania desde hace siete meses.

En relación al motivo de consulta en la Institución, N. expresa: *“Estoy acá por el consumo, porque he atravesado por el consumo y no lo pude controlar, por lo que pedí ayuda voluntariamente.”*

N. vive actualmente con su madre y la pareja de ésta. Sus padres se encuentran separados desde hace 12 años, y en todo este tiempo, ha vivido durante algunos períodos con su padre, la mayoría con su madre, existiendo un período desde los 17 hasta los 20 años, donde vivió solo. Respecto a esta situación, sostiene: *“Mis papás se separaron cuando yo era chico, pero no tuvieron una buena relación. Se peleaban bastante y eso yo lo vivía, me afectaba mucho, peleaban adelante mío. Yo siempre me involucraba en sus peleas y lo único que conseguía era seguir haciéndome daño.”*

En la primera sesión, N. menciona acerca de su primer contacto con la Institución, comentando que la primera vez que escuchó hablar de Betania y que asistió al lugar, fue cuando tenía 14 años: *“Conocí la Institución por mi madre, ella me trajo a los 14 años, cuando comencé con la marihuana. Mi papá no estaba de acuerdo con que venga a esa edad, él veía que la marihuana no era tan grave, no lo veía como un problema, y mucho menos para que su hijo venga a una Institución que trabaja con adicciones. Él creía que yo lo podía manejar solo.”*

El primer intento de tratamiento para N. fue fallido: *“Cuando yo vine a los 14 años veía a Betania como una cárcel, como que me iban a encerrar, era muy fuerte esa idea. Además no vine por mí mismo, vine medio obligado por mi madre y sin el apoyo de mi padre, eso tampoco me benefició en ese momento.”*

A diferencia de la experiencia que tuvo N. en la Institución en años anteriores, manifiesta que: *“Hoy en día es totalmente distinto, ya no pienso como antes, ahora vengo contento, disfruto, y le pongo ganas.”*

Respecto a sus inicios en el tratamiento, hace siete meses, N. indica: *“Cuando comencé acá, vine a hablar un viernes aunque todavía faltaban dos semanas para el ingreso. Hablé con el director de ese momento, y le dije que necesito ayuda, que si no me brinda ayuda hoy mismo, el lunes me busco otra Institución porque no doy más. No doy más, le dije, estoy consumido ahora y voy a consumir el fin de semana, en mi casa está todo mal y necesito ayuda. Él me miró y me dijo que estaba hablando con el director, y que el lunes empezaba mi tratamiento.”*

Luego de su ingreso, para N. lo más difícil fue dejar de consumir, le costó pero finalmente lo logró: *“Tenía muchas ganas de consumir cuando ingresé acá, fue lo peor, la peor parte, lo que pasa es que yo al mínimo problema siempre consumía, pero decidí tomar la mejor decisión de venir acá pidiendo ayuda, llorando, y todo. Pedí coloquio apenas llegué, y hoy realmente estoy agradecidísimo.”*

En una de las sesiones realizadas, surge la temática en relación a su tratamiento y los cambios que N. ha experimentado durante estos meses, señalando: *“Mi tratamiento fue un cambio muy brusco, geográfico, porque volví a vivir con mi madre; social, porque me alejé de mucha gente, todo. Que te lleven y te traigan, que te busquen, cuando yo estaba acostumbrado a algo totalmente distinto, a un libertinaje total, y de repente de un día para el otro no manejé más dinero ni nada, fue fuerte, es complicado.”* A su vez, menciona que actualmente valora cosas que antes no valoraba: *“He cambiado mucho desde el vamos, aprendí el respeto, la disciplina, la conducta, la organización, los valores. Todo eso yo antes lo dejaba de lado, no me importaba, no lo valoraba, estaba dormido.”*

N. refiere que en estos últimos años, que han sido los más difíciles en relación a su consumo, su familia estaba al tanto, sabía de su consumo y no estaban de acuerdo con su estilo de vida, por lo que directamente no se hablaban: *“A los 17 años decidí irme solo, porque me escapé de los problemas que tenía en ese entonces con mis padres, por el consumo y por otras cosas, porque ellos no estaban al tanto de la gravedad de las cosas, sabían que consumía pero no tanto.”* Sin embargo, al iniciar su tratamiento la situación cambió: *“Hoy en día mi relación con mis padres puede decirse que es buena, antes no lo era, para nada. Hoy tengo el apoyo de mi familia en esto, están conmigo en el tratamiento.”*

Cuando llegué acá y mi madre se enteró, estaba chocha de que yo solo haya decidido hacer un tratamiento.”

Durante la segunda sesión, surge el tema de la paternidad, ante lo cual, N. explica: *“Cuando yo estaba por ser papá fue cuando me dije a mí mismo que esto no daba para más, que debía recomponer mi vida. Ahí fue cuando decidí iniciar tratamiento, antes de que naciera mi hija empecé a averiguar y terminé viniendo acá. Me es curioso porque esa situación me llevó a relacionarlo con mis padres; yo vivía sin sentir que mis padres estaban, por eso comencé a buscar amor y contención en la sustancia (...) Hoy estoy seguro que lo que no hicieron mi madre y mi padre, conmigo y mi ex pareja es distinto, podemos hablar y llegar a un acuerdo sin perjudicar a mi hija, sin que ella esté en el medio.”*

Cuando N. cuenta acerca del tratamiento que recibe en la Institución, destaca las normas y la organización de la misma, indicando: *“Los cambios cuestan, pero en mi caso creo que no me costó adaptarme a las reglas y al funcionamiento de acá, siento que me adapté rápido y todo eso me hizo muy bien. Incorporé en mi vida fuera de aquí todo el manejo de acá, me parece muy positivo, lo hago sin darme cuenta, todo lo que aprendo acá lo aplico afuera naturalmente. La disciplina que aprendí acá me sirvió mucho, el respeto, los modales, todas esas cosas que uno pierde de vista cuando está perdido en el consumo, porque no te importa más nada cuando estás en esa.”*

N. debe convivir día a día con sus compañeros de tratamiento, sobre los cuales sostiene: *“Nos llevamos muy bien, tengo buena relación con todos mis compañeros. Esto funciona como una convivencia, hay cruces de todo tipo pero todo bien. Hay roces y hay de todo, pero no tengo problemas con ninguno, y si en algún momento lo tuve, lo arreglé. Acá estamos todos por lo mismo, tenemos que ser buenos compañeros. En eso creo que ayuda mucho también el tratamiento, me ayudó muchísimo en cuanto a la convivencia.”*

La relación que N. ha forjado con los profesionales de la Institución en el transcurso de estos siete meses, afirma que es positiva: *“Acá me siento apoyado, contenido, veo que los profesionales y todos los que trabajan aquí son gente que me quiere ayudar y que entiende del tema. A veces es un tire y afloje, porque yo llegué con conductas que no eran adecuadas y no me gusta que me remarquen lo que hago mal, y ellos están en parte para*

eso. Por ejemplo, me marcaban mi impulsividad, mi intolerancia, mi ansiedad, y yo iba implementando distintas técnicas para afrontar eso pero ahora ya no pasa nada, no me molesta, ya no siento que andan detrás de mí, al contrario, puedo ver lo positivo que fue que sean así y cómo todo mi proceso de adaptación se fue dando.”

N. hace mención al hecho de que, el trabajo realizado principalmente con los psicólogos de la Institución lo ha ayudado en diversos aspectos: *“Acá viví experiencias muy buenas con los psicólogos, he trabajado cosas sobre mí, cosas profundas, muy de mis adentro, y fue algo lindo llegar a tener esa confianza, que antes no la tenía con nadie. Para mí ahí está la clave del tratamiento, en que uno cuente sus temores y sus miedos, porque ahí está la frustración para mí.”*

A lo largo de estos meses de tratamiento, N. expresa que ha podido darse cuenta de algunas cuestiones personales: *“Acá me di cuenta de muchas cosas en relación a las causas de mi consumo, por ejemplo, siempre tuve miedo a la soledad. Siempre me hacía falta algo, si no era mi viejo, era mi vieja. Mi viejo fue un padre ausente, estaba físicamente pero no lo sentía conmigo, hubiese necesitado un abrazo en vez de un vaso de vino con él, o una caricia en vez de un cigarrillo. Aunque eso que me faltaba de él me lo brindaba mi mamá, mi vieja es un amor en ese sentido. Mi papá en cambio, toda su familia es así, no te manifiestan nada, yo sé por ejemplo, que una palmada de mi viejo es una caricia, pero yo estaba acostumbrado a las caricias de mi madre, entonces cuando me iba con mi papá me hacía falta eso.”* A su vez, vincula actualmente su consumo a sus sentimientos y estados emocionales, como así también a su ex pareja: *“Me di cuenta que resulta que mientras más deseos tengo de consumir es cuando más cargado estoy, a nivel emocional, va de la mano con los sentimientos y todo lo que trabajo acá, por eso es que a mí me hacía falta Betania, era el hecho de hablar y desahogarme. También fue curioso para mí darme cuenta que, uno de mis inconvenientes más grandes fue buscar amor y cariño, que si no me los daba mi ex pareja, me los daba el consumo. Fue mucho tiempo de matarme, de estar viviendo de onda. Me costó sacarme la venda de los ojos y ver que ésta es mi realidad. Me molesta y me duele pero puedo hablar del tema, estoy acá hablándolo porque no quiero volver a eso. Para mí esto es algo mágico, justamente mi reflexión de anoche fue que el mejor trabajo que pude haber encontrado, ha sido Betania, trabajar sobre mí.”*

En una de las sesiones, N. señala estar a gusto respecto a las distintas actividades que componen el tratamiento: *“Me gusta mucho cuando tenemos teatro, ahí uno saca cosas que no se imagina, entre broma y broma dicen que la verdad se asoma. Otra cosa que me sirvió mucho fue educación física, porque es arrancar el día con otro aire y hacer algo por uno mismo. También me gustan las actividades que hacemos acá en la casa, como los grupos, tenemos grupos de sentimiento, de convivencia, están buenos. Aprendemos sobre nosotros, sobre los otros, y a organizarnos aquí dentro.”* N. afirma tener una actividad en particular que es de su preferencia: *“Hay una actividad que es la que más me gusta, mi preferida, que es el coloquio. Me encanta hablar de lo que me está pasando, lo hago día de por medio, no me guardo nada ni lo quiero hacer; cuando era chico no hablaba nada, pero ahora cambió todo, lo hice por mí mismo, ahí está la clave, voluntariamente querer venir, querer hablar, querer hacer esto, y así todo marcha.”*

N. sostiene que el tratamiento ha sido beneficioso en su caso, y destaca algunos aspectos que considera importantes: *“Acá siento que el tratamiento en sí me ayuda, porque esto funciona como un equipo. Me ayudan desde haciéndome pasar una franela, hasta diciéndome un no, poniéndome límites, todo eso me ayuda para mi bienestar. Lo que quiero destacar, es que para mí lo mejor de este lugar y de la gente de acá, es el tiempo. Porque acá me brindan su tiempo, y me hacen bien, y el tiempo es muy importante. Es la calidad del tiempo que brindan, yo voy a coloquio y puedo estar 15 minutos o una hora, siempre brindan tiempo, eso es muy valioso.”*

Mirando hacia atrás, N. explica en reiteradas ocasiones lo distinto que se ve a sí mismo: *“Me veo muy cambiado desde que llegué acá. Es algo que siempre me planteo porque me hace bien. Me falta mucho, tengo toda una vida de cambio, pero hoy, no soy el mismo que ayer, y mucho menos el mismo de hace siete meses. Ese cambio fue contundente cuando empecé tratamiento, pero ya tenía antes una intención de cambio, le ponía voluntad pero no era suficiente, necesitaba de Betania, de un psicólogo, de esto (...) Ahora entiendo todo, ahora yo tengo mi vida, yo soy quien es el responsable ahora, ahora finalmente me siento así, dueño de mi vida.”*

Comentando acerca de su tratamiento, N. menciona que ha tenido algunas recaídas: *“Tuve un par de recaídas, algunas no tan graves pero heavy fueron dos. Una a la semana*

de ingresar y otra hace unos meses. Lo que me llevó a recaer es mi cabeza, yo no pasé por ningún síntoma de abstinencia, para mí un ataque de abstinencia es empezar a temblar o cosas fuertes. Mi error era que ante un problema actuaba por impulsividad, y el deseo de consumir está siempre en la cabeza porque es un recuerdo que tengo, de que esa sustancia hace que me dope, que me amortigüe, y que la vida siga. Nada más. Entonces, ahí me di cuenta que tenía que trabajar mi impulsividad, para eso me sirve escribir, tengo una libretita chiquita donde escribo todo lo que me pasa (...) Ha habido una serie de condimentos a la vuelta que me llevaron a recaer. Pero hoy es diferente, sigo teniendo ese deseo de consumir, pero lo que hago es cerrar los ojos, imagino que estoy yendo a comprar, que he comprado, que estoy consumiendo, que sigo consumiendo, y pasaron dos o tres días e imagino que sigo consumiendo y se acabó. Es impresionante cómo la imaginación hace que el cuerpo sienta, porque en realidad no estas imaginando, estás reviviendo, es como un déjà vu, se me pone la piel de gallina, me imagino que ya estoy loco, y abro los ojos, tomo aire, y es la alegría más grande que puedo tener, de verme acá, sobrio.”

En la última entrevista realizada, N. plantea la posibilidad de dejar el tratamiento: *“Estuve por dejar el tratamiento ayer por inconvenientes en el hogar digamos, mi familia tiene una buena posición económica pero de un momento a otro me cortaron todos los víveres. En realidad mi intención no es dejar el tratamiento, es más, me decidí a estudiar. Voy a buscar trabajo. Mi mamá no está nada de acuerdo pero bueno, yo necesito trabajar. La idea es continuar acá, pero me voy a inscribir para psicopedagogía y profesorado en psicología en el Jean Piaget, y lo voy a hacer. Igual vamos a ver, porque primero tengo que conseguir trabajo y en blanco, que me permita pagarme un alquiler y solventar mis gastos. Voy a empezar a dejar currículum por todos lados y voy a continuar acá, pero voy a ir avisando sobre la marcha cuando vaya teniendo algún trabajito mientras tanto. El tema está cuando empiece a estudiar, porque ahí voy a necesitar trabajo fijo, voy a trabajar, estudiar, y venir acá, pero ya con sesiones de terapia individual y algunos grupos, ya no la jornada completa. Mi prioridad es irme de mi casa, no puedo vivir ahí, y no es tema de consumo, es tema de convivencia, yo no voy a hacer lo que a mi mamá se le antoje y lo que ella desee. Me estoy llevando mal con ella porque yo volví ahora después de tantos años, y al brindarte ella las cosas después vienen los reproches y exigencias que no*

vienen al caso. Vivo bajo sus normas y es cualquiera. Necesito yo también lo mío (...) Había pensado en dejar acá para salir a la calle, pero por necesidad, yo jamás tuve intención de dejar el tratamiento, esto me urge por eso vine a hablarlo. Creo que esto me fortalecería, la disciplina que aprendí acá me sirvió pero quisiera aplicarla en otro lado, esto ya no me da satisfacción, ya no me complementa. Siento que ya cumplí un ciclo acá, respecto a la conducta, el levantarse temprano, la disciplina, movilizarte hasta acá, cumplir los horarios, todo.”

CASO“E.”

E. es un joven de 23 años de edad. Se encuentra en tratamiento en Centro de Día desde hace un mes.

En la primera sesión, surge el tema de su consumo, ante lo cual E. menciona: *“Desde los diez años que consumo, empecé con el famoso “pecoso” y a los 15 años empecé con la pasta base, que le llaman “la pipa” hoy en día, y desde entonces empecé a consumir hasta hace un mes que decidí contarle a mi mamá, porque estaba viviendo solo, robaba en todas partes, mentía, manipulaba, me drogaba, entonces decidí contarle a mi mamá; porque ella me estaba llevando a Sedronar como ambulatorio, donde iba dos veces a la semana a ver a la psicóloga porque ella pensaba que solo robaba, entonces ahí fue mi oportunidad para contarle a mi mamá lo que estaba pasando, lo que hacía de verdad, y bueno le conté que hace 13 años que consumo drogas.”*

Actualmente, E. vive con su madre, su padre, y sus tres hermanos, sin embargo, hasta hace poco tiempo vivía con su ex pareja y la familia de ésta, con quien consumía: *“Yo estuve viviendo todos estos años en lo de mi ex pareja junto con su hermano y sus padres, pero no se metían mucho, sabían que consumíamos y nos decían que ya la cortemos, pero ni bola. Con mi familia ni me hablaba, ni los veía, hasta que un día me di cuenta que no daba más, que estaba solo, me vi solo y vi que estaba perdiendo todo por esto, porque mi hermano me gritaba por la calle que yo me había muerto para él, que yo era una basura. Nadie quería saber nada mí. Mi pareja me decía que no me ponga mal, que ya íbamos a cambiar, que no me iba a hacer falta nada, siempre el mismo verso, siempre me decía lo mismo. Cuando uno no quería consumir el otro sí, y al revés, entonces siempre terminábamos consumiendo de una u otra manera. Era una relación basada en el consumo nomás, toda la vida fue así. Por eso decidí que prefería contarles a mis padres lo que me estaba pasando y rehabilitarme, hablé con mi papá y le pedí volver a la casa, mi mamá no quería que vuelva, pero les pedí que me dejen porque no tenía a dónde ir, y bajo la condición de que yo me rehabilite. Mis hermanos se enojaron porque dicen que mis papás dicen una cosa y hacen otra, que para qué me aceptan si voy a terminar robando y drogándome de nuevo, que siempre lo mismo. Pero mi papá dijo que no iba a dejar a su hijo tirado en la calle, ellos seguían diciendo que yo solo iba a hacer daño. Al final me*

aceptaron, aunque mi mamá dijo que lo hubiese pensado antes de irme con la otra basura de mi pareja sin que nadie me corra, entonces que no le interesaba ayudarme. Después aflojaron, y empezaron a moverse para ir a Sedronar para empezar el ambulatorio.”

En una de las sesiones, surge la temática acerca de su infancia, a partir de lo cual E. explica: *“Mi vida siempre fue igual. Antes de empezar a consumir de chiquito, yo siempre me iba de mi casa, me salía, me iba lejos, a las casas de mis compañeros por ejemplo, y andaba mucho en la calle. Mi papá nunca estuvo presente, él siempre estaba trabajando entonces nunca estaba en la casa, mi mamá siempre estaba sola y siempre estaba embarazada o abortando, entonces no me daba mucha pelota, muchas veces yo no volvía ni a dormir a la casa y ni cuenta se daba. A mí no me interesaba, esa era mi vida normal. Hasta que conocí a mi ex pareja, ella vivía en diagonal a mi casa y yo empecé a irme a juntar con su hermano. Ahí me empezó ella a hablar y empezamos a salir, hasta que no quiso saber nada conmigo porque empezó a consumir y se juntaba con otro chico con el que consumía, entonces yo le dije que para qué consume con él si puede consumir conmigo, y así empezó todo.”*

Respecto a la Institución y los inicios de E. en su tratamiento, afirma: *“Yo no conocía Betania, me imaginaba que sería como la Casa Azul de San Benito, con muchas piezas, secciones, y eso, pero no me imaginaba qué había realmente acá; lo que menos me imaginaba era que acá limpiábamos, a mí me gusta limpiar pero no me imaginé que éramos nosotros los que limpiábamos y cocinábamos, por ejemplo. Se trata de ponerse límites, sacar esas actitudes callejeras, como ser la falta de respeto, pasar sin pedir permiso, no expresarse bien, y esas cosas. Cuando llegué acá me sentí incómodo, me sentía mirado por ser nuevo y como que tenía que cuidar lo que hacía o decía, las posturas, todo, pero después me hicieron sentir re bien. Siento que de a poco voy cambiando. Me di cuenta que estar acá es diferente a lo que yo me imaginaba, tenemos que pedir permiso para todo, no podemos tener contacto físico entre nosotros, ni ser amigos fuera de acá, somos compañeros de tratamiento.”*

La decisión de iniciar tratamiento en el caso de E., estuvo marcada por un incidente: *“Antes de entrar acá me quise matar, tuve una pelea con mi mamá y me corté las venas,*

ella me vio y yo le dije que yo sabía que el ambulatorio en Sedronar no me iba a funcionar, que necesitaba por lo menos hacer Centro de Día, y ahí fue que llegué a Betania.”

A lo largo de las sesiones de entrevistas, E. indica en reiteradas ocasiones el hecho de que el consumo afectó la relación con su familia: *“Perdí mucho con mi mamá, tengo mi hermana con parálisis cerebral entonces su única compañía era yo, y sentí que la defraudé mucho, que la abandoné. Estos 13 años me sentí lejos de ella, sin escucharla, sin hablar, solo consumía; porque consumir te hace no querer saber de nadie, que te importe una mierda todo, y no quererte ni vos mismo, ni uno mismo se valora (...) Mi objetivo principal es recuperarme y recuperar mi familia, porque los estaba perdiendo poco a poco, porque ésta porquería te lleva a un punto donde quedas solo, haces tanto daño a tanta gente que después nadie quiere saber nada de vos. Yo quiero recuperar a mi mamá y mi papá en la confianza, por culpa de esto en mi casa se vive mucho la falta de respeto, la desobediencia, las mentiras, y los malos hábitos.”*

E. comenta su experiencia en el tratamiento que realiza, mencionando: *“Me gusta mucho acá hablar con las operadoras, o con la psicóloga cuando me siento mal o me pasa algo, me siento bien acá, me reconforta poder hablar, porque problemas tenemos todos los días nosotros que somos adictos y ladrones; ellos acá nos apoyan porque todos los días es una discusión nueva, una pelea nueva, entonces nosotros venimos de la casa con toda esa mochila aquí, donde la descargamos y compartimos con los compañeros, entonces la volvemos a cargar pero de cosas buenas. Yo más que nada me siento bien.”*

Con respecto a sus compañeros de tratamiento y al equipo de profesionales que trabajan en la Institución, E. afirma sentirse a gusto: *“Los changos acá me hacen sentir re bien, me tratan bien, me tratan con respeto, a pesar de la calle y de todo lo que hacemos nosotros, son gente buena. Me apoyo en mis compañeros cuando tengo problemas, cuando me siento mal, y yo también los apoyo a ellos y entonces ellos me apoyan a mí, es apoyo mutuo digamos. Por ahí tengo roces con mis compañeros porque soy permisivo, me cuesta decir que no, entonces empezamos con bromas y por ahí se nos va de las manos. Soy calentón también, entonces terminamos peleando o señalándonos. Son bromas de doble intención, yo se los permito pero llega un momento en que es molesto y ya me enoja. Lo mismo me pasa con la gente que trabaja acá en cuanto a lo bien que me siento, lo resumo*

en una sola palabra, la gente de aquí es puro amor. Amor, contención, cuánto más apoyo necesitas, ellos más están para vos, brindan mucho apoyo, son bien dedicados a nosotros los pacientes, nos apoyan muchísimo, nos señalan mucho los errores para que nosotros podamos corregir y aprender, así que estoy feliz.”

En relación a las diversas actividades que componen el dispositivo, E. señala: *“Participo de los grupos, acá hay mucha contención, hay muchas actividades para que uno no se sienta frustrado, yo me siento bien porque sirve el tratamiento, yo veo que sí me siento bien, que sí me funciona, porque por ejemplo, yo estaba en mi casa y estaba todo el día acostado o viendo tele pero estaba pensando qué hacer para conseguir plata para drogarme, en cambio estoy acá y hacemos actividades, mis compañeros me hablan, nos reímos, me olvido por completo. Y llego a casa tan cansado que tomo unos mates con mi mamá, hablo, y me voy a dormir, ni tiempo para pensar en eso tengo, estoy feliz obviamente. Por ahí tengo mis días de frustraciones, que son cuando peleo con mi mamá o con mi papá, es más, por ahí se me cruza por la cabeza no venir pero vengo, porque sé que acá me dan la contención que yo necesito. Estoy re feliz estando en Centro de Día, espero no tener recaídas, no quiero tenerlas (...) Lo que más me gusta hacer acá es el coloquio, que es donde yo me desahogo, me puedo desahogar con todo lo malo que me está pasando, que yo antes me lo guardaba, y la única manera de olvidarlo era consumiendo, entonces yo vengo, y les cuento a ellos y me aconsejan.”*

En cuanto a la relación con su familia, E. destaca la participación de la misma en su tratamiento: *“En mi casa me apoyan mucho, me preguntan cómo me fue, qué pasó, la verdad que los veo interesados y siento que me acompañan, mi mamá sobre todo que es la que siempre viene acá, ahora mi hermano mayor también me está apoyando mucho. Al principio creían que iba a caer en lo mismo, que siempre iba a hacer lo mismo, pero con el tiempo se van a dar cuenta que voy a cambiar, que las cosas no van a ser como antes; mi mamá me apoya un montón, todos los días me pregunta cómo me fue, cómo me siento, si me gusta, siempre pregunta, y yo me siento re bien (...) Ahora con mi mamá me llevo excelente, le confío mis cosas a ella, cambió mucho la relación. Con mi papá no tanto porque él es más de su trabajo, y con mis hermanos me estoy llevando más o menos porque yo les hice daño, pero estoy recuperando su confianza de nuevo.”* A su vez, E. expresa su deseo acerca de que su padre tenga una mayor participación en el tratamiento: *“Me*

gustaría que venga mi papá al grupo familiar de los jueves, siempre viene mi mamá. Ahí ellos les cuentan las reacciones que tenemos nosotros, cómo nos ven y todas esas cosas. Yo estoy viendo un cambio en mi papá, por ejemplo, antes yo le preguntaba si había pan en la casa, y me decía que deje de joder, que acá no hay nada y me trataba mal, en cambio ahora me responde cosas como que ya se fija, y si no hay ya va a comprar. Creo que este cambio es porque se lo pidió mi mamá, porque yo le dije a mi mamá que me dolía su indiferencia, su abandono, y creo que ella habló con él. Yo le comenté que me gustaría que mi papá sea un poco más compañero conmigo, no digo que me tenga confianza porque eso me lo tengo que ganar, pero que me trate mejor, comprenderme, y darse cuenta que me estoy esforzando y que él también debería esforzarse, a mí me hace daño que sea así conmigo, me duele. Nunca hablé yo con él de eso, por eso creo que mi mamá habló con él, porque fue inmediato el cambio.”

E. hace referencia en algunas ocasiones, a una serie de cambios a nivel físico, que surgen como resultado del cese de su consumo: *“Llevo un poco más de un mes sin consumir, al principio me sentía re mal, tuve abstinencia: fiebre, vómitos, diarrea, dolor de cuerpo, de todo un poco, empecé a temblar también, pero ya estoy tranquilo. Antes no podía dormir de noche, ahora estoy más tranquilo y hasta mi cara está muchísimo mejor, antes tenía todo negro.”* Al mismo tiempo, sostiene tener miedo a recaer en el consumo: *“Siento miedo porque sé que si tengo droga al frente la voy a consumir, porque todavía estoy trabajando en decir no, trato de no verlas y me parecen lo peor, porque estoy viendo lo bajo que está cayendo mi hermano que ahora también consume; y está cayendo incluso más bajo que yo, se está metiendo con un montón de porquerías, y yo pienso por qué hay tanto de eso, por qué no se promueve vida más sana para los jóvenes, todo es droga y más droga. Funciona así, existe mucha maldad, eso es vida fácil, es todo fácil, plata fácil, ellos se hacen plata fácil perjudicándonos a nosotros, que vamos a robar para darles la plata a ellos (...) El consumo te hace re perseguir, ni yo entiendo por qué me gustaba, uno lo ve desde fuera y piensa que a esta persona le gusta sentirse así, pero no, son sensaciones que te gustan y te hacen pedir más, pero es una mierda (...) Ganas tengo de consumir, pero no lo hago porque no quiero, porque yo no quiero, porque si yo quiero lo voy a hacer y punto, me voy, saco plata y lo hago, pero no quiero, no quiero tirar todo lo que vengo logrando hasta ahora; porque si yo vengo acá es para cumplir mi tratamiento, estoy feliz porque no*

es fácil, me cuesta, pero lo hago, y así tenga que pedir que me encierren lo voy a hacer, porque yo no voy a consumir, porque me veo bien así como estoy, puedo disfrutar más de las cosas que hago.”

Cuando E. menciona algunos aspectos vinculados al funcionamiento y organización de la Institución, explica: *“Al principio me costó adaptarme porque es pedir permiso para todo, preguntar si puedo pasar al baño, si puedo ir al depósito, si puedo modificar ésto, todo es preguntar; me costó pero ahora bien, incluso llego a mi casa y pido permiso a mi mamá para ir al baño ponele, se me hizo costumbre pedir permiso, se me va quedando como un hábito, y eso me encanta, me siento re bien y me encanta porque hasta mi mamá me dijo que en poco tiempo estoy cambiando, estoy distinto.”* A su vez, E. sugiere: *“Amo Betania, no cambiaría nada de acá, es más, les diría que no cambien nunca la forma de ser, y que sigan siendo lo que son, una buena Institución. Me gusta el funcionamiento y las personas de acá, todo en general, porque el funcionamiento que le dan ellos, sumado a lo que son ellos, es muy bueno.”*

En una de las sesiones, E. expresa sus planes a futuro: *“Quiero terminar el colegio porque dejé de chico, cuando ya estaba perdido en el consumo, y quiero trabajar; soy muy buen vendedor, quiero vender cualquier producto: ropa, mercadería, me manejo muy bien con los números, soy bien rápido, y creo que si sigo acá lo voy a lograr, porque todo lo que hacemos acá me lleva a ese camino, al lugar de lograr hacer las cosas que quiero, incluso ponele cuando me señalan o me corrigen algo, aunque no me guste, me parece bien, porque tengo que trabajar en mí y pedir disculpas, aprender a hacer las cosas bien para mi futuro.”*

Actualmente, E. ha abandonado su tratamiento tras haber procedido al robo del teléfono celular de un miembro del staff de la Asociación Betania, tras lo cual no ha vuelto a presentarse o contactarse con la Institución.

CASO “A.”

A. Es un joven de 20 años de edad. Se encuentra en tratamiento en el Centro de Día de la Asociación Betania desde hace seis meses.

Durante la primera sesión, A. menciona algunos antecedentes en relación a la historia de su consumo: *“Consumo desde los 13 años, empecé con marihuana y consumí poxiran. Me doy cuenta que empecé a consumir porque mi papá y mi mamá andaban mal, siempre andaban mal, se pelean mucho, y a mí me daba lástima mi mamá, y yo por bronca nomás consumía. Hasta que una vez mi mamá se enteró, porque yo me había hecho la yuta del colegio y citaron a mi mamá para ver por qué no había ido. Ahí mi mamá fue y se quedó callada, después se fue a mi casa, y cuando yo llegué me preguntó si estaba consumiendo, que le diga la verdad. Le dije que sí. Me sentí mal, mi mamá lloró un rato y después se fue a acostar. Ahora me estoy arrepintiendo, porque en ese momento yo debí decirle que sí pero no hacerlo más. Pero después me junté con los amigos del barrio y ellos sabían quién vendía, así que seguí consumiendo. Era feo porque mi mamá me pedía que cambie, porque me decía que cuando ella no esté qué voy a hacer; yo la miraba nomás pero sí me importaba, pensaba en lo que me decía.”*

Actualmente, A. vive con su madre y sus tres hermanas, sus padres están separados desde que él tenía 12 años. Con respecto a la relación que mantiene con sus padres, comenta: *“Con mi papá ahora me llevo bien, pero antes no era tan bien, porque no lo hablaba yo. Para él siempre fue su hija la más grande, y como a mí no me daba pelota, yo no lo hablaba. Después él solo me empezó a hablar, y ahora sí hablamos mejor, me presta su celu y todo. Creo que fue iniciativa suya el hecho de acercarse a mí, me sentí raro, no me lo esperaba, pero creo que fue bueno. Con mi mamá es diferente, me llevo bien, siempre me llevé bien. El tema a veces es con mis hermanas, que me llevo más o menos, es que ellas también tienen problemas de consumo con el alcohol, la más chica no, pero las otras sí. Lo mismo con mi mamá y mi papá, todos con problemas con el consumo de alcohol.”*

En una de las sesiones, A. recuerda su ingreso a Betania, sobre el cual refiere: *“Yo estaba yendo a hablar con una psicóloga, no me acuerdo dónde era, mi mamá me llevó. De ahí fui a otro lado que parecía una salita, con otra psicóloga, y de ahí llegué a Betania.”*

Al principio no quería venir porque era de ocho a cinco de la tarde, pero después me dije que bueno, porque la veía mal a mi mamá y no me gustaba, se le nota cuando está mal; así que hice el esfuerzo, y hace seis meses ya que estoy acá. Lo que me está pasando es que hay veces que no tengo ganas de venir, pero hay que venir igual. Por ahí me levanto idiota pero después se me pasa. Me gusta venir, después llego a mi casa y tengo que cumplir con lo planificado, hay veces que me cuesta pero lo hago igual.”

Cuando surge el tema acerca de cómo se siente A. en relación a su tratamiento, éste expresa: *“Al principio venía recayendo cuando entré, después ya fui mejorando de a poco, ponele fumar día de por medio, o cada tres días. Ahora recién me estoy rescatando, desde el fin de semana pasado que no consumo. La abstinencia me hace consumir de nuevo, es un bajón. Igual, mis recaídas fueron de vez en cuando, cada dos o tres días, para tontear nomás, no me sentía bien, me daban ganas de consumir. Ahora ya no me pasa porque estoy haciendo otras cosas, me mantengo ocupado y eso me ayuda mucho. Cuando recaía yo venía y contaba acá, y me preguntaban cómo pueden ayudarme pero todavía no se responder eso. Ahora recién me estoy dando cuenta de las cosas que me dicen acá, y estoy empezando a hablar más, le cuento más a mi mamá y esas cosas. Creo que mejoré mi actitud, sí cambié, porque antes consumía todos los días y ahora no; además era irrespetuoso, era vago, no hacía nada, y ahora estoy cambiando todo eso. Me siento bien la verdad. Estos meses acá fueron rápidos, se me pasó rápido el tiempo, pero yo sí quiero seguir acá, me gusta venir, porque tengo un objetivo, mi objetivo es cambiar la actitud, yo era callado pero hacía muchas macanas y hacía renegar mucho a mi familia, por ejemplo, les sacaba plata para comprar.”*

A. sostiene haber logrado ciertos cambios en relación a su actitud: *“Antes pensaba que las drogas eran piolas, que eran la única forma de vivir. Porque no hacía nada, estaba acostado nomás de vago, la única forma de vivir era fumando. Vivía mareado y alucinando, me gustaba eso. Antes de las fiestas de fin de año consumí, y nos hicieron un taller para no recaer por las fiestas, y ahí me di cuenta que estamos empezando un nuevo año, y este 2018 tiene que ser bueno, tenía que cambiar, ahí me pude dar cuenta. Quiero cambiar de actitud, y creo que lo estoy logrando; mis compañeros me remarcan que tengo que cambiar, porque soy travieso, hago bromas, muchas bromas, y creo que no debería. De todos modos, me siento bien haciendo tratamiento, siento que me ayuda a ir cambiando*

mis actitudes, ese es mi mayor logro, las actitudes, como las de la calle, así como silbar, insultar, y esas cosas.”

En cuanto a sus compañeros de tratamiento, A. señala: *“A pesar de mis actitudes, que todavía tengo que corregir, me llevo bien acá con todos mis compañeros, a veces me molestan cosas como que me remarquen algo que hice mal, pero bueno igual hago caso y después se me pasa. El bajón de los chicos de acá, es que muchas veces salen y entran una re banda, ponele vienen y a los tres días abandonan, y entran más, como que nunca termina de formarse un grupo posta porque siempre va cambiando.”* A su vez, acerca de los profesionales de la Institución, A. menciona: *“Me llevo bien con todos los que trabajan acá, pero no me gusta que me señalen cuando me mando una macana, pero bueno sé que es su trabajo, es lo mismo que me pasa con mis compañeros, me molesta que me señalen, pero es la manera de corregir también.”*

A lo largo de las sesiones, en reiteradas ocasiones, A. retoma la temática que refiere a la relación con sus padres: *“Mi papá me apoya en el tratamiento, pero me llevo mejor con mi mamá de toda la vida. Cuando era chico viví con mi papá un tiempo, porque mi mamá quería que pasemos tiempo con él, ellos siempre tuvieron idas y vueltas, entonces en una de esas veces me fui a vivir con él a Chicoana como un año, hasta que mi mamá quiso que volvámos a vivir con ella. Yo prefiero vivir con mi mamá porque es más permisiva, mi papá tiene muchas reglas en su casa y no me gusta, además de sus problemas con el alcohol.”* Al mismo tiempo, A. sugiere que la causa de su consumo está vinculada a las continuas peleas de sus padres antes de su separación: *“Antes de que mis papás se separen definitivamente, se peleaban siempre, era a diario y por cualquier cosa. Algún día me gustaría preguntarle a mi mamá por qué se peleaban, y le diría que culpa de eso yo caí en el consumo. Era por mi mamá que yo consumía. Cuando ellos estaban unidos éramos felices y no pasaba nada. Después se separaron y yo sentí que nos quedamos solos, ahí empecé a consumir porque sentí que mi papá nos había abandonado. Mi papá no se hizo cargo, ahora recién cuando ya soy grande quiere hacerse cargo, y no es así. Él vivía de joda siempre, mi mamá era la que nos cuidaba siempre, él no estuvo nunca presente. Ahora se hace el bueno y se acerca pero a mí no me interesa, me interesa mi mamá nomás. Ella me dice que me vincule más con mi papá pero yo no quiero. Mi mamá es mi referente, tanto en mi tratamiento como en mi vida, ella me trae y tiene que ver que haga las cosas*

bien. Ella ve que voy cambiando un poco, el tratamiento lleva años, yo sé que a mí me falta, pero creo que voy mejorando la actitud.”

Con respecto a las frecuentes recaídas de A. durante estos meses de tratamiento, afirma: *“Yo no bajo los brazos en mi tratamiento, por ahí tengo mis recaídas, lo que pasa es que por ahí consumo por el tema de mi mamá. Ella algunas veces está enojada y se desquita conmigo. Por ejemplo, yo le quiero hacer cariño y ella no quiere, me saca de encima, y a mí eso me pone mal. Si ella tiene algún problema que me lo diga, que lo hable. Yo tampoco le dije todavía lo que siento, cuando pase de nuevo se lo voy a decir. Ella a veces tiene estas actitudes conmigo. No habla de lo que le pasa, y yo tampoco le hablo de lo que me pasa, lo hablo acá nomás en coloquio, y me ayuda porque me dan consejos y yo los tomo. Yo pedí acá que manden a llamar a mi mamá, para que hable de sus problemas, y vino esta mañana, ya habló, espero que eso le haga bien y se dé cuenta que por sus actitudes yo hago eso.”*

A. manifiesta estar a gusto con las actividades que realiza dentro del tratamiento, aunque sugeriría tener mayor tiempo libre: *“Me gusta que hacemos huerta y hacemos educación física, donde jugamos a la pelota. También me gusta mucho yoga y teatro. Lo que sí me gustaría es que tengamos más tiempo libre, me gustaría porque en ese tiempo jugamos al truco, a la pelota, es lo que más me gusta hacer. También me gusta mucho cuando hacemos algún paseo o programa distinto, que vamos a algún lado diferente y pasamos el día. Nos distrae y nos une también como compañeros.”*

En cuanto a su adaptación al dispositivo, A. indica: *“Cuando entré acá y me dijeron cómo eran las cosas, no me gustó, pero me fui acostumbrando. No me costó pero no me gustaba. Ahora ya me sé las reglas y sí las cumplo. Me gusta cómo se organizan acá, para mí está bien, yo no le cambiaría nada. Creo que está bueno que tengamos que cumplir un horario y ciertas tareas, por ejemplo, cuando estoy en mi casa cumplo lo planificado también, porque el tratamiento es acá pero también sigue en la casa. Cuando salgo de acá tengo cosas que hacer; como barrer, lavar las zapatillas, limpiar el piso, hacer mi cama, y todas esas cosas, así ocupo el tiempo. A mi mamá le gusta que haga esas cosas, porque antes no hacía nada.”*

En una sesión, A. expresa su deseo de lograr el alta del tratamiento: *“Quiero llegar al alta, así que quiero seguir viniendo. Acá me hacen pensar las cosas, me dan consejos, tengo mucha contención, y yo tomo en cuenta todo eso. Venir acá me ayuda, me distrae, las cosas que hacemos también, recibo ejemplos y consejos, por ejemplo, que tengo que dejar el pasado y vivir el presente. Era feo el pasado para mí, eran peleas nomás en mi casa, puras peleas por mi consumo, no estaban contentos conmigo. Me retaban y no me hablaban nomás. Me trae malos recuerdos el pasado. Creo que me falta mucho, no tengo que tener más recaídas, y tengo que seguir haciendo las cosas acá y en mi casa.”* Al mismo tiempo, realiza una comparación acerca de su estado antes de iniciar tratamiento: *“Cuando miro atrás, al día que llegué acá, y veo cómo estoy hoy, es muy distinto, antes consumía a diario, no pasaba un día sin consumir, ahora no, y trato de no hacerlo. Ahora veo la marihuana y me parece un poco fea, un poco mala, es algo que hace mal, antes la veía como algo bueno, el tratamiento me hizo cambiar lo que pienso, yo creo que vengo por buen camino aunque me esté llevando tiempo darme cuenta de las cosas.”*

CASO “H.”

H. es un joven de 29 años de edad. Hace seis meses que se encuentra en tratamiento en Centro de Día.

En la primera sesión, H. reconoce tener un problema con el consumo de alcohol, afirmando: *“Estoy acá por la adicción al alcohol, estaba muy enganchado al tema del alcohol, hace dos años y medio empecé, antes era un bebedor social, y a medida que fue pasando el tiempo se convirtió en un problema. Al principio era los fines de semana, después ya era lunes, martes, y así todos los días. Tenía que desayunar alcohol para arrancar el día. Caí en el alcohol hasta que vi que no podía más, y me vine a internar a Betania. Mi mujer estaba al tanto y le pareció bien, ella quería que me interne porque yo no podía solo, yo decía que lo iba a controlar y no, no podía, así que me fui a la secretaria y me derivaron para acá, y acá estoy, hace seis meses que no consumo.”* Al mismo tiempo, señala la importancia del hecho de haber buscado ayuda voluntariamente: *“La idea de venir acá fue mía, y siempre rescato eso, porque la clave está en hacerlo voluntariamente, no como esos que caen acá por terceros. Yo ya no daba más, empecé a sentir cosas que nunca había sentido: se me amortiguaba el brazo, me dolía todo, me preocupé; ya había tocado fondo porque mi mujer, por mi consumo, se había ido a vivir a otro lado y yo ya andaba en la calle, toqué fondo.”*

H. indica acerca de su ingreso al tratamiento: *“Conocía Betania de nombre, pero no sabía cómo era, yo pensaba que el Centro de Día no me iba a ayudar a mí, yo creí que iba a tener que ir a internación porque pensaba que cuando salga de acá iba a volver a recaer, pero no fue como yo pensaba, acá hay contención, hay buenos psicólogos, y ves en qué fallé, por qué caí. En mi caso todo se resume a la mala relación con mi mamá, con mi familia, todas cosas que yo no veía pero con el tiempo aprendí a ver. Ahora veo que hay toma de decisiones y cosas de mi mamá que me hacían mal, que me molestan a mí (...) El ingreso acá me costó, pero yo estaba decidido a que no, que no iba a consumir más. Todo adicto tiene el problema ese del no, y yo me decidí a ponerme límites. Después ya empecé a asimilar el tema y me calmé, y empecé a superar el tema y fue pasando el tiempo, y me di cuenta que sí puedo.”* A su vez, H. hace referencia al hecho de la abstinencia: *“Estuve mucho tiempo con el tema de la abstinencia, llegué flaco, con insomnio, sin comer, con*

temblores y me fui recuperando. Me ayudó primero la desintoxicación que duró diez días a puro suero, vitaminas, y ansiolíticos. Después dejé los ansiolíticos porque me estaba acostumbrando, ahora no estoy tomando nada, ya puedo dormir bien. Ahora tengo miedo, entendí que el alcohol me hace mal a mi salud, me hice mucho daño con eso; pasa que es un círculo vicioso de beber, resaca, problemas, todo giraba en el mismo lugar y no podía salir de esa hasta que me di cuenta que toqué fondo, no me dejaba ayudar y estaba muy mal. Ahora veo que el alcohol es lo peor que puede haber, yo no pensaba que el alcohol podía provocar esto, sabía de las drogas pero el alcohol terminó siendo peor, yo no sabía que podía ser así, un enganche total con necesidad de beber, un desastre, nunca me imaginé llegar a esto.”

En una de las sesiones, surge la temática de los vínculos, donde H. explica el modo en que el consumo excesivo de alcohol afectó sus relaciones: *“A medida que el tiempo pasa, recién uno puede volver a recuperar vínculos, porque nadie te quiere cerca cuando estas en esa. Uno cuando está en el consumo, no tiene noción de la mujer, de la familia, de nadie, lo único que le interesa es despertarse en la mañana y consumir, no hay nada más que eso. Es un tema sobre el cual reflexiono con frecuencia, porque me vi muy afectado por este lado. Estoy pudiendo recuperar el vínculo con mi mujer recién ahora, mi relación con mi mamá me afectaba al principio también pero ya no, ahora veo que toda la raíz de mi problema fue el vínculo con mi mamá; me afectaba mucho y yo no me daba cuenta, tomaba por venganza a mi mamá y el que se hacía mierda era yo, ella seguía igual en su casa mirando tele, y yo tirado en la calle borracho, haciendo problemas.”*

Cuando se retoma la cuestión del vínculo de H. con su madre, éste sostiene: *“(…) Lo que pasa es que mi mamá tuvo dos hijos de otro matrimonio, y después se casó con mi papá y nacimos mi hermana y yo, y toda la vida vi esa diferencia que ella hacía entre sus dos primeros hijos y nosotros; claramente hubo preferencia siempre, en todo aspecto, en todo ámbito, en toda decisión, en todo lo veía, pero pensé que era preferencia de ella y que era normal, pero yo no me daba cuenta que eso me estaba afectando mucho, me lastimaba. Así que el darme cuenta que eso era lo que me pasaba me permitió arrancar con el tratamiento bien, tomar distancia de mi mamá y alejarme, pude entender que ese tema era lo que a mí siempre me tuvo mal y yo no me daba cuenta. Ella siempre dice “sí, sí” pero de la boca para afuera, no con sentimiento, por eso tampoco hablé con ella de eso, no se*

puede. Otra cosa que me di cuenta es que yo no la puedo cambiar, ella es grande, el que tiene que cambiar soy yo. Yo me hacía daño creyendo que con el alcohol podía cubrir eso, me engañaba yo mismo.” Al mismo tiempo, H. menciona en relación a su hermana: “Con mi hermana estaba todo bien, pero empecé a ver que ella actúa como mi mamá, son bien parecidas; mi hermana es medio mala, no sé si mala, pero tiene su forma de ser que lastima a otra gente, es ella y solo le importa ella, y lastima con palabras, acciones, ella cree que yo siempre discutí con ella, pero es que ella dice que así es su carácter pero yo veo un defecto, porque puede herir a las personas, así que empecé a alejarme de ella por todo este tema.”

En un momento, H. expresa su preocupación por la existencia de una situación a partir de la cual teme la posibilidad de recaer en el consumo: *“A fin de año se decidió la venta de la casa de mi papá, se vendió porque él murió en el 2008, él también era alcohólico, me llevaba bien con él pero él tenía ese problema, y en ese momento yo no creí que él tenía un problema pero después lo vi, tenía actitudes de alcohólico, como esconder cajas de vino por la casa, por ejemplo. La cuestión es que nos dieron una señal para ahora en marzo cancelar la casa. Tengo miedo por el tema de la plata de la venta, pienso que si tengo plata en mano puedo ir a consumir, tengo miedo por las recaídas. Lo bueno es que en las fiestas lo pude manejar, porque encima en esa época el consumo de alcohol es muy común, y lo de la plata fue un viernes a la noche, ya estaban los bancos cerrados, no sabía qué hacer, y después dije no, si yo vengo bien hace seis meses yo voy a poder manejarlo, y me fue bien gracias a Dios en ese momento, yo creo que sí puedo manejar plata, me di cuenta que puedo luchar, con la ayuda de mi mujer y de todos acá. Me ayuda mucho contar mis problemas, yo era reacio a contar mis cosas y lo que siento, ahora lo digo y lo cuento, ahora sé que lo que me está pasando me puede afectar y lo hablo, ya no tengo discusiones con mi mujer por ejemplo, todo empezó a marchar de nuevo bien, pero un poco de ese miedo está presente, el manejo de plata en personas como nosotros, los adictos, es complicado.”*

H. manifiesta contar con el apoyo de su mujer durante la realización de su tratamiento: *“Mi mujer me apoyó desde un principio, ella me ayudó a buscar la entrevista en la secretaría de adicciones y me apoyó en mi tratamiento. Eso me benefició porque acá aprendí a hablar, a comunicarme, porque yo no hablaba; ahora cuando me siento mal ahí*

nomás hablo, me ayuda mucho, me frena al momento de pensar en ir directo al acto, al consumo. Lo que más me gusta de esto, es que me estoy curando, estoy volviendo a ser quien era, y creo que acá me pueden ayudar a lograrlo. Lo lindo es que también puedes ayudar a otra gente, dar una mano al otro, porque uno viene a ser un referente de que sí se puede, la mayoría cree que no se puede, pero soy prueba y testigo de que es posible. Por todo esto es que mi mujer me apoya, porque ella también ve que puedo, estoy pudiendo.”

Asimismo, comenta que a pesar de encontrarse distanciado de su madre y su hermana, ambas están al tanto de la realización de su tratamiento: “Mi mamá sabe que estoy en tratamiento y le parece bien, por ahí nos mandamos mensajes y eso, no estamos en contacto directo pero estamos comunicados. Mi mujer tiene más contacto con ella. Mi hermana también sabe, pero ella es la que le decide la vida a mi mamá, entonces yo ya no me meto más, que haga lo que quiera, yo entiendo pero ya es problema de ella. Yo con mi hermana corté vínculo, todo por la famosa venta de la casa, discutimos feo una vez y ahí quedó todo, ahí se descubrió la cara de cada uno.”

Un aspecto que H. destaca, es el cambio que percibe en su propia persona: *“Ahora me siento bien, es muy loco porque hice un cambio rotundo, de volver a ser el mismo de antes en el aspecto, la actitud, la forma de pensar, de hacer las cosas. Antes yo no pensaba, directamente actuaba, me mandaba directo a la acción, ahora ya pienso, analizo las cosas primero, las hablo, ya no me salteo ese paso tan importante.”*

En relación a sus compañeros de tratamiento, H. sugiere acerca de los ingresos de nuevos pacientes: *“Lo que yo veo, que no sé cómo se podría hacer algo al respecto, es que los ingresos no duran porque no entienden el tratamiento, y también hay gente que no tiene por qué luchar, entonces van y vienen un par de días y chau. Yo ya veo de entrada quién es quién, me doy cuenta quién va a durar y quién no. Lamentablemente, no somos muchos los que duramos, y la convivencia es complicada con los compañeros, pero tiramos todos para el mismo lado y la cosa va, siempre hay roces pero tenemos que entender que no todos somos iguales, uno viene cargado con cosas de afuera, y acá somos todos enfermos, hay que aceptar eso también, al estar en el consumo un problema pequeño uno lo ve como algo inmenso, uno se hace muchos problemas. También tenemos que aprender a escucharnos entre nosotros, lo cual no es fácil, porque hay que aceptar también lo que el otro tenga para decir; por ejemplo, a mí antes no me gustaba que me digan las cosas, estaba al*

ataque y me ofendía por todo, ahora bajé un cambio y ya me doy cuenta y puedo aceptar que me digan cosas.”

H. vincula su progreso en el tratamiento a la labor de los profesionales y el staff de la Institución: *“Yo creo que gran parte de mi estado actual se lo debo a la gente de acá. Las personas del staff de acá son lo mejor, no tengo problema con nadie, por ahí uno puede tener algún encontronazo pero todo normal, entendí que todos somos distintos, eso yo no veía antes. Ellos nos ponen un freno, porque por ahí entramos con actitud de llevarnos el mundo por delante y ellos te ubican en el lugar. Pasa que venimos con actitudes de la calle: pelea, violencia, malas palabras, insultos, muchas cosas que llevan tiempo cambiar. Por ahí vemos que los que ya estamos hace un tiempo queremos cambiar y lo estamos logrando, en cambio los que recién llegan a veces es gente que viene a pelear, a confrontar, son cachivaches que no van a funcionar, así que los operadores después se encargarán, ellos se encargan de todo, hacen mucho por nosotros, les debemos mucho.”*

Con respecto a la organización de la Institución, H. explica durante una de las sesiones: *“Al principio me costó acostumbrarme al funcionamiento de acá, a los permisos por ejemplo, pero está muy bueno porque te van poniendo límites, que es lo que uno necesita, después uno ya lo asimila como propio y lo implementas en todos lados. Acá hacemos de todo, eso es lo que me gusta, hacemos filosofía, desayunamos, tenemos educación física, teatro, seminarios de distintos temas, hay distintos grupos en los que participamos: de encuentro, de convivencia. Tenemos diferentes actividades y horarios programados, todo eso hace a la organización y a que esto funcione.”*

Actualmente, H. ha abandonado su tratamiento debido a una fuerte recaída a partir del manejo de dinero a raíz de la venta de la casa de su padre. La Institución ha estado en contacto con su mujer, sin embargo éste no ha vuelto a presentarse nuevamente.

CASO “I.”

I. es un joven de 26 años de edad. Se encuentra en tratamiento en Centro de Día desde hace seis meses.

Durante la primera sesión, I. hace mención a su proceso de adaptación al dispositivo al momento de su ingreso a Betania: *“Al principio me pareció molesto, te hacen limpiar y esas cosas que a mí no me gustan, pero no me costó acostumbrarme, era un embole limpiar y eso, pero me acostumbré.”* A su vez, acerca de la Institución, afirma: *“Nunca había escuchado hablar de Betania, el único centro de rehabilitación que conocía era Remar, pero tenía muy malas referencias, un amigo iba ahí, entonces pensé que Betania era como Remar, pensé que todos eran iguales, él me decía que Remar no los ayuda, que ahí no les importan los chicos, los hacen vender pan pero con esa plata ellos compran más droga. Si era así yo no iba a venir, no pienso salir a vender pan. Cuando entré hice una admisión con psicólogos, y me mandaron para Centro de Día, parece que no estaba tan mal.”*

I. señala acerca de su inicio en el consumo, que éste se debió a una cuestión de curiosidad: *“Empecé consumiendo marihuana pero nunca se me hizo adictivo, consumía con un amigo de ese entonces, y después ya solo. Al principio veía que ellos fumaban y la pasaban bien y por eso quise probar, me sentía tranquilo, liviano, sin preocupación. Más adelante, un amigo fumaba el pecoso, él me ofrecía pero yo no quise probar hasta que un día le sentí rico olor y le dije que me deje probar; y se me amortiguó toda la boca y le dije que no me dé más. Hasta una segunda vez que probé y ya caí, empecé a fumar y a consumir mucho con mi amigo, nos íbamos en su auto y fumábamos toda la noche. Yo mentía que salía a bailar y me iba a consumir toda la noche. Desde ahí no puede parar, lo que empezó por curiosidad terminó siendo un problema, me di cuenta que esto era un problema cuando ya no lo podía controlar. Antes podía decir hoy no voy a consumir, o esta plata no la voy a consumir, y así, hasta que llegó un punto en que ya no podía guardar plata, no lo controlaba. Lo único que sentía eran ganas de seguir consumiendo. Ya no daba más, me dolía al respirar, tuve que hablar con mis viejos y pedir que me lleven al médico. Primero me putearon, después lloraron, mi viejo tenía mucha cara de decepción. Fue muy feo decírselo a mis viejos. Sentí mucha vergüenza, se les cayó la cara de decepción. Me puse muy mal. Mi papa decía que él había fracasado como padre, y nada*

que ver, esto es cosa mía. Ellos ya se la esperaban, pero igual se pusieron re mal. Me acuerdo la cara de mi viejo cuando yo le conté, me pone muy mal. Acá me dicen que deje de cargar con esa culpa, pero no puedo olvidarme. Soy el único de mis hermanos que se metió en esto, y encima mi papá diciendo que fracasó como padre, después de todo lo que él hizo por nosotros, no es justo. Me pone muy mal.”

A lo largo de las sesiones, surge en reiteradas ocasiones la temática de la relación de I. con su familia, y el rol de ésta durante su tratamiento, sobre lo cual refiere: *“Yo vivo con mis papás y mis seis hermanos, mi familia siempre sospechaba de mi consumo, pero yo siempre lo negaba y los manipulaba, hasta que un día les conté lo mal que estaba y que necesitaba ayuda. Primero me retaron, y después me dijeron que iban a ayudarme. Desde ese momento estuvieron siempre de manera incondicional, mi mamá, mi viejo y mi hermano mayor, son los que vienen a los grupos de familia; la verdad que todos me apoyan, mi novia también, ella me ayudó a buscar esta ayuda.”* Al mismo tiempo, sostiene: *“Antes yo no hablaba con mi familia, yo ni les respondía, ellos son todos más unidos, comparten y todo, pero yo siempre estuve medio aislado. Ahora está todo bien, de a poco voy agarrando más confianza, comparto más cosas con ellos. Gracias a eso pude llegar hasta acá, porque si bien me costó mucho, mi familia me ayudó siempre, me sacaban a caminar o me compraban un cigarro para que me calme cuando estaba mal. Pude superarlo con la ayuda de ellos, yo creo que si hubiese estado solo, me hubiese mandado cagadas. Cuando me siento mal, trato de no hablarlo con mi vieja porque se larga a llorar, con mi viejo sí charlo siempre, no sé cómo se lo tomará, pero me escucha y me da más aliento, con mi vieja no puedo hablar porque llora.”*

I. manifiesta estar afectado por el reciente abandono de tratamiento por parte de uno de sus compañeros, sobre lo cual sugiere: *“Me da bronca que dejen, me pone mal por ellos, esos que vienen y abandonan yo creo que vienen por obligación, por eso no pueden aguantar; todos los que estamos acá vinimos porque quisimos cambiar, los nuevos que vienen y duran dos semanas o un mes, es porque no quieren cambiar. Encima mienten, vienen acá a mentir, cómo quieren que los ayuden si van a mentir, si querés que alguien te ayude tenés que decir la verdad. También pasa que hay muchos chicos que se fueron de acá porque se enojan, porque al final no se hace lo que uno quiere, o no tienen en cuenta nuestras opiniones; hay que tener mucho aguante, hay que bancar muchas cosas para*

estar acá, si te metes en esto del tratamiento tenés que bancártela. Son reglas de acá y tenés que cumplirlas. Yo prefiero estar acá cumpliendo reglas y no estar afuera haciendo cualquier cosa, y terminar mal. Total después de las cinco me voy a mi casa y ya está. El tratamiento es para ayudarnos, hay que bancársela y más por meternos en esto de las drogas, no queda otra, perdimos todo: familia, amigos, hasta tus valores perdés en las drogas. Lo material es secundario, viene y va, pero te alejas de muchas personas, y ellos son los que cuentan, los que estuvieron (...) Me molesta que muchos llegan y abandonan, se van enojados y después vuelven, pero para mí no es así, no se los debería recibir así como si nada, si venís a Betania a hacer pantalla con tus viejos o con quien sea, y después salís a consumir y querés volver, no deberían aceptarlos, qué es eso, no es así.”

En una de las sesiones, I. expresa algunas cuestiones respecto al tratamiento sobre las cuales no está de acuerdo: *“No me gusta que no nos dejen escuchar cualquier música. A mí me gusta el rock, y no me dejan escuchar por las letras, pero no tiene nada que ver, hay muchas letras que no hablan del consumo, y acá escuchan reggaetón y toda esa cagada que para mí no es música (...) A veces no veo las horas de irme de acá y llegar a mi casa, no quiero ver a nadie, o me levanto y no tengo ganas de venir, quiero que ya sean las cinco para irme. La otra vez no vine porque no tenía ganas de ver a nadie, estaba harto, me cansé de todo, de pedir permiso para pasar al baño ponele, entonces no vine pero bueno, cuando vuelvo soy honesto y cuento por qué no vine (...) Otra cosa que no me gusta es que acá nos dicen que no podemos hacer amistades entre nosotros, pero no lo podes evitar, llevamos mucho tiempo acá juntos todos los días. Nos dicen que no podemos hablar fuera de acá, ni hacer amistad, ni interactuar, nada. Yo no estoy de acuerdo con eso pero no lo planteé, no sé qué decirles y no sé si me van a entender acá. Entonces me cansé, ahora vengo a hacer mi tratamiento yo solo, vengo a velar por mí mismo.”*

A pesar de que I. participa en todas las actividades que componen el tratamiento, explica que hay cosas que prefiere no hablar allí: *“Hay cosas que yo acá no hablo con nadie, porque son cosas personales que me guardo para mí. No todo podes hablar, hay cosas que uno se guarda para uno, pero no tiene nada que ver con el consumo, por eso no creo necesario hablarlo (...) Hay cosas que yo no comparto con el grupo, como lo que me pasa en mi casa, o si tengo problemas acá adentro, prefiero compartir en coloquio o con psicólogos, pero no me gusta contarles todo de mí a mis compañeros, lo hablo pero no con*

ellos, prefiero más privado. Me pasa que a veces tampoco me interesan sus cosas, ellos cuentan todo y a mí me aburre, no es de malo pero yo vengo a hacer lo mío acá. A veces uno termina cargado por las cosas de los demás, yo prefiero no cargar a nadie con lo mío, por eso prefiero hablar con psicólogos, ellos están preparados para eso.”

Cuando surge la temática acerca del progreso de I. en su tratamiento, afirma: “Desde cuando empecé sentí que cambiaron muchas cosas, las actitudes que tenía, que eran de la calle, como hablar mal, y esas cosas. Igual me pasó que hasta hace poco yo no veía ningún cambio en mí. Mi familia y todos me decían que estaba diferente pero yo no lo veía, recién ahora veo cambios de actitud, antes estaba siempre idiota y no me importaba nada, era muy desinteresado. Cambios físicos también veo, estaba muy flaco, y estando acá comí todo lo que no comí en años, entonces engordé. Antes me molestaba no tener plata también, por ejemplo, ahora no me molesta. Antes siempre estaba a la defensiva y me sentía atacado, ahora no, no sé, yo veo esos cambios no sé qué cambios verán los otros en mí, pero me siento cambiado. Algo importante que yo noto, es que desde que entré acá me tienen más confianza en mi casa, por ahí son un poco pesados porque están encima de mí todo el día, y a mí me gusta estar solo. Pero posta ahora confían en mí.”

En relación a sus compañeros de tratamiento, I. comenta que en algunas ocasiones suele tener diferencias con los mismos: “Con mis compañeros por ahí chocamos pero por cosas tontas, pero al toque arreglamos todo. Me pasa que suelo tener diferencias de opinión con ellos, lo que a mí me parece a ellos no, y al revés. Pero es lo que yo veo, siempre pienso las cosas, lo que conviene y lo que no para recién actuar. Acá me dicen que no tengo que estar pensando tanto las cosas pero así soy, es mi forma de ser.” Lo mismo sucede con los profesionales de la Institución: “Por ahí choco un poco con una de las operadoras, porque ella quiere hacer las cosas como ella quiere y a veces no es así, y tengo que agachar la cabeza y no me parece. Así que yo vengo y hago lo tengo que hacer. Fuera de esos choques que por ahí se dan, la gente que trabaja acá son todos muy buenos, me ayudaron mucho a mí desde que entré, en todo, me dieron consejos, me ayudaron a expresarme en los coloquios, yo creo que a mí me ayudaron un montón, te sentís muy contenido acá, en la calle no te sentís así y con tu familia tampoco, porque los manipulas, entonces no pueden ayudarte, acá saben lo que uno hace entonces te entienden. Yo antes

me sentía solo y no quería hablar con nadie, nunca decía lo que me pasaba, no me importaba nada, y yo creí que estaba solo y no es así, acá me ayudaron un montón.”

Acerca de las diferentes actividades del dispositivo, I. menciona: *“Los grupos y hablar con los psicólogos me gusta, me ayuda un montón, a veces uno necesita hablar con alguien pero no un amigo, que sea confidencial. Tenemos el grupo de encuentro, ahí contamos qué es lo que hicimos después de acá, eso lo llevamos registrado en un cuaderno, me copa porque queda todo plasmado, bien organizado. Después tenemos el grupo de autocrítica, o sea uno habla dándose cuenta de lo que hizo mal y esas cosas, aunque no me parece muy productivo, porque algunos ponen en evidencia lo que hicieron o no hicieron pero da igual, porque después lo siguen haciendo; y el grupo de convivencia, que consiste en decir qué es lo que te molesta de los otros chicos, los operadores, la casa y todo. También está el grupo de sentimiento, donde hablamos sobre cómo nos sentimos, en todos nuestros ámbitos, acá, en casa o lo que sea. Igual yo participo en el grupo cuando tiene que ver con mis compañeros, sino no, si es algo personal lo hablo en coloquio o acá con el psicólogo (...) Yo vengo a hacer mi tratamiento, no es que el grupo no me importe, pero tampoco voy a estar viendo qué hace cada uno, yo no les voy a decir nada, que ellos vean qué hacen. En relación a eso me remarkan que no todo es “no me importa”, pero primero hay que curarse uno para ayudar al otro, yo velo primero por mí y después por los demás. Siempre fui así y no solo acá, fuera de acá también, si yo estoy bien recién puedo ayudar, sino no. Ahora siento que capaz sí puedo ayudar, antes estaba mal con el consumo, no podía ayudar a nadie, ahora puedo por ahí aconsejar o hacer ver cosas a los demás.”*

I. expresa su deseo de obtener el alta de su tratamiento y volver a las actividades que realizaba antes de involucrarse en el consumo de sustancias: *“No veo las horas de terminar el tratamiento. Ojalá esté cerca del alta pero bueno, eso es subjetivo, no sé de qué depende exactamente, creo que las recaídas tienen mucho que ver, y yo por suerte no tuve ninguna. Un par de veces nomás quise dejar el tratamiento, cuando discutía con alguien por ejemplo, me enojaba y decía que no iba a volver más, pero quería curarme, recuperar mi vida, salir con mis amigos, volver a mi vida normal, eso me detenía a dejar. Lo que yo haría cuando tenga el alta es salir, hoy en día a las diez ya estoy acostado y es un embole, igual soy tranquilo no es que quisiera hacer nada raro, solo salir a tomar algo con mis amigos ponele, como hacía antes, que me juntaba a jugar a la play ponele. Ellos se siguen*

juntando pero yo voy cuando se juntan de día nomas, por cumplir con el tratamiento. Porque si salís tenés que salir acompañado de tu hermano o alguien que te vigile, y es un embole así, yo quiero salir solo, y para eso prefiero no salir. Está bueno lo de las normas en relación a los horarios y salidas de fines de semana, solo que a veces siento que necesito salir. Por eso muchos abandonan, no pueden cumplir simples reglas, son cagones y abandonan y se van. Pero ya queda en cada uno, que se yo. Quiero vivir como era antes del consumo, como decía recién, recuperar mi familia, mi novia, mis amigos, su confianza más que todo. Y está funcionando, por eso vengo, además no me gustaría quedar como esos que quedan destruidos y consumidos por las drogas, sin nada ni nadie.”

CASO “R.”

R. es un joven de 28 años de edad. Se encuentra en tratamiento en Centro de Día desde hace un mes.

Inicio su consumo de alcohol a partir de los 17 años, en compañía de su primo, mientras terminaban el colegio secundario en la provincia de Jujuy: *“Al principio yo tomaba sidra en las fiestas de navidad, a escondidas de mis padres. Ahí descubrí el sabor, el gustito rico, me ponía alegre, me gustó. Después, con mi primo en Jujuy empezamos a tomar con frecuencia y ahí caí, desde esa época. Me descarrilé junto con mi primo y los chicos del barrio, todos borrachos.”*

Durante la primera sesión, R. comenta una experiencia en particular, a partir de la cual pudo recibir la ayuda que afirma necesitar: *“Acá a Betania me mandó la trabajadora social. Resulta que yo iba todos los días a la Catedral a rezar, entraba todo sucio y barbudo, estuve sin bañarme tres semanas, vivía en la calle esas semanas. Rezaba todos los días pidiendo a Dios que un ángel me salve. Y de repente un sábado, entró una señora y se quedó mirándome, estaba junto con otra, y me preguntaron si quería ayuda, me llevaron a la secretaría y me dieron plata para que pueda comer, me consiguieron un dato de dónde podía bañarme, y me llevaron en un remis; y me compraron todos los elementos de higiene necesarios para que esté en condiciones. Después ellas siguieron en contacto conmigo, yo volví a la terminal unos días, porque ahí estaba viviendo, y me llevaron a la fundación “Manos Abiertas”, que es donde estoy durmiendo ahora. Ahí me controlan y me hacen seguimiento, y después fueron ellos quienes me contactaron con Betania; yo solo conocía de nombre, sabía que era para contener a adictos de drogas, pero pensé que para alcohol no. Esto para mí es muy importante, porque Dios me escuchó y me mandó al ángel que yo necesitaba, para poder recibir la ayuda que hace tanto necesito.”*

Respecto a su ingreso a Betania, R. señala: *“Yo acepté venir a Betania voluntariamente, para mí fue una alegría, una felicidad. Sentí una tranquilidad acá, una luz, todos tienen el mismo problema que yo acá, todos pasamos por los vicios, somos todos adictos. Acá todos quieren salir de este infierno. Yo terminé consumiendo alcohol de farmacia, alcohol etílico, y empecé a robar en mi casa: radiograbador, mini componente, perchero, todo saqué hasta que me echaron. Ahora las cosas van mejor, mi tutora, la*

señora Irma, que es quién me encontró en la Catedral, dice que estoy mucho mejor, que cambié mucho, y en la fundación lo mismo dicen; Irma va a hablar ahí y me hacen seguimiento y coinciden en que estoy yendo muy bien.”

R. manifiesta sentirse culpable respecto a las consecuencias derivadas de su consumo, que afectaron la relación con su familia: *“Al final me pregunto para qué consumí así, qué logré con eso, nada, puros disgustos y malos ratos para mí y para mi familia. Mi consciencia estuvo sobrecargada de culpa, te agarra una desesperación cuando ves las cosas que hiciste.”* A su vez, menciona que el fin de semana se reencontró con su familia para contarles de su situación actual, de su inicio en el tratamiento; ya que las semanas previas a su ingreso a la Institución, estuvo viviendo en la calle, debido a que sus hermanos y su padre lo echaron de su casa: *“El fin de semana hablé con mi papá y mis hermanos, me fue bien por suerte. Salí de Manos Abiertas y fui a la casa de mi papá. Se sorprendió de verme, se puso contento, y le conté todo: desde que se me apareció la señora Irma, la trabajadora social, Manos Abiertas, Betania, todo. Me dijo que qué bueno que había buscado ayuda, estaba contento. Después vinieron mis hermanos y nos reunimos, les conté a ellos también, y estaban contentos por mí porque eso salió de mí (...) Lo que pasa es que cuando me echaron, mi hermano me había dicho que busque ayuda, y que vuelva sano después de hacer algún tratamiento o algo, y eso me quedó resonando, porque me sacó de la casa de mi papá así con lo puesto, por eso yo después reflexionaba en las noches, y supe que iba a hacerlo, iba a hacer lo que él me dijo, por mí y por ellos.”*

Luego de su reencuentro con su padre y sus hermanos, R. afirma contar con el apoyo de los mismos en su tratamiento: *“Mi familia me apoya, mi hermano me tiene fe, les dice a mi papá y mi hermana que hay que apoyarme, porque yo voy a salir adelante. Eso me motiva, yo me tengo que curar, lo hago por mí, por mi papá, y mis hermanos. Ellos me apoyan y están contentos, no quiero defraudarlos, no puedo defraudarlos más; porque les hice mucho daño, robaba cosas de mi casa y a veces ni yo sabía lo que había hecho, y cuando me daba cuenta me sentía mal conmigo mismo, cómo puede ser que yo les haga esto. Siento mucha culpa por eso, les pedí perdón muchas veces, y me pone contento que ellos estén contentos por mí y crean en mí.”*

R. indica estar a gusto con la Institución y su inicio en el tratamiento durante este primer mes: *“Me gusta venir a Betania, acá te enseñan a tener buena conducta, a comer bien en la mesa, con modales. De acá uno va a salir bien para la reinserción social, educado, y con buen comportamiento. Por eso yo presto mucha atención a todo lo que me enseñan acá, todo es valioso, me sirve mucho. Por dar un ejemplo, ahora estoy aprendiendo a escuchar, a saber cómo actuar y desenvolverse en la vida, buenas conductas, respeto, eso es lo que aprendí de acá (...) Venir a Betania es una oportunidad única, los que estamos acá no podemos costear un tratamiento privado, así que tenemos que agradecer esta oportunidad y aprovecharla al máximo.”* Al mismo tiempo, expresa que en algunas ocasiones ha tenido pensamientos acerca de abandonar el tratamiento: *“A veces tengo pensamientos de no venir acá, de quedarme por ahí, quizás incluso de no volver más, pero ahí recapacito acerca de que no me conviene, porque yo estoy haciendo un tratamiento y no quiero decepcionar a nadie, ni a mí mismo.”*

En un momento dado, R. destaca una similitud que encuentra entre Betania y su casa: *“Las plantas del patio de acá me hacen acordar a mi casa, yo cuidaba mucho mis plantas, y las regaba cuando había sol, las plantas de acá son muy lindas, me recuerdan a las mías.”*

Cuando surge la temática en relación a las normas de la Institución y su funcionamiento, R. refiere: *“Me llamó la atención las normas de acá, yo creo que está bien, que es correcto que tengamos que pedir permiso y esas cosas, me acostumbré fácil porque en algún punto todo eso ya es conocido para mí. Acá yo me corrijo, eso me gusta. Está bueno porque nos enseñan la buena conducta, acá no hablamos del consumo, nos olvidamos de él, hablamos de cosas positivas, nos proyectamos, nos enfocamos en otras cosas. La verdad es que me siento bien, todo es con horarios, todo está programado, bien organizado. Tengo una contención extraordinaria, estoy rodeado de gente buena que busca ayudar al otro y reinsertarnos en la sociedad (...) Tenemos que seguir varias normas, no podemos consumir, ni venir consumidos obviamente, porque así uno mismo se estaría mintiendo, a sí mismo y a la familia, y a la gente de aquí, y es feo eso. Yo creo que todo queda en la conciencia, por eso hago las cosas bien, me quedo tranquilo.”*

Con respecto a las diferentes actividades que componen el dispositivo, R. explica: *“Para la limpieza nos dividimos: los consultorios, pasillo, patio, la parte de adelante, todo. A mí me gusta eso, me gusta limpiar bien, desinfectar y poner desodorante de ambiente para que tenga un aroma rico. Yo opino que todas las actividades que hacemos acá me ayudan para estar bien, para salir adelante, y poder reinsertarme; ser amable, ser respetuoso, porque todo lo que yo voy aprendiendo acá lo vuelco afuera, implemento todo afuera con las personas que me rodean. También me gustan mucho las reuniones de grupo, hacen bien, cada uno tiene su mundo, sus problemas de la casa, y me llena de energía, me da coraje para hablar, me gusta escuchar a mis compañeros y poder hablar yo también (...) Una cosa que me pareció interesante, es que los jueves acá se reúnen con las familias de nosotros, y vienen todos los profesionales, para tratar los casos de cada uno, nos van haciendo seguimiento y van viendo cómo vamos, eso me parece muy bien, así están todos al tanto de los pacientes, ellos son los que saben y pueden decidir qué hacer.”* Asimismo, R. destaca una actividad en particular que es de su preferencia *“Lo que más me gusta de acá son las entrevistas, los coloquios, todo lo que sea para hablar, todos acá necesitamos que nos escuchen, y también nos hace bien por ejemplo, en los grupos, escuchar a los compañeros, porque ahí uno se da cuenta que no es el único al que le pasan cosas, y que otros tienen más problemas o más graves que los de uno. Me da energía y me da fuerzas, yo sé que acá voy a tener el cambio de mentalidad que necesito. Es eso, es hablar, si es en privado como entrevistas con los psicólogos o coloquio, es mejor, más íntimo, más personalizado.”*

A lo largo de las sesiones, R. sugiere una serie de cambios, que tanto él como su familia pueden percibir en su persona: *“Acá voy cambiando el vocabulario de a poco, nos hacen modificar cómo hablamos y está bien eso, nos hace dejar de lado el pasado y vivir el presente, para eso estoy yo acá. Ahora mi mente está limpia, tengo pensamientos positivos, ya no pienso en el consumo como antes. En mi casa también notaron una diferencia, notaron que hablo correctamente, que pido permiso, pido por favor, doy las gracias, todas esas cosas las aprendí de acá. Me ven bien, mucho mejor, estamos contentos. Lo único fue que me notan por ahí muy ansioso, con muchas ganas de hablar, quizás deba moderarme un poco con eso, pero es que necesito hablar, antes yo no hablaba con mi hermano por*

ejemplo, él me hablaba y yo apenas lo escuchaba, pero no hablaba nada, en cambio ahora también modifiqué eso.”

R. expresa un hecho que le llama la atención en relación a sus compañeros de tratamiento: *“Me llama la atención la violencia y el lenguaje callejero que tienen mis compañeros, creo que viene por parte de la crianza que recibieron, algunos estuvieron siempre en la calle, no tuvieron contención, es lo que recibieron, pero acá nos hacen dejar de lado todo eso y aprender a comportarse.”* Respecto a su relación con los mismos y con el personal de la Institución, sostiene: *“Me llevo bien con todos, tanto con el staff de acá como con los compañeros, siempre con respeto, hay buen trato de parte de todos.”* Y agrega: *“Siempre escucho lo que nos enseñan acá, y me gusta enseñar también a los nuevos: a no faltar el respeto, a hablar bien, mantener modales, como no hablar con la boca llena, no interrumpir cuando el otro está hablando sino esperar que termine, y recién contestar, ser servicial, enseñar las reglas, los horarios, cómo nos organizamos con la limpieza; uno va aprendiendo muchas cosas acá y está bueno transmitirlo a los nuevos.”*

En reiteradas ocasiones, R. manifiesta su deseo de obtener el alta del tratamiento a futuro, y se proyecta a sí mismo: *“Yo espero que con este tratamiento me recupere, y deje el consumo de por vida, nunca más volver a consumir. Creo que acá lo voy a poder lograr porque son todos muy buenos, acá te tratan como uno de la familia, te dan un abrazo, un consejo, un reto, y eso es bueno, eso es estar con gente buena. Estoy motivado, mi motivación para continuar mi tratamiento es mi futuro, todo lo que aprendí acá lo voy a volcar afuera, sano uno piensa mejor, tiene más claridad mental. No más consumo, quiero volver a ser vendedor o cortar el pasto; no veo las horas, mi sueño es estar bien psicológicamente, tranquilo, hacer el bien, ayudar al prójimo, lo que nos enseñan acá, a tratar bien a los demás.”* Y menciona: *“Ahora tengo otra visión de la vida, ahora creo que la gente puede ser feliz y puede reírse sin estar consumiendo ninguna sustancia. Antes creía que era imposible reírse sin estar bajo efectos del alcohol, ahora veo a mi alrededor a la gente que se ríe y no necesariamente están consumidos. También valoro otras cosas, como la familia, y aprendí el respeto, no tocar nada que no sea mío, y a tratar a las personas como corresponde. Es difícil y creo que el camino va a ser largo, pero se puede, con ayuda sí se puede. Lo que pasa es que uno cree que le va a ganar a la bebida pero no es así, le podes ganar con ayuda, como Betania, donde ponen todo de sí para que uno*

cambie, pero el resto depende de nosotros, de nuestra voluntad para dejar los vicios atrás. Si uno está solo en lo único que piensa es en consumir todo el día, uno está enfermo, por eso es que no se puede solo.”

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Antes de presentar los ítems correspondientes al análisis de la información, es necesario recalcar que, como afirma Miller (2008), lo que el sujeto dice puede quedarse en el nivel del enunciado. De este modo, considerando que la presente investigación tuvo como objetivo conocer cuál es la posición subjetiva frente al tratamiento terapéutico recibido en la institución, la pregunta consiste en plantear si pudo ser captado o no este posicionamiento subjetivo. Creemos que pudo ser captado a partir de la intervención que se llevó a cabo mediante la aplicación de las entrevistas y la observación directa participativa, ya que fue posible escuchar los dichos de los pacientes para intentar ir más allá de sus enunciados, al nivel del decir de la enunciación.

A partir de los dichos de los pacientes, se apuntó a ubicar la posición que asume el sujeto con respecto a sus dichos. Se trató de distinguir entre el dicho, y una posición con relación al dicho, nos referimos al análisis de la relación entre el dicho y el decir. Una cosa es el dicho, el dicho como hecho y otra lo que el sujeto hace de lo que dice. (Miller, 2008)

Por otro lado, en relación a la transferencia, es importante destacar que fue posible la inserción en un campo donde ya se había producido cierta instalación de la transferencia entre los sujetos de investigación y el profesional psicólogo a cargo de las entrevistas. A su vez, debido al tiempo prolongado de estancia en la institución (período correspondiente a la inmersión inicial y posteriormente al trabajo de campo), la investigadora no era un extraño para los participantes; por último es necesario mencionar que, la transferencia por parte de los pacientes fue establecida con el profesional psicólogo designado como referente institucional, más que con la investigadora.

Finalmente, cabe considerar que, el hecho de poder determinar si la posición subjetiva cambió en los sujetos de investigación, que es el objetivo de cualquier tratamiento, es algo complejo, por lo que la investigadora se limitó a pensar las referencias o enunciados del sujeto sobre los elementos del dispositivo, para inferir cuál es esa posición subjetiva.

A continuación, se encuentra la explicación detallada de cada ítem correspondiente al análisis de datos.

EL SIGNIFICANTE “ADICTO” Y SU LLEGADA A LA INSTITUCIÓN

En los sujetos que participaron de la investigación, puede afirmarse que los mismos llegan a la institución aquejados por un sufrimiento: el consumo de drogas, que no tiene el estatuto o categoría de síntoma, pero que reclama el cese del consumo.

Se observó en la mayoría de los casos, la existencia de una identificación con el significante “adicto”, lo que otorga una consistencia a la cual el sujeto no está dispuesto a renunciar fácilmente. Posicionado desde este lugar de “adicto”, el sujeto no se hace responsable de sus actos, la culpable es la sustancia, es la causa de su adicción.

- *“Todos tienen el mismo problema que yo acá, todos pasamos por los vicios, somos todos adictos.”* (Caso “R.”)

Cuando un sujeto dice “soy drogadicto”, o “soy alcohólico”, lo que está haciendo es escabullirse por la pregunta por el ser, la droga lo cubre y de esa manera evita la cuestión. Su respuesta no pasa de ser una máscara, que de ser suprimida, surgirían las verdaderas preguntas sobre su relación con el Otro y cuyas respuestas seguramente le serían insoportables. Su conducta es una forma de acceso directo al goce, y la forma de impugnar las exigencias del Otro y de la cultura. (Hernández Valderrama, 2015) Se debe recalcar entonces, que cuando el sujeto se presenta de ésta manera, lo que pretende es obturar la pregunta por su ser.

- *“El manejo de plata en personas como nosotros, los adictos, es complicado.”* (Caso “H.”)

El tóxico cubre y elude la cuestión del ser, confiriendo una supuesta identidad, la de un “drogadicto, alcohólico, farmacodependiente, etc.” que no pasa de ser una máscara que debe expulsarse para que las verdaderas preguntas del sujeto se puedan formular.

- *“Me reconforta poder hablar, porque problemas tenemos todos los días nosotros que somos adictos y ladrones”* (Caso “E.”)

Lo que se busca, es favorecer el surgimiento de un sujeto de la palabra, que pueda correrse de la inscripción en la categoría anónima de “adicto”, desidentificándose a esa condición, dado que ésta eclipsa al sujeto, frente a la cual no queda nada que agregar. Tal

como señala Teruel (2013), esa categoría en la que el sujeto se inscribe es el resultado del discurso de los otros y viene en lugar del nombre propio, por lo que, sostenerla es mantener a un personaje que por su hacer con las drogas crea un “yo soy” que le permite escapar de la problemática de su subjetividad.

Lo que se pretende es que aquel que ha llegado como “adicto” devenga sujeto y logre particularizarse, asumiendo la responsabilidad que le corresponde por lo que hace con esa falta que le es constitutiva.

Por otro lado, resulta interesante plantear cómo llega ese sujeto “adicto” a la institución. En el caso de “N.”, comenta: *“Hablé con el director de ese momento, y le dije que necesito ayuda, que si no me brinda ayuda hoy mismo, el lunes me busco otra Institución porque no doy más. No doy más, le dije, estoy consumido ahora y voy a consumir el fin de semana, en mi casa está todo mal y necesito ayuda.”*

En algunos casos, los sujetos de investigación llegan a la institución porque algo en relación a la sustancia evidencia algún fracaso. Ya no es igual que antes, cuando el consumo les procuraba satisfacción, cuando no necesitaban al Otro. Tal es el caso de “E.”: *“Antes de entrar acá me quise matar, tuve una pelea con mi mamá y me corté las venas, ella me vio y yo le dije que yo sabía que el ambulatorio en Sedronar no me iba a funcionar, que necesitaba por lo menos hacer Centro de Día, y ahí fue que llegué a Betania.”*

Otras veces, ocurre que los sujetos acuden a la institución porque perdieron el control sobre el consumo y los desbordó, se encuentran en un punto que traspasó la modalidad con que venían consumiendo y se les fue de las manos, como lo menciona “H.”: *“Antes era un bebedor social, y a medida que fue pasando el tiempo se convirtió en un problema. Al principio era los fines de semana, después ya era lunes, martes, y así todos los días. Tenía que desayunar alcohol para arrancar el día. Caí en el alcohol hasta que vi que no podía más, y me vine a internar a Betania.”*

- “(...) Desde ahí no puede parar, lo que empezó por curiosidad terminó siendo un problema, me di cuenta que esto era un problema cuando ya no lo podía controlar. Antes podía decir hoy no voy a consumir, o esta plata no la voy a consumir, y así, hasta que llegó un punto en que ya no podía guardar plata, no lo controlaba.” (Caso “I.”)

Por último, se presenta la situación en que el sujeto es enviado o traído por terceros, donde el problema es de otros, no del sujeto.

- *“Al principio no quería venir porque era de ocho a cinco de la tarde, pero después me dije que bueno, porque la veía mal a mi mamá y no me gustaba, se le nota cuando está mal.”* (Caso “A.”)

En definitiva, dadas las distintas modalidades en las que el sujeto se presenta en la institución, puede decirse que se trata entonces de alojar al paciente en ese tiempo de urgencia subjetiva y hacerlo entrar nuevamente en la relación con el Otro del significante, restituyendo su lazo social. De esta manera, en el primer tiempo, la línea de trabajo se dirige a restaurar el lazo con el Otro, por vía de la transferencia, alojar al sujeto en el orden simbólico, y producir el acotamiento de un goce sin límites.

EL LUGAR DE LA INSTITUCIÓN

Es fundamental destacar la importancia de la institución como receptora de una primera demanda que realiza el sujeto y a su vez, es relevante el lugar de quien recibe esa primera demanda.

- *“Él me miró y me dijo que estaba hablando con el director, y que el lunes empezaba mi tratamiento.”* (Caso “N.”)

Esto evidencia lo que Kameniecki (2009), menciona como “operación de alojamiento”, se trata de estar dispuesto y disponible para ese sujeto singular y ofrecerle escucha y tiempo, es alojar al que consulta. Antes de todo, se trata de ofrecerle al sujeto un Otro dispuesto y disponible: *“Es la calidad del tiempo que brindan, yo voy a coloquio y puedo estar 15 minutos o una hora, siempre brindan tiempo.”* (Caso “N.”)

Luego será necesario constituir una demanda. En relación a esto, lo que sucede es que no hay que esperar la demanda ya que habitualmente no existe. La tríada síntoma-demanda-transferencia de la clínica clásica no se da en estos casos, por lo que no se debe vacilar en hablar, un hablar que no es del orden de la interpretación sino que, va en la línea de la constitución de un lazo en este tramo inicial.

- *“Lo que más me gusta hacer acá es el coloquio, que es donde yo me desahogo, me puedo desahogar con todo lo malo que me está pasando, que yo antes me lo guardaba, y la única manera de olvidarlo era consumiendo, entonces yo vengo, y les cuento a ellos y me aconsejan.”* (Caso “E.”)

Se evidencia de esta manera, la importancia de la escucha y la palabra por parte de la institución: *“Pedí coloquio apenas llegué.”* (Caso “N.”)

- *“Lo que más me gusta de acá son las entrevistas, los coloquios, todo lo que sea para hablar, todos acá necesitamos que nos escuchen (...) Es eso, es hablar.”* (Caso “R.”)

Por otro lado, puede afirmarse que la institución funciona como “Nombre del Padre”, es decir, la institución aparece como una garantía del Otro frente a la inconsistencia del sujeto, una garantía simbólica del Nombre del Padre. Esto se comprueba en el caso de las urgencias, en tanto la recepción de un sujeto en la admisión, por ejemplo, atempera los síntomas al formalizarse cierto alojamiento en el Otro. (Montellano, 2017)

- *“Cuando comencé acá, vine a hablar un viernes aunque todavía faltaban dos semanas para el ingreso. Hablé con el director de ese momento, y le dije que necesito ayuda, que si no me brinda ayuda hoy mismo, el lunes me busco otra Institución porque no doy más. No doy más, le dije, estoy consumido ahora y voy a consumir el fin de semana, en mi casa está todo mal y necesito ayuda. Él me miró y me dijo que el lunes empezaba mi tratamiento.”* (Caso “N.”)

A partir de la recolección de la información, puede observarse el lugar de soporte que posee la institución en la vida del sujeto, introduciendo un ordenamiento en eso que se encuentra desordenado, así lo expresa “N.”: *“Que te lleven y te traigan, que te busquen.”*

- *“Yo estaba acostumbrado a algo totalmente distinto, a un libertinaje total.”* (Caso “N.”)

- *“Acá nos ponen un freno, porque por ahí entramos con actitud de llevarnos el mundo por delante y ellos te ubican en el lugar.”* (Caso “H.”)

Una cuestión relevante, es la relación entre lo que sería el libertinaje versus la disciplina que impone el dispositivo. Los pacientes manifiestan que han tenido que dejar de

lado viejos comportamientos y actitudes vinculados al consumo, para incorporar otros, tales como disciplina, respeto, buenos modales, etc.

- *“Se trata de ponerse límites, sacar esas actitudes callejeras, como ser la falta de respeto, pasar sin pedir permiso, no expresarse bien, y esas cosas.”* (Caso “E.”)

- *“La disciplina que aprendí acá me sirvió mucho, el respeto, los modales, todas esas cosas que uno pierde de vista cuando está perdido en el consumo.”* (Caso “N.”)

Por otra parte, se manifiesta el hecho de que la institución sale al encuentro de la pulsión, algunos pacientes vinculan los momentos de consumo a un malestar al momento de hacerlo: *“Mientras más deseos tengo de consumir es cuando más cargado estoy, a nivel emocional, va de la mano con los sentimientos y todo lo que trabajo acá.”* (Caso “N.”)

- *“Por ahí consumo por el tema de mi mamá. Ella algunas veces está enojada y se desquita conmigo.”* (Caso “A.”)

A su vez, los límites que la institución pone a los pacientes, generan bienestar que los mismos refieren, tal es el caso de “N.”: *“Me ayudan desde haciéndome pasar una franela, hasta diciéndome un no, poniéndome límites, todo eso me ayuda para mi bienestar.”* (Caso “N.”)

- *“Acá brindan mucho apoyo, son bien dedicados a nosotros los pacientes, nos apoyan muchísimo, nos señalan mucho los errores para que nosotros podamos corregir y aprender, así que estoy feliz.”* (Caso “E.”)

Un aspecto a considerar en relación al lugar de la institución, radica en la importancia de tener presente que la mirada y la voz, objetos estructuralmente vinculados al deseo del Otro, pueden llegar a cobrar un valor persecutorio, ya que la institución activa la presencia de la mirada, de ahí la importancia de un manejo discreto de la mirada y la advertencia de su presencia.

- *“Cuando llegué acá me sentí incómodo, me sentía mirado por ser nuevo y como que tenía que cuidar lo que hacía o decía, las posturas, todo.”* (Caso “E.”)

Respecto a la cuestión de las normas, se evidencia la existencia de ciertas reglas que la institución establece y que los pacientes deben cumplir. Forma parte de la función organizadora que tiene la institución para el sujeto. En un primer momento, los pacientes coincidieron en que “no les gustaron” las normas, y en algunos casos, “les costó acostumbrarse”; sin embargo con el paso del tiempo, han logrado acatar dichas normas y su cumplimiento. Al mismo tiempo, los pacientes estuvieron de acuerdo con el hecho de que la costumbre del cumplimiento de las reglas de la institución, los llevó a incorporar y trasladar esas normas, tales como pedir permiso, a otros ámbitos de sus vidas, ya sea con sus familias, en sus casas, etc.

- *“Al principio me costó adaptarme porque es pedir permiso para todo, preguntar si puedo pasar al baño, si puedo ir al depósito, si puedo modificar esto, todo es preguntar; pero ahora bien, incluso llego a mi casa y pido permiso a mi mamá para ir al baño ponerle, se me hizo costumbre pedir permiso, se me va quedando como un hábito.”* (Caso “E.”)

- *“Siento que me adapté rápido. Incorporé en mi vida fuera de aquí todo el manejo de acá, lo hago sin darme cuenta, todo lo que aprendo acá lo aplico afuera naturalmente.”* (Caso “N.”)

- *“Al principio me costó acostumbrarme al funcionamiento de acá, a los permisos por ejemplo, pero está muy bueno porque te van poniendo límites, que es lo que uno necesita, después uno ya lo asimila como propio y lo implementas en todos lados.”* (Caso “H.”)

Sin embargo, hay ocasiones en las que las reglas pueden resultar intolerables para los pacientes: *“A veces no veo las horas de irme de acá y llegar a mi casa, no quiero ver a nadie, o me levanto y no tengo ganas de venir, quiero que ya sean las cinco para irme. La otra vez no vine porque no tenía ganas de ver a nadie, estaba hartito, me cansé de todo, de pedir permiso para pasar al baño ponerle.”* (Caso “I.”)

- *“Esto ya no me da satisfacción, ya no me complementa. Siento que ya cumplí un ciclo acá, respecto a la conducta, el levantarse temprano, la disciplina, movilizarte hasta acá, cumplir los horarios, todo.”* (Caso “N.”)

En relación a las reglas, cabe destacar que si bien las normas de las instituciones en general son los parámetros universales que reflejan los valores de la cultura, es decir, un “para todos”, la práctica del psicoanálisis se dirige a producir un uso singular de la norma, uso que se sostiene en la legitimación que hace uno por uno de ella. Los pacientes coinciden en que a través de la puesta en práctica de las normas de la institución, estarán listos para reinsertarse en la sociedad: *“De acá uno va a salir bien para la reinserción social, educado, y con buen comportamiento.”* (Caso “R.”)

Resulta interesante por su parte, plantear la cuestión del significante “Betania”. Se observa que dicho significante se encuentra plagado de significaciones; los pacientes llegan a la institución con una idea de lo que puede ser Betania, ya sea en base a expectativas, o bien, plagados del imaginario social, a partir de lo que les han comentado otras personas. Sin embargo, al momento de adentrarse en la institución, se encuentran con otra idea, distinta a la preconcebida. Se dan con otra faceta: la regla, la cual, como se mencionó con anterioridad, en un principio genera rechazo en los pacientes, llegando incluso a resultarles molesta.

- *“Nunca había escuchado hablar de Betania, el único centro de rehabilitación que conocía era Remar, pero tenía muy malas referencias, un amigo iba ahí, entonces pensé que Betania era como Remar, pensé que todos eran iguales.”* (Caso “I.”)

- *“Yo no conocía Betania, me imaginaba que sería como la Casa Azul de San Benito, con muchas piezas, secciones, y eso, pero no me imaginaba qué había realmente acá; lo que menos me imaginaba era que acá limpiábamos.”* (Caso “E.”)

- *“Conocía Betania de nombre, no sabía cómo era, pero no fue como yo pensaba, acá hay contención, hay buenos psicólogos, y ves en qué fallé, por qué caí.”* (Caso “H.”)

La institución establece como regla salir al cruce de cuestiones imaginarias cuando se interponen los afectos, es decir, los afectos tienen lugar por el hecho de ser compañeros, compartir a diario un espacio común y un tratamiento, pero no deben intervenir ya que la identificación provoca obstáculos en el mismo. Los fenómenos imaginarios deben ser trabajados y reducidos pero no evitados, porque sí se producen. Se deben preservar algunas cuestiones que pueden funcionar como puntos de identificación y constituir un obstáculo

para la cura. Sucede que, al no tener contacto con el Otro, el sujeto puede centrarse más en sí mismo y apartarse de la masa. Tal como señala Laurent (2014), lo que se quiere, es que nos orientemos, en lo que respecta al sufrimiento psíquico, hacia la existencia de la cadena inconsciente, huella del fracaso propio de cada uno, y no hacia la identificación común. Lo que se busca, son instituciones en el campo de la salud mental que le den su lugar a la particularidad, y que desconfíen de la masificación por identificación.

- *“No podemos tener contacto físico entre nosotros, ni ser amigos fuera de acá, somos compañeros de tratamiento.”* (Caso “E.”)

- *“Acá nos dicen que no podemos hacer amistades entre nosotros, pero no lo puedes evitar, llevamos mucho tiempo acá juntos todos los días. Nos dicen que no podemos hablar fuera de acá, ni hacer amistad, ni interactuar, nada.”* (Caso “I.”)

Por último, resulta interesante aplicar al caso el planteo de Fernández Blanco (2011) acerca de la posibilidad de concebir a la institución como la receptora del fracaso del Discurso del Amo. Este fracaso se expresa en lo que del sujeto escapa al dominio de las identificaciones propuestas para que todo marche bien y pueda encontrar su lugar como ser social. De este modo, como receptora del fracaso del Discurso del Amo, la institución está llamada a reabsorber los efectos del malestar en la cultura.

EL TRATAMIENTO DEL PADECIMIENTO EN UN CENTRO DE DÍA

Frente a este lugar de Gran Otro que ocupa la institución, propone una determinada manera de trabajar con los pacientes, se trata de la modalidad “Centro de Día”. Allí, los pacientes concurren diariamente, de lunes a viernes, ya sea jornada completa o media jornada.

La invitación que la institución hace a los sujetos, trata de diversas actividades tales como entrevistas con los psicólogos, consultas psiquiátricas, coloquios con los operadores, trabajos en diferentes grupos, limpieza de la casa, actividades correspondientes a distintas áreas como ser teatro, educación física, entre las más destacadas.

Los sujetos frente a esto, establecen preferencias ante las actividades que les resultan más provechosas, lo cual tiene que ver con cuestiones subjetivas de cada uno de los participantes.

- *“Me gusta mucho cuando tenemos teatro, ahí uno saca cosas que no se imagina, entre broma y broma dicen que la verdad se asoma. Otra cosa que me sirvió mucho fue educación física, porque es arrancar el día con otro aire y hacer algo por uno mismo.”* (Caso “N.”)

- *“Me gusta que hacemos huerta y hacemos educación física, donde jugamos a la pelota. También me gusta mucho yoga y teatro.”* (Caso “A.”)

- *“Los grupos y hablar con los psicólogos me gusta, me ayuda un montón, a veces uno necesita hablar con alguien pero no un amigo, que sea confidencial.”* (Caso “I.”)

- *“Para la limpieza nos dividimos: los consultorios, pasillo, patio, la parte de adelante, todo. A mí me gusta eso, me gusta limpiar bien, desinfectar y poner desodorante de ambiente.”* (Caso “R.”)

Las actividades referentes a los coloquios con los operadores y a las entrevistas con los psicólogos, son las que, en la mayoría de los casos, los sujetos prefieren para expresarse y ser escuchados. Esto es de suma importancia ya que, como expone Hernández Valderrama (2015), el sujeto que consume drogas tiene conductas que lo alejan de la palabra y se precipita al acto, por lo que resulta esencial propiciar un encuentro con su palabra que sirva para resignificar algunos aspectos de su existencia.

- *“Hay una actividad que es la que más me gusta, mi preferida, que es el coloquio. Me encanta hablar de lo que me está pasando, lo hago día de por medio, no me guardo nada ni lo quiero hacer.”* (Caso “N.”)

- *“Lo que más me gusta de acá son las entrevistas, los coloquios, todo lo que sea para hablar, todos acá necesitamos que nos escuchen. Es eso, es hablar, si es en privado como entrevistas con los psicólogos o coloquio, es mejor, más íntimo, más personalizado.”* (Caso “R.”)

Si bien la propuesta del dispositivo es realizar diferentes actividades, la institución invita a hablar de lo que le pasa al sujeto. Laurent (2014) resalta la importancia de saber lo que se oye en la palabra, y la necesidad de darle lugar al inconsciente. Respecto a esto, se destaca en los pacientes que participaron en la investigación, la importancia de poder hablar, es a partir de esto donde algo en relación al sujeto se pone en marcha.

- *“Cuando era chico no hablaba nada, pero ahora cambió todo, ahí está la clave, voluntariamente querer venir, querer hablar, querer hacer esto, y así todo marcha.”* (Caso “N.”)

La actividad de hablar tiene una gran importancia, significa un desahogo para el sujeto. “E.” lo expresa de la siguiente manera: *“Lo que más me gusta hacer acá es el coloquio, que es donde yo me desahogo, me puedo desahogar con todo lo malo que me está pasando, que yo antes me lo guardaba, y la única manera de olvidarlo era consumiendo, entonces yo vengo, y les cuento a ellos y me aconsejan.”*

Sin embargo, aunque la mayoría de los participantes prefieren actividades como el coloquio, también se subraya la importancia que cobra el espacio individual, donde el sujeto habla de su posición en relación a su historia, a su familia. En relación a esto, “I.” señala: *“Prefiero hablar con psicólogos, ellos están preparados para eso.”*

Un elemento importante del dispositivo son los grupos: mediante ellos se instala la dimensión de la palabra, tal como lo expresa “E.”: *“Nosotros venimos de la casa con toda una mochila aquí, donde la descargamos y compartimos con los compañeros, entonces la volvemos a cargar pero de cosas buenas.”*

Los diferentes grupos que se realizan dentro de la institución funcionan como disparadores, donde el sujeto empieza a trabajar por sí mismo, luego eso deberá ser subjetivado. Este tipo de actividades del dispositivo, no agotan la cuestión individual, la catarsis que se da en los grupos luego da lugar a otras cuestiones referidas a un aspecto más individual, que deben ser alojadas en la dimensión clínica posteriormente.

- *“Tenemos el grupo de encuentro, ahí contamos qué es lo que hicimos después de acá, eso lo llevamos registrado en un cuaderno, me copa porque queda todo plasmado, bien organizado. Después tenemos el grupo de autocrítica, o sea uno habla dándose cuenta*

de lo que hizo mal y esas cosas, aunque no me parece muy productivo, porque algunos ponen en evidencia lo que hicieron o no hicieron pero da igual, porque después lo siguen haciendo; y el grupo de convivencia, que consiste en decir qué es lo que te molesta de los otros chicos, los operadores, la casa y todo. También está el grupo de sentimiento, donde hablamos sobre cómo nos sentimos, en todos nuestros ámbitos, acá, en casa o lo que sea. Igual yo participo en el grupo cuando tiene que ver con mis compañeros, sino no, si es algo personal lo hablo en coloquio o acá con el psicólogo.” (Caso “I.”)

Finalmente, puede afirmarse que los sujetos reconocen el valor de la cuestión grupal, pero no olvidan la necesidad de contar con un espacio individual, de trabajo con el psicólogo. Mediante este espacio individual que la institución ofrece al sujeto, es posible considerar el caso por caso, el uno por uno.

- “Hay cosas que yo acá no hablo con nadie, porque son cosas personales que me guardo para mí. No todo puedes hablar, hay cosas que uno se guarda para uno, pero no tiene nada que ver con el consumo, por eso no creo necesario hablarlo (...) Hay cosas que yo no comparto con el grupo, como lo que me pasa en mi casa, o si tengo problemas acá adentro, prefiero compartir en coloquio o con psicólogos, pero no me gusta contarles todo de mí a mis compañeros, lo hablo pero no con ellos, prefiero más privado.” (Caso “I.”)

TIEMPO INSTITUCIONAL VERSUS TIEMPO SUBJETIVO

La dimensión temporal de la experiencia clínica, en particular cuando se juega en el terreno de lo institucional, nos interroga de múltiples formas sobre la noción del tiempo.

Partiendo desde el psicoanálisis, puede decirse que para Freud los procesos inconscientes se caracterizan por la atemporalidad, es decir, no se modifican por el transcurso del tiempo ni, en general, guardan relación con él.

Lacan, por su parte, desarrolla la noción de tiempo lógico. Plantea que el tiempo lógico no es objetivo, se trata de una estructura dialéctica que se da en tres momentos: el instante de ver, el tiempo de comprender, y el momento de concluir. Puede decirse entonces, que los sujetos que participaron en la investigación se encuentran en lo que corresponde al instante de ver: *“Me preguntaban cómo pueden ayudarme pero todavía no*

se responder eso. Ahora recién me estoy dando cuenta de las cosas que me dicen acá." (Caso "A.")

Si bien la institución tiene sus propios tiempos, para que estas instancias del sujeto en relación al tiempo lógico se desplieguen, es necesario que el tiempo cronológico también corra. La cuestión es que, nunca se sabe cuánto tiempo necesitará un sujeto para desplegar estas instancias. No es el tiempo en tanto corre, sino el tiempo en tanto lógico, el que determina esos movimientos.

- *"Me pasó que hasta hace poco yo no veía ningún cambio en mí. Mi familia y todos me decían que estaba diferente pero yo no lo veía, recién ahora veo cambios."* (Caso "I.")

La institución establece tiempos como modalidades, es decir, el tiempo forma parte de lo que concierne a la organización institucional; sin embargo, hace un uso discrecional del mismo, lo regula pero no lo rigidiza. Hay un tiempo que concierne a cada sujeto, donde los participantes empiezan a pensar en su propio tiempo: *"Me gustaría que tengamos más tiempo libre."* (Caso "A.")

A su vez, se destaca el hecho de que no se estipula un tiempo de tratamiento a priori, más bien prevalece un respeto por lo individual: *"Ojalá esté cerca del alta pero bueno, eso es subjetivo, no sé de qué depende exactamente."* (Caso "I.")

Lo importante para el sujeto es el tiempo donado por el Otro: *"Lo mejor de este lugar y de la gente de acá, es el tiempo. Porque acá me brindan su tiempo, y me hacen bien, y el tiempo es muy importante."* (Caso "N.")

Para los entrevistados, el tiempo es importante: el tiempo que les dan, así como también el tiempo que perdieron en el consumo. Los participantes reconocen haber perdido el tiempo, no en sentido de deber, sino que le entregaron su tiempo al consumo. Perciben el tiempo como algo que se perdió y que la institución regula e intentan recuperar. De esta manera, el tiempo empieza a cobrar un valor.

- *"A medida que el tiempo pasa, recién uno puede volver a recuperar vínculos, porque nadie te quiere cerca cuando estas en esa."* (Caso "H.")

Se puede observar una vivencia subjetiva del tiempo: *“Miro atrás y veo cómo estoy hoy, es muy distinto.”* (Caso “A.”)

A su vez, se subraya la importancia del tiempo lógico y no del cronológico: *“Creo que vengo por buen camino aunque me esté llevando tiempo darme cuenta de las cosas.”* (Caso “A.”)

Los participantes a lo largo de las entrevistas, sitúan su tiempo antes del ingreso, durante, y actualmente. Oponen un pasado acerca de cómo eran y un presente que tiene que ver con el durante: *“Creo que mejoré mi actitud, porque antes consumía todos los días y ahora no; además era irrespetuoso, era vago, no hacía nada, y ahora estoy cambiando todo eso. Estos meses acá fueron rápidos, se me pasó rápido el tiempo.”* (Caso “A.”)

- *“Pasa que venimos con actitudes de la calle: pelea, violencia, malas palabras, insultos, muchas cosas que llevan tiempo cambiar. Los que ya estamos hace un tiempo queremos cambiar y lo estamos logrando.”* (Caso “H.”)

Por otro lado, se evidencia una nueva concepción del tiempo facilitada por la institución: *“Antes de las fiestas de fin de año nos hicieron un taller para no recaer, y ahí me di cuenta que estamos empezando un nuevo año, y este 2018 tiene que ser bueno, tenía que cambiar, ahí me pude dar cuenta.”*

- *“Cosas que yo no veía pero con el tiempo aprendí a ver. Ahora veo que hay toma de decisiones y cosas de mi mamá que me hacían mal, que me molestan a mí.”* (Caso “H.”)

- *“Fue pasando el tiempo, y me di cuenta que sí puedo.”* (Caso “H.”)

En definitiva, lo fundamental reside en la necesidad de maniobrar con el tiempo institucional, de modo tal de pensar la entrada en los tratamientos, los instantes de apertura del inconsciente y los momentos conclusivos, articulados a una lógica que sigue las transformaciones que sufre el padecimiento subjetivo, y por ende la posición del sujeto. Sucede que, la intervención no está sujeta al tiempo cronológico sino al valor otorgado a la contingencia del encuentro entre alguien que sufre y alguien que escucha absteniéndose de dirigir al paciente y propiciando la producción subjetiva. (Iuale, 2010)

LA TRANSFERENCIA CON VARIOS

La cuestión de la transferencia, no se trata desde la institución como una transferencia única con Otro, sino que, más precisamente, es una transferencia entre varios: esos varios está constituido por los distintos terapeutas, los diferentes espacios, todos aquellos actores de la institución; a diferencia de lo que sucede en la clínica convencional, donde la transferencia se da exclusivamente entre analista y analizante.

La institución promueve la transferencia entre varios, se trata más bien de la transferencia hacia la institución.

La transferencia en los sujetos de investigación en el momento en que se llevó a cabo la indagación, da cuenta de una instancia inicial donde refiere a la vertiente del amor: *“Ellos se encargan de todo, hacen mucho por nosotros, les debemos mucho.”* (Caso “H.”) Encontramos la transferencia en un momento de construcción de una demanda a través de la transferencia entre varios, donde el sujeto necesita hablar, y eso es lo que se le ofrece, la posibilidad de la palabra y la escucha.

La instauración de la transferencia implica cierta aceptación por parte de la institución, eso facilita la instauración de la transferencia, aunque surgirá de la mano del Sujeto Supuesto Saber, por lo que dependerá de la habilidad del terapeuta la instalación de una verdadera transferencia.

Sin embargo, es necesario mencionar que a veces la misma resistencia se disfraza de la idealización, tal como se observa en el caso de “E.”: *“Lo resumo en una sola palabra, la gente de aquí es puro amor. Amor, contención, cuánto más apoyo necesitas, ellos más están para vos, brindan mucho apoyo, son bien dedicados a nosotros los pacientes, nos apoyan muchísimo, así que estoy feliz.”* Cabe recordar justamente el caso de “E.”, quien a pesar de sus enunciados, abandonó su tratamiento tras proceder al robo de un teléfono celular perteneciente a un miembro del staff de la institución.

- *“Las personas del staff de acá son lo mejor, no tengo problema con nadie.”* (Caso “H.”)

Frente a esto, se destaca la posición del terapeuta de no identificarse con ese lugar de “amoroso”. Sucede que todo lo que le es transferido al terapeuta le corresponde por el lugar que ocupa, el de un saber supuesto. El terapeuta deberá abstenerse y apartarse de esta demanda de amor, siendo depositario de ese papel, es decir, representando el papel que le asignan pero sin actuarlo. De esta manera, el terapeuta no posibilita la consumación de ese amor, pero sí permite que éste se despliegue en palabras. (Cáceres Goyos, 1999)

Por otro lado, es importante mencionar el hecho de que la institución se muestra atravesada por las reglas, pero no de una manera rígida, sino el sujeto se persigue; de este modo, la institución facilita la creación de una demanda al Otro, es la aparición de un Otro con fallas: *“Ya no siento que andan detrás de mí, al contrario, puedo ver lo positivo que fue que sean así.”* (Caso “N.”) El sujeto se encuentra en la institución frente a un Otro que no está completo, sino en falta. De esta manera, la importancia de que el Otro no se presenta completo, reside en el hecho de que pide algo a cambio: los hacen limpiar, trabajar, etc., es decir, no es un amor desinteresado. La institución pide algo a cambio y eso influye: *“Por ahí choco un poco con una de las operadoras, porque ella quiere hacer las cosas como ella quiere y a veces no es así, y tengo que agachar la cabeza y no me parece.”* (Caso “I.”), se evidencia así que se trata de lo contrario a un Otro desinteresado.

- *“A veces es un tire y afloje, porque yo llegué con conductas que no eran adecuadas y no me gusta que me remarquen lo que hago mal, y ellos están en parte para eso. Por ejemplo, me marcaban mi impulsividad, mi intolerancia, mi ansiedad.”* (Caso “N.”)

Por último, cabe hacer referencia a la transferencia de trabajo. La transferencia puesta en acto en la institución, se transforma en la transferencia de trabajo. Mediante esta transferencia de trabajo se evita que quede en un único objeto, de modo que no se limita a uno solo, sino que la transferencia se multiplica.

Es posible observar la transferencia de trabajo en el vínculo basado en la tarea entre los distintos terapeutas y actores de la institución: ateneos, presentaciones de casos, discusiones de casos, reuniones interdisciplinarias; todas ellas convocan al trabajo de transmisión del psicoanálisis.

EL LUGAR DE LAS FICCIONES FAMILIARES

La novela familiar representa el esfuerzo teórico freudiano acerca de la importancia familiar en la construcción de la subjetividad y cómo ésta representa una pauta principal de interacción social en los sujetos; deja de manifiesto la manera en que el sujeto hace lectura de su realidad.

La novela familiar es el primer intento que realiza cada quien a lo largo de su historia para autosignificarse, con respecto a esto puede decirse que cuando Freud (2007) coloca la novela familiar como una fantasía originaria, está mostrando la estructura internalizada de un grupo (el familiar) con lugares, modelos de relaciones, afectos, etc. Por esto, dicha novela familiar está cargada de historia de los orígenes y las vicisitudes que dieron sentido al sujeto de hoy.

El análisis correspondiente a las historias vitales de los sujetos de investigación, evidencia una marcada influencia de los acontecimientos familiares en el desarrollo de sus vidas y cómo estos sujetos leen la realidad. Sin embargo, se debe tomar en cuenta que se trata de la manera subjetiva en que cada quien reconstruye su historia familiar, la interpreta y la escenifica, por lo que es de suponer que cada quien va a ser de cada acontecimiento “su vivencia”, es decir, su subjetividad.

En los casos que participaron de la investigación, es posible ubicar a la familia en el lugar de “daño”, lo cual da cuenta de una instancia inicial en el tratamiento: los participantes presentan a sus padres como la razón de su consumo, tal como lo expresa “N.”: *“Yo vivía sin sentir que mis padres estaban, por eso comencé a buscar amor y contención en la sustancia.”*

- *“Me doy cuenta que empecé a consumir porque mi papá y mi mamá andaban mal, siempre andaban mal, se pelean mucho, y a mí me daba lástima mi mamá, y yo por bronca nomás consumía.”* (Caso “A.”)

- *“Ahora veo que toda la raíz de mi problema fue el vínculo con mi mamá; me afectaba mucho y yo no me daba cuenta, tomaba por venganza a mi mamá y el que se hacía mierda era yo.”* (Caso “H.”)

Por otro lado, a lo largo de las entrevistas, se destaca el miedo a la soledad: *“Siempre tuve miedo a la soledad. Siempre me hacía falta algo, si no era mi viejo, era mi vieja.”* (Caso “N.”)

- *“Mis papás se separaron y yo sentí que nos quedamos solos, ahí empecé a consumir porque sentí que mi papá nos había abandonado.”* (Caso “A.”)

Con esto puede decirse, que frente a la ausencia aparece el consumo. Sin embargo, paradójicamente, “N.” y “A.” afirman que consumen para no sentirse solos, a diferencia de “E.” e “I.” quienes sostienen que se quedaron solos a causa del consumo.

- *“Un día me di cuenta que estaba solo, me vi solo y vi que estaba perdiendo todo por esto. Nadie quería saber nada de mí. Esta porquería te lleva a un punto donde quedas solo, haces tanto daño a tanta gente que después nadie quiere saber nada de vos.”* (Caso “E.”)

- *“Perdí todo: familia, amigos, hasta tus valores perdés en las drogas.”* (Caso “I.”)

En relación a la novela familiar, los sujetos se presentan a sí mismos de niños, como niños abandonados, sin un Otro que los ampare, sin un Otro que los amarre en algún punto. Hay un Otro de la infancia que no dio los recursos simbólicos necesarios, un Otro empobrecido, fallido, un Otro carente. Esa es su ficción, que consumen a causa de todo esto.

- *“Mi viejo fue un padre ausente, estaba físicamente pero no lo sentía conmigo.”* (Caso “N.”)

- *“Antes de empezar a consumir de chiquito, yo siempre me iba de mi casa, me salía, me iba lejos, a las casas de mis compañeros por ejemplo, y andaba mucho en la calle. Mi papá nunca estuvo presente, él siempre estaba trabajando entonces nunca estaba en la casa, mi mamá siempre estaba sola y siempre estaba embarazada o abortando, entonces no me daba mucha pelota; muchas veces yo no volvía ni a dormir a la casa y ni cuenta se daba.”* (Caso “E.”)

- *“Para mi papá siempre fue su hija la más grande, y como a mí no me daba pelota, yo no lo hablaba. Ahora recién cuando ya soy grande quiere hacerse cargo, y no es así. Él vivía de joda siempre, no estuvo nunca presente.”* (Caso “A.”)

Frente a este Otro fallido, carente, se encuentra la respuesta del sujeto: manipulación, mentira, engaño. No hay un sujeto víctima del Otro carente sino que el sujeto le respondió, tal como lo expresa “E.”: *“Robaba en todas partes, mentía, manipulaba, me drogaba.”*

- *“Mi familia siempre sospechaba de mi consumo, pero yo siempre lo negaba y los manipulaba.”* (Caso “I.”)

- *“Les hice mucho daño, robaba cosas de mi casa.”* (Caso “R.”)

A su vez, el sujeto encuentra que en esa familia en la cual creció, se le devuelve una imagen de extraño, se siente un objeto extra familiar: *“Antes yo no hablaba con mi familia, yo ni les respondía, ellos son todos más unidos, comparten y todo, pero yo siempre estuve medio aislado.”* (Caso “I.”)

- *“Yo no hablaba con mi hermano por ejemplo, él me hablaba y yo apenas lo escuchaba.”* (Caso “R.”)

Un aspecto importante, reside en la posibilidad de recuperar el vínculo, posibilidad que los sujetos vinculan al tratamiento. Por un lado, se encuentra la relación establecida entre la soledad y el consumo; y por otro la relación existente entre la recuperación por medio del tratamiento del vínculo con el Otro.

- *“Mi objetivo principal es recuperarme y recuperar mi familia, porque los estaba perdiendo poco a poco (...) Perdí mucho con mi mamá, tengo mi hermana con parálisis cerebral entonces su única compañía era yo, y sentí que la defraudé mucho, que la abandoné.”* (Caso “E.”)

- *“A medida que el tiempo pasa, recién uno puede volver a recuperar vínculos, porque nadie te quiere cerca cuando estas en esa.”* (Caso “H.”)

Dada esta posibilidad de recuperación, recuperación del sujeto mediante el tratamiento que recibe y al mismo tiempo, recuperación del vínculo con la familia a través del mismo, sus familias los apoyan en el tratamiento: *“En mi casa me apoyan mucho, me preguntan cómo me fue, qué pasó, la verdad que los veo interesados y siento que me acompañan.”* (Caso “E.”)

- *“Cuando llegué acá y mi madre se enteró, estaba chocha de que yo solo haya decidido hacer un tratamiento.”* (Caso “N.”)

- *“Mi mujer me apoyó desde un principio, ella me ayudó a buscar la entrevista en la secretaría de adicciones y me apoyó en mi tratamiento.”* (Caso “H.”)

Es indiscutible la existencia de una novela familiar en los relatos de los sujetos de investigación y la influencia de las mismas en las determinaciones que han tomado y los han llevado al punto en que se encuentran, puesto que dichas novelas llegan a ser determinantes de sus propósitos de vida, del seguimiento de ideales, tal como lo expresa “N.”: *“Hoy estoy seguro que lo que no hicieron mi madre y mi padre, conmigo y mi ex pareja es distinto; podemos hablar y llegar a un acuerdo sin perjudicar a mi hija, sin que ella esté en el medio.”* (Caso “N.”)

PERSPECTIVA DEL TRATAMIENTO

A partir de las entrevistas realizadas, es posible encontrar cierta mirada que se asocia al horizonte del tratamiento.

Es posible aislar algunos términos que dan cuenta de una mirada acerca de la dirección del tratamiento, tal como lo expresa “N.”: *“Mi intención no es dejar el tratamiento, es más, me decidí a estudiar y voy a buscar trabajo. La idea es continuar acá, pero me voy a inscribir para psicopedagogía y profesorado en psicología en el Jean Piaget, y lo voy a hacer.”*

Los participantes de la investigación manifiestan sus intenciones conscientes, que van desde no dejar el tratamiento, abandonar el consumo de por vida, retomar asignaturas pendientes, hasta incluso resignificar su vivencia en relación al consumo, como señala “H.”: *“Voy a poder ayudar a otra gente, dar una mano al otro, porque uno viene a ser un*

referente de que sí se puede, la mayoría cree que no se puede, pero soy prueba y testigo de que es posible.”

- *“Quiero terminar el colegio porque dejé de chico, cuando ya estaba perdido en el consumo, y quiero trabajar; soy muy buen vendedor, quiero vender cualquier producto: ropa, mercadería, me manejo muy bien con los números, soy bien rápido.”* (Caso “E.”)

- *“Mi motivación para continuar mi tratamiento es mi futuro, todo lo que aprendí acá lo voy a volcar afuera, sano uno piensa mejor, tiene más claridad mental. No más consumo, quiero volver a ser vendedor o cortar el pasto; no veo las horas, mi sueño es estar bien psicológicamente, tranquilo, hacer el bien, ayudar al prójimo.”* (Caso “R.”)

Dentro de esta visión o dirección de tratamiento institucional, se observa que los sujetos perciben una serie de cambios iniciales, que se deben justamente al impacto inicial de su ingreso a la institución y al tratamiento; luego, con el tiempo, dicha cuestión se podrá indagar en mayor profundidad. Cada sujeto enuncia esos cambios iniciales de diferente manera. Estos cambios, son efecto de lo catártico, del alojamiento institucional.

- *“He cambiado mucho, desde el vamos, aprendí el respeto, la disciplina, la conducta, la organización, los valores. Todo eso yo antes lo dejaba de lado, no me importaba, no lo valoraba, estaba dormido.”* (Caso “N.”)

- *“Ahora me siento bien, es muy loco porque hice un cambio rotundo, de volver a ser el mismo de antes en el aspecto, la actitud, la forma de pensar, de hacer las cosas.”* (Caso “H.”)

Los participantes refieren a su vez, una serie de cambios a nivel físico: *“Cambios físicos también veo, estaba muy flaco, y estando acá comí todo lo que no comí en años, entonces engordé.”* (Caso “I.”)

- *“Ahora estoy más tranquilo y hasta mi cara está muchísimo mejor, antes tenía todo negro.”* (Caso “E.”)

Los sujetos entrevistados saben que existe una propuesta por parte de la institución a trabajar sobre sus problemáticas, sin embargo, no hay ninguna promesa, ningún contrato preestablecido sobre dejar el consumo. A pesar de esto, en los propios sujetos de

investigación surge en sus perspectivas el deseo de hacerlo, abandonar de manera definitiva el consumo, lo cual requiere de un gran trabajo: *“Lo que pasa es que uno cree que le va a ganar a la bebida pero no es así, le podes ganar con ayuda, como Betania, donde ponen todo de sí para que uno cambie, pero el resto depende de nosotros, de nuestra voluntad para dejar los vicios atrás.”* (Caso “R.”)

A veces no se trata de que el sujeto sepa racionalmente los objetivos a cumplir. El sujeto sabe que tiene que empezar pero no dónde concluir, es decir, es consciente de que su estado actual debe modificarse. Los participantes vinculan la conclusión del tratamiento con el cese del consumo, tal como menciona “A.”: *“Creo que me falta mucho para el alta, no tengo que tener más recaídas, y tengo que seguir haciendo las cosas acá y en mi casa.”*

- *“Ojalá esté cerca del alta pero bueno, eso es subjetivo, no sé de qué depende exactamente, creo que las recaídas tienen mucho que ver.”* (Caso “I.”)

Por otro lado, la perspectiva del tratamiento se encuentra teñida por la idealización del inicio en el mismo. “N.” indica: *“Para mí esto es algo mágico, justamente mi reflexión de anoche fue que el mejor trabajo que pude haber encontrado, ha sido Betania, trabajar sobre mí.”*

- *“Yo espero que con este tratamiento me recupere, y deje el consumo de por vida, nunca más volver a consumir. Creo que acá lo voy a poder lograr porque son todos muy buenos, acá te tratan como uno de la familia, te dan un abrazo, un consejo, y eso es bueno, eso es estar con gente buena. Es difícil y creo que el camino va a ser largo, pero se puede, con ayuda sí se puede.”* (Caso “R.”)

Respecto al optimismo, ya Freud (2008) advertía que debe desconfiarse de ese estado de enamoramiento inicial. *“Ese cambio fue contundente cuando empecé tratamiento, pero ya tenía antes una intención de cambio, le ponía voluntad pero no era suficiente, necesitaba de Betania, de un psicólogo, de esto.”* (Caso “N.”)

- *“Ahora mi mente está limpia, tengo pensamientos positivos, ya no pienso en el consumo como antes.”* (Caso “R.”)

Un aspecto importante a resaltar, reside en la importancia de contar con el consentimiento del paciente, independientemente de que lo que expresa sea cierto o no: *“El ingreso acá me costó, pero yo estaba decidido a que no, que no iba a consumir más.”* (Caso “H.”)

En esta instancia de tratamiento, no es posible afirmar un cambio de posición subjetiva, sin embargo puede afirmarse que están presentes los elementos para que ese cambio se empiece a efectuar. Se encontraron ciertos esbozos o demandas en bruto, que luego deberán ser trabajadas desde el ámbito clínico. Se trata de ciertas preguntas que el sujeto comienza a hacerse, como en el caso de “A.”: *“Nos hicieron un taller para no recaer por las fiestas, y ahí me di cuenta que estamos empezando un nuevo año, y este 2018 tiene que ser bueno, tenía que cambiar, ahí me pude dar cuenta. Quiero cambiar de actitud.”*

- *“Antes yo no pensaba, directamente actuaba, me mandaba directo a la acción, ahora ya pienso, analizo las cosas primero, las hablo, ya no me salteo ese paso tan importante.”* (Caso “H.”)

De esta manera, puede observarse que comienza a instalarse otro tiempo, el sujeto empieza a poder salir de la angustia primitiva del acting, abriéndose la posibilidad de una puerta de entrada al trabajo.

- *“Me gusta mucho acá hablar con las operadoras, me reconforta poder hablar, porque problemas tenemos todos los días.”* (Caso “E.”)

A su vez, es posible identificar la existencia de un dilema en relación al hecho de consumir o no consumir. Esto es importante, porque es posible que indique una puerta de entrada a una división subjetiva, al instalarse la cuestión de la duda puede darse la oportunidad de un inicio de trabajo: *“A veces tengo pensamientos de no venir acá, de quedarme por ahí, quizás incluso de no volver más, pero ahí recapacito acerca de que no me conviene, porque yo estoy haciendo un tratamiento y no quiero decepcionar a nadie, ni a mí mismo.”* (Caso “R.”)

- *“Ganas tengo de consumir, pero no lo hago porque no quiero, porque yo no quiero, porque si yo quiero lo voy a hacer y punto, me voy, saco plata y lo hago, pero no quiero, no quiero tirar todo lo que vengo logrando hasta ahora.”* (Caso “E.”)

- *“Lo bueno es que en las fiestas pude manejar las recaídas, porque encima en esa época el consumo de alcohol es muy común, y lo de la plata de la venta de la casa de mi papá fue un viernes a la noche, ya estaban los bancos cerrados, no sabía qué hacer, y después dije no, si yo vengo bien hace seis meses yo voy a poder manejarlo.”* (Caso “H.”)

Cabe destacar una cuestión relevante, que concierne a las recaídas. Los participantes refieren a la cuestión de las recaídas constantemente. Las recaídas son entendidas por los mismos como parte constitutiva del proceso del tratamiento. Cada sujeto lo refiere de distinta manera y a su vez, se observa una tendencia a resaltar la cuestión del cuerpo vinculada al consumo: *“Lo que me llevó a recaer es mi cabeza, yo no pasé por ningún síntoma de abstinencia, para mí un ataque de abstinencia es empezar a temblar o cosas fuertes.”* (Caso “N.”)

- *“Llevo un poco más de un mes sin consumir, al principio me sentía re mal, tuve abstinencia: fiebre, vómitos, diarrea, dolor de cuerpo, de todo un poco, empecé a temblar también, pero ya estoy tranquilo.”* (Caso “E.”)

- *“Yo ya no daba más, empecé a sentir cosas que nunca había sentido: se me amortiguaba el brazo, me dolía todo, me preocupé; ya había tocado fondo.”* (Caso “H.”)

- *“Estuve mucho tiempo con el tema de la abstinencia, llegué flaco, con insomnio, sin comer, con temblores y me fui recuperando.”* (Caso “H.”)

El fantasma de la recaída se observa siempre presente en los sujetos vinculado a sensaciones corporales y a la perspectiva del tratamiento, ya que el sujeto teme las recaídas; tal es el caso de “E.”: *“Siento miedo porque sé que si tengo droga al frente la voy a consumir, porque todavía estoy trabajando en decir no.”*

- *“Ahora tengo miedo, entendí que el alcohol me hace mal a mi salud, me hice mucho daño con eso (...) Tengo miedo por las recaídas.”* (Caso “H.”)

Por último, es interesante tomar en consideración respecto a las recaídas, la cuestión de la pulsión. El postulado freudiano dice que la actividad pulsional no se detiene con la satisfacción eventual que pudiera obtener del objeto, sino que es incesante y se satisface por el recorrido de su propio circuito. Es decir, que se basta a sí misma. La importancia de

plantear esto, radica en que cuando se trata de lo pulsional, las expectativas no pueden quedar cifradas a un proceso de aprendizaje de conductas ante situaciones riesgosas para que disminuya la probabilidad de recaer, porque la pulsión no aprende.

Si el hecho de permanecer abstinente que propone el tratamiento pone en evidencia la cuestión de la falta (empezando por la falta de las drogas) y establece una función de intervalo que reintroduce una temporalidad que implica esperas, la abstinencia puede pensarse como el precio que se cobra al sujeto por la implicación subjetiva en su cura. Pero no lo es todo. Se trata de establecer una escucha que permita al paciente formularse preguntas acerca de su consumo para que pueda encontrarse con la singularidad de su dolor y su deseo. (Teruel, 2013)

En este sentido, lo fundamental es el desarrollo de la responsabilidad subjetiva ante sus actos, y donde los entramados de reglas, normas y prohibiciones para alejarlos de la tentación del consumo sea substituido por un trabajo terapéutico para arribar por sí mismos a la decisión de renuncia al tóxico.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La temática de la posición subjetiva es una cuestión compleja, dificultando la presentación de una conclusión acabada. Si aún esto fuese posible, desde el marco teórico psicoanalítico, corresponde mantener cierta prudencia y apertura en la tarea de concluir. La incertidumbre que esta temática despierta, requerirá de un continuo estudio e investigación. No obstante, se presentan las siguientes conclusiones.

A pesar de las limitaciones con respecto a las características particulares de la muestra, la cantidad de sujetos involucrados en la misma, y los tiempos de investigación, se han podido obtener conceptos válidos en relación al tema investigado. Si bien, no es posible generalizar los resultados a una población más amplia, los mismos han permitido un primer acercamiento en lo que concierne a la posición subjetiva frente a un tratamiento terapéutico con una modalidad específica, el Centro de Día.

A partir de este trabajo de investigación, se destaca el hecho de que todo acontecimiento en la vida de un ser humano, repercute indefectiblemente en su subjetividad, llevándolo a posicionarse de una u otra manera ante aquello que le toca vivir.

Frente a un tratamiento terapéutico, entran en juego diversas variables en los jóvenes que lo realizan. Cada uno de ellos, aprende a hacer algo con aquello que le sucede de un modo propio. Este modo singular de hacer y actuar, hace nudo a su vez con lo familiar, histórico y social de la época.

En un principio, se observó en la mayoría de los casos cierto rechazo o resistencia frente al tratamiento terapéutico que ofrece la institución. Posteriormente, esta primera reacción se transforma en sentimientos amorosos o de idealización hacia la institución y sus terapeutas, conforme los sujetos empiezan a involucrarse en el mismo, a través de la participación en las diferentes actividades que se proponen. Aparejado al momento de entrada en el dispositivo, sobrevienen ideas y recuerdos acerca del consumo del sujeto, su historia, su familia, y las consecuencias que aquel derivó en todos sus ámbitos.

Los consumos problemáticos colocan al sujeto en una posición paradójica, porque se busca algo del deseo, los jóvenes creen haber encontrado algo que los satisface pero se cae en una situación de sufrimiento aplastante, desproporcionado.

El enfoque del psicoanálisis adquiere un lugar privilegiado, porque permite concebir los consumos problemáticos no como un observable sino como una forma de captura del objeto en el entramado subjetivo.

Recurrir a la institución en busca de ayuda, fue una de las primeras elecciones de los jóvenes ante la existencia de un sufrimiento intolerable en el que se encontraban: el consumo de drogas, el cual se ha convertido en un instrumento insuficiente para anestesiar de manera efectiva los padecimientos. El consumo se ha constituido en una fuente de displacer y problemas que hacen desaparecer los iniciales efectos placenteros y se suma como un malestar de difícil resolución.

De esta manera, la institución queda situada en el lugar de “Nombre del Padre”, es decir, aparece como una garantía del Otro frente a la inconsistencia del sujeto, una garantía simbólica que hace de soporte en la vida del sujeto, introduciendo un ordenamiento en eso que se encuentra desordenado.

En un primer momento, la función de la institución es la de alojar al paciente y hacerlo entrar nuevamente en la relación con el Otro del significante, restituyendo su lazo social. Se trata de estar dispuesto y disponible para ese sujeto singular y ofrecerle escucha/tiempo, alojar al que consulta.

La institución ofrece entonces la posibilidad de tratamiento ante su malestar a través de los elementos que componen el dispositivo. Sin embargo, el cese del consumo no puede ser comprendido ni tratado solamente escuchando las demandas conscientes que se formulan. Será recomendable entonces, desde el lugar del psicoanálisis, la apertura de un espacio que permita a los jóvenes constituir una demanda.

Por otro lado, la institución establece tiempos, es decir, el tiempo forma parte de lo que concierne a la organización institucional; sin embargo, hace un uso discrecional del mismo, lo regula pero no lo rigidiza. Si bien la institución tiene sus propios tiempos, no es el tiempo en tanto que corre, sino el tiempo en tanto lógico, el que determina movimientos, por lo que no se estipula un tiempo de tratamiento a priori, más bien prevalece un respeto por lo individual.

Son innegables los efectos terapéuticos iniciales que el tratamiento institucional genera. Pero será necesario el análisis del caso por caso y de los aspectos subjetivos puestos en juego para lograr el acceso a una posición subjetiva respecto de su propio deseo, que aparecería como clave para la decisión de concretar o no el abandono del consumo, entre otras cuestiones.

La ética del psicoanálisis no está del lado de lo universal, del “para todos por igual” sino del lado del sujeto. Será cada sujeto, a su manera particular, quien brinde las significaciones a su situación, no olvidando la responsabilidad que le compete en aquello que le pasa. Cada uno resignificará sus situaciones, de acuerdo a sus propios recursos y mecanismos, conformando su posición subjetiva.

Con todo esto, es posible afirmar que se ha podido responder a los objetivos de este trabajo de investigación: ha sido factible identificar los enunciados acerca de los elementos que componen el dispositivo terapéutico dentro del cual reciben tratamiento los jóvenes; como así también inferir la relación entre los enunciados que presenta el sujeto y su ubicación frente a los objetivos del tratamiento terapéutico recibido en la institución.

¿Cómo describir esa posición subjetiva frente al tratamiento? La posición que asumen los jóvenes frente al tratamiento y sus componentes está todavía marcada por un sufrimiento que aún no toma la forma de implicación subjetiva, tal vez ligado al momento en el que se hicieron asequibles las entrevistas, que corresponde a un instante de ver. Por esto aparece la intervención terapéutica ligada a la salvación, a la percepción de un cambio, a la idealización del terapeuta, el acompañamiento de la familia, etc. Será necesario un tiempo de trabajo a fin de que esto vaya virando. Por ahora, su posición o lugar está teñido de esa solución adictiva que encontraron y todo gira en torno a ello. Son “adictos”, el fármaco los representa y aún no es posible abrir las puertas a cuestionarse sobre algo más. (Los afectos, las relaciones familiares, el vínculo de pareja, etc.)

Sin embargo, ha sido posible observar ciertos esbozos o demandas en bruto, que luego deberán ser trabajadas desde el ámbito clínico, a nivel individual. Se trata de ciertas preguntas que el sujeto comienza a hacerse, instalando otro tiempo, donde el sujeto comienza a salir de la angustia mediante la conducta compulsiva o el acto impensado. Ejemplo de ello resulta la existencia de un dilema en relación al acto de consumir, lo cual

podría constituirse en una puerta de entrada a la división subjetiva, siendo la oportunidad de un inicio de trabajo.

En la instancia de tratamiento en que se llevó a cabo la investigación, no fue posible afirmar un cambio de posición subjetiva, sin embargo puede afirmarse que están presentes los elementos para que ese cambio se empiece a efectuar. Sería necesario investigar a los sujetos en el devenir del tiempo a fin de poder esclarecer si esto ha sido posible.

En este sentido, el logro de la abstención del consumo no puede ser el único objetivo a perseguir, es necesario pensar la abstinencia no como fin en sí misma, sino que el tratamiento debe posibilitar ir más allá de las drogas.

El abordaje no debe consistir en forzar la adaptación al deseo del Otro, sino en propiciar el surgimiento de la demanda del sujeto, sin lo cual no habrá oportunidad para ningún entramado terapéutico, se trata del acotamiento pulsional, y no la obediencia ciega a la institución.

El tratamiento institucional tiene que abrir la posibilidad para que el sujeto pase de la satisfacción sin medida de la droga a confrontarse con su propia división subjetiva, para entrar en el campo del deseo.

Se requiere favorecer el surgimiento de un sujeto de la palabra, que pueda correrse de la categoría anónima de “adicto” para que comience a interrogarse a sí mismo. Es por esto que no es posible desconocer la singularidad de cada sujeto.

Finalmente, el tratamiento institucional tiene el desafío de lograr que aquel que ha llegado como “adicto” devenga sujeto y logre particularizarse, asumiendo la responsabilidad que le corresponde por lo que hace con esa falta que le es constitutiva.

A modo de recomendación para una futura investigación, se abre la posibilidad de realizar un estudio similar en una muestra con distintas características. Para ello, tener en cuenta los criterios de selección y delimitación de la muestra en relación a las posibilidades del investigador, como así también, considerar la posibilidad de contar con más de un instrumento de recolección de datos para que la validez del trabajo sea aún mayor. Por último, sería interesante llevar a cabo la investigación en una instancia más avanzada del

tratamiento, para conocer el establecimiento de una posición subjetiva en ese momento y poder compararla con los momentos de apertura en que se llevó a cabo el presente trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Agüero, G.; Montellano, C.; Aráoz, A.; Carlsen, A. (2017). *XIII Curso anual de formación continua en salud mental: la práctica clínica en las instituciones de salud mental*. (1° ed.) Salta: Milor
- American Psychological Association. (2016). *Manual APA sexta edición*. Recuperado el 24 de Marzo de 2016, de: <http://online.upaep.mx/LPC/online/apa/APAimp.pdf>
- Aquino Cabral, M. F. (2016). *La posición subjetiva como herramienta diagnóstica en psicoanálisis lacaniano*. Recuperado el 7 de Agosto de 2017, de http://www.academia.edu/28910918/La_posici%C3%B3n_subjetiva_como_herramienta_diagn%C3%B3stica_del_psicoan%C3%A1lisis_lacaniano
- Asociación Civil Betania (2005). *Quienes somos. Filosofía, Modelo de trabajo. Historia*. Recuperado el 7 de Noviembre de 2014, de www.betania.org.ar
- Belaga, G. (2015). *La práctica del psicoanálisis en el hospital*. (1° ed.) Olivos: Grama Ediciones.
- Cáceres Goyos, L. (1999). *La transferencia y sus destinos*. Recuperado el 16 de Diciembre de 2017, de <http://www.acheronta.org/acheronta10/transferencia.htm>
- Camacho Ramírez, P. (s/f). *La rehabilitación en adicciones*. Recuperado el 15 de Marzo de 2017, de http://www.academia.edu/6559072/LA_REHABILITACION_EN_ADICCIONES
- Chemama, R. (1996). *Diccionario del Psicoanálisis*. Recuperado el 20 de Septiembre de 2017, de <https://espaciopsicopatologico.files.wordpress.com/2017/02/diccionario-del-psicoanalisis-roland-chemama.pdf>
- Código de ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A.) Aprobado por la Asamblea ordinaria del 10 de abril de 1999. Modificado por la Asamblea Extraordinaria del 30 de noviembre de 2013.

Del Valle Díaz, T. (s/f). *La transferencia de trabajo, el lazo hacia la Escuela*. Recuperado el 2 de Febrero de 2018, de <http://www.nel-amp.org/index.php?file=Carteles/Boletin-de-carteles/016/La-transferencia-de-trabajo.html>

Escohotado, A. (1998). *Historia general de las drogas*. Madrid: Alianza.

Esqué, X. (s/f). *La puesta en acto de la realidad del inconsciente en la institución*. Recuperado el 7 de Enero de 2018, de <http://wapol.org/ornicar/articles/242esq.htm>

Fernández Blanco, M. (2011). *Transferencia e institución*. Recuperado el 7 de Enero de 2018, de http://letraslacanianas.com/images/stories/numero_5/dossier/2_transferencia_e_institucion.pdf

Freud, S. (2007). *Carta 79: 1897*. Tomo I (2° ed. 10° reimp.) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (2007). *Conferencias de introducción al psicoanálisis: Partes I y II: 1915-1916*. Tomo XV (1° ed. 11° reimp.) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (2009). *Conferencias de introducción al psicoanálisis: Parte III: 1916-1917*. Tomo XVI (2° ed. 12° reimp.) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (2008). *El porvenir de una ilusión, El malestar en la cultura y otras obras: 1927-1931*. Tomo XXI (2° ed. 11° reimp.) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (2008). *Estudios sobre la histeria: J. Breuer y S. Freud: 1893-1895*. Tomo II (2° ed. 11° reimp.) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (2008). *Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora). Tres ensayos de teoría sexual, y otras obras: 1901-1905*. Tomo VII (1° ed. 15° reimp.) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (2007). *Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad: 1908*. Tomo IX (2° ed. 8° reimp.) Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (2007). *La novela familiar de los neuróticos: 1908-1909*. Tomo IX (2° ed. 8° reimp.) Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2008). *Lo inconsciente: 1915*. Tomo XIV (2° ed. 13° reimp.) Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2008). *Más allá del principio de placer, Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras: 1920-1922*. Tomo XVIII (2° ed. 13° reimp.) Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2008). *Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente, Schreber: Trabajos sobre técnica psicoanalítica, y otras obras: 1911-1913*. Tomo XII (2° ed. 12° reimp.) Buenos Aires: Amorrortu.
- Fudin, M.; Paola, C. (2012). *Transferencia En Las Instituciones Hospitalarias: El Jardín De Las Transferencias Múltiples*. Recuperado el 28 de Diciembre de 2017, de http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_1889.pdf
- Gutiérrez, A. (1999). *El más allá de la época – Las paradojas de la sociedad global*. Salta: Ediciones El Robledal.
- Gutiérrez, A. (2010). *Lingüística y teoría del significante en psicoanálisis*. (1° ed.) Salta: el autor.
- Gutiérrez Segú, O. (2007). *Las adicciones o cómo ir por la lana y salir trasquilado*. (1° ed.) Buenos Aires: Letra Viva.
- Gutiérrez Segú, O. (2010). *Las adicciones: una propuesta de abordaje clínico*. (1° ed.) Buenos Aires: Letra Viva.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6° ed.) México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Hernandez Valderrama, L. (2015). *La adicción: un goce secreto del exterminio del sujeto*. Recuperado el 5 de Febrero de 2018, de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/48175/43307#>

- Hewiston, O. (2013). *Shades of Subjectivity*. Recuperado el 17 de Enero de 2018, de <http://www.lacanonline.com/index/2013/07/shades-of-subjectivity-i/>
- Iuale, M. L. (2010). *El tiempo institucional en los tratamientos y los efectos terapéuticos del psicoanálisis*. Recuperado el 17 de Agosto de 2017, de <https://www.aacademica.org/000-031/770.pdf>
- Kameniecki, M. (2009). *Sobre las condiciones de posibilidad de tratamiento de las toxicomanías en Consumos problemáticos. Encuentros con presentación de casos clínicos*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Kernberg, O. F. (2016). *The four basic components of psychoanalytic technique and derived psychoanalytic psychotherapies*. Recuperado el 17 de febrero de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5032492/>
- Laurent, E. (2014). *Psicoanálisis y Salud Mental*. (2 ed.) Buenos Aires: Tres Haches
- Levy Daniel, G. (2004). *Detrás del manto de citas hay un Sujeto*. Recuperado el 13 de Febrero de 2018, de <http://www.revistavirtualia.com/articulos/593/destacados/detras-del-manto-de-citas-hay-un-sujeto>
- Ley del Psicólogo de la provincia de Salta N°6063/83. Sancionada el día 11 de Febrero de 1983 y publicada en el Boletín Oficial de la Provincia el día 3 de Marzo de 1983. Recuperado el 5 de Mayo de 2016, de <http://psicologossalta.com.ar/legislacion-nacional/>
- Ley N° 26934: Plan Integral para el abordaje de los Consumos Problemáticos. Sancionada el día 30 de Abril de 2014 y publicada en el Boletín Oficial el día 29 de Mayo de 2014. Recuperada el 14 de Agosto de 2017, de <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=23024>
- Ley Nacional de Salud Mental N°26657. Recuperado el 17 de Diciembre de 2016, de <http://fepra.org.ar/docs/Ley-nacional-salud-mental.pdf>

- Miller, J. A. (2001). *Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia*. Recuperado el 13 de Julio de 2017, de https://elp.org.es/wp-content/uploads/2013/03/4_psicoa_puro_miller.pdf
- Miller, J. A. (2006). *Efectos terapéuticos rápidos*. (1° ed. 1° reimp.) Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J. A. (2008). *Introducción al método psicoanalítico*. (1° ed. 6° reimp.) Buenos Aires: Paidós.
- Naparstek, F. (2008). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*. (1° ed. 3° reimp.) Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Naparstek, F. (2009). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo II*. (1° ed.) Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Ons, S. (2014). *Todo lo que necesitas saber sobre Psicoanálisis*. (1° ed.) Buenos Aires: Paidós.
- Salamone, L. D. (2009). *Pharmakon 11: El lazo social intoxicado*. (1° ed.) Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Sampaio Bicalho, M. L. (2016). *The body enigma in psychoanalytic clinic*. Recuperado el 18 de Diciembre de 2017, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-14982016000300455&script=sci_arttext&tlng=en
- Sarapura, M. J. (2011). *Las capacidades facultativas en las personas con problemas de adicción*. (Tesis de Grado). UCASAL, Salta.
- Sinatra, E. S. (2010). *¿Todo sobre las drogas?*. (1° ed.) Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Sotelo, M. I.; Belaga, G.; Rojas, M. A.; Miari, A. S.; Cruz, M. A.; Paturlanne, E.; Vigil, M.; Coronel, M. (2012). *Variaciones de la noción de tiempo: psicoanálisis e institución*. Recuperado el 25 de Julio de 2017, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862012000200022

- Teruel, M. (2013). *Todavía CT. Pensar la comunidad terapéutica en la posmodernidad*. Ficha de Cátedra Drogadependencia y abordajes transdisciplinarios, en UCASAL.
- Tomas, S. (2015). *La posición subjetiva en la adicción, algunas reflexiones*. Recuperado el 10 de Septiembre de 2017, de <http://www.letrasopacas.org/2015/10/la-posicion-subjetiva-en-la-adiccion.html>
- Zack, O. (2005). *Efectos de la experiencia analítica*. (1º ed.) Buenos Aires: Grama Ediciones.

ANEXOS

ANEXO 1:**NOTA DE AUTORIZACIÓN**

A continuación se adjunta la nota de autorización presentada en la Asociación Civil Betania.

ANEXO 2:

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA EN LA INVESTIGACIÓN

Usted ha sido invitado a participar en el estudio titulado “La posición subjetiva frente al tratamiento terapéutico en el dispositivo Centro de Día en jóvenes pacientes de la Asociación Civil Betania de Salta Capital durante el año 2.018”, a cargo de María Virginia Bustamante, estudiante de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Salta, bajo la supervisión de la Licenciada Milagros Saravia. Con la realización de esta investigación, la autora elabora su tesis para obtener el título de Licenciada en Psicología.

El objetivo es conocer cuál es la posición subjetiva frente al tratamiento terapéutico recibido en el dispositivo Centro de Día en los jóvenes entre 20 y 30 años, que asisten como pacientes a la Asociación Civil Betania de Salta Capital durante el año 2.018.

La participación en este estudio contempla la realización de al menos tres entrevistas. Lo que se hable durante las sesiones será grabado en el caso de que usted acepte.

La información obtenida durante el proceso se tratará como material confidencial y será conocido solo por el equipo de investigación a cargo de este estudio. El resguardo del anonimato del participante será asegurado a partir de la modificación de nombres de personas, lugares y de toda otra información que pudiera hacerlo/a reconocible.

Por medio de este consentimiento, usted acepta la invitación a participar en el estudio de manera voluntaria, y podrá suspender su participación en el momento que estime conveniente, sin que esto tenga consecuencias de ningún tipo para usted.

Yo,..... declaro que he leído el presente documento, se me ha explicado en qué consiste el estudio y mi participación en el mismo, he tenido la posibilidad de aclarar mis dudas y tomo libremente la decisión de participar en el estudio.

Firma.....

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA
FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

***“La posición subjetiva frente al tratamiento terapéutico en el dispositivo Centro de Día
en jóvenes pacientes de la Asociación Civil Betania de Salta Capital”***

TESIS DE GRADO

Alumna: María Virginia Bustamante

DNI: 36.346.095

Firma:

Directora: Lic. Milagros Saravia

DNI: 29.063.097

Firma:

EVALUACIÓN

- Decisión:

- Tribunal evaluador:

Tribunal:

Tribunal:

Tribunal:

- Lugar y Fecha:

