

Universidad Autónoma de Entre Ríos
Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

***Representaciones acerca de la elaboración de la
transferencia en el consumo problemático de sustancias.***

Autora: Gretel Becker

Director: Lic. José F. Gómez Colussi

Paraná, 23 de abril de 2025



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-Compartir Igual 4.0 Internacional

RIDA Repositorio Institucional
Digital Abierto



FHAyCS
Facultad de Humanidades,
Artes y Ciencias Sociales

Universidad Autónoma de Entre Ríos.

Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales.

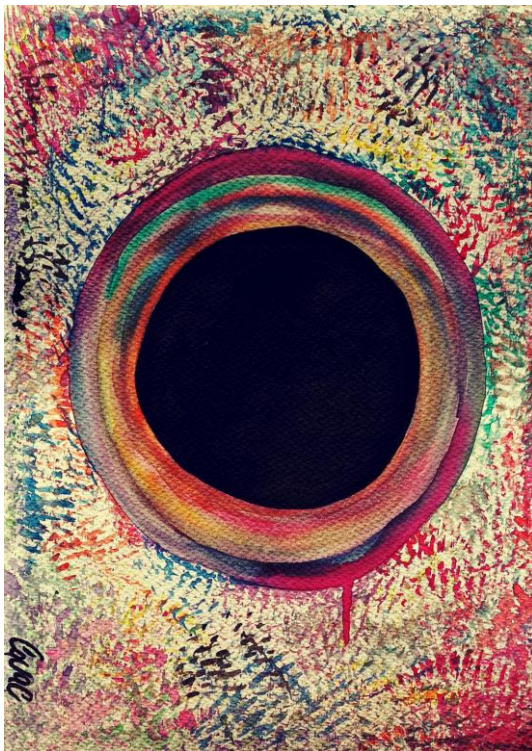


Licenciatura en Psicología

**REPRESENTACIONES ACERCA DE LA ELABORACIÓN DE LA
TRANSFERENCIA EN EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE
SUSTANCIAS**

Proyecto integrador final

Investigación de campo



Autora: Gretel Becker

DNI: 35.700.026

Celular: 03442-15 607140

E-mail: gretel00@hotmail.com

Director: José F. Gómez Colussi

Título de grado: Licenciado en psicología

e-mail: josegomezcolussi@hotmail.com

Paraná, 23 de abril 2025

Agradecimientos:

Antes de dar lugar al resultado del recorrido de esta investigación, quiero dedicarle unas líneas para agradecer a todos aquellos que han formado parte en este camino.

En primer lugar, quiero agradecer a Guillermo, mi novio, compañero que ha estado en todo momento con su apoyo, acompañamiento e infinita paciencia desde el comienzo. Que no solo me ha brindado su amor y sostén durante este tiempo, sino también, sus reflexiones e ideas durante todo el proceso. También, un agradecimiento enorme a mis gatas bellas que me han acompañado de cerca, de día y de noche; pisoteando los apuntes, la computadora y recordándome la importancia de tomarme ciertos descansos cuando llevaba horas sentada leyendo y redactando este trabajo.

A mis padres, Daniel y María; mis hermanos, Ingrid y Genaro; mi cuñado Juan Carlos, que han estado a mi lado con todo su cariño, no solo durante este tiempo, sino a lo largo de toda la carrera y más allá. A mi sobrino Nehuen, quien llegó en el momento justo y me brindó todas las fuerzas y ganas que se han volcado y utilizado aquí. A todos ellos, todo el amor de mi parte, los quiero siempre cerca. A su vez, quiero dedicarle unas palabras de gratitud a mi hermana, Ingrid Becker, quien me ha compartido su hermosa y atrapante obra artística “Del Vacío a la creación” y que he utilizado en la portada del trabajo.

Un agradecimiento a mis tíos y primos que de una u otra manera han colaborado, incentivado y acompañado durante todos estos años. A mi tía Viviana, que me ha aportado ideas desde su profesión, acercándome a la facultad determinados documentos necesarios que debía presentar; a mi prima Diana que me ha brindado cariño y alojamiento en los momentos en que viajaba para poder realizar las entrevistas; a mi prima Natalia, por recordarme e incentivarme a terminar con este proceso.

También un agradecimiento enorme a mi director del trabajo, José, por aceptar con entusiasmo y generosidad la tarea de leerme y guiarme. Dándome el empuje en un comienzo para que prosiga con la investigación y brindando reflexiones, correcciones necesarias para finalizar con el mismo. Y a todos los profesionales del Centro que tan generosamente han ofrecido tiempo, información y sus ideas durante las entrevistas.

A Nora, un cariño enorme. Quien resultó fundamental en un momento del proceso donde todo parecía imposible. Brindando herramientas y sugerencias a través de su perspectiva y de su profesión; mostrándome como a través de sus ideas, desde otro ámbito y mirada, pueden converger y enriquecer un trabajo de investigación.

Todas las personas mencionadas han sido primordiales en este proceso. Sin la presencia y el apoyo de cada uno de ellos, este trabajo no hubiese sido posible. Por eso, a todos, ¡GRACIAS!

Contenido

Resumen.	1
Capítulo 1: Introducción.	2
1.1. Presentación y justificación del estudio.	2
1.2. Formulación del problema de investigación.	5
1.3. Objetivos.	5
1.3.a. Objetivo general	5
1.3.b. Objetivos específicos	5
1.4. Supuesto de la investigación.	5
Capítulo 2: Estado del arte.	6
Capítulo 3: Diseño metodológico.	10
3.1. Tipo de enfoque y diseño del estudio.	10
3.2. Recolección de la información.	11
3.3. Proceso de análisis de la información.	12
Capítulo 4: Marco teórico.	14
4.1. Representaciones.	14
4.2. Consumo problemático de sustancias.	16
4.2.a. Breve recorrido por el concepto de adicción.	18
4.2.b. Algunas consideraciones acerca del concepto de adicción y toxicomanía desde una mirada psicoanalítica.	19
4.3. Elaboración de la transferencia.	20
4.3.a. Obstáculos ligados a la clínica psicoanalítica y la elaboración transferencial.	22
4.3.b. Entrevistas preliminares y demanda de análisis.	23
4.3.c. ¿Qué hacen los analistas allí?	25
4.3.d. Intervención- interpretación.	26

Capítulo 5: Análisis e interpretación de los datos.	28
5.1. Los consumos problemáticos de sustancias, su relación con la sociedad actual y la Ley de Salud Mental.	29
5.1.a. La sociedad de consumo.	29
5.1.b. Lo problemático del consumo.	32
5.1.c. El consumo de sustancias y su relación con Ley de Salud Mental.	35
5.2. Obstáculos Clínicos en las primeras entrevistas.	40
5.2.a. La familia y otras instituciones ¿implican un apoyo u obstáculos en los inicios y durante el tratamiento?	43
5.3. El que hacer del analista y sus intervenciones.	46
5.3.a. Intervenciones del analista en la elaboración transferencial.	48
5.3.b. Intervenciones en el espacio grupal e individual.	53
5.3.c. La derivación y la internación.	55
5.3.d. Algunas proposiciones adicionales.	58
5.4. Transferencia en los consumos problemáticos de sustancias.	60
5.4.a. ¿Transferencia o contratransferencia?	65
Capítulo 6. Conclusiones.	74
Capítulo 7. Bibliografía.	80
Capítulo 8. Anexos.	86

Resumen.

Gracias al trabajo de campo, articulado con los valiosos aportes teóricos del psicoanálisis, han contribuido al desarrollo de la presente investigación. En la misma se planteó como objetivo general, analizar las representaciones que tiene los psicólogos que trabajan en el Centro Huella, de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, acerca de la elaboración de la transferencia en el consumo problemático de sustancias. De este objetivo general, desprendimos dos objetivos específicos. El primero, fue definir los obstáculos clínicos con los que se encuentran los psicólogos en la elaboración de la transferencia. Y el segundo, caracterizar cuales son las intervenciones clínicas que posibilitarían la elaboración de la transferencia en el consumo problemático.

Respecto al diseño metodológico, se optó por un enfoque cualitativo. La técnica de recolección de datos elegida fue la entrevista semiestructurada y en cuanto a la unidad de análisis, correspondió a los psicólogos que trabajan en el Centro Huella, ubicado en la ciudad de Paraná, Entre Ríos. La muestra se recortó a nueve profesionales de la salud mental de dicho Centro.

En cuanto al análisis e interpretación de los datos, fue necesario separar el capítulo en cuatro partes. Comenzamos haciendo un recorrido sobre algunas particularidades existentes en la sociedad actual respecto del consumo. A su vez, hemos explicado lo problemático del consumo y su relación con la Ley de Salud Mental. Luego, abordamos los obstáculos clínicos que pueden aparecer durante las primeras entrevistas, realizando una reflexión en cuanto a la función que juega la familia y otras instituciones en el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias. También, fue ineludible explicar acerca de las intervenciones del analista en la elaboración transferencial, tanto en el espacio grupal como individual; desarrollando algunas consideraciones sobre la derivación y la internación en el abordaje de esta problemática. Por último, expusimos lo concerniente a la transferencia en los consumos problemáticos de sustancias y el concepto de contratransferencia.

Palabras claves: Representaciones - Elaboración de la transferencia - Consumo problemático de sustancias.

Capítulo 1: Introducción.

1.1. Presentación y justificación del estudio.

La presente investigación se centró en conocer y analizar desde una metodología cualitativa, las representaciones que tienen los psicólogos que trabajan en el Centro Huella de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, acerca de la elaboración de la transferencia en el consumo problemático de sustancias. Se trata de una investigación de campo, a través de la aplicación de entrevistas semidirigidas a los psicólogos que trabajan en dicho centro. En el curso de la investigación se utilizó la implementación del consentimiento informado de los profesionales, previo a la recolección de datos.

De acuerdo a lo planteado, resultó necesario describir a que nos referimos al hablar de los siguientes conceptos: representaciones, elaboración de la transferencia, consumo problemático de sustancias; y de qué manera dichas categorías se entrecruzan y fortalecen unas a otras para aportar una mirada global a la problemática y justificación del estudio.

Para adentrarnos en la temática expuesta en relación al consumo problemático de sustancias, es fundamental entender que desde la antigüedad las drogas fueron utilizadas por sujetos de diferentes lugares y recibieron diferentes términos o maneras de nombrarlas con el correr del tiempo. Freud ya indicaba sobre lo que él llamo los “quitapenas”, ubicando a estas sustancias como una forma de paliar el malestar que proviene de la cultura.

A su vez, el consumo de sustancias era parte constitutiva de muchos modos de vida en la antigüedad, utilizadas algunas veces en rituales; pero a diferencia de la actualidad, esta práctica se encontraba encuadrada y delimitada, formando parte de un proceso individual y colectivo poblado de sentido. Como afirma Naparstek (2005), la práctica del consumo en muchas tribus indígenas era una práctica reglamentada y regulada, donde consumían en determinado momento, de una determinada manera y con instrumentos muy precisos.

Siguiendo a dicho autor, él detalla que entre el período de la antigüedad y el actual, hubo un momento particular e importante, que es el período donde se instala la adicción, la toxicomanía, drogodependencia o como se la denomine en cada contexto y lugar. Este momento, estuvo en íntima relación con la guerra Civil de los Estados Unidos (1860-1865). Es allí, cuando se empieza a utilizar de manera sistemática la morfina (fundamentalmente en los hospitales de campaña) para calmar los dolores producto de las secuelas de la guerra. Es un período crucial, donde se descubre el fenómeno de la abstinencia y entra por primera vez dentro del campo médico como tal.

Sin explayarme demasiado en la historia sobre dicho concepto ya que luego lo retomaré en otro apartado, considero importante desarrollar que a diferencia de la antigüedad, hoy en día el consumo de sustancias es diferente, porque es otra la sociedad. No es solo un tema de preocupación a

nivel social, sino también político y cultural. El consumo de dichas sustancias en el país es un fenómeno que va en aumento, se encuentra entre los denominados síntomas sociales de nuestra época, por lo tanto debemos entenderla como una de las presentaciones actuales de malestar.

Teniendo en cuenta el contexto, en el cual las adicciones comenzaron a ser una preocupación a nivel social, político y cultural, hubo cambios en las políticas públicas en relación a las mismas. Fue a partir de la Ley de Salud Mental n°. 26657 (2010) que las adicciones comenzaron a ser abordadas como parte integrante de las políticas de Salud Mental; teniendo las personas todos los derechos y garantías que se establecen en la Ley. A su vez, este cambio de paradigma enriqueció el campo, ya que el eje pasó a estar puesto en el sujeto y en su singularidad, más allá del tipo de adicción que padezca.

A partir de los cambios que se fueron produciendo, las diferentes instituciones de salud de la provincia de Entre Ríos tuvieron que adaptarse a los mismos. En este marco, el Centro Huella ubicado en calle Manuel Gálvez n.º 215 de la ciudad de Paraná, paso a depender del Ministerio de Salud de la Provincia, de la Dirección de Salud Mental, como también, de la Dirección Provincial de Consumos Problemáticos. Trabajando en coordinación con varias instituciones, entre ellas, el Hospital Escuela de Salud Mental.

Gracias a las prácticas profesionales supervisadas, de la carrera de la Licenciatura en Psicología de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, logré realizar un recorrido en el año 2016 por los diferentes dispositivos con el que contaba el centro. Allí, pude observar y dialogar tanto con los usuarios que concurrían a dicha institución, como también con los diferentes profesionales y directivos que trabajaban allí. Cabe destacar, que durante el paso por el dispositivo de admisión, me encontré con que muchas de las personas no concurrían a sus turnos programados; o concurrían la primera vez, pero no en los siguientes encuentros. Esto me despertó la inquietud y me llevó a reflexionar sobre los temas que se plasman en la investigación.

En la entrevista realizada en su momento, a la ex directora del Centro Huella, Lilia García, ella explica que gracias a los cambios que se produjeron en el ámbito de la salud mental, la preocupación dejó de estar centrada exclusivamente en la sustancia, para poder atender la particularidad del sujeto que llega a la institución con un consumo problemático. Además, manifestó que buena parte de la gente que llegaba al centro, lo hacía por derivación judicial o alguna institución que detectaba el problema de la adicción; siendo un desafío construir a raíz de esa obligación “un posibilitador” para tratar la adicción desde la implicación del sujeto afectado. Construyendo y desplegando herramientas de salud mental, que favorezcan las implicaciones de los sujetos en los tratamientos. Posibilitando a su vez, que el otro se sienta protagonista y capaz de modificar su propia existencia.

A partir de las palabras de Lilia, de las prácticas profesionales realizadas en los diferentes dispositivos con el que contaba Huella y las narrativas que fui escuchando de los familiares de las personas con consumo problemático de sustancias, comencé a interrogarme lo siguiente: ¿Cómo comienza un análisis, cuando son los familiares o una institución, la que demanda el tratamiento para

un sujeto con un consumo problemático?, ¿cómo pensar la clínica en relación a las toxicomanías, cuando no hay en el sujeto una interrogación sobre su malestar?, ¿Cuáles son las interpretaciones de los profesionales, en relación al sostenimiento de los tratamientos iniciados?

Si bien, estos fueron los primeros interrogantes que comencé a plantearme, me posibilitaron y acercaron a mi objetivo que como explaye anteriormente, está centrado en poder investigar las representaciones. Considero importante y fundamental escuchar las palabras de los psicólogos porque son muchos los autores y las investigaciones redactadas que nos transmiten que por las condiciones propias que conlleva el trabajo (con personas que padecen un consumo problemático), estos no soportan fácilmente la propuesta y el trabajo en los tratamientos analíticos. Es como si el tóxico y el inconsciente no se llevarían.

Naparstek (2005) explica que ni la psicosis, ni la toxicomanía han sido sencillas para el psicoanálisis. Hay una cierta relación compleja respecto de lo simbólico, es decir, respecto de la vía de la palabra como cura. El autor afirma que “El adicto es alguien con quien verdaderamente, lleva todo un trabajo conseguir que algo de su adicción se empiece a poner en palabras, que se empiece a formalizar una demanda de tratamiento” (p. 93).

Por el recorrido y la lectura que he realizado, considero que son muchas y complejas las dificultades ligadas a la instalación del dispositivo, al manejo de la transferencia y la ineficacia de las intervenciones al momento de trabajar con esta problemática. “Nos encontramos con sujetos que en virtud de su recurso defensivo al que apelan parecen pocos proclives a un tratamiento y a un cambio.” (Naparstek, 2005, p.145).

Según lo expuesto anteriormente, resultó fundamental comprender e investigar la elaboración de la transferencia en los consumos problemáticos. Freud nos mostró, como aquellas cuestiones referidas a los obstáculos ligados a la clínica, los transformó en un instrumento para la cura. Es así que comenzó a desarrollar el concepto de transferencia (al comprobar el empaste que se daba en los pacientes a partir de la ambivalencia de sus sentimientos), convirtiéndola en uno de los pilares mismos del psicoanálisis. “Realizó de un problema concreto de la práctica analítica un concepto fundamental sobre el que pivotea el trabajo mismo del análisis. (Sinatra, 2004, p. 25)

Para concluir esta presentación, considero pertinente explicar que si bien la carrera de la Licenciatura en Psicología facilita el acercamiento a la lectura de determinados textos referidos a las adicciones y/o toxicomanías, al igual que la posibilidad del recorrido por determinadas instituciones que abordan esta problemática; hay un amplio campo de reflexiones y temas que quedan por fuera de lo que estudiamos en la carrera. Dentro de estas, es fundamental en lo que a mí respecta, el estudio de la elaboración transferencia, ya que son muchos los sujetos o familiares que llegan a los consultorios, hospitales, centros de atención primaria, etc. que se encuentran en situaciones concernidas al consumo problemático, sin saber de qué manera ayudar, acompañar y abordar estas dificultades. Por lo tanto, es primordial que esta investigación arroge un enriquecimiento, no solo a todo aquel que quiera indagar

sobre dicho tema, sino también para aportar conocimiento a otras investigaciones y a todo aquel profesional que desee y/o trabaje en el campo de la salud mental.

1.2. Formulación del problema de investigación.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, es que surge la inquietud de plantear el siguiente problema de investigación:

¿Cuáles son las representaciones que tienen los psicólogos que trabajan en el Centro Huella de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, acerca de la elaboración de la transferencia en el consumo problemático de sustancias?

1.3. Objetivos.

1.3.a. Objetivo general

- Analizar las representaciones que tiene los psicólogos que trabajan en el Centro Huella, de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, acerca de la elaboración de la transferencia en el consumo problemático de sustancias.

1.3.b. Objetivos específicos

- Definir los obstáculos clínicos con los que se encuentran los psicólogos en la elaboración de la transferencia.
- Caracterizar cuales son las intervenciones clínicas que posibilitarían la elaboración de la transferencia en el consumo problemático.

1.4. Supuesto de la investigación.

El supuesto de esta investigación está basado en la premisa de que gracias a las representaciones que posean los psicólogos, sobre las dificultades ligadas a la elaboración de la transferencia en personas con un consumo problemático de sustancias, posibilitarán a partir de sus intervenciones, a que el sujeto pueda comenzar y sostener un tratamiento psicológico.

Capítulo 2: Estado del arte.

El acercamiento a los trabajos científicos/ académicos realizados en los últimos años me permite pesquisar sobre las investigaciones realizadas en relación a mi tema de estudio. En cuanto al total de los antecedentes que he tomado para explicitarlos en la investigación, cabe señalar que la mayoría pone de manifiesto que los pacientes con un consumo problemático (que llegan a los dispositivos de admisión de los centros o a urgencias en los hospitales, como así también, a los consultorios externos) suelen generar rechazo a los dispositivos u obstáculos en los tratamientos debido a las dificultades en el establecimiento de la transferencia y en la formulación de una demanda de tratamiento.

Teniendo en cuenta esto, el antecedente titulado “Desafíos y Cambios en la escucha Psicoanalítica de la Toxicomanía” (Rutsatz et al., 2016), las autoras comentan en su investigación que son muchas las críticas referentes a la eficacia y la indicación del tratamiento psicoanalítico para la problemática de las toxicomanías. Es por ello que proponen como objetivo de la misma, explorar en profundidad los desafíos, especificidades y las potencialidades técnicas y teóricas del trabajo clínico psicoanalítico en el tratamiento. En lo que respecta al interés de mi investigación, puedo resaltar de este antecedente que las autoras organizan los datos obtenidos en tres preposiciones, siendo una de estas, la construcción de la demanda de análisis y la escucha del contrabando transferencial. Exploran como las dificultades que se presentan en la construcción de la demanda de tratamiento, influyen directamente en el campo transferencial. Como resultado de la investigación, las autoras resaltan la importancia de que el psicoanalista acepte las dificultades de la clínica y no deje de fomentar procesos de cambios en su ejercicio de escucha.

De un modo similar al que comentaban las autoras en el antecedente nombrado anteriormente, la investigación desarrollada por Prado Rivas (2014) dice que la práctica analítica en las instituciones no responde a universales y no existe una sola forma de operar, sino más bien propone que el trabajo del analista, este sujeto a las contingencias del quehacer particular. Resalta la importancia de que el analista pueda ingeniar, innovar y reinventar no solo con respecto a la teoría, sino también, en la forma en la cual se interviene en lo particular de la problemática del sujeto (donde lo contingente irrumpe y hace vacilar el soporte subjetivo). Esta investigación realizada por el autor (responsable del área clínica del Instituto Nacional de Rehabilitación, Tratamiento e Investigación en Drogodependencias en la ciudad de Tarija, Bolivia), fruto del trabajo clínico cotidiano en un dispositivo institucional, toma algunos conceptos y teorías fundamentales a mi tema de investigación. Si bien habla de las anorexias, toxicomanías, los pasajes al acto y los actings como nuevas formas sintomáticas, no especifica y se detiene de manera particular sobre los consumos problemáticos de sustancias.

El siguiente antecedente de Moya (2017) denominado “Subjetivación de la demanda: condición preliminar para el inicio de un tratamiento analítico”, la autora también retoma algunos

datos y conceptos importantes que están en estrecha relación con los antecedentes nombrados anteriormente. El objetivo de su investigación se basa en caracterizar los casos derivados (que llegan a admisión en la Unidad de Psicología de un Hospital General de la provincia de Buenos Aires) indagando el pedido del Otro, la posición subjetiva frente a ello y situar la función del analista en la admisión y tratamiento de la demanda. El desafío del analista, según la autora, radica en poder pensar las posibles maniobras que permitan producir una subjetivación de la demanda y el inicio de una experiencia analítica, generando condiciones para lo preliminar de todo tratamiento analítico. Al igual que el antecedente anterior, la autora no toma como tema específico de su investigación el consumo problemático de sustancias, aunque si nombra la necesidad de las maniobras analíticas necesarias que apunten a sistematizar un síntoma y abrir una pregunta por el sentido, intentando conmovir la rigidez pulsional.

Para adentrarnos más al tema que incumbe en este proyecto, desplegaré la investigación de Fernández (2015). Ella, investiga lo siguiente: los tipos de derivación institucional, el motivo de consulta de dichas derivaciones, la posición subjetiva frente al mismo y su condicionamiento para la posibilidad de una apertura de tratamiento u orientación de la demanda. Gracias a la investigación llevada a cabo, la autora comenta que los pacientes derivados por instituciones (ya sea el juzgado, la escuela, etc.) donde la demanda terapéutica provino de un tercero, el establecimiento de la transferencia resultó difícil; lo que la llevó a reflexionar sobre las estrategias necesarias para lograr el establecimiento de un dispositivo de libre circulación de la palabra como condición preliminar. Estos obstáculos, según Fernández, también surgían cuando no existía malestar alguno o no había una interrogación de parte del sujeto, dando como resultado la dificultad en poder plantear una relación terapéutica. En contraste con lo explicado, la investigadora explica que es diferente cuando los jóvenes asisten por una derivación profesional, donde ya está entablada la transferencia con el profesional anterior. Si bien, la autora desarrolla algunas ideas que son fundamentales en relación a la transferencia entre el paciente y el psicólogo, no aborda la manera en que esta transferencia se puede ir elaborando y desarrollando.

El cuarto antecedente nombrado “Los tratamientos instituidos frente a la problemática de las adicciones y sus ideales de eficacia. Rol y función del clínico en su intervención” (Carew, V. 2014) se enmarca en el proyecto de investigación “Dilemas éticos en la práctica psicológica: el diálogo con otros discursos disciplinares en contextos institucionales diversos”. Es un estudio exploratorio descriptivo en base a una investigación cuali-cuantitativa. Trabaja sobre la interrogación de los diversos discursos y tratamientos instituidos para la problemática de las adicciones y los ideales de eficacia que los mismos conllevan. La autora, introduce una reflexión respecto de la posición del clínico frente a las variables institucionales en sus intervenciones concretas, en los ámbitos en los que despliega su práctica. Además, desarrolla algunas cuestiones interesantes para reflexionar, ya que expone que las instituciones en general constituyen ámbitos en los que el analista desarrolla su quehacer en interacción con otras profesiones, con otros discursos y con sistemas normativos que la

institución establece. Explicitando que las disciplinas profesionales y sus prácticas, imprimen sus corpus conceptuales, sus procedimientos y modalidades de intervención que no siempre coinciden con los principios que sostienen y orientan la función del psicólogo. La pregnancia del discurso ya instituido moldea en algunos casos la propia práctica de manera imperceptible, donde se naturaliza en las intervenciones una lógica de lo general y no, la lógica singular del caso.

El objetivo del trabajo titulado: “La voz de los profesionales: componentes y sugerencias para los programas de prevención en adicciones” (Valadez et al. 2018), fue conocer las experiencias y sugerencias de los profesionales sobre programas de prevención en adicciones. Se realizó un estudio exploratorio, en cuyo resultado los profesionales indicaron que las intervenciones preventivas eficaces deben ser sistemáticas, contextualizadas, interactivas y contar con sesiones de seguimiento; además se debe involucrar a la familia de los adolescentes. Estos autores, desarrollan sobre las temáticas destacadas, las siguientes: las relaciones de, manejo de las emociones, análisis de consecuencias, habilidades de planeación y toma de decisiones. Afirman que la experiencia de los profesionales, nos aportan elementos para comprender las necesidades actuales en el tema de la prevención de las adicciones, conocer los posibles obstáculos y contar con elementos para el diseño de una intervención preventiva eficaz.

En el antecedente titulado: “El problema del consumo problemático de sustancias en la clínica hospitalaria” (Varela. 2019), la autora relata desde su experiencia (como residente) que se encuentra diariamente con la demanda de asistencia (tanto en el dispositivo de guardia, como en consultorios externos) con pacientes con un consumo problemático de sustancias. Explica que en estos casos, suelen generar enorme rechazo a los dispositivos. Esto se debe en gran parte por las discontinuidades y abandono de los tratamientos (por las dificultades de la transferencia) y por otro lado, porque en dichos casos hay una sobre ingesta, una demanda constante a los profesionales, ausencia de red socio-familiar que acompañe el tratamiento, entre otras. A esto, además, se agrega la idea de una falta en la preparación específica necesaria para el abordaje de este padecimiento que sumada a la escasez de efectores de salud (con los cuales establecer una articulación) terminan generando una práctica expulsiva. Con este trabajo, Varela se propone poner en cuestionamiento esta práctica a partir de un caso clínico, el cual orientado desde la ética del psicoanálisis, se erige como una apuesta a un tratamiento posible.

El último antecedente titulado “Sobre los tratamientos de las adicciones en la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos: una lectura en relación a la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental y adicciones” (Llanes, K. 2018), es una investigación presentada para cumplir con el requisito para la adquisición del título de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias sociales de la ciudad de Paraná, Entre Ríos. En el trabajo, la autora propone como objetivo analizar qué tipo de tratamientos sobre las adicciones realizan los profesionales de la salud mental (abordando dos instituciones que se encuentran en la ciudad de Paraná) y qué relación sostienen estos tratamientos con la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones. Esta investigación resulta de suma

importancia ya que la autora trabaja con los términos de adicciones, consumo problemáticos y lleva a cabo el trabajo de campo, en una de las instituciones que también abordé en mi investigación. Además, Karina, deja como propuesta a modo de finalización para futuras investigaciones, indagar sobre el concepto psicoanalítico de transferencia y su relación al tratamiento de las adicciones en instituciones que abordan esta problemática.

Capítulo 3: Diseño metodológico.

3.1. Tipo de enfoque y diseño del estudio.

De acuerdo al objetivo de este estudio, la investigación se llevó a cabo desde un enfoque cualitativo. Maxwell (1996) considera en cuanto al proceso de investigación cualitativa que cada componente del diseño puede requerir ser modificado o rectificado en respuesta a nuevos desarrollos o por el cambio de alguno de los otros componentes. Esto posibilita que sea un proceso reflexivo, en donde el trabajo en conjunto de los componentes forma una totalidad integrada, en lugar de estar ligados a una secuencia lineal y rígida. Es esencial, la interconexión e interacción de los diferentes componentes del diseño y que cuente con una estructura definida pero interconectada y flexible.

En cuanto al tipo de diseño, se trabajó como plantean Hernández, Fernández y Baptista con un diseño fenomenológico, donde “Se pretende conocer las percepciones de las personas y el significado de un fenómeno o experiencia” (2010, p. 515). Estos autores, explican que las fronteras entre las diversas tipologías de los diseños cualitativos, son sumamente relativas y la mayoría de los estudios toma elementos de más de uno de los tipos de diseños.

En cuanto a la modalidad de producción de conocimiento, en el presente Trabajo Integrador Final, se optó por la investigación de campo, en el cual los datos se recogieron de manera directa de la realidad. Esta elección se debió por un lado, gracias al recorrido realizado por las Prácticas Profesionales Supervisadas, de la carrera de la Licenciatura en Psicología, que me han permitido transitar por los diferentes dispositivos con el que contaba el Centro Huella. Durante el tiempo que conllevó realizar las prácticas, se me despertaron determinadas inquietudes e interrogantes, que en su expansión y transformación, han llevado hasta el tema planteado en esta investigación. Al abordar el aspecto teórico, referido a las preguntas que habían comenzado a surgir en ese momento, me encontré con que la teoría no abarcaba y respondía a la complejidad del tema planteado en esta investigación. Por lo que me propuse, realizar el trabajo de campo que pudiera articular la teoría y la práctica, para la comprensión y ampliación del conocimiento, a partir de resultados obtenidos por la aproximación a referentes empíricos.

A su vez, tuve en cuenta para la elección de esta modalidad, los conceptos desarrollados por Hernández, et al. (2010) de conveniencia y accesibilidad. Ya que el recorrido por la institución me había permitido explorar el ambiente y el contexto donde se realizaría el trabajo de campo. Además, gracias al trayecto realizado, supuse que había una mayor probabilidad y facilidad en el acceso e ingreso nuevamente al centro. También, fue necesario pensar en la noción de viabilidad, donde tuve en cuenta el tiempo y los recursos que necesitaba para llevar a cabo el trabajo de campo, especialmente porque al momento de realizarlo, no residía en la ciudad de Paraná.

En cuanto a la unidad de análisis, corresponde a los psicólogos que trabajan actualmente en el Centro Huella, ubicado en la ciudad de Paraná, Entre Ríos.

Referente al universo, estuvo compuesto por el conjunto de psicólogos que trabajan actualmente en el Centro Huella de la ciudad de Paraná, Entre Ríos.

La estrategia de muestreo fue intencional y el muestreo, no probabilístico. El interés no residió en generalizar los resultados de un estudio a una población más amplia, sino más bien buscar la profundidad de lo que se investigó. Sin embargo, se consideró algunos criterios como los siguientes: que sea psicólogo y que esté trabajando actualmente en el Centro Huella de la ciudad de Paraná, Entre Ríos.

Teniendo en cuenta que son diez psicólogos los que trabajan en el Centro Huella, de la ciudad de Paraná (Entre Ríos), el tamaño de la muestra estuvo pensado en relación a dicha cantidad. Como señalan Hernández, et al. (2010) en los estudios cualitativos la muestra planteada en un comienzo puede diferenciarse luego. Podemos agregar casos que no habíamos contemplado o excluir otros que si teníamos en mente.

La unidad de estudio escogida para realizar la investigación, fue el Centro Huella, ubicada en calle Manuel Gálvez n.º 215 de la ciudad de Paraná, Entre Ríos. Es una institución de referencia en el abordaje de los consumos problemáticos.

3.2 Recolección de la información.

Como herramienta de recolección de la información que permitió respaldar la investigación, en concordancia con el objeto de estudio y el abordaje cualitativo se utilizó como técnica las entrevistas semiestructuradas. Según, Hernández, et al. (2010) estas entrevistas se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de implementar preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información.

Quisiera aportar aquí algunos datos acerca de las entrevistas semiestructuradas que se realizaron en esta investigación. Para poder llevar a cabo las mismas, viaje a la ciudad de Paraná ya que actualmente vivo en otra localidad. Las entrevistas fueron efectuadas los días miércoles, en tanto esos días, los profesionales se reúnen en equipo y es cuando se encuentra la mayor cantidad de psicólogos en la institución.

Si bien, para llevar a cabo las entrevistas se confeccionó anteriormente una guía y una serie de preguntas en relación a mi tema de investigación; cada entrevista tuvo su particularidad, ya sea por el tiempo con el que contaba cada profesional, como por el interés y la apertura en cuanto a su diálogo. Algunos profesionales comenzaron a hablar sin haber realizado pregunta alguna y otros, solo respondieron de manera precisa y concisa. Por lo tanto, el tiempo de las entrevistas varió

considerablemente. El rango de tiempo de las mismas, fue desde veinte minutos aproximados, hasta una hora cuarenta y cinco minutos.

Teniendo en consideración las recomendaciones que realizan los autores Hernández, Fernandez y Baptista (2010), en el libro “Metodología de la investigación”, no todas las preguntas fueron de acuerdo al orden establecido en la guía confeccionada con anticipación, sino que algunas se ajustaron a lo que los informantes iban relatando. Además, resulta importante nombrar que primeramente se realizó entrevistas a cinco psicólogos que tenían mayor cantidad de años trabajando en la institución y luego a cuatro psicólogos más. Algunas de las preguntas que tenía confeccionada en la guía, se modificaron, en especial en los cuatro últimos profesionales que entrevisté; ya que algunas de ellas (realizadas anteriormente con otros profesionales) no aportaron desde mi perspectiva en ese momento, datos o resultados tan relevantes para mi tema de exploración. Por lo que consideré que al reformular algunas preguntas, aun sosteniendo la misma idea, podía enriquecer la investigación. Pero llegue a la conclusión, de que era un tema complejo para dialogar o desarrollar y que no se debía a la manera en que las preguntas estaban formuladas.

3.3. Proceso de análisis de la información.

Una vez recolectados los datos, se procedió a transcribir las entrevistas para la posterior elaboración de un texto. Como el análisis descrito por Taylor y Bogdan (1987) comenzó desde la toma de entrevistas, como un momento de análisis inicial. Durante el tiempo en que se escuchó a los entrevistados, se fue tomando notas, experimentando sensaciones y pensamientos que fueron registrándose. Luego, se inició una etapa de análisis intermedio, en el cual implicó la lectura repetida y cuidadosa de los datos, junto con las notas de campo y el registro de algunas primeras ideas que surgían durante la lectura. Posteriormente, se confeccionó una lista tentativa de temas emergentes, se elaboraron esquemas de clasificación para identificar dichos temas y poder desarrollar conceptos y teorías. También, se compararon enunciados entre sí, observando la similitud entre alguno de ellos.

En el proceso de codificación se reunieron y analizaron todos los datos; donde las ideas, temas, conceptos y proposiciones se refinaron, expandieron y en otros casos se descartaron. Dentro de este proceso se desarrollaron categorías de codificación, que conllevó a realizar una nueva lista de temas y proposiciones producidas durante el análisis anterior. Algunas categorías se superpusieron y pudieron ser abordadas dentro de otros conceptos.

Finalmente, un análisis en mayor profundidad permitió articular los hallazgos con las categorías incluidas en el marco teórico y el surgimiento de los nuevos conceptos teóricos que posibilitaron extraer la riqueza de las representaciones surgidas de los relatos de los psicólogos que trabajan en el Centro Huella. Cabe destacar que algunas categorías como las siguientes: entrada en análisis, entrevistas preliminares, etc. (que se utilizaron durante el capítulo de análisis e interpretación de los datos) no fueron denominados de la misma manera por los entrevistados; pero las ideas que

exponían en sus relatos, concordaban y permitían la articulación con estos conceptos propios del campo psicoanalítico.

Capítulo 4: Marco teórico.

Antes de desarrollar las categorías propuestas para el presente trabajo, considero pertinente mencionar que me valdré de elementos teóricos de diversa índole; me serviré de aquellos conceptos susceptibles de ser recortados y extraídos de sus teorías originales, para apoyarme sobre ellos y así reforzar las ideas de la investigación.

4.1 Representaciones.

Antes de plantear algunas definiciones y cuestiones relevantes acerca del concepto de representación, es conveniente aclarar algunos matices del término debido a su complejidad, teniendo en cuenta que para la explicación del mismo, utilizaremos nociones teóricas del campo de la filosofía, la psicología, así como también de la psicología social.

El concepto representación, se trata de una noción extraída de la filosofía alemana, la *Vorstellung*. Según el diccionario de filosofía de Ferrater Mora, J. (1975) en términos generales, la representación alude a “diversos tipos de aprehensión de un objeto” (p. 566)

Son diversas y variadas las definiciones acerca de este término. Según el diccionario anteriormente mencionado, para Aristóteles el término de representación hacía referencia a la fantasía, para Descartes a la imaginación, para Leibniz a la percepción, para Locke y Hume a la idea, para Kant hacía referencia a la aprehensión general que puede ser intuitiva, conceptual o ideal, etc. Otras de las definiciones desde una postura filosófica, es comprenderla como “Lo que uno se representa, lo que forma el contenido concreto de un acto de pensamiento y especialmente la reproducción de una percepción anterior” (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 367).

Aunque estas definiciones clásicas fueron utilizadas por la filosofía, también han sido empleadas por la psicología. Si bien Freud, retoma estos conceptos del campo filosófico, se diferencian por su esquema del aparato psíquico y el concepto del inconsciente. Ya al comienzo de su obra, en textos como “Las neuropsicosis de defensa” (1991), y “Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa” (1991), Freud las menciona junto con el concepto de afecto o “quantum de afecto”; lo que significa que la representación psíquica creada estaría conformada por una imagen y a ella se anuda la energía o suma de excitación que tuvo lugar en el momento. Asimismo, junto con el par representación/afecto, presenta al concepto de represión, la cual actuaría sobre aquellas en un proceso de separación, provocando que ambas tengan diferentes destinos dentro del psiquismo.

Si nos remitimos al Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche y Pontalis encontraremos que “La representación sería más bien aquello que (...) viene a inscribirse en los <sistemas mnémicos>” (1996, p. 368). Con sistemas mnémicos Freud se refiere a los lugares donde se depositan todas las

impresiones de la realidad, las cuales quedan guardadas y de algún modo olvidadas hasta que un acontecimiento nuevo las evoque.

Para comprender y ampliar el concepto no solo desde una mirada individual, sino también desde un enfoque más global, integral y social, considero pertinente retomar algunas ideas desde la psicología social. Freud, S. decía lo siguiente: “En la vida anímica del individuo, el otro cuenta, con total regularidad, como modelo, como objeto, como auxiliar y como enemigo, y por eso desde el comienzo mismo la psicología individual es simultáneamente psicología social (...)” (1984, p. 67)

En el libro de Serge Moscovici, “El psicoanálisis, su imagen y su público” el autor detalla sobre el concepto de la representación y comenta que encarnada en su forma más pasiva, la representación se capta como el reflejo de un objeto, como un haz de ideas exteriores a ella, comparándose en algunos casos, con el grado de identificación óptica de una imagen. En su papel más activo, la representación es dar forma a lo que proviene del exterior. Si bien reproduce algo, esta reproducción implica un re entramado de las estructuras, un remodelado de los elementos, por lo tanto, una reconstrucción. Sabemos que lo externo nunca resulta de una manera acabada o unívoca, sino que las personas tienen una gran libertad de la actividad mental y en la forma de representarse lo externo para poder captarlo. El autor, explica que después de todo, la representación produce y determina comportamientos, porque define la naturaleza de los estímulos que nos rodean y precisa el significado de las respuestas que debemos darles. Por lo tanto “(...) tienen una función constitutiva de la realidad, realidad que experimentamos y en la que nos movemos la mayoría de nosotros” (1979, p. 17)

Según Moscovici, una representación (como un sistema de valores y nociones) proporciona los medios para orientarse en el contexto social y como medio para su intercambio a través de códigos que nos posibilitarían denominar y clasificar las partes del mundo, de la historia individual y colectiva.

Si bien Moscovici es el creador del concepto de representaciones sociales y es a ellas a quienes les hace el mayor hincapié, en el libro nombrado anteriormente, el autor hace un recorrido histórico sobre el concepto de representación a modo más general, para actualizarlo y comprenderlo, entrando en una encrucijada, como él mismo dice, en el campo de la filosofía y la psicología.

Por lo tanto, nos atendremos a las explicaciones anteriormente mencionadas, en conjunto con la definición proporcionada por el diccionario de la RAE, donde se define a la representación como “una imagen o idea que sustituye a la realidad”. Entendiendo que lo percibido no se refleja directamente en la representación, sino que se procesa, traduce y metaboliza en funciones de experiencias y representaciones anteriores, que a su vez se conformarán y enriquecerán por las ideas y experiencias compartidas con otros.

Desde una mirada psicoanalítica, pero enriqueciéndola desde el campo de la psicología social, podemos comprender a la representación como una imagen o idea que nos posibilita representarnos mentalmente también a un objeto pero que puede estar o no presente, es decir, poder representarnos

también una ausencia, y que todas estas representaciones nos permiten el intercambio con los otros, es decir, con la sociedad.

4.2 Consumo problemático de sustancias.

Considero pertinente comenzar a desarrollar este término, partiendo de la Ley Nacional De Salud Mental N°. 26657. Si nos adentramos en ella, encontraremos lo siguiente:

Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tiene todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud. (2010, p. 2.)

Por lo tanto, si bien en este escrito utilizaré los términos de adicciones o toxicomanías, haré especial énfasis en los conceptos de “consumo problemático de sustancias” basándome en la concepción de la Ley de Salud Mental. Diferenciando y teniendo en cuenta que no todo consumo problemático es una adicción; pero si todas las adicciones o toxicomanías son consumos problemáticos.

La elección de “consumo problemático de sustancias”, lo considero más pertinente, en tanto que las personas que consultan en las instituciones no todas estarían incluidas dentro de las categorías de adicto o toxicómano. Por lo tanto, es necesario detenernos y replantearnos cada caso como único y particular. Como explica Pérez: “Hay diversas modalidades con que los sujetos se relacionan a las sustancias tóxicas y no todos aquellos que la consumen tienen un problema con el consumo mismo.” (2006, p. 42) Por ende, creo necesario dejar formuladas las siguientes preguntas: ¿Es problemático el consumo que está llevando a cabo la persona?, ¿para quién es problemático?, ¿cuándo se ha vuelto problemático el mismo?

Estas y otras reflexiones nos ayudan a replantearnos, no solo al consumo de sustancias en sí mismo, sino a la relación que el sujeto tiene con determinada sustancia. Como así también, al contexto social en el cual el sujeto se encuentra inserto. Desde esta perspectiva, Edith Benedetti (2015), detalla que la inmensa mayoría de los consumidores de sustancias psicoactivas no construyen un vínculo problemático con dichas sustancias. Y que el eje del análisis, no debe estar centrado en la sustancia lícita o ilícita, sino en el sujeto. En el vínculo problemático que cada sujeto sostiene con el objeto en cuestión.

En el “Glosario de términos de alcohol y drogas” de la Organización Mundial de la Salud, podremos encontrar que los conceptos de consumos problemáticos se encuentran definidos de la siguiente manera: “Patrón de consumo que provoca problemas, ya sean individuales o colectivos, de salud o sociales”. (1994, p. 27). Además, en el glosario se encuentra explicado que este término se viene utilizando desde mediados de la década del 60 en sentido más general, para evitar hacer

referencia a otros términos, como el concepto de alcoholismo que está más anclado socialmente con una enfermedad. A su vez, en un comienzo y en determinados contextos se utilizaba estos términos de consumos problemáticos, cuando una persona se encontraba en sus fases iniciales o menos graves de los que podría ser una dependencia.

En la actualidad, la ley más vigente en Argentina que aborda los consumos problemáticos, es la Ley N°. 26934 del “Plan Integral para el abordaje de los Consumos Problemáticos”, sancionada el treinta de abril del 2014 y promulgada el veintiocho de mayo del mismo año. Esta, define en su artículo n°. 2 al consumo problemático de la siguiente manera:

A los efectos de la presente ley, se entiende por consumos problemáticos aquellos consumos que —mediando o sin mediar sustancia alguna— afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas —legales o ilegales— o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud. (p.1)

Si bien, esta Ley aborda los consumos problemáticos a través de la mediación o no de sustancias, en la presente investigación nos enfocaremos en los consumos particularmente de sustancias. Aunque también, en el apartado de análisis e interpretaciones de los datos, encontrarán algunas consideraciones en relación al consumo en general y a los producidos por ciertas conductas del sujeto, ya sea, hacia las tecnologías, las compras, etc. A su vez, como detalla la Ley, es esencial comprender que si bien los consumos problemáticos se pueden manifestar como adicciones, ambos términos no son iguales. Es decir, el consumo problemático abarca a las adicciones, siendo esta última, uno de los tantos consumos problemáticos.

En relación a las categorías de adicción y consumo problemático de sustancias, el psicólogo Trimboli, A. plantea lo siguiente:

En efecto, en la práctica nos encontramos con pacientes que, sin ser adictos (porque consumen muy pocas veces al mes o al año) entablan una particular relación con el tóxico que los expone a situaciones de alto riesgo que, en esos casos, justifican una intervención profesional. (2017, p.158)

En consecuencia, resulta necesario definir la categoría de adicción, para poder comprender algunas similitudes y diferencias con respecto a los consumos problemáticos de sustancias; logrando que a través del desarrollo de estas definiciones, posibiliten corrernos de un enfoque reduccionista que durante años ha apuntado a lo patológico, desde una mirada de exclusión y estigmas, para comenzar a comprender otras perspectivas más generales e inclusivas dentro de las problemáticas en el campo de salud mental.

4.2.a. Breve recorrido por el concepto de adicción.

El término adicción, es un concepto que está muy arraigado socialmente. Tanto, profesionales de la salud, como el público en general tienden a nombrar regularmente e indistintamente a las prácticas o problemáticas referida al consumo, como adicción.

En el Glosario de términos de alcohol y drogas (1994) se define a la adicción a las drogas o el alcohol de la siguiente manera:

Consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio. (p. 13)

Desde las definiciones aportadas por este glosario, podemos comprender a la adicción como un consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas (entendiendo a estas últimas como sustancias, ya sean legales o ilegales) que cuando se ingieren afectan sobre todo a los procesos mentales. En la mayoría de las definiciones en cuanto a las adicciones, encontraremos que las personas tienen una gran dificultad para interrumpir este consumo de sustancias, y en la medida en que este consumo se interrumpe la persona experimenta el síndrome de abstinencia.

Además, en este glosario encontramos que por lo general, la vida de la persona que consume está dominada por este consumo, llegando al punto de excluir prácticamente todas las actividades y responsabilidades de su vida cotidiana. Por lo que, repetidas veces, el término adicción es considerado tanto por autores, expertos o profesionales como una enfermedad que sigue una progresión implacable.

En 1964 un comité de la Organización Mundial de la Salud, introdujo además el término dependencia, para sustituir los términos de adicción y habituación que se venían utilizando; sin embargo el concepto de adicción se continuó utilizando. También se comenzó a emplear el concepto de uso y abuso.

Para hacer una pequeña distinción entre el uso y la dependencia exponemos la siguiente cita a continuación:

(...) el uso de drogas se refiere al hecho persistente o episódico de tomar drogas, mientras que el término dependencia o farmacodependencia se aplica al estado psíquico y a veces físico causado por ellas, cuya expresión será el impulso a tomarlas nuevamente, a veces de modo compulsivo. (Naparstek, 2005, p. 163).

4.2.b. Algunas consideraciones acerca del concepto de adicción y toxicomanía desde una mirada psicoanalítica.

Ya Freud en el “malestar de la cultura”, se refería al consumo de sustancias como un método que utilizan los sujetos para evitar el sufrimiento, “Es que al fin todo sufrimiento es sólo sensación, no subsiste sino mientras lo sentimos (...)” y agrega seguidamente que “el método más tosco, pero también el más eficaz, para obtener ese influjo es el químico: la intoxicación” (1986, p.77). Por lo tanto, en esta práctica el sujeto busca que se produzca una cancelación en cuanto a lo displacentero que está sintiendo. “Lo propio de la operación del farmakon sería establecer las condiciones de una percepción y de una satisfacción alucinatorias, así como producir una cancelación tóxica del dolor” (Le Poulichet, 1990, p. 69)

Tanto el término de adicción, como toxicomanía, son utilizados muchas veces como diferentes formas y maneras de nombrar a los consumos de sustancias. Cada momento y lugar fue definiendo a esta prácticas de diversas formas y aunque el consumo de sustancias ha sido una práctica utilizada desde la antigüedad, se diferencia de otras épocas y culturas en la medida en cómo se la encuadró socialmente.

Pero no todo consumo de sustancias lleva a una adicción o toxicomanías. Naparstek dirá que miles de años de uso de drogas no explica la existencia de la toxicomanía. “La problemática de la toxicomanía o drogadependencia o adicción, o como se la llamara en cada momento y lugar, llega a establecerse con claridad solo en el momento de la aparición del síndrome de abstinencia” (2005, p. 27).

Este síndrome, aparece cuando se produce una reducción o interrupción en el consumo de sustancias y muchas veces, la persona experimenta malestares físicos y psíquicos. Con la supresión del consumo, se pueden presentar algunas cuestiones subjetivas no satisfactorias referidas a aquello que se ocultó con dicho consumo. Al respecto Gutiérrez Segú, O. explica lo siguiente:

Cierto es que la interrupción del consumo produce manifestaciones desagradables, ya que, al eliminarse el tóxico, se hacen presentes las dificultades subjetivas que producen el malestar que el paciente arrastra desde los inicios de su consumo, habiendo sido este malestar el que disparó la manifestación adictiva. (2013, p. 18)

Son muchos los autores que remarcen la importancia de comprender que aunque un sujeto consuma sustancias durante un tiempo determinado o en grandes cantidades no por eso va a contraer una adicción o toxicomanía. “(...) no todo el que ha tenido oportunidad de tomar durante un lapso morfina, cocaína, clorhidrato, etc., contrae por eso una “adicción” a esas cosas”. (Freud, S., 1991, p. 268) Sino que se pondrán en juego, no solo la relación que el sujeto establece con determinada sustancia, sino las condiciones subjetivas y las herramientas con las que cuenta para sortear los malestares u obstáculos que se den en la vida. Al respecto, Paes Barreto, F. comenta lo siguiente:

Para el psicoanálisis, el problema está en la relación del sujeto con la droga. La droga tiene importancia, como así también el medicamento, pero el énfasis está del lado del sujeto. Es algo imposible de ser generalizado. La relación de diferentes sujetos con una misma droga es totalmente diversa. El alcohol puede ser placentero para una persona y mortífero para otra. Los casos deben ser evaluados uno por uno, pero el acento es sobre el sujeto. (2015, p. 18)

Por lo tanto, desde el trabajo psicoanalítico podríamos pensar, como dice Santos de Faria, la importancia de no detenernos en el objeto droga, sino “(...) en la singular relación que un sujeto establece con la misma –su forma de enlace–, y también procurar localizar la función que la droga ocupa en la economía psíquica de cada sujeto”. (2016, p. 54)

4.3 Elaboración de la transferencia.

“Un fuerte egoísmo preserva de enfermar, pero al final uno tiene que empezar a amar para no caer enfermo, y por fuerza enfermará si a consecuencia de una frustración no puede amar” (Freud, 1984, p. 82)

Para adentrarnos en el concepto de transferencia, nos remitimos al texto de Freud (1992), “Fragmento de análisis de un caso de histeria”. Allí, comenta que se vio obligado a hablar de la transferencia porque solo dicho factor le permitió esclarecer las particularidades del análisis de Dora. Es aquí donde trabaja dicho concepto y al respecto explica que en el curso de una cura analítica, la nueva formación de síntomas se suspende, pero no así la productividad de la neurosis que se afirma en un tipo particular de formación de pensamientos (la mayoría de las veces inconsciente) a las que les da el nombre de transferencia.

Las transferencias son “Redicciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse concientes; pero lo característico de todo el género es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico”. (Freud, 1992, p. 101). Por lo tanto, se reviven vivencias psíquicas anteriores pero no como algo pasado, sino como vínculo actual con el analista. Freud dice que algunas, no se diferencian en cuanto al contenido, pero hay otras que son más elaboradas y experimentan una sublimación.

Freud explica que la cura psicoanalítica no crea la transferencia sino que la revela. Cuando uno se adentra a la teoría de la técnica analítica llega a comprender, según dicho autor, que la transferencia no es solo algo necesario, sino también de que no hay manera de evitarla. En el análisis son despertadas todas las mociones (aun las hostiles) pero haciéndolas conscientes, es lo que permite que se las pueda aprovechar y beneficiar para los fines de la misma; convirtiéndose en el auxiliar más poderoso cuando se logra deducirlas en cada caso y traducirlas al paciente.

Lacan al retomar el concepto de transferencia desde la teoría Freudiana, nos dirá que si bien se manifiesta en forma de afectos (particularmente fuertes en algunos casos) como pueden ser el amor y el odio, no consiste en tales emociones. Sino más bien, en la estructura de una relación intersubjetiva; situando así, la esencia de la transferencia en lo simbólico y no en lo imaginario.

Las que provisoriamente podemos llamar transferencia imaginaria y transferencia simbólica representan dos formas necesarias de alienaciones que se articulan entre sí, para ligar sobre la escena analítica las determinaciones de sufrimiento. Con la primera, el analista ocupa transitoriamente el lugar de un objeto imaginario que despierta el odio, el amor, la fascinación o la angustia; en tanto que la segunda se constituye tan pronto como se establece una destinación hacia el analista y un sujeto atestigua su sufrimiento en la palabra. (Le Poulichet, 1990, p. 170)

Le Poulichet explica que en un análisis, mientras que el analizado habla, va creando la ficción de un interlocutor Otro supuesto saber que es necesario, no solo para la emergencia de las manifestaciones inconscientes, sino también, para que vaya posibilitando poner en juego la falta, el interrogante que interpele, cuestione y cause al sujeto. Esta suposición de que el Otro es un sujeto que sabe es necesaria y fundamental en la cura psicoanalítica, pero para ello es esencial que el analista se abstenga de utilizar el poder que le concede dicha transferencia. Freud ya lo decía en su artículo de 1915, “Puntualizaciones sobre el amor de transferencia”, señalando que el psicoanalista rompe esta regla de la abstinencia, cuando se cree el destinatario de ese amor o porta una satisfacción a la demanda del paciente.

Siguiendo a Le Poulichet, ella expone que por el recurso defensivo al que apelan algunos toxicómanos, pareciera que son pocos proclives al tratamiento y a algún cambio. Además, relata que muchas veces se presentan dificultades para el analista, en tanto poder hacer efectivas sus intervenciones y establecer una transferencia analítica con dichos pacientes; por eso la constitución de una relación transferencial será el primer objetivo analítico que se logrará gracias a un trabajo de elaboración, tanto de parte del paciente, como del analista.

En el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias, el psicólogo puede incitar a los “decires” donde pueda aparecer el sujeto, pero también sucede que se presentan actúares en la práctica analítica.

El hecho mismo de que un espacio se designe como tiempo de palabra engendra una forma de pánico en mucho de estos pacientes, y suscita tentativas de desafiar ese encuadre, de quebrar sus bordes y de neutralizar la <<regla fundamental>>. Llamadas telefónicas, retrasos, ausencias o tentativas de incursión en la vida privada del analista figuran a veces un desborde de la <<escena>> y un intento de poner a prueba sus límites. (Le Poulichet, 1990, p.171)

Aun así, cuando el paciente intenta abolir la demanda que formula y multiplica para ello sus actuaciones, Le Poulichet dice que estas ya pueden constituir el soporte de una destinación al analista; y que por lo tanto pueden pertenecer a la elaboración de la transferencia, pero a condición de que el analista trabaje con esos actos y al mismo tiempo dibuje un límite.

4.3.a. Obstáculos ligados a la clínica psicoanalítica y la elaboración transferencial.

Antes de comenzar a desarrollar el concepto de obstáculo, quisiera detallar brevemente algunas particularidades respecto de la “clínica”. Cuando nos referimos a la clínica, ya sea al incluirla en determinados términos como los siguientes: clínica psicoanalítica, intervenciones clínicas, obstáculos clínicos o dispositivo clínico, haremos alusión por un lado, al espacio que puede ser público o privado y por otra parte, al trabajo que se despliega dentro del consultorio o en un dispositivo, entendiendo a este último como “una máquina que se dispone a..., que crea condiciones de posibilidad, que provoca o pone en visibilidad y eventualmente en enunciabilidad latencias grupales, institucionales y/o comunitarias” (Fernández, 2007, p. 115)

Respecto a la clínica psicoanalítica, podemos comprender que nace con los primeros intentos de Freud, S. por desprenderse de sus conocimientos médicos. La apuesta para dicho autor, era poder transformar el espacio clínico médico (donde prima una clínica especialmente de la mirada, en la cual el médico o el psiquiatra saben acerca del padecimiento del paciente), a una clínica psicoanalítica que a diferencia de la anterior, da lugar a la escucha sobre el dolor del paciente. Con respecto a esta última, es a través de la puesta en palabras del sufrimiento y del padecimiento del sujeto que intentará dar lugar y despliegue al inconsciente. Es así que cuando hablemos de obstáculos ligados a la clínica, haremos alusión a aquellos obstáculos que se presentan en la práctica o en el trabajo llevado a cabo en un dispositivo, tanto en los espacios públicos como los privados.

Ahora, para desarrollar el concepto de obstáculo partiremos de la definición aportada por el diccionario de la Real Academia Española (RAE). Dicha palabra hace referencia a impedimento, dificultad e inconveniente. Lejos de conformarnos con esta definición, haremos un recorrido por dicho concepto en relación a la transferencia y a todas las dificultades que se van presentando desde el inicio del análisis; desde el pedido del tratamiento, hasta la elaboración de la transferencia y el manejo de la misma.

Freud, en el comienzo de sus trabajos con los pacientes comienza a encontrar obstáculos, momentos de detención del tratamiento que lo llevan a replantearse su posición como analista y su manera de abordar los tratamientos. Uno de estos obstáculos en un comienzo era la transferencia, en tanto aparecía como resistencia que impedía el recuerdo de lo reprimido. Todo esto posibilitó enriquecer la teoría psicoanalítica, ya que unos años más tardes, pudo notar que aquello que aparecía como un obstáculo en el tratamiento y que debía destruirlo, comienza a ser el motor de la cura.

Y entonces la transferencia, que, tierna u hostil, en cualquier caso parecía significar la más poderosa amenaza para la cura, se convierte en el mejor instrumento para ella, con cuya ayuda pueden desplegarse los más cerrados abanicos de la vida anímica. (Freud, 1984, p. 403).

Los obstáculos y las dificultades en los consumos de sustancias no solo estarán en relación a la transferencia sino también en todos esos pasos previos a la elaboración de la misma. Sabemos que los sujetos que consumen y llegan al consultorio, a centros u hospitales, no siempre presentan un pedido de tratamiento, una queja, una búsqueda de saber sobre sí mismos, una demanda al analista. La ausencia de síntomas por parte de estos sujetos, ausencia en tanto enigma o interrogación sobre su malestar, provoca grandes dificultades para el tratamiento. Naparstek comenta que estos obstáculos o dificultades están ligados al inicio del tratamiento, a la instalación del dispositivo y el manejo de la transferencia. “Si la entrada en análisis supone la puesta en forma del síntoma y el funcionamiento del inconsciente, eso mismo ya implica una salida del rechazo propio de estas patologías.” (2005, p. 62).

Teniendo en cuenta que muchas dificultades u obstáculos se presentan al inicio y durante el análisis, será necesario definir los siguientes temas: los primeros momentos en un tratamiento, como se juega la construcción de una demanda necesaria para la elaboración transferencial, la importancia de las intervenciones e interpretaciones y el lugar que ocupa el analista en los tratamientos de los consumos problemáticos.

4.3.b. Entrevistas preliminares y demanda de análisis.

En “Sobre la iniciación del tratamiento” de 1913, Freud explica haciendo una similitud con el juego de ajedrez que el comienzo del análisis y el final pueden ser objeto de una exhibición profunda, a diferencia de lo que sucede luego durante el transcurso de la cura. Por eso las primeras entrevistas serán importantes para cualquier tratamiento psicoanalítico y por supuesto, serán esenciales en el abordaje del campo de los consumos problemáticos de sustancias.

En lo que se refiere a las primeras entrevistas, Freud, aconsejaba comenzar con un ensayo previo y en relación a sus pacientes proponía “(...) he tomado la costumbre de aceptarlos primero sólo provisionalmente, por una semana o dos, (...) sólo ha emprendido un sondeo a fin de tomar conocimiento del caso y decidir si es apto para el psicoanálisis” (1991, p. 126)

Si bien, sabemos que Freud consideraba que muchos de las personas que hoy reciben un tratamiento psicoanalítico no estaban dentro de lo que sería apto para su época, por la manera en que pensaba y trabajaba su técnica; hoy en día, muchas de estas cuestiones han cambiado, pero se sigue tomando en cuenta los descubrimientos y los conceptos fundamentales que arman y sostiene el psicoanálisis. Por lo tanto, este sondeo, estas primeras entrevistas serán primordiales para ir descubriendo lo referido a la estructura del sujeto, como también, para que se vaya preparando el

terreno donde aparecerán aquellas preguntas del sujeto en relación a sus síntomas, sus malestares, produciendo un cambio en la posición del mismo.

Las entrevistas preliminares no son solamente una investigación para descubrir dónde está el sujeto, se trata de efectuar un cambio en la posición del sujeto, eventualmente, transformar la persona que vino en un sujeto, en alguien que se refiere a lo que dice guardando cierta distancia con relación al dicho. Es por eso que las entrevistas preliminares constituyen una rectificación subjetiva. (Miller, 2006, p. 62)

Asimismo, Freud consideraba que este ensayo por ningún motivo puede ser separado del resto del tratamiento, ya que este tiempo previo es el comienzo del psicoanálisis y por lo tanto, debe obedecer a sus reglas.

Lacan, J. va retomar esta idea sobre los primeros encuentros del sujeto con el analista y será él, quien lo nombrará entrevistas preliminares. En relación a esto, decía lo siguiente: “Todos saben, aunque muchos lo ignoren, de la insistencia que pongo en las entrevistas preliminares al análisis, ante aquellos que me piden consejo. No hay entrada posible en el análisis sin entrevistas preliminares”. (2012, p. 49)

No podemos pensar a las entrevistas preliminares sin la demanda de análisis, ambos términos lejos de contradecirse, están en estrecha relación. A su vez estos conceptos se entrelazan e integran en el campo de los consumos problemáticos de sustancias. Las entrevistas preliminares es una consecuencia directa, dice Miller, J. A. de cómo damos estructura a las bienvenidas. “Significa que el comienzo es aplazado, el analista se demora en iniciar el proceso de análisis hasta que esté satisfecho, en el sentido de poder autorizar la demanda de análisis y, consecuentemente avalarla, según razones que deben ser precisas” (2006, pp. 18-19)

Pero sabemos que no siempre en el campo de los consumos problemáticos, el usuario llega con una demanda de análisis construida. Algunas veces se presenta un pedido de tratamiento por parte del familiar, de la justicia, de otras instituciones, pero no del sujeto. Por lo tanto, será esencial determinados movimientos y acontecimientos para que la demanda se vaya estableciendo.

En este tiempo de construcción, interpelación e interrogantes que desnudan al sujeto produce muchas veces sufrimiento, por ello Le Poulichet explica lo siguiente: “(...) la demanda que pone frente al Otro y al deseo descubre simultáneamente un sufrimiento intolerable. Por eso, desde el momento mismo en que se la profiere en las primeras entrevistas, ella está enteramente dispuesta a abolirse, como para cerrar una herida.” (1990, p. 176).

Por lo que será necesario al comienzo y en particular en el trabajo de los consumos, posibilitar que el sujeto pueda comenzar a hablar, a desplegar su discurso, permitiendo sus tiempos y los momentos necesarios para realizar las intervenciones, interpretaciones convenientes. Como Miller, J. A. dice:

Tenemos que permitir al sujeto algunos engaños y no ir a buscar, inmediatamente, al sujeto en su fondo para decir que no es verdad, que hay una contradicción. Al contrario, es preciso permitir, principalmente en las entrevistas preliminares, que continúe mintiendo un poco en sus propios dichos. (2006, p. 41).

Antes de pasar a la posición y el lugar que ocupa el analista en el tratamiento y en los inicios de un análisis, me gustaría nombrar una cita de Lacan, que refleja muy bien la conexión y la interacción entre la demanda de análisis y el lugar posible del analista en un tratamiento.

Lacan (1988) dice:

Lo que quería decir era que en el análisis, la que trabaja es la persona que llega verdaderamente a dar forma a una demanda de análisis. A condición de que ustedes no la hayan colocado de inmediato en el diván, caso en el cual la cosa está ya arruinada. Es indispensable que esa demanda verdaderamente haya adquirido forma antes de que la acuesten. Cuando le dicen que comience – y esto no debe suceder ni la primera ni la segunda vez, al menos si quieren comportarse dignamente-, la persona que hizo esa demanda de análisis, cuando comienza el trabajo, es ella quien trabaja. Para nada deben considerarla alguien a quien ustedes deben moldear. Todo lo contrario. ¿Qué hacen ustedes allí? Esta pregunta es todo aquello por lo que me interrogo desde que comencé. (pp. 119-120)

4.3.c. ¿Qué hacen los analistas allí?

Los conceptos de neutralidad, abstinencia, deseo, intervenciones e interpretaciones, resultan términos fundamentales para comprender la elaboración de la transferencia en esta problemática.

En cuanto al concepto de neutralidad, Freud en “Sobre la iniciación del tratamiento” sostiene que el establecimiento de una transferencia segura va a depender de la neutralidad analítica. Esto se puede malograr si se adopta tanto una actitud moralizadora de parte del analista, como así también, si se comporta como el representante de un tercero. Por lo tanto podemos decir, que la neutralidad va a ser la actitud que el analista asuma durante el tratamiento. “El analista debe ser neutral en cuanto a los valores religiosos, morales y sociales, es decir, no dirigir la cura en función de un ideal cualquiera, y abstenerse de todo consejo (...)” (Laplanche y Pontalis, 1996).

El analista no sabe sobre el saber que porta el sujeto, por lo tanto sus intervenciones apuntarán a que la persona vaya descubriendo acerca de ese saber inconsciente, pero desde un lugar objetivo, sin creerse el lugar de saber que el sujeto durante el tratamiento lo posicione. Como dice Sinatra, E.:

(...) el analista de la orientación lacaniana no está autorizado a intervenir en el nombre de la verdad absoluta, ni en el nombre del saber referencial de ninguna teoría (por mas puramente lacaniana que fuera), ni en el nombre del padre (consejo, respuesta asertiva, o inmovilidad

técnica) que le permitiría ocupar el lugar del Otro que si sabría administrar lo que hay que hacer. (2004 p. 36)

A su vez la neutralidad que tenga el psicólogo durante el tratamiento ira acompañado por la abstinencia, como un principio del mismo. Abstinencia en tanto no satisfacer las demandas del paciente, ni los papeles que este por lo general tiende a imponer.

Freud al hablar de la abstinencia en relación a lo amoroso, decía que el analista debía denegar a la paciente la satisfacción de amor apetecida en la terapia. Que la cura debía ser realizada en abstinencia. "(...) hay que dejar subsistir en el enfermo necesidad y añoranza como unas fuerzas pulsionales del trabajo y la alteración, y guardarse de apaciguarla mediante subrogados" (1991, p. 168). A su vez el autor dice que consentir la apetencia amorosa, como sofocarla, resultan funestas para el análisis. "Uno debe guardarse de desviar la transferencia amorosa, de ahuyentarla o de disgustar de ella a la paciente; y con igual firmeza uno se abstendrá de corresponderle." (p. 169) Por lo tanto, esta energía de la libido es algo por la que se atraviesa en la cura y debe ser reorientada hacia sus orígenes inconscientes, hasta que pueda hacerse consiente lo más escondido y recóndito de la vida amorosa del paciente.

Así como el tratamiento debe ser dado en abstinencia por parte del analista, en una actitud neutral, también será necesario e importante que el paciente no sepa que quiere el analista de él. Porque así como el analizante le atribuye al psicólogo un supuesto saber, también le atribuye un deseo. Evans, D. (1998), nos dirá que la tarea del analista va a consistir en hacer imposible que el paciente este seguro de saber qué es lo que el analista quiere de él. El analista debe asegurarse de que su deseo siga siendo una incógnita para el sujeto, para que el deseo que se le supone a su analista se convierta en la fuerza impulsora del tratamiento.

Tal como el paciente le atribuye un deseo al analista, este último también tiene un deseo propio. El deseo del analista será el que impulse el modo de dirigir la cura, de abordar la transferencia y de llevar a cabo las intervenciones. Estas serán libres, en tanto el analista tenga en cuenta las estrategias, el por qué y para qué de dichas intervenciones. Roberto Mazzuca (2004) propone que "es cierto que las interpretaciones se subordinan a la transferencia, hay allí una relación jerárquica: en la táctica de la interpretación el analista es libre siempre y cuando la mida teniendo en cuenta la estrategia de la transferencia."

4.3.d. Intervención- interpretación.

Las intervenciones, interpretaciones van a depender del estilo y el deseo del analista, teniendo en cuenta la estructura y las características particulares del paciente. Estas, deberán estar encuadradas y pensadas en relación al dispositivo analítico y las reglas que rigen el mismo. Ambas tienen carácter de intención, se debe tener en cuenta (como nombramos más arriba) el por qué y el para qué de dichas

intervenciones. Deben ser el resultado de una escucha activa y atenta de parte del analista, para poder pesquisar las huellas en donde aparece el sujeto, ese sujeto dividido y barrado que emerge por la irrupción del inconsciente. Además será importante la ética profesional y la confidencialidad.

Si bien el valor de la interpretación, como dice Sinatra, E. (2004), puede estar situado muchas veces por un silencio, una palabra, un gesto, un corte de sesión o por una frase que sea cita de lo que acaba de decir el analizante, siendo la interpretación uno de los tantos modos de intervenir; es necesario para realizar la misma que esté instalado un lugar propio y cercano a la elaboración de la transferencia o cuando esta, ya este instalada. Esta es una larga discusión, donde muchos autores se plantean y repreguntan si se interpreta en transferencia o es necesaria la interpretación primero para que se instale y elabore la transferencia. Pero aun así, las intervenciones que el psicólogo pueda hacer para ir conformando este dispositivo y tiempo, serán esenciales.

Por eso, desde las primeras entrevistas el papel que juega la interrogación por parte del analista en el tratamiento de los consumos, será fundamental. No solo porque lleva un gran trabajo en esta problemática que el sujeto pueda empezar a hablar sobre su consumo y sobre su vida, sino que también, pueda comenzar a implicarse en aquello de lo que dice, evidenciando una sensibilidad respecto de la lengua que lo habita.

Desde el inicio la interrogación tiene una función de evaluación clínica, pero además se trata de que el entrevistado vaya localizando el valor de significación que le otorga a sus síntomas. También mientras transcurren las entrevistas, la interrogación va haciendo lo suyo respecto de la localización de la transferencia (...). Las buenas preguntas orientan la dirección de las entrevistas. (Sinatra, E., 2004, p. 28)

Desde las primeras entrevistas es necesario que el analista de lugar al despliegue del inconsciente del paciente. No es una tarea sencilla que la persona quiera saber justamente de eso, en tanto es el núcleo más íntimo del sujeto, donde están concentradas esas condiciones de satisfacción que producen el sufrimiento y los síntomas. Por lo tanto, las intervenciones no van a apuntar a causar más o menos dolor, no apuntan a dar certezas al sujeto, ni a aconsejar; a lo que se dirige es al encuentro del paciente con su verdad, a la aparición del sujeto y del inconsciente. Para ello será necesaria por parte del analista una escucha atenta ante la singularidad de quien se presenta. “(...) la docta ignorancia es la que permite dejar todo el saber referencial de los libros que tiene el practicante del psicoanálisis en la biblioteca- o en el bolsillo- y dejarse tomar por la ocasión”. (Sinatra, E., 2004, p. 40) Se trata de una saber hacer allí, en el momento de la experiencia analítica respetando la singularidad y particularidad de cada caso.

Capítulo 5: Análisis e interpretación de los datos.

En el siguiente capítulo, se expondrá el análisis de los datos recolectados por los nueve psicólogos entrevistados del Centro Huella de la ciudad de Paraná, Entre Ríos. Para proteger la identidad de los profesionales, tanto en la descripción como en los anexos, se encontrarán citados con otros nombres sustitutos creados para la presente investigación. También, en algunos de los ejemplos que aparecen en el siguiente escrito, se han modificado nombres o situaciones muy particulares de los usuarios que asisten a la institución, como modo de resguardar la privacidad de cada uno, lo que no modifica en absoluto lo perteneciente a la riqueza de la temática que se desarrollará, ni al análisis de la información.

Se ha escogido a modo de diseño para el trabajo que los relatos proporcionados por los entrevistados se encuentren en letra cursiva, para que el lector logre rápidamente poder comprender cuando se trata de citas bibliográficas y cuando son citas de los profesionales, obteniendo así una mejor comprensión de lo transmitido en el estudio.

A su vez, los resultados que se presentan en este capítulo dan respuestas al siguiente objetivo general de la investigación: analizar las representaciones que tiene los psicólogos que trabajan en el Centro Huella, de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, acerca de la elaboración de la transferencia en el consumo problemático de sustancias.

Para analizar el objetivo general expuesto, resultó necesario realizar una selección de determinadas categorías emergentes durante las entrevistas de los profesionales, que en conjunto con el entrelazamiento de las notas redactadas en las mismas y el estudio de diferentes libros y/o autores, se tradujeron en estructuras conceptuales complejas.

A partir de lo recabado y analizado de las respuestas de los entrevistados, se consideró adecuado presentar el capítulo en cuatro partes que desarrolla la complejidad de la problemática planteada en la presente investigación. La primera parte, se refiere a “Los consumos problemáticos de sustancias, su relación con la sociedad actual y la Ley de Salud Mental”. En la segunda, se desarrollará los “Obstáculos clínicos en las primeras entrevistas”. En la tercera parte, se explicará sobre “El que hacer del analista y sus intervenciones” y por último se expondrá acerca de “La transferencia en los consumos problemáticos de sustancias”. En cada apartado se desprende, gracias al análisis de las representaciones de los psicólogos, diversos subtítulos y temas que están en estrecha relación con cada título nombrado anteriormente.

5.1. Los consumos problemáticos de sustancias, su relación con la sociedad actual y la Ley de Salud Mental.

En las entrevistas realizadas a los informantes acerca de los consumos problemáticos de sustancias y gracias a la información proporcionada por ellos, se desplegaron un abanico de respuestas relacionadas a este tema en particular. Por una lado, desarrollaremos la función que juega el consumo en la sociedad actual, también hablaremos sobre lo problemático del consumo y por último, explicaremos su relación con la Ley de Salud Mental N°26657.

5.1.a. La sociedad de consumo.

Gracias al análisis de la información proporcionada por los entrevistados, se observó una complejidad de fenómenos relacionados al consumo en general y al consumo de sustancias en particular que resultó necesario considerar para comprender el impacto que la sociedad y las transformaciones de la época pueden tener sobre los grupos y los individuos, como así también, en las subjetividades de las personas. Por lo tanto, será necesario desarrollar algunos escenarios de la sociedad actual respecto al consumo, revisando y reflexionando como han sido estos en la antigüedad.

Freud, S. (1986) en el “Malestar de la cultura” demostraba, como el nombre de su obra lo indica, que la vida puede resultar demasiado pesada para los hombres y que para poder disminuir el sufrimiento y las decepciones que la existencia depara, las personas han encontrado diferentes maneras de atenuar el malestar, siendo una de ellas la intoxicación. Según el autor, con el uso de sustancias o drogas el sujeto puede refugiarse en un mundo que ofrezca mejores posibilidades para su bienestar, pero también, propone: al amor, la sublimación, la religión, el delirio, etc. como otras maneras de mitigar el malestar. Por lo tanto, podemos observar que Freud no plantea una respuesta universal para afrontar la vida en sociedad, como tampoco considera que haya una óptima respuesta o un único camino en la búsqueda del bienestar, sino que despliega un abanico de posibilidades, ante lo cual, cada humano debe averiguar la suya propia y de manera particular. En la búsqueda de una solución, Freud, S. dice lo siguiente: “Discernir la dicha (...) es un problema de la economía libidinal del individuo. Sobre este punto no existe consejo válido para todos; cada quien tiene que ensayar por sí mismo la manera en que puede alcanzar la bienaventuranza.” (1986, p. 83)

En cambio, en la actualidad hay una tendencia única y globalizada ante el supuesto camino hacia el bienestar. Hay una inclinación hacia el consumo de sustancias, que ya no se encuentran enmarcadas, sostenidas o ritualizadas como en la antigüedad. Es una época donde prima el goce del consumo propuesto por el mercado y para todos por igual. Este consumo masivo, no solo refiere a determinadas sustancias (dentro de ellas los psicofármacos) sino también, la tecnología, las compras, la alimentación y hasta las relaciones. Dentro de este marco es que Gustavo (uno de los psicólogos entrevistados) relata lo siguiente: *“Pero estamos en una sociedad de consumo y hoy en día se consume hasta lo vincular, cada vez hay más intercambio, menos don y más intercambio en la sociedad.”*

En este sentido, comprendiendo la complejidad de la práctica del consumo, no solo referido a las sustancias, sino desde un modo más general que atraviesa la sociedad actual, Sinatra, E. (2015) explica sobre la “soledad globalizada”. Con estos términos que parecen contradictorios, quiso destacar un síntoma de la época actual, donde hay un desamparo real y general de los individuos, más allá de estar acompañados por otros, por ejemplo a través de los dispositivos tecnológicos. El autor explica, que el tiempo de espera o de misterio es tapado por la conectividad (ya sea a través del WiFi, las aplicaciones, Instagram, Facebook, Whatsapp, etc.), que aunque nos permita estar conectado las 24 horas al día, no implica no estar solos. En relación a este aspecto, Gustavo relata lo siguiente: “(...) *me ha pasado gente muy sola, que más que cualquier otra cosa necesita un abrazo, hablar con alguien para arrancar, la contención.*”

Si bien algunas palabras de los profesionales durante las entrevistas, se reflejaron de un modo explícito y directo, en algunos casos como en esta cita que acabamos de redactar, observamos una manera metafórica de poder describir algunos aspectos necesarios a tener en cuenta a la hora de trabajar con esta problemática. Como se podrá observar a lo largo del escrito, ante esta soledad que se vive en la actualidad y por las particularidades propias que puede tener el trabajo con los consumos de sustancias; la contención, la escucha, el poder ofrecerle un lugar y un horario a la persona, serán fundamentales para abrir a la posibilidad de inicio de un tratamiento, como también, el logro de un establecimiento transferencial.

Por lo tanto, a diferencia de lo que en su época Freud estudiaba y proponía, hoy nos encontramos que ante las respuestas para enfrentar el malestar, aparece como la manera más eficaz e idealizada, el consumo. Según Stolkiner, A. (2019) el consumo en la sociedad actual, de por sí ya es problemático. Según la autora, esto se debe por un lado, a que tanto la industria farmacéutica como el campo de la salud en general, han construido todo un imaginario, donde todo dolor o problema es solucionado rápidamente gracias a sustancias como pueden ser las pastillas o los medicamentos, llevando a la idea de que a mayor consumo, es mayor el bienestar y la felicidad. Como dice Gustavo: “*Partamos de la base de que estamos en una sociedad de consumo, todos consumimos, estamos inmersos y somos parte de la problemática*”. También Clara explica lo siguiente:

Consumir, consumimos todos, todo el tiempo. El tema es que por supuesto algunos consumos son más peligrosos para decirlo de alguna manera o problemáticos que otros. Pero bueno vivimos en una sociedad de consumo, donde lo que se propone es consumir todo el tiempo.

Por consiguiente, podemos decir que el consumo atraviesa toda la sociedad y muchas veces aparece como una posible respuesta frente al malestar. Entonces, al momento de abordar o trabajar sobre esta problemática se debe tener también en cuenta, el aspecto social y su impacto sobre lo singular y subjetivo de cada persona.

A partir de esta última cita de Clara, surge a modo de interrogación lo siguiente: ¿Cuándo un consumo se transforma en peligroso o problemático? Y ¿para quién es problemático?

Muchas veces, sucede que el pedido de tratarse no parte del sujeto, sino de otros actores institucionales, ya sea, la familia, el juzgado, las escuelas, los hospitales, quienes consideran al consumo como un problema. Por ende, será importante en un análisis (más allá de las demandas de otros) darle lugar al sujeto, poder escuchar sus dichos y su propia realidad psíquica. En relación a esto, expongo las palabras de Laurent, E. quien relata que el analista¹ junto con otros, es el que ayuda a la civilización a respetar la articulación entre normas y particularidades individuales. “Así, con otros, ha de ayudar a impedir que en nombre de la universalidad o de cualquier universal, ya sea humanista o antihumanista, se olvide la particularidad de cada uno.”(2000, p. 116.)

Según el análisis del material recabado en las entrevistas, muchos profesionales consideran que es importante saber a partir del primer momento, de las primeras entrevistas que sustancias consume el sujeto, en que cantidades, pero lo fundamental será poder empezar a conformar un espacio donde el usuario pueda interrogarse acerca de: ¿Cuándo comenzó a ser un problema el consumo?, ¿qué sucesos estaban ocurriendo en ese momento, en su vida? Todos estos interrogantes, junto con las intervenciones que pueda realizar el profesional, ayudarán a que el analizante no solo vaya en búsqueda de un saber desconocido por él mismo, sino también, a que pueda implicarse en el tratamiento, posibilitando así conformar una relación transferencial, o al menos, un espacio que resulte propicio para que esta relación se pueda desarrollar.

Pero en este apartado, no nos detendremos en el aspecto más clínico o individual, sino que haremos hincapié en el aspecto social y como este puede impactar en las subjetividades. Naparstek, F. (2005) expresa que “Es el tiempo del consumo generalizado como supuesta y única respuesta al malestar (...)” (p. 26). En la actualidad, sucede que el mercado ofrece rápidamente diversos productos o sustancias para taponar esta angustia y esto provoca muchas veces, que no quede lugar para la palabra, ni la posibilidad de que el sujeto pueda formular preguntas acerca del saber.

En este sentido, el consumo de sustancias y su relación con la palabra, ha sido otro aspecto importante en las representaciones de los profesionales, que resulta necesario destacar. Al respecto, Patricia señala lo siguiente:

Lo más difícil es que empiecen a poner en palabras toda su situación. No es casualidad el consumo que viene a acallar un montón de cosas, entonces, después el empezar a poder poner en palabras las situaciones en la que están atravesando o situaciones que han atravesado en su niñez o a lo largo de su historia es lo más difícil.

Si bien, la función de la palabra, lo retomaremos cuando hablemos de los obstáculos clínicos en la elaboración transferencial, es necesario también comprenderla desde un aspecto más general. Zamorano, S. (2014) expone que “La cultura actual sostiene el imperativo de suprimir el malestar a partir de la oferta renovada de objetos de consumo, que brindan una satisfacción inmediata en

¹ En esta investigación utilizaremos esta noción cuando hagamos alusión a “psicólogo con orientación psicoanalítica” y a la función que cumple este, en el desarrollo de un tratamiento.

detrimento de la elaboración de saber”. (p. 44). Por lo tanto, hay una búsqueda de alivio inmediato, que no pasa por el saber, ni por la palabra; sino que intenta acallar el malestar, como nombramos anteriormente, a través del consumo.

Según Naparstek, F. la práctica del consumo, es una operación que no pasa por la vía de la palabra, no intenta resolver el malestar desde el campo de la palabra, sino que apunta a una operación real. El autor, explica que esto se puede ver desde aquel paciente que se acerca al hospital o a los centros a pedir una pastilla porque no da más.

En vez de querer resolver eso por la vía de la palabra lo quiere resolver por la vía de la pastilla (...) Consumiendo algo se produce un efecto real, elimina la angustia, no importan las causas, no importan las razones, no importa nada. (2005, p. 66).

5.1.b. Lo problemático del consumo.

Como explicamos en el apartado anterior, en la actualidad se propone el consumo de diversos productos y sustancias, ante el malestar que se puede generar en los hombres al vivir en la sociedad. Si bien algunos autores, consideran al consumo en general como una problemática actual, el análisis de la información proporcionada por los entrevistados han arrojado otras miradas en cuanto a lo problemático que también resulta importante destacar.

El análisis de esta información, se ve reflejada en diversos puntos de vista. Esto se debe, si tenemos en cuenta el concepto de representación, que lo percibido no se refleja directamente, sino que se traduce gracias a experiencias anteriores, en conjunto con las ideas y experiencias compartidas con otros. Por lo tanto, encontraremos algunas similitudes en las representaciones de los profesionales, pero cada una de ellas va a estar anclada y procesada de acuerdo a experiencias propias o vividas anteriormente.

De acuerdo a lo expuesto, podemos mencionar que una parte de los informantes consideró que lo problemático del consumo, estaría situado con respecto al momento en que empieza a producirse en el sujeto una ruptura de los lazos, ya sea a nivel familiar, social, con la pareja, con amigos, etc. Es por esto que Laura explica lo siguiente:

Ese consumo afecta el proyecto de vida de las personas. Es ese consumo que provoca una ruptura con los lazos saludables, una ruptura con la escolaridad, con la vida laboral, con la familia. Cuando se rompe el proyecto de vida y con las vías saludables.

A partir de estas palabras, considero pertinente reflexionar acerca de: ¿es el consumo en sí, el que afecta el proyecto de vida o los lazos?, ¿o este consumo aparece más bien como una respuesta, en muchos casos, ineficaz? Según lo explicado en el marco teórico de la investigación, sería conveniente no atenernos al consumo de sustancias en sí mismo, sino a la relación que el sujeto mantiene con la

sustancia. Como explica Pérez, H. (2006) los sujetos se pueden relacionar de muchas maneras con las sustancias y no todos ellos, tienen problemas con el consumo. Por lo tanto, será necesario trabajar con la relación o la función que cumpla la sustancia para el sujeto y esto llevará conjuntamente trabajar las relaciones con los demás.

Retomando lo referido a lo problemático del consumo y su relación con los lazos sociales, es necesario considerar que (si bien en la actualidad estos se encuentran de alguna manera fragilizados) cuando los consumos empiezan a agudizarse, se producen en algunos casos una ruptura y/o distanciamiento respecto del otro y del mundo. Freud, ya lo explicaba en el “Malestar de la cultura” que con el consumo de sustancias el sujeto, no solo puede obtener un placer inmediato, sino también una determinada independencia frente al mundo exterior. Y es en este último punto, donde puede implicar un riesgo y un peligro para la persona.

Naparstek, F. (2005) refiere a esta ruptura, como el desenganche respecto del Otro, que muchos de los usuarios presentan en los momentos más profundos. Considera que es un dato propio de la clínica al trabajar en el campo de las toxicomanías y al respecto dice lo siguiente: “Hay un punto en todo toxicómano en que esa muleta se transforma en siniestra, ya que no la puede manejar y lo deja por fuera de la relación con el Otro.”(p. 25). Según él, lo que podría implicar un remedio o beneficio, puede terminar en peligro. “En el caso de los narcóticos el peligro estaba en relación con romper el lazo con la realidad” (p. 29).

Por eso, es necesario tener en cuenta los usos y las funciones que cumple la sustancia en cada caso en particular. Hay personas que tal vez puedan consumir para acercarse al otro, para rendir más en un trabajo o en algunos casos incluso, ese consumo está más desencadenado. En relación a este último punto, Naparstek, F. explica que un sujeto le da un uso a la droga y que por alguna razón ese uso específico se desencadena y el sujeto termina soltándose del Otro, parando en un sin límite maníaco.

El desencadenamiento y el soltarse del Otro resultará un dato importante en la clínica de los consumos de sustancias, en tanto esto puede implicar en algunos casos, lo que Lacan, J. (2015) denominó como “pasaje al acto”. En el seminario “La angustia” el autor, explica al respecto lo siguiente: “(...) el pasaje al acto está del lado del sujeto en tanto que éste aparece borrado al máximo por la barra. El momento del pasaje al acto es el de mayor embarazo del sujeto”. (p. 128.) Agregando seguidamente que “Es entonces cuando, desde allí donde se encuentra- a saber, desde el lugar de la escena en la que, como sujeto fundamentalmente historizado, puede únicamente mantenerse en su estatuto de sujeto- se precipita y bascula fuera de la escena.” (p. 128.) Podríamos comprender el pasaje al acto, como un último recurso con el que cuenta el sujeto contra la angustia incontrolable, realizando una huida respecto del Otro; donde ya no hay un mensaje simbólico, sino que se produce una disolución del sujeto y del lazo social. Es así que Lacan explica que cuando el sujeto se mueve en

dirección a evadirse de la escena es lo que posibilita reconocer un pasaje al acto y diferenciarlo de un *acting out*.

Otras representaciones de los profesionales acerca de lo problemático del consumo, estaría situado en la perspectiva que tiene el usuario acerca del consumo; es decir, si la persona que consume lo siente como un problema en su vida o no. En relación a este aspecto, Francisco dice lo siguiente:

Más que nada lo problemático sería básicamente la perspectiva que tiene el usuario en su relación con el consumo. Que quiero decir con esto, que el consumo de sustancias particularmente para algunas personas no es problemático, una situación tal vez circunstancial. Eventualmente lo problemático ahí aparece si para esa persona es problemático el consumo. Lo que no significa que no haya problema en la vida de la persona asociado a ese consumo, problemas judicial por ejemplo o hay problemáticas barriales digamos ligados a ese consumo o dentro de la familia, pero que la persona en sí, no la siente propia.

Por consiguiente, la persona puede tener problemas en su vida relacionadas a ese consumo pero si la persona no lo siente como un problema, puede repercutir en las maneras y formas en que el sujeto llegue a la institución. Muchas veces, sucede (como explicamos anteriormente) que las personas se acercan a las instituciones o centros de salud, porque otro le ordenó. A veces es la familia, la justicia, en otros casos por la derivación del hospital. Por ende, algo que he percibido durante las entrevistas realizadas a los profesionales es que allí se juega un aspecto importante para el tratamiento del sujeto.

Por lo tanto, si el usuario llega a una institución o un centro por el pedido de parte de un otro; será necesario en muchos casos, realizar un trabajo previo, para que se produzcan determinados movimientos que lleven luego a una rectificación subjetiva. En esta, se produce un “(...) viraje en el que el sujeto cambia de perspectiva sobre algo real y concreto de su síntoma: su participación en el mismo” (Lombardi, 2009, p. 29).

Expongo las palabras de Patricia donde explica lo siguiente:

Muchas veces llegan pacientes con problemas de consumo pero lo trae la familia, lo trae la madre, lo trae la pareja y si para el paciente no es realmente un problema, para mí no es considerado un consumo problemático, por más que para el resto sí. Tiene que empezar a ser problemático para el paciente, como para que pueda empezar a hacer un movimiento ahí.

A partir de esta cita, me surgen unas ideas que plasmaré a modo de interrogación: ¿Será necesario para el inicio de un tratamiento que el usuario comience a problematizar sobre ese consumo que realiza? O ¿qué empiece a trabajar los aspectos en relación a su familia, su pareja, etc. posibilitará a que puedan surgir interrogantes y movimientos acerca de ese consumo y su implicación en el mismo?

En las primeras entrevistas, resultará fundamental que el usuario comience a contar, relatar y hablar sobre su vida, sus relaciones; para que luego y dependiendo el tiempo para cada sujeto, pueda producir una rectificación. Lombardi (2009) comenta que el sujeto puede optar o elegir no rectificarse en nada, por lo menos en determinado momento, por más que el analista haga todo tipo de interpretaciones tratando de convencer a su paciente sobre su responsabilidad en el asunto. Será necesario por lo tanto, permitir ese tiempo que el analizante necesita para descubrir cosas por su propia cuenta.

Pero, es necesario tener en consideración que si el sujeto no logra poner en palabras, reflexionar acerca de lo que dice como apertura a nuevas significaciones e implicarse en el tratamiento, comienzan a producirse diversas dificultades y obstáculos en el comienzo de este y en la elaboración transferencial. Por eso, este trabajo previo donde el sujeto comienza a replantearse sobre sus acciones y palabras, comienza en las entrevistas preliminares. Según Miller, J. A. (2006) no hay una práctica estándar, sino que estas entrevistas pueden durar desde un mes, es decir, cuatro encuentros hasta un año, y en algunos casos el analista se queda con el paciente durante varios años en una situación preliminar. Según el autor, será en las entrevistas preliminares, donde se tratará de efectuar un cambio en la posición del sujeto; en alguien que se refiere a lo que dice, guardando una cierta distancia y reflexionando sobre lo dicho.

Esto, lo podemos observar en “Fragmento de análisis de un caso de histeria” de Freud, que luego Lacan (2009) retomará años más tarde en “Intervención sobre la transferencia”, donde el analizante llega con un desarrollo de verdad, es decir, un saber que todo sujeto trae consigo a la hora de emprender una cura psicoanalítica, y en algunos casos esta “verdad” se puede presentar con una queja dirigida hacia un otro. Será fundamental por lo tanto, que en este trabajo previo, durante las entrevistas preliminares, se logre producir una inversión (gracias al lugar y la intervención del profesional) que posibilite que el sujeto pueda replantearse sobre ese lugar que él mismo se posiciona. Por eso, las entrevistas preliminares serán fundamentales en la medida en que a partir de los dichos del usuario, se pueda localizar el decir del sujeto y “(...) cuestionar la posición que toma aquel que habla con relación a sus propios dichos” (Miller, 2006, p. 39)

5.1.c. El consumo de sustancias y su relación con Ley de Salud Mental.

Si nos remitimos a la Ley de Salud Mental N°. 26657 encontraremos que las adicciones deben abordarse como parte integrante de las políticas de salud mental. En este sentido, teniendo en consideración esta Ley y las explicaciones proporcionadas por algunos de los profesionales, podemos comprender a los consumos de sustancias como una sintomatología dentro del amplio campo de la salud mental. Si bien hay cuestiones que tendrán que ver con la particularidad de cada sujeto y su

relación singular con la sustancia, dentro del campo de la salud mental, este no aparece como una enfermedad, ni una patología, sino que a partir de esta Ley se la encuadra en otro paradigma.

Por lo tanto, la Ley inaugura un cambio de mirada acerca de esta problemática, en tanto implica otro discurso que ya no es el médico hegemónico, sino el de los derechos humanos y la interdisciplina. Desde esta postura, Julia dice lo siguiente: *“Partamos desde que el consumo problemático lo entendemos desde nuestra institución como uno de los tantos problemas de salud mental”*. Agregando seguidamente que *“(…) nos corremos un poco de esa mirada del abstencionismo y las adicciones, para pensar el consumo como algo que puede transformarse en problemático y que en la base siempre hay alguna necesidad psíquica desatendida”*.

En la actualidad, se disputan principalmente dos modelos. Por un lado, el abstencionismo y por el otro el de la reducción de riesgo y daños. Teniendo en cuenta el primer modelo, más prohibicionista, pone el énfasis en el objeto, es decir en la sustancia como causa del consumo. En muchas instituciones y comunidades donde abordan los consumos problemáticos desde esta mirada, la abstinencia y la supresión del consumo pasan a formar parte del comienzo del tratamiento, el punto de partida y el primer objetivo a lograr. Esto resulta fundamental comprender, en tanto desde el lugar en que nos paremos y la mirada que tengamos impactará sobre el tipo de tratamiento que se propondrá y el modelo de abordaje (con sus consecuentes inconvenientes o dificultades).

En cuanto al segundo modelo de reducción de riesgo y daños, surge como alternativa al modelo abstencionista, teniendo como una de las características más importantes, disminuir los riesgos asociados al consumo, es decir, no será una condición de que el sujeto deje de consumir para comenzar un tratamiento. Próximos a los principios de este paradigma, se centran los profesionales entrevistados y desde esta mirada podemos comprender las palabras de Laura, en tanto relata lo siguiente: *“Algunos siguen consumiendo pero tratamos de hablar de la regulación del consumo para que ellos puedan seguir su vida sin tener grandes dificultades. Hasta que el objetivo último pueda llegar a ser, por propia iniciativa, dejar de consumir”*.

Cabe aclarar en relación a dicho enunciado, que algunos de los profesionales, si bien relatan que los objetivos del tratamiento van a tener que ver con la demanda que el usuario formule y con lo que se vaya delineando en el transcurso del análisis, hay en los psicólogos preconceptos, ideas y sentimientos (tanto explícitos o implícitos) con relación al tema de que el sujeto en algún momento pueda dejar de consumir. Estos sentimientos e ideas del analista en la relación con el usuario, posiblemente traigan efectos o consecuencias en los tratamientos que será necesario, según los profesionales, estar atentos y reflexionar sobre los mismos.

Julia nos invita a pensar sobre un desafío particular con respecto a los objetivos del tratamiento para los profesionales de la salud mental y dice lo siguiente:

Eso históricamente en las instituciones que trabajaron en adicciones, era el principal objetivo, la persona deje de consumir y pasar a animarnos a pensar que eso puede no pasar. Me parece que es un gran desafío para todos los profesionales de salud mental. Y seguir laburando pensando en que eso puede no pasar, la persona puede no dejar pero aun así, encontrarse con salud mental y creo que eso está un poco todavía medio lento para los que trabajamos en esta temática.

Por ende, los objetivos los ira planteando el paciente de acuerdo a la construcción de su demanda y de las necesidades que van surgiendo en el momento y en la situación particular por la que está atravesando tanto en su vida, como en el tratamiento. Para esto, será necesario correrse del lugar de que el profesional sabe sobre lo que le conviene al paciente. Es el paciente el que porta el saber acerca de sus síntomas y gracias al tratamiento analítico, sostenido en un dispositivo donde aparece la escucha y el vínculo con el otro, podrá comenzar a ser más consciente acerca de ese saber desconocido por el sujeto. Por lo tanto, esta posición de abstinencia de parte del analista, irá posibilitando la construcción del sujeto supuesto saber, necesario para la elaboración transferencial.

El Sujeto supuesto Saber no se constituye a partir del saber sino que se constituye a partir de la ignorancia. A partir de esa posición el analista puede decir, o hacer entender, que no sabemos con anterioridad lo que el paciente quiere decir, pero suponemos que quiere decir otra cosa. (Miller, 2006, p. 33)

Por lo tanto, podríamos pensar que el analista puede “dirigir la cura” pero lo que no puede dirigir es al usuario. En este caso, gracias a la introducción del sujeto supuesto saber, el paciente no solo dirigirá un supuesto saber concedido al analista, sino que lo posicionara en un determinado lugar. “(...) el Otro tiene un poder y que el analista, en tanto ocupa ese lugar, debe prescindir de hacer uso de ese poder en el sentido de dirigir a la gente” (Naparstek, 2005, p. 129)

Por las representaciones de algunos profesionales y teniendo en cuenta la cita de Julia explicada anteriormente, podemos observar que durante muchos años y aún hoy en día, la manera de abordar la problemática de los consumos fue a través de la abstinencia por parte del usuario. Donde los profesionales y las instituciones suponían y consideraban que la mejor manera y lo más beneficioso para el sujeto y el tratamiento, era la supresión del consumo. Es por eso, que la entrevistada explica que hay un cambio que se quiere producir, poniendo el acento sobre el sujeto, más allá de la droga o sustancia que consuma. Y si bien, los entrevistados ya no coincidan con estas formas y manera de abordar la problemática, se pudo observar en sus dichos que todavía sigue operando estas representaciones más antiguas que posiblemente repercutan en las intervenciones y el trabajo que actualmente realizan.

En cuanto al cambio en los objetivos del tratamiento, donde el acento pasa a estar puesto en el sujeto, Jimena explica lo siguiente:

El modo en que yo entiendo los consumos, tiene que ver con una lógica donde el consumo no es ni una enfermedad, ni patología, sino que es como una presentación subjetiva que tiene el paciente como puede ser otra, y que hay que tratar de correr el foco de esa sustancia, que está siendo un objeto concreto, en el cual se está vinculando el paciente de una manera diferente, para que aparezca algo del sujeto. Que pueda hablar algo de su padecimiento, de lo que le pasa, de lo que hay detrás, como si la sustancia fuese un velo a correr para que allí aparezca el sujeto con su padecimiento.

Por lo tanto, será fundamental para la elaboración transferencial que los objetivos de los tratamientos terapéuticos apunten a desanudar aquellas cuestiones que estén cortadas e interrumpidas en la vida del usuario y que gracias al proceso analítico vaya descubriendo y modificando; pero en la medida en que desde las primeras entrevistas, se abran espacios de escucha, donde la posición y las intervenciones del profesional posibiliten a que aparezca el sujeto, más allá de la sustancia que consuma.

Para cerrar esta idea, me gustaría desarrollar un caso comentado por la entrevistada Clara acerca de la reducción del consumo. Ella, ilustra a través de un pequeño fragmento de un caso, como el usuario, sostenido por la relación transferencial, logró disminuir su consumo. Gracias a sus palabras, podemos observar que la sustancia en sí, no cumple un papel central en el trabajo clínico. Evidentemente, esta característica no se puede ignorar y también se debe trabajar, ya que tiene un efecto real sobre el cuerpo y los lazos sociales, pero lo que más interesa es el efecto subjetivo que tiene la práctica del consumo para cada uno y que muchas veces se presenta como un velo que es necesario correr para trabajar lo que hay detrás.

A ver te voy a contar un caso de acá. De un usuario que tiene 70 y pico de años. Dos hijas mujeres, un hijo varón. Consumo de alcohol más que nada. Y él, del minuto cero transferencia con el espacio digamos, más que nada conmigo, que estábamos con una colega. Pero lo tomo yo. Y era un paciente que viene todos los jueves, no falta nunca, se viene en colectivo. ¿Dejo de consumir? No. Sí, redujo. Pero él, acá trabaja un montón de cosas, trabaja los duelos, el vínculo con sus hijas, con su ex pareja. El vino muy atravesado por un duelo, muy angustiado. Entonces para mí el consumo paso a un segundo plano. ¿Qué era lo que a mí me movilizaba del caso? Era la depresión o la angustia con la que él venía. El problema no era el consumo, era la tristeza. Esa tristeza en la que él estaba sumido digamos. ¿El dejo de consumir? No. Sí redujo, ha hecho algunas modificaciones, pero ha trabajado otras cosas. El foco no es el consumo. (Clara)

Si bien en esta investigación, no nos detendremos sobre la importante relación que puede haber entre el consumo de sustancias y la depresión, expongo para finalizar este apartado, una reflexión de Le Poulichet, acerca de estos términos: “(...) ciertos toxicómanos viven un estado depresivo antes de que aparezca su dispositivo de adicción; este último constituye un medio de salir

del vacío o, más bien, de encontrarle una nueva configuración” (p.140). Además la autora, relata que este vacío es lo que se teme cuando se insinúa una detención en el consumo y cuando esta detención se lleva a cabo, muchas de las personas engendran períodos muy depresivos.

Se ha observado a partir de la información proporcionada durante las entrevistas y por la lectura de diversos autores, que algunas veces, en estos períodos donde surge angustia o hay una detención del consumo, las personas realizan un pedido de tratamiento, es decir, recurren a un profesional. Pero cuando este pedido y demanda no están, se presentan diversos obstáculos que analizaremos a continuación.

5.2. Obstáculos Clínicos en las primeras entrevistas.

Como nombramos anteriormente, muchas de las personas concurren a la institución por el pedido de tratamiento por parte de otro y no por iniciativa propia. Esto, según el análisis de las representaciones de los psicólogos, puede generar dificultades en la iniciación de un tratamiento y en la elaboración transferencial. En relación a lo explicado, Lucrecia comenta que algo que se reitera en la institución, es lo siguiente: *“(...) es la llegada de las personas por orden o pedido de otras personas, familiares, pareja, justicia. Cuando falta la demanda del sujeto que concurre por ahí suele ser una complicación.”*

En relación a los primeros encuentros, la mayoría de los entrevistados consideró que la falta de demanda propia del usuario, la obligatoriedad con la que concurren en los casos judiciales, las dificultades en cuanto a poder poner en palabras lo que les pasa, genera muchas veces, dificultades y obstáculos para el inicio del tratamiento. Julia refiriéndose a estos obstáculos con lo que se encuentra en las primeras entrevistas, explica que *“En general a la hora de trabajar esta problemática son las inasistencias, la no adherencia a un posible tratamiento, por ende la falta de demanda, la obligatoriedad con la que a veces acuden en casos judiciales.”*

Según los profesionales, resulta complejo que el sujeto desde este lugar, ya sea porque se siente obligado o exigido por otros, pueda comenzar a hablar y sobre todo, a relatar acerca de su sufrimiento; y como dice Jimena, *“(...) desde ahí es muy poco lo que se pone en juego, de la responsabilidad subjetiva o desde lo que les pasa con respecto al consumo.”* Por lo tanto, será necesario en algunos casos realizar, como nombramos anteriormente, un trabajo preliminar para que la persona pueda implicarse subjetivamente. ¿Qué cambios son necesarios que se produzcan en las primeras entrevistas, para poder iniciar un análisis?

Que el sujeto pueda asistir a las primeras entrevistas, no significará que haya una entrada en análisis. Para esto último, serán necesarias varias condiciones que iremos examinando a continuación. Pero antes, resulta necesario diferenciar las entrevistas preliminares de la entrada en análisis. En lo que respecta a las entrevistas, Freud desarrolló que debe haber un tiempo necesario, un ensayo, un sondeo a fin de conocer el caso y decidir si es apto para el psicoanálisis (en esa época, muchas de las personas que hoy si reciben tratamiento, no eran indicados ya que no soportaban la técnica psicoanalítica). Será Lacan, J. quien las definirá como entrevistas preliminares. Por lo tanto, estas entrevistas son un principio de la práctica psicoanalítica, necesarias para poder realizar, como explica Miller, J. A. (2006) un diagnóstico preliminar (respecto de la estructura clínica) como también, para que el analista pueda saber si autorizar o no la demanda de análisis.

Miller, J. A. (2006) en “Introducción al método psicoanalítico” comenta que lo primordial en la experiencia analítica, es la demanda del usuario de ser admitido como paciente. En nuestra investigación observamos que al comienzo, en algunos casos, el pedido de tratamiento es realizado a

través de un familiar, de la pareja, una institución y en otros casos, por el propio sujeto. Este pedido se puede realizar tanto a partir del primer encuentro, como de la primera llamada telefónica, pero será necesario a través del trabajo de las entrevistas preliminares, construir una demanda de análisis.

Demandas pueden haber muchas, pero según Miller, hay una que es fundamental, es la de querer ser admitido. Según el autor, en el momento en que se presenta esta demanda, es necesario que el analista se demore en autorizarla y avalarla, como también, en iniciar el proceso de análisis. En este sentido explica lo siguiente: “No vamos a autorizar, en el comienzo, esta demanda (...). Hay en esa demanda, un *wunsch*, un voto, y no hay garantías de cómo se transformará eso durante el análisis.” (2006, p. 17)

A veces sucede que esta primera demanda resulta no ser tan clara o está apuntalada por otra más profunda. Una primera demanda por parte del usuario podría ser, el querer cambiar algún aspecto de su vida, dejar de consumir determinada sustancia o decir que asiste por el pedido de un familiar. Será gracias al trabajo en las primeras entrevistas donde se irán desanudando aquellos significantes escondidos detrás de estos dichos, que permita la introducción del inconsciente, con la consecuente división subjetiva. Es por esto que Le Poulichet, S. explica que “Es sin duda en el momento de las primeras entrevistas con el analista cuando se puede disponer o elaborar el lugar propio de la demanda, lo que constituye el tiempo necesario para la reapropiación y la subjetivación de esta última.” (1990, p. 158).

Si bien, el pedido y la obligación de parte de otros de iniciar un tratamiento, podría resultar un obstáculo que será necesario sortear y trabajar para que el sujeto logre construir una demanda de análisis e implicarse subjetivamente; ¿puede suceder que la “orden” de otro de tratarse, favorezca el acercamiento del sujeto a la institución, para que a partir de allí, logre realizar algunos movimientos que hagan posible el inicio de un tratamiento?

Si observamos los casos estudiados y trabajados por Freud, como el de la “joven homosexual” y el “caso Dora”, veremos que el pedido de tratamiento surge de los padres de ambas pacientes. Si bien, en ambos casos, no hay relación con los consumos problemáticos de sustancias, observamos que en otras problemáticas también se pone en juego las mismas dificultades, tanto en el inicio como en el trascurso del tratamiento, pero no por ello, no se logra un establecimiento transferencial y el comienzo de un análisis. Será gracias al trabajo en las entrevistas preliminares y las intervenciones realizadas por el profesional donde se podrá, en algunos casos, establecer una relación transferencial. Según lo expuesto, Lucrecia relata lo siguiente: “*Lo de la obligatoriedad hace que, aparte no le importa estar ahí, y si no le importa ya arrancamos mal, no digo que no sea posible establecer con el tiempo un vínculo terapéutico, una situación transferencial ahí.*” Más adelante en su relato comenta que “*(...) en algún momento la cosa puede cambiar, puede revertir, por más que lo que lo haya traído acá sea la obligatoriedad, en algún momento eso se puede modificar.*”

Otras de las dificultades y obstáculos en el inicio de una cura que manifiestan algunos de los profesionales en las entrevistas, es cuando las personas que asisten a la institución, solo hablan o se quejan sobre el consumo. En este sentido Jimena dice, *“Pero otra dificultad muchas veces es hablar solo del consumo o venir a rendirte cuenta del consumo”*. Según los profesionales, está bien conocer que paso en su vida, cuando comenzó, porque consume una sustancia y no otra, pero insisten en la necesidad de correr el objeto de consumo que se presenta como un velo para ver qué hay detrás. Y Jimena agrega que *“a veces eso pasa otras veces no. No es tan sencillo”*. Estas frases llevan a interrogarme acerca de lo siguiente: ¿Serán del orden de las resistencias que operan en el sujeto, lo que incidiría como dificultad para trabajar lo que está latente y detrás de ese consumo?, ¿será por la angustia que emerge, cuando se aparta o se detiene el consumo?

Le Poulichet, nos habla que una cura no puede emprenderse con sujetos que vengan solo a quejarse de su toxicomanía. “Si un sujeto formula una demanda de cura analítica (...), ello no puede ser solo en nombre de la toxicomanía, es decir, del concepto que otros han creado para él y que se presenta bajo la forma de un saber sobre la droga” (1990, p. 158). Será durante las entrevistas preliminares y en el transcurso del tratamiento, cuando el usuario pueda construir o disponer de una demanda, que posibilite el surgimiento de un saber más allá de la sustancia, lo que permitirá además, la entrada en análisis y el establecimiento transferencial.

Miller en el libro “Clínica bajo transferencia” explica que la entrada en análisis, se da por la vía del síntoma y que los únicos efectos clínicos típicos que caracterizan la entrada y por los que los analistas se guían, son los que conciernen al síntoma. Pero, según el análisis de las representaciones de los profesionales, muchos de los usuarios no llegan con un síntoma construido o a veces, es un síntoma para los demás, pero el usuario no lo percibe así. Será por lo tanto, una de las características del primer tiempo del tratamiento, que ese síntoma se vaya conformando, que el sujeto lo pueda comenzar a percibir como algo extraño en su vida, que puede portar un saber desconocido por él. En la medida en que pueda comenzar a aparecer como un enigma o una pregunta para el sujeto, será cuando se dé la posibilidad que se le articule una demanda a quien se le supone un saber. Esto se ve reflejado por ejemplo en preguntas como, ¿por qué justo ahora me está pasando esto?, ¿por qué cada vez que quiero viajar me descompongo?, etc. El ¿Por qué? remite a la idea de que hay un saber, que hay una razón, es decir, un mensaje oculto.

En cuanto a la entrada en análisis, Miller, J. A. (1985) expone lo siguiente: “Lo más frecuente es que la entrada en análisis sea una conmoción de la rutina en la que se mantiene la realidad cotidiana del sujeto (...).” (p. 6) Según el autor, esto puede revestir una forma que resulta traumática en algunos casos; dando como ejemplos: el descubrimiento de un goce que hasta ese momento era desconocido por el sujeto, el encuentro con un deseo que traspasa sus límites habituales, la dificultad de una carrera profesional o la irrupción de una muerte que el sujeto no solía tomarla en cuenta hasta ese momento.

5.2.a. La familia y otras instituciones ¿implican un apoyo u obstáculos en los inicios y durante el tratamiento?

La mayoría de los profesionales entrevistados consideró que el acompañamiento de un familiar, un referente afectivo o el apoyo de otras instituciones en el abordaje de los consumo problemático, en algunos casos resulta importante; en tanto, la participación de los mismos implique un apoyo y no, como también puede suceder, un obstáculo. Sin embargo, resulta necesario marcar que los entrevistados no trabajan desde la misma corriente psicológica, por lo tanto, la participación que pueda tener el familiar u otras instituciones van depender a su vez, del enfoque y el trabajo que realice cada uno de los psicólogos, teniendo también en consideración, algunas reglas y pautas institucionales que deben considerar.

Además, las estrategias que utilizan los profesionales están pensadas, no solo dentro de la institución donde trabajan, sino también, algunas veces es necesario considerar estrategias en red; ya sea, en el hogar del usuario, en el barrio, con los centros de salud, etc. Con respecto a esto Julia relata que *“De esto no se sale solo, asique cuanto más funcional, más saludable, sea su red, siempre es re importante. Trabajar con otros, que la persona cuente con otros (...)”*.

¿En qué situaciones podría resultar importante el apoyo de otros actores en los tratamientos de los consumos de sustancias? Con respecto a este interrogante, es pertinente exponer las palabras de Lucrecia que dice lo siguiente:

Me parece fundamental el apoyo de vínculos, ya sea, de familiares, amigos. Hay situaciones que por ahí son más complejas por el nivel de consumo, por el compromiso que tiene la persona con la patología, que es necesario que haya un apoyo familiar, porque por ahí las personas solas no pueden, entonces en ese punto sí. A veces, se necesita de otra institución en el caso de una desintoxicación, o de que la persona esté tan tomada por el consumo que haya que si o si hacer un corte, con una supervisión constante y bueno ahí, se necesita más que el apoyo familiar o de amigos y ahí es necesaria la intervención de otra institución.

Un tema que apareció de forma regular en las entrevistas y que puede deducirse de la cita, fue sobre aquellos usuarios que necesitan de una internación, ya sea en hospitales o comunidades, pero este aspecto lo retomaremos más adelante, cuando abordemos también lo referente a las derivaciones. Lo que aquí quisiera exponer, es que en el abordaje de los consumos y al trabajar en una institución pública, en algunos casos es necesario, modificar y pensar nuevas estrategias de acuerdo a las características particulares del usuario.

Según Le Poulichet (1990), es necesario que el analista pueda modificar su práctica, no solo en el modo de sus intervenciones, sino ajustando y teniendo en consideración otros aspectos, sobre todo en las primeras entrevistas. Por ejemplo, conducir (en algunos casos que resulte necesario) ese trabajo preliminar con el apoyo de algún familiar o una institución. Pero según los entrevistados, para

llevar a cabo ese trabajo, resulta fundamental que las estrategias e intervenciones que se planteen con otros (sea familiar, institucional, etc.), estén pensadas estratégicamente para el sujeto y no para el beneficio o las ganancias de otros. Es decir, que no respondan a las demandas o logros, por ejemplo de los familiares o en los casos judiciales, sino que sean estrategias pensadas en y para el sujeto. Freud, S. (1991) en “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico” expone un consejo al analista (dentro de muchos otros) que aquí es necesario remarcar y dice lo siguiente: “Hay una tendencia efectiva peligrosísima: la ambición de obtener, con su nuevo y tan atacado instrumento, un logro convincente para los demás” (p. 114)

Como explica Fernando, puede suceder que el apoyo o el interés (en algunos casos expresado de manera manifiesta y otras no) por parte de otros, tiene que ver con no querer responsabilizarse en el acompañamiento y solicitan que se realice una derivación o internación. Al respecto explica lo siguiente:

Luego están los casos donde el interés que hay por esa mejoría, tanto institucional, como de esa familia tiran para el lado del descarte, de sacamelo de encima (...) ahora en caso en donde venimos acá para que se interne o de patearlo de algunos lugares y sí, ahí como mínimo no aporta nada.

Para finalizar, quisiera remarcar que aunque la mayoría de los profesionales considera que en algunos casos resulta fundamental el acompañamiento de otros en el tratamiento del usuario; algunas veces, esta compañía termina interfiriendo en dicho tratamiento y aparece como un obstáculo o dificultad en el inicio o progreso de la cura. A veces, cuando es el familiar quien lleva al usuario producto de muchísimas tensiones que se han generado, desde la institución Huella le ofrecen un espacio, un dispositivo, donde pueden concurrir los referentes afectivos. Si bien, no nos detendremos en los objetivos de este dispositivo, dejo a modo de interrogación: ¿el trabajo con los referentes afectivos, posibilitará que el acompañamiento al usuario resulte, más bien un apoyo y no una dificultad para el tratamiento?

Además del lugar que se le pueda brindar a los referentes afectivos resulta necesario, según algunos profesionales, realizar un diagnóstico previo y evaluar qué tipo de participación podrá ayudar en el tratamiento del sujeto. Al respecto Francisco dice lo siguiente:

A veces, es una participación más bien intrusiva, más cuido que otras cosas, siempre hay que evaluar bien la participación de un familiar, hay que hacer un buen diagnóstico previo para que cuando uno confeccione el dispositivo, eso por lo general lo hacemos en la reunión de equipo técnico, poder afinar la puntería y no terminar construyendo un dispositivo ineficaz.

Si bien, los términos “dispositivo” e “ineficaz” podrían resultar conceptos cuestionables e importantes para reflexionar, sobre todo si tenemos en cuenta cual es la eficacia que se busca en un tratamiento y si esta “eficacia” podría ser posible gracias a un diagnóstico previo; lo cierto es que

resulta necesario en la construcción de este dispositivo, pensar o evaluar que función estratégica tendrá o con que fines se implementará. Los efectos que produzca posiblemente se verán a posteriori y será, por lo tanto, necesario volver a trabajarlos en el transcurso del tratamiento.

Pérez, J. F (2005) realiza una reflexión acerca de la eficacia en psicoanálisis que resulta muy enriquecedora, donde propone (que a diferencia de la noción que proviene del capitalismo, donde se busca resultados previstos, en el menor tiempo posible y con la mayor economía de medios) los conceptos de espera, neutralidad y kairós, como elementos necesarios. Y al respecto dice lo siguiente:

Con ello, ¿qué elementos emergen al considerar la noción de eficacia en función de la práctica analítica? Resulta claro que espera, neutralidad (...) y kairós son así solidarios, cuando de lo que se trata en verdad es de permitir que advenga como efecto el mejor resultado. Y se establece de esta manera que éste no se halla entonces definido por un saber previsto de antemano, ni por la prisa, ni por ninguna economía de medios, sino por la singularidad de aquello que está en juego, singularidad que sólo el proceso puede develar.(p.3)

5.3. El que hacer del analista y sus intervenciones.

¿Qué hace un psicólogo? Escucha las palabras del consultante y con esas mismas palabras ayuda a construir algo diferente a medida que va descubriendo que es lo que va diciendo. El psicoanálisis mismo digamos, va destrabando cuestiones que van surgiendo en la asociación libre del paciente, entonces es lo que hace un psicólogo cuando se encuentra con un sujeto, más allá de esta institución. (Laura)

Si nos remitimos a las palabras de Laura, encontramos la importancia que puede tener la asociación libre. Este método de la técnica psicoanalítica propuesta por Freud, se basa en que el paciente pueda expresar todo lo que le venga a la mente, tal como se le va presentando sin hacer restricción o selección de los pensamientos, imágenes, emociones, etc. aunque al paciente le parezca incoherente o que considere que no tiene importancia. Esta regla, contribuye a que afloren representaciones inconscientes de parte del sujeto. Y del lado del analista, Freud, S. (1991) propone explícitamente en “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico”, la atención flotante, donde el analista debe procurar atenerse a esta técnica y no privilegiar en su escucha ningún elemento particular del analizaste. Por lo tanto, la atención flotante también podría suponer por parte del psicólogo, la supresión momentánea de prejuicios que el analista pueda tener. Pero acerca de esto, nos detendremos cuando hablemos acerca de la contratransferencia.

¿Al trabajar en el ámbito de los consumos problemáticos de sustancias, que cambios podrían haber en cuanto al método o la técnica propuesta por Freud? A continuación expondremos algunas reflexiones y representaciones de los profesionales en torno a este interrogante.

Por un lado, es propicio comprender que los psicólogos entrevistados consideran que al trabajar en una institución pública y gratuita, donde hay necesidades básicas de los usuarios que no están “resueltas”, en algunos casos, el encuadre debe flexibilizarse. También pueden haber modificaciones, en tanto se trabaja con otras instituciones (hospitales, centro de salud, juzgados, etc.), con los familiares, con el equipo interdisciplinario y adaptándose a las normativas institucionales. Al respecto Julia relata lo siguiente: *“Al ser una institución nosotros adaptamos nuestro trabajo a las normativas institucionales y lo vamos también construyendo en equipo, eso también se va hablando.”*

Según los profesionales, también pueden haber modificaciones en los espacios psicológicos individuales (considerando los obstáculos nombrados en el apartado anterior) pero esta flexibilización estará pensada de acuerdo a las particularidades del sujeto, teniendo en cuenta que el encuadre es lo que muchas veces, ordena el encuentro. Por lo tanto, todo cambio que se produzca debe ser pensado estratégica y terapéuticamente por el motivo y el caso en particular. Por ende, Francisco comenta que *“(…) hay pacientes que si se les modifica demasiado los horarios de atención se terminan desordenando y se desligan del tratamiento. Depende de cada sujeto, hay que ver bien como, a*

quién.” A continuación veremos qué aspectos pueden resultar necesarios modificar o adaptar para una posible elaboración transferencial.

Por las particularidades y características propias que pueden llegar a existir en las toxicomanías, muchas veces, estas no se ajustan o articulan con los principios del dispositivo analítico. Según Le Poulichet, cuando se trata de un espacio donde prima la palabra pueden generarse en algunos casos, una forma de pánico y/o angustia que suscita por parte del usuario tentativas de desafiar el encuadre y de oponerse a la regla fundamental, es decir, a la asociación libre; por lo tanto el dispositivo de análisis se encuentra, algunas veces, forzado a cambiar.

Según Laura: *“Los encuadres tienen que ser necesariamente más flexibles para poder seguir sosteniendo estas personas que suelen faltar”*. Por lo tanto, conservar el espacio aunque el usuario no haya asistido a algunos encuentros, al igual que las llamadas telefónicas, pueden ser una herramienta importante que posibilite a la persona asistir a las primeras entrevistas, para luego conformar un espacio, donde poco a poco, pueda ir estableciéndose una relación transferencial. En otros casos, como por ejemplo, cuando el usuario llega demasiado tarde a la entrevista, igualmente se lo escucha. Debido a ello, Julia expone lo siguiente: *“Si bien no se sostiene una entrevista, con todo el tiempo necesario pero al menos se escucha el motivo de su demora, ya que llegó, creo que siempre es importante. Aun así, hay que prestar atención a esa demora.”*

Por consiguiente, las demoras que pueden tener los usuarios para llegar a las entrevistas, las ausencias, el haber consumido antes de ingresar a la sesión, etc. podrían leerse como actúares e intentos de poner a prueba los límites del dispositivo analítico, como también del analista. Le Poulichet explica, en cuanto a la dificultad para establecer en algunos casos la transferencia, lo siguiente: *“El analista incita el advenimiento de los decires que hacen aparecer al sujeto, pero en este caso son actúares los que más a menudo se presentan en la escena analítica.”*(1990, p. 171).

Por lo tanto, los actúares que exteriorizan los usuarios ¿podríamos leerlos en relación a lo que Lacan nombró como *acting out*?, ¿pueden constituir una destinación al analista y pertenecer a una elaboración transferencial? Si nos atenemos a lo explicado por Lacan, J., el *acting out*, es algo en la conducta del sujeto que se muestra, hay una orientación hacia el Otro. Según el autor, es un síntoma, que también se muestra como lo distinto que es y dice lo siguiente: *“Como ustedes saben el síntoma no puede ser interpretado directamente, se necesita la transferencia, o sea, la introducción del Otro.”* (2015, p. 139), y seguidamente explica que se diferencian ambos, en tanto el síntoma no llama a la interpretación como el *acting out*.

Es por eso que algunos de los actúares que exhiben los usuarios durante el tratamiento, podrían leerse como mensajes dirigidos al psicólogo. Lacan, J. al respecto dice lo siguiente: *“(…) Un acting out, por lo tanto se dirige al Otro, y si está en análisis se dirige al analista”* (2015, p. 141). El autor, toma al *acting out* como el esbozo de la transferencia, como una transferencia salvaje que será necesario domesticar. Así, el lugar que ocupe el analista y las intervenciones que realice ante estos

actuales, serán esenciales para lograr el establecimiento transferencial. Que el analista pueda interpretarlo, prohibirlo o conducir al sujeto a una identificación, tendrá por lo tanto, sus consecuencias y resultados para el progreso de la cura.

Si tenemos en consideración los fundamentos del psicoanálisis, sabemos que la neutralidad y abstinencia por parte del analista son esenciales como respuesta al fenómeno transferencial, como también, para el establecimiento del dispositivo de la cura. Que el analista termine situándose en una posición de prohibir o prescribir algo al usuario, posiblemente traiga en algunos casos, desafíos difíciles de superar. Por lo tanto, el trabajo que pueda realizar el paciente, como también el analista, serán fundamentales para la instalación de la transferencial. Es decir, será necesario un auténtico trabajo de elaboración por parte de ambos.

5.3.a. Intervenciones del analista en la elaboración transferencial.

Desde el psicoanálisis podríamos pensar que no hay normas o procedimientos seguros que nos dirían que hacer en cada ocasión y circunstancia. Sino que tiene que ver, con un trabajo más artesanal, de un saber hacer allí en cada caso particular. Por lo tanto, las intervenciones que se realicen dependerán de la singularidad de cada situación y en cada momento específico. Freud, S., en “Sobre la iniciación del tratamiento”, explica algunas reglas que no las exhibe como obligatorias, por eso las presenta como consejos para el uso del analista en los inicios de la cura. Al respecto dice lo siguiente: “La extraordinaria diversidad de las constelaciones psíquicas intervinientes, la plasticidad de todos los procesos anímicos y la riqueza de los factores determinantes se oponen, por cierto, a una mecanización de la técnica (...)”. (1991, p. 125). Y agrega a continuación que un proceder de ordinario legítimo no produzca efectos, mientras que otro considerado erróneo lleve a veces a la meta.

Según los entrevistados, hay intervenciones que se realizan en los primeros encuentros (cuando la persona se acerca a la institución y aún antes) y otras intervenciones en donde ya se ha establecido la relación transferencial. Estas consideraciones, me hacen interrogar sobre lo siguiente: ¿Se interpreta en transferencia? o ¿podrán las intervenciones o interpretaciones incitar al establecimiento transferencial? A continuación, desarrollaremos algunas ideas en relación a estos interrogantes.

Si tenemos en cuenta los relatos de los profesionales, ellos explican que las intervenciones siempre van a partir desde la escucha. Todas serán adecuadas a cada caso en particular teniendo en cuenta la singularidad, pero muchas de ellas y sobre todo al comienzo, estarán pensadas en conjunto con otros profesionales.

El usuario cuando llega a esta institución en particular (es decir, al centro Huella, que es uno de los ámbitos de abordaje donde desempeñan su trabajo los entrevistados) es atendido por profesionales de diversas disciplinas que se encuentran en ese momento en el Dispositivo de

Recepción de Demanda. Luego de algunas entrevistas realizadas, se habla en el equipo interdisciplinario acerca de los modos de abordaje y tratamiento que esa persona en particular pueda abordar. Entre ellas, a veces consideran necesaria una interconsulta con el psiquiatra. Otras, entendiendo las particularidades del caso, piensan en una terapia individual o grupal. Todas estas, constituyen diferentes intervenciones que se dan, a través del diálogo y el trabajo interdisciplinario, junto con la escucha del usuario.

También, en algunos casos, se piensa sobre los posibles talleres a los que el usuario podría asistir. Por lo tanto, muchas de las intervenciones serán necesarias pensarlas de manera grupal, a través de diversas miradas, enfoques y disciplinas. Como marca Benedetti (2015), es importante teniendo en cuenta la Ley de Salud Mental y las transformaciones en la subjetividad de hoy, revisar los modelos de intervención clínica en salud mental y particularmente, en el consumo problemático. Entendiendo que el diseño y la implementación de las intervenciones exigirá una lectura interdisciplinaria de los sujetos y de su padecimiento.

Además, es esencial tener en consideración que los profesionales entrevistados tienen diversos modos de abordaje y de acuerdo a la corriente psicológica donde estén posicionados intervendrán de una manera en particular. Pero, todas sus intervenciones apuntan a que pueda aparecer el sujeto y su particularidad. Por eso, como explica Naparstek, F. es necesario saber por ejemplo, por qué y para qué, mandan al usuario a determinado taller o a un grupo. Según el autor, si bien pueden resultar necesarios estos dispositivos, resulta importante entender bajo qué lógica el usuario asiste a esos lugares y que es lo que se trata de lograr con su participación allí.

Según la información recolectada en las entrevistas, en algunos casos también es necesario a modo de intervención, poder acercarse al barrio, a la residencia de la persona o consultar con el centro de salud o el hospital, donde la misma asiste. Muchas veces, se arma una red, no solo con diferentes profesionales, sino también desde diversas instituciones. Mayor sea la complejidad de la situación por la cual la persona este transitando, mayor va a ser la cantidad de actores o instituciones involucradas. En este sentido Laura explica, en relación a las intervenciones que:

En muchos casos se piensa ir hasta domicilio, en muchos casos trabajando en red con otros profesionales de otras instituciones, de otros organismos, para poder bueno pensar y construir en equipo, de manera interdisciplinaria, interinstitucional, cual es la mejor estrategia en ese momento y que es lo que se tiene que ir rediseñando todo el tiempo (...).

Estos acercamientos ya sea al barrio, el contacto con otras instituciones o las llamadas telefónicas con las personas o sus familiares, tienen como uno de los principales objetivos que los sujetos lleguen a la institución y sostengan los encuentros (ya sea en su terapia individual, grupal o a los talleres). Pero también, algo que han explicado los entrevistados, es que aun interviniendo, tanto fuera y dentro de la institución, con diversos actores y aplicando diferentes estrategias, el usuario puede concurrir algunas entrevistas pero luego dejar de asistir. Es por esto que Laura dice: “Puede

haber todo un equipo, de todas las disciplinas que puedan existir, sin embargo cuando no hay una real demanda, esto se cae y el paciente desaparece”.

Por lo tanto, será fundamental que si el usuario ya ha entablado algo del orden transferencial con algunos de los profesionales que se encuentra en el Dispositivo de Recepción de Demanda, pueda continuar con él, ya sea en el espacio de terapia individual o el espacio grupal. Esto favorecería, según los entrevistados, a que el usuario no abandone el contacto con el centro y el tratamiento. Teniendo en consideración lo explicado en este párrafo es que Clara y Laura relatan lo siguiente:

(...) a veces pasa que con mi compañera empezamos a conversar y decimos a donde lo podemos derivar, cual es el profesional que reúne algo de todo esto que el paciente demanda o a veces somos alguna de nosotras. Bueno listo, yo me lo auto derivo digamos, que es una práctica que está habilitada acá, por supuesto que no todo, pero en algunos casos. A mí me ha pasado, no muchos pero varios de los pacientes de los que yo sostengo acá, les he dado las primeras entrevistas y si hay algo que se movió de la transferencia que bueno yo los tomo y continúo con el proceso, está bueno. (Clara)

En este caso, es más, hice una excepción porque yo no tenía espacio en ese momento, pero le hice un espacio. Hay pacientes que realmente hay que agarrarlas fuerte, hay que sostenerlas y ver que si ya armo algo con los primeros que la escucharon continúe ahí. (Laura)

Por las causas antes mencionadas, el dispositivo analítico en muchos casos necesitará ser flexible y versátil. Desde hace años, el psicoanálisis se ha extendido a problemáticas como la psicosis, el psicoanálisis con niños, el trabajo con los consumos problemáticos de sustancias, entre otros; por lo tanto, requerirá en algunos casos, modificar o ampliar su campo de acción. Y esto también es válido para el profesional. Gracias al análisis de las representaciones, se ha observado que lejos de esa imagen de que el analista es alguien que solo escucha, asiente y devuelve la pregunta a quien consulta; el psicólogo implementa diversos modos de abordaje e intervenciones, sobre todo cuando surgen “dificultades” en las primeras entrevistas.

También, en algunos casos puede resultar indispensable para la elaboración transferencial que haya otro ahí no amenazante para el sujeto. En este sentido, Massimo Recalcati, expresa en su texto “La cuestión preliminar en la época del Otro que no existe” que para preparar el campo y las condiciones para que se haga efectiva una interpretación, sobre todo en los casos de los síntomas contemporáneos (como en el caso de las toxicomanías, bulimia, anorexia, depresión, etc.), es necesario producir preliminarmente una rectificación del Otro, antes que del sujeto. Esto significa encarnar como analista, otro diferente de aquello real que el sujeto ha encontrado en su historia.

Se trata ante todo de decir “sí” al sujeto, en consecuencia encarnar un Otro que sabe no excluir, no cancelar, no rechazar, no callarse, no obturar, no sofocar, no atormentar. Esta nueva configuración del Otro permite una nueva implicación del sujeto en un lazo posible con

el Otro. En este sentido, se puede afirmar que la rectificación del Otro tiene como finalidad implicar al sujeto, o bien en un lazo, o bien en una transferencia con el Otro. (2004, p. 6)

Teniendo en cuenta estas particularidades, donde muchas veces en el ámbito de los consumos problemáticos (como también puede suceder en otras esferas) falta la palabra del sujeto, resulta primordial que el analista encarne determinadas posiciones durante el tratamiento y sobre todo en las primeras entrevistas que permitan ir sembrando el terreno hacia una posible implicación del sujeto, facilitando el despliegue transferencial.

En relación a lo explicado, es que Francisco desarrolla un fragmento de un caso, donde nos ayuda a pensar que las intervenciones del psicólogo van a estar pensadas para cada situación en particular y en algunos casos estas maniobras, tendrán que ver con el tiempo, la espera y el sostén.

Me estoy acordando de un caso particularmente. El chico no necesitaba ni siquiera que lo escuche sino que este, que haya otro ahí, estuvimos casi 6 meses sin hablar. “Hola”, “chau”. Las sesiones no eran más cortas. Necesitaba que hubiera una presencia no amenazante con él en un espacio de tratamiento. En un momento pudimos empezar a conversar digamos muy rudimentariamente y ahí si fundamentalmente escucharlo. Cada caso plantea un encuadre diferente. Hay algunos pacientes que si vos te sentás a escuchar lo que dicen se desordenan, se angustian. Demandan alguna participación más consistente digamos. (Francisco)

Que el analista pueda encarnar Otro que sea diferente de aquel con el cual el sujeto se encontró en su historia, junto con la instauración de marcos que regulen o contengan podría dar, sobre todo en el primer tiempo del tratamiento, cierto grado de seguridad. Con respecto al encuadre, Sinatra, E., comenta lo siguiente:

(...) puede tranquilizar, calmar la angustia de una persona que está frente a otra sin que nada le diga, previamente, que es lo que tiene que hacer. Son ciertas reglas que -de alguna manera- van pautando el tiempo y el espacio de un modo organizado, y que permiten apaciguar -vamos a decirlo de este modo- la relación al Otro. (2004, pp. 21-22)

Algunas veces, que el usuario sepa que hay un espacio destinado para él, una institución u otro esperándolo, puede favorecer a que la persona sostenga los encuentros o vuelva a la institución. Por eso, poder comunicarle esto al sujeto, ya sea a través de llamadas telefónicas, resulta en algunos casos necesario para el acercamiento y la continuidad del tratamiento. Lucrecia al respecto dice lo siguiente:

Por ahí cuando son personas que (...) uno lee en las primeras entrevistas, que están sufriendo y que hay realmente una demanda por parte de ellos y de golpe dejan de venir, bueno por ahí revisar que paso que hizo que dejen de venir. Y después en convocarlos y decirles que bueno que acá hay un espacio donde se los está esperando, eso también me parece que ayuda al retorno del sujeto y saber que hay otro que bueno, que está esperando que llegue, que cuenta con su presencia, porque a veces lo que pasa en el consumo es que el gran Otro aparece

como difuso, no hay como algo que sostenga ahí y me parece que el tratamiento, la institución, como un espacio de sostén al menos ayuda.

Por eso será primordial, según los entrevistados, que desde las primeras entrevistas haya una escucha activa y respetuosa del otro. Un espacio o lugar que pueda comenzar a alojar a ese sujeto, desde la palabra, desde la escucha atenta; para que luego, en el avance del tratamiento se puedan ir pensando o preparando otras herramientas e intervenciones, que en algunos casos será en articulación con la familia, los amigos u otras instituciones. Lucrecia relata lo siguiente: *“Pero me parece que lo principal y con lo que contamos, es bueno con eso, con la escucha atenta, el alojar digamos al otro en esa primera llegada.”*

Pérez, Barboza. H. se plantea en su escrito algunos interrogantes importantes que están en relación a las estrategias planteadas por los entrevistados. En las reflexiones que expone, acerca de ¿qué hacer para que en los primeros encuentros, entre consultante y analista, pase algo que sirva como causa, para que el usuario quede interesado en proseguir con el trabajo iniciado?, propone “maniobras de alojamientos”. Respecto a ellas, comenta que “pueden ser diversas, puede mostrarse preocupado el analista por algo que el paciente relata. O bien hacer un lugar especial en su agenda para atenderlo aún fuera de su horario, haciéndoselo saber.” (2006, p. 57). Esto posibilitaría, en algunos casos, generar un lugar transferencial, que permita más adelante abordar el plano simbólico. Según Pérez, es importante descartar al comienzo la interpretación, pero si provocar la emergencia del sujeto.

¿Por qué al comienzo no se realizan interpretaciones?, ¿qué diferencias podrían existir con las intervenciones? Si bien ambas, son modos de acción y herramientas de parte del analista, de las cuales se vale en el tratamiento, hay particularidades que es preciso diferenciar. Lo que respecta a las intervenciones, ya hemos dado algunos ejemplos citados por los entrevistados, sobre todo cuando el usuario llega a la institución o en los primeros encuentros. Tanto en un espacio grupal, como individual, podríamos pensar a las intervenciones en su función de interrogación cumpliendo un papel central. Sinatra, E. explica que la función de la interrogación es esencial en las primeras entrevistas, ya que trata de que el usuario vaya localizando el valor de significación que le otorga a sus síntomas y vaya haciendo lo suyo con respecto a la localización transferencial. “Sitúa al sujeto en su función de representación, mientras se dirige al analista la suposición del saber necesaria para dar inicio al análisis” (2004, p. 28)

La escucha, las preguntas y las intervenciones serán fundamentales durante el análisis, pero el papel crucial para el psicoanálisis, será el ofrecimiento de interpretaciones. Estas, posibilitarían que el sujeto logre tomar conciencia de aspectos inconscientes o permitir que el analizante oiga el mensaje inconsciente que se está dirigiendo a sí mismo, es decir, permitirían descomponer el sentido. Lacan, J. respecto a la interpretación dice lo siguiente: “Tratándose del síntoma, está claro que la interpretación es posible, pero con una determinada condición añadida, a saber, que la transferencia este establecida.” (2015, p. 139).

Sinatra, E. retoma a Lacan y explica que también puede ocurrir que la interpretación sitúe a la transferencia. “Hay una función dialéctica de la interpretación bajo transferencia. Al interpretar se sitúa la transferencia y la transferencia se sitúa mediante la interpretación y el acto analítico”. (2004, p. 32). Por lo tanto, a veces la interpretación ayudará a situar la transferencia; pero dice Sinatra que para ello, debe existir un sitio, un espacio transferencial para producir la interpretación.

5.3.b. Intervenciones en el espacio grupal e individual.

Las variadas estrategias utilizadas en las intervenciones, dependerán de los diversos modos de abordaje de cada profesional. Esto, sumado a las dinámicas propias institucionales y dispositivos donde cada uno de ellos trabaja, repercutirá en las representaciones que tengan en relación al tema planteado. Por lo tanto, al ser varios los psicólogos entrevistados que trabajan en espacios grupales, algunas respuestas en relación a las preguntas realizadas en las entrevistas, se dirigieron a dichos espacios.

Según los entrevistados, pensar otros espacios en el trabajo de los consumos problemáticos de sustancias, que no sea solo llevados a cabo en el consultorio individual resultará esencial y en algunos casos, podría favorecer al establecimiento de la transferencia. Por lo tanto, los talleres que se realizan en la institución Huella o los espacios grupales, son dispositivos donde se utilizan determinadas herramientas y estrategias que podrían impulsar a que el usuario comience a mover otros recursos propios. Conforme a los relatos proporcionado por algunos profesionales, estos lugares resultan propicios para que el sujeto pueda sostener lazos, escuchar pero a su vez relatar su experiencia, construir o compartir con otros, sin por eso dejar de lado las estrategias pensadas en su singularidad.

Acerca de las maniobras producidas por los profesionales a cargo dentro de un espacio grupal, Fernando explica que hay intervenciones dentro de los ejercicios propuesto en el taller, que posibilitan poder interpelar el discurso de los usuarios. Este profesional relata un ejercicio en particular que trabaja sobre la “personificación de la sustancia”, que intentaremos explicar a continuación: Ese día, se colocó un perchero con determinada vestimenta en el centro del grupo, como modo de representar la sustancia, o algún objeto de consumo. Los usuarios debieron poner en palabras lo que significaba para ellos. La idea, según nos relata Fernando, era un ejercicio proyectivo donde se buscaba darle una entidad a la sustancia. Este ejercicio permitió hablar sobre determinados asuntos que los usuarios proyectaban en el afuera; pero la intervención aquí, era posibilitar “resignificar” esas palabras y que los integrantes del grupo puedan comenzar a interrogarse sobre el papel o el lugar que ocupaban ellos en estos decires que proyectaban.

Tanto en el caso de los tratamientos grupales como individuales, hay algunos aspectos, estrategias e intervenciones que se juegan de una manera similar. En ambas, se busca muchas veces, que el sujeto pueda guardar cierta distancia con respecto a lo que dice. Como desarrolla Miller, J. A en “Introducción al Método Psicoanalítico” no es lo mismo cuando el sujeto dice: “hago eso, lo confirmo

y lo repito”, a cuando el sujeto explica que hace algo pero está en contra de eso. Es decir, que aunque la conducta sea la misma, la posición de sujeto en relación a esta, cambia. Por ende, será necesario a modo de intervención profesional, “(...) cuestionar la posición que toma aquel que habla con relación a sus dichos” (2006, p. 39).

Por lo tanto, será esencial en las entrevistas preliminares para el establecimiento transferencial, localizar el decir del sujeto, la posición que el sujeto toma en relación a lo que dice y será tarea del analista provocar estas intervenciones que separan los decires mientras dirige al paciente en vías al inconscientes.

Al dar lugar al inconsciente, el que llegue sabrá que no solo hay mucho que no sepa de sí, sino que además sabrá que hay un saber que opera *sin que él lo sepa*; y que ese saber tiene consecuencias en el cuerpo, en sus pensamientos y en su relación con los otros. (Sinatra. E., 2004, p. 17).

En cuanto a las intervenciones llevadas a cabo en el espacio psicológico individual y retomando las palabras de Sinatra, E. podríamos pensar que no hay procedimientos anticipados que debamos usar, sino que “se trata de saber hacer ahí, en la experiencia analítica (...)” (2004, p. 22). En algunos casos será necesario, según el autor, realizar un corte de sesión, en otros ubicar una interpretación, o realizar un acto que siempre se reconocerá por sus efectos a posteriori.

En cuanto a este saber hacer en el momento, con cada usuario en particular, apuntando a la construcción o elaboración del lazo transferencial, Jimena relata un fragmento de un caso, donde el usuario asiste hace largo tiempo al tratamiento y a la institución por una “demanda familiar” y su objeto de consumo son las pastillas. A continuación, expongo las palabras de la entrevistada:

Vienen tres pacientes obligados y no es lo mismo en cada uno las herramientas que tenga para poder revertir algo de esa obligatoriedad y empezar a transformar cierta responsabilidad subjetiva con su sufrimiento. Pero pienso en esta paciente y pienso en herramientas, yo he llegado hasta preguntarle ¿vos te sentís obligada a venir?, ¿A vos te sirve en algo estar viniendo? Esas preguntas bien concretas, ¿Te suma en algo hablar con nosotras? ¿Hablar conmigo?, ¿Solamente venís para que (...)? Con esta paciente me sirvió porque ella también se sinceró (...). No quiere decir que eso se solucionó pero yo apele a esa herramienta bien concreta de confrontarla en buenos términos. Yo veo que venís, cumplís y te vas, no pones nada en vos. No sé si despertó “bueno ahora si voy a hablar de mí”, “voy a tener responsabilidad con mi sufrimiento”. No, eso no. Sería lo ideal. Pero si creo que sumó al lazo transferencial en ese sentido, de sincerarme y decirle yo sé que estas acá obligada, bueno yo te voy a seguir atendiendo, no te voy a negar la atención (...). Pero saquemos de esto lo mejor que se pueda de esta situación o circunstancia.

Si bien, podemos percibir en la cita del entrevistado algunas representaciones sobre la idealización que el profesional puede tener sobre un tratamiento, la suposición acerca de lo que debería suceder en el mismo y reflexionar como estas ideas podrían repercutir en la terapia, apuntaremos en esta cita a aquellas intervenciones y herramientas planteadas por Jimena acerca del “sincerarse”.

Freud, S. (1991) en “Puntualizaciones sobre el amor de transferencia” al hablar sobre los modos de responder del analista ante una demanda amorosa del paciente, explica que el tratamiento psicoanalítico se edifica sobre la veracidad. Manifiesta que quien se ha comprometido con la técnica psicoanalítica ya no asienta con la mentira y el fingimiento, aun cuando los intenta con el mejor de los propósitos. Además, Freud expone que así como uno exige del paciente la más rigurosa veracidad, pone en juego su autoridad íntegra si el paciente lo engancha en una falta a la verdad. Tal vez, estas intervenciones relatadas por Jimena como modo de “sincerarse” y poner en juego la verdad, pueda favorecer a la creación del lazo transferencial.

Aunque, en las primeras entrevistas como dice Miller. J. A. (2006), puede ser indispensable permitir al sujeto algunos engaños, que continúe mintiendo un poco en sus propios dichos, ya que eso constituye la posibilidad de una introducción al inconsciente; a veces es primordial, como en el caso relatado por Jimena donde hay prolongadas entrevistas preliminares antes de comenzar el tratamiento analítico, precisas maniobras e intervenciones analíticas para que sea localizado el sujeto.

5.3.c. La derivación y la internación.

Comenzaremos con una frase de Gustavo que ha sido uno de los temas, en conjunto con el abordaje de las internaciones, que la mayoría de los profesionales han explicado a lo largo de las entrevistas y que por lo tanto, merece ser destacado. *“Después también no deja de ser una intervención. Derivarlo con otro colega es una intervención”*.

Según el análisis de la información, a veces derivar al usuario con otro profesional, también es una intervención que podría posibilitar que algo cambie o se movilice en el sujeto. Las derivaciones se realizan cuando hay grandes dificultades en el tratamiento o también acontece, cuando hay temas en relación a lo transferencial o contratransferencial, es decir, no solo por parte del usuario o del analista sino por la relación entre ambos. En este caso expongo el relato de Gustavo:

Y le explique, yo le decía como intervención, que lo más indicado era que vayas con otro profesional. Muchos de estos usuarios pasa que hacen un impasse y vuelven. Es frecuente. Eso puede generar en nosotros que laburamos un desgaste. Que vienen, que no vienen, que dejan, que llaman. Donde estarán, que pasa.

A partir de lo explicado por el profesional, podemos percibir que hay momentos de detención del tratamiento, donde se ponen en juego no solo las resistencias del paciente, sino también, las del

analista. En estos estancamientos del proceso analítico, a veces el profesional los percibe y otras veces no. Por lo tanto, el papel que juega la contratransferencia y el deseo del analista será fundamental en ese encuentro, que algunos autores en la bibliografía psicoanalítica, han considerado bajo la forma de un “*impasse*”. Cuando estas resistencias no pueden ser trabajadas o sorteadas, las derivaciones (según los entrevistados) son una intervención más, para que a través de la relación y el trabajo con otro, pueda posibilitar la construcción de una demanda y el establecimiento transferencial.

Pero también, en algunos casos sucede que aunque se realice una derivación, tampoco se logra movimientos en el sujeto que posibiliten ingresar a un análisis y establecer lazos transferenciales con el nuevo profesional. Sobre esto, Laura opina lo siguiente: *“Eso sí, algunos psicólogos hemos pedido cuando vuelven, si no le parece mejor seguir con alguien más, eso sí he pedido yo. Para ver si algo cambia. Suele pasar que no, que vuelve a pasar lo mismo.”*

¿Qué resultaría necesario para que se produzcan determinados cambios en el sujeto? Las intervenciones y la posición del analista, en conjunto con el trabajo del usuario en el primer tiempo, serán fundamentales para que surjan algunos movimientos que posibiliten al comienzo un acercamiento del sujeto al profesional; para que transcurrido el tiempo, se logre construir un lazo transferencial. Algunas veces, para que esto se pueda dar, Le Poulichet, relata que aquello que sirve como muleta o apoyo se comience a desestabilizar. En muchos casos sucede, que cuando lo referente al consumo deja de cumplir la función que tenía hasta ese momento, emerge la angustia que se encontraba encubierta por el consumo mismo. En este sentido Clara explica lo siguiente: *“Es como cualquier inicio de un proceso terapéutico, si no hay algo ahí, si no hay algo de angustia y eso que yo no creo que la angustia sea un buen lugar para quedarse pero a veces, si moviliza a que el otro llegue por lo menos.”*

Por lo tanto, algunos sujetos recurrirán a un profesional cuando esta función que cumple el consumo ya no garantice anestesia y en otros casos, será gracias al trabajo en las entrevistas preliminares con las consecuentes y diversas acciones de parte del analista, las que posibiliten conmover algo de los dichos y la implicación del sujeto en el análisis.

Otro tema importante que hemos resaltado en el título de este capítulo y que han acentuado los entrevistados acerca de las intervenciones realizadas, son las internaciones. Aquí, a diferencia de otras intervenciones, se requieren acciones más contundentes y en algunos casos una respuesta rápida en la misma, por la complejidad y el riesgo que pueden implicar determinadas situaciones. En cuanto a las internaciones, si bien no son llevadas a cabo en la institución, muchos de los profesionales que trabajan en la misma, acompañan este proceso. Por supuesto que es necesario, el diálogo y acuerdo con otros profesionales e instituciones para llevar a cabo una internación. A continuación, desarrollaré algunas reflexiones de los informantes acerca de las mismas:

Y no coincido, no estoy de acuerdo con las internaciones, tal vez alguna persona le hace bien la internación, yo creo que en algunas situaciones muy complejas donde hay situaciones de

calle, un consumo excesivo, no hay una familia que apoye, donde está muy solo el paciente, a veces las internaciones son necesarias para poder tomar un envión, que se corre todo el consumo de encima y trabajar otras cosas, pero no me parece que es para todos los casos. A veces es un consumo grande pero en la vida del paciente vos decís no es nada en relación a todo lo que le está pasando. (Patricia)

Por ahí lo difícil para mí en este momento particular, es el acompañamiento de la persona en un proceso de internación. Empezamos a participar de manera más circunstancial hasta que termina su proceso de internación, no lo hacemos acá. Generalmente se hace en una comunidad terapéutica o en un hospital. Y ahí, yo particularmente, no comulgo con la idea, pasa que por ahí es necesario que se realicen intervenciones de esa clase. Con franqueza en algún momento se me hace difícil por ahí encuadrarlo dentro de nuestra práctica. Pensá que nosotros acá trabajamos en caso de graves a severos desde el inicio, hay cuestiones con las que nos hemos formado profesionalmente que son de esa intensidad. El tema de las internaciones es que es un último recurso, no hay otra intervención posible.”(Francisco)

De acuerdo a la Ley Nacional de Salud Mental 26657, en su artículo n°. 14 expresa lo siguiente: “La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social.” (2010, p. 5)

Como se percibe en el relato de Patricia, que haya un consumo excesivo no requiere de una internación, tiene que estar en juego muchas variables para que ello se lleve a cabo y cuando no hay otras alternativas posibles. Además, es importante remarcar que ellas deben ser lo más breves posibles y consideramos que es necesario también pensar en las estrategias, procedimiento y acciones que se puedan poner en juego para continuar con el tratamiento del sujeto concluido el proceso de internación.

Además en la Ley 26657 en su artículo n°. 20 encontraremos lo siguiente:

La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mental mediara situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. (p. 6)

En este sentido, como bien lo expone la Ley de Salud Mental 26657, la internación puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en los contextos, como puede ser el familiar, comunitario o social, siendo lo más breve posible en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. También encontramos que solo puede realizarse cuando intervenga un riesgo cierto o inminente para sí o para otros.

Es por eso que el tiempo en las respuestas, estrategias e intervenciones, por parte de los profesionales y las instituciones, son un factor importante en algunos casos, no solo para un posible tratamiento sino también, donde medie situación de riesgo para el sujeto o para otros. En relación a esto Clara explica lo siguiente:

En este tipo de situaciones donde el consumo es tan desparramado por decirlo de alguna manera, el momento es ahora, es ya, cuando el otro llega, cuando te pidió un turno. Si vos llegaste con una bala en la pata y vos le decís hay una lista de espera, vení dentro de un mes, lo perdés. Ahí si hay una diferencia.

A través de esta cita, podemos comprender el aspecto de urgencia con la cual el analista se puede encontrar tanto en un consultorio individual, como también en otros espacios institucionales. Por lo tanto, esto conllevará la importancia, no solo del valor que puede tener la palabra en esos momentos, sino también, de la decisión por parte del analista en cuanto a sus estrategias, acciones e intervenciones que allí pueda realizar. Para esto será fundamental, como deja entrever Clara, que no haya una lista, de un mes de espera, para que el paciente pueda concurrir. De acuerdo a lo explicado es que Belaga, G. (2009) dice lo siguiente: “De todas maneras, es mediante la palabra que se construye un espacio y también una temporalidad. Por esto es imprescindible una institución que aloje sin obstáculos burocráticos la urgencia subjetiva.” (p. 5)

5.3.d. Algunas proposiciones adicionales.

Antes de pasar al siguiente apartado, donde abordaremos el concepto y las representaciones de los profesionales acerca de la transferencia en los consumos problemáticos, quisiera exponer unas breves proposiciones complementarias acerca de las intervenciones en los “tropiezos del tratamiento” cuando la transferencia puede estar establecida.

Según las representaciones de los profesionales, la no asistencia a las entrevistas o el abandono del tratamiento, no solo ocurre en aquellas personas donde el pedido surge de otros, sino también, en aquellos que comienzan por una iniciativa propia. En ambos casos, las intervenciones en las entrevistas preliminares estarán dirigidas a que el usuario pueda comenzar a preguntarse acerca de lo que dice y hace; posibilitando revertir en los casos en que el pedido surge de otro, lo que aparece como una obligación en una demanda propia. Pero también es necesario, según los entrevistados, estar atentos cuando se presentan determinadas resistencias durante el tratamiento. Respecto a esto, Fernando dice lo siguiente:

Yo creo que inclusive los que vienen con demanda propia luego pueden tener dificultades y se le pueden despertar grandes resistencias cuando abordan ciertas cuestiones personales de su historia o actual. Lo que se trabaja justamente es tratando de saltar esas resistencias y abordar lo que de algún modo está ahí latente, y que sostiene ese consumo.

Cuando el deseo del analista apunta al saber inconsciente, como dice Sinatra, E. (2004) no puede no toparse con resistencias. Éstas, bajo transferencia, son un indicador de algo reprimido, rechazado, están allí para proteger aquello que debe permanecer velado para la defensa. Freud, S. en “Sobre la iniciación del tratamiento” explica que en ocasiones se tropieza con pacientes, sobre todo en los inicios del tratamiento, que empiezan su cura afirmando de que no se les ocurre nada que pudieran narrar y ello aun teniendo por delante intacta toda la historia de su vida y su enfermedad. Esto ocurre, según el autor, porque una fuerte resistencia ha pasado al frente, una resistencia contra el análisis y han hecho a un lado ciertos pensamientos que le ocuparon en ese momento. Es por eso que relata a modo de ejemplos, que puede suceder que el paciente ha tenido pensamientos en relación a la cura, o lo atareó la imagen de la habitación donde se encuentra, o se vio llevado a pensar en los objetos que hay en esta. “(...) todo lo que se anuda a la situación presente corresponde a una transferencia sobre el médico, la que prueba ser apta para una resistencia”. (1991, p. 139) Pero el autor explica que mientras las comunicaciones y ocurrencias del paciente fluyen sin detención, no hay que tocar el tema de la transferencia, sino más bien, “Es preciso aguardar para este, el más espinoso de todos los procedimientos, hasta que la transferencia haya devenido resistencia” (1991, p. 140).

Miller, J. A. explica en “Clínica bajo transferencia” que puede suceder que un sujeto, en la medida que comienza a construir un síntoma y no encuentra en un comienzo sentido a lo que hace o lo que piensa, empieza a dirigir un supuesto saber hacia el Otro, que depositará gracias a la transferencia, en el analista. Pero también, puede ocurrir que haya un tropiezo en el tratamiento, en tanto el sujeto se encuentra con un saber supuesto, produciendo por lo tanto la caída de ese sin sentido que en un comienzo brindaba su punto de partida a la creación de un síntoma. Como explica el autor y teniendo en cuenta la última cita de Fernando, estos tropiezos en el tratamiento, tal vez ya no constituyen parte de las entrevistas preliminares, sino a entrevistas secundarias, debido a que muchas veces, la transferencia ya está presente.

5.4. Transferencia en los consumos problemáticos de sustancias.

Freud, S. al desarrollar el método psicoanalítico consideró en un comienzo a la transferencia como una resistencia, ya que impedía el recuerdo de lo reprimido. Era un obstáculo en el tratamiento que era necesario sortear. Pero luego, observó que la transferencia funcionaba como motor y progreso en la cura, por el hecho de que proporcionaba un modo de confrontar la historia del analizante en la inmediatez de la relación con el analista, por la repetición de las relaciones anteriores. En cuanto a la transferencia, Fernando explica lo siguiente:

Y con respecto al vínculo, no es entrañable de que pase, de que hay usuarios que si te ponen en ciertos lugares a veces representando justamente un figura parental y otras veces representando otras figuras que tienen más que ver con ese lugar de sapiencia, de saber y de venerancia de lo que uno dice, pero si ese lugar existe después uno tiene que ver ahí hasta qué punto el usuario no está reproduciendo o repitiendo ciertas conductas, ciertos modos que luego tiene con la misma familia.

¿No es la transferencia percibida desde su lado imaginario y simbólico lo que nos muestra a través de la cita el entrevistado? Por un lado podemos analizar, aquello que Freud ya nos advertía acerca del lugar parental donde el analista es posicionado y la repetición de conductas y modelos familiares. Es decir, cuando el analista ocupa un lugar de objeto imaginario que puede despertar amor, odio, fascinación, angustia, etc. Pero también, Fernando habla de la transferencia simbólica, allí donde hay una destinación al analista y el sujeto declara su sufrimiento a través de la palabra.

Lacan, J. retomando a Freud, hará una diferenciación entre la transferencia imaginaria y la simbólica. Según el autor, la experiencia analítica, se define en el plano simbólico. Por ello, define a la transferencia de la siguiente manera:

La transferencia eficaz de la que hablamos es, simplemente, en su esencia, el acto de la palabra. Cada vez que un hombre habla a otro de modo auténtico y pleno hay, en el sentido propio del término, transferencia, transferencia simbólica: algo sucede que cambia la naturaleza de los dos seres que están presentes. (Lacan, 1981, p. 170)

Retomando la frase de Fernando de la cita anterior, donde dice: “(...) después uno tiene que ver ahí hasta qué punto el usuario no está reproduciendo o repitiendo ciertas conductas, ciertos modos que luego tiene con la misma familia”, surge la siguiente interrogación: ¿Cuál es la relación entre el concepto de repetición y transferencia? Freud, S. (1991) en el texto “Recordar, repetir y reelaborar” expone lo siguiente: “(...) podemos decir que el analizado no recuerda, en general, nada de lo olvidado y reprimido sino que lo actúa. No lo reproduce como recuerdo, sino como acción; lo repite, sin saber, desde luego, que lo hace.” (pp. 151-152). En el mismo texto Freud agrega a modo de ejemplo, en articulación con la transferencia, que esto sucede cuando el analizado no puede acordarse de haber sido desafiante o incrédulo frente a la autoridad de los padres pero se comporta de esa manera

frente al médico. En cuanto a esto, dice lo siguiente: “Pronto advertimos que la transferencia misma es sólo una pieza de repetición, y la repetición es la transferencia del pasado olvidado (...)” (p. 152) Por lo tanto, será gracias a esa compulsión a repetir y por el accionar del analista, la manera en que el usuario podrá recordar.

Según Freud, mayor sea la resistencia del analizado, más será sustituido el recordar por el actuar o repetir. Lo importante según el autor, es que en la medida en que estas cuestiones entren en el campo de la cura, experimentado como algo actual y objetivo, el analista pueda ir reconduciendo al pasado aquello que se repite en el vínculo. “(...) el principal recurso para domeñar la compulsión de la repetición del paciente, y transformarla en un motivo para recordar, reside en el manejo de la transferencia” (1991, p. 156). Es decir, para que esa compulsión se vuelva aprovechable, es necesario trabajar el aspecto transferencial, donde el analizante tenga permitido desplegarse con libertad y donde pueda escenificar lo que permanece escondido de su vida anímica.

Cabe aclarar en este apartado, en lo que respecta a la transferencia, que la mayoría de los profesionales no han acentuado sus respuestas a lo largo de la entrevista en torno a este término. Sino que, ante las preguntas que les he formulado específicamente sobre la transferencia, han hecho hincapié en los obstáculos y dificultades que pueden llegar a suceder al iniciar un tratamiento o en aquellos primeros pasos que posibilitarían ir construyendo este vínculo. Lo que me lleva a interrogarme ¿Serán las propias resistencias o la contratransferencia del analista lo que provoca no hablar sobre la transferencia?, ¿Es posible, por parte del analista distinguir cuando se establece la transferencia o esto se da en algún momento de la relación analítica sin ser demasiado perceptible para él?

Si bien las respuestas de la mayoría de los entrevistados no fueron en relación al término de la transferencia, sí consideran al establecimiento de la misma, como una herramienta fundamental para el trabajo analítico. Patricia comenta lo siguiente: “*Es re importante establecer el vínculo con el paciente, es sumamente importante. (...) Es muy difícil que se pueda lograr hacer ahí cambios, movimientos, si no está ese vínculo. Es la llave maestra de la terapia me parece.*”

Como explica Gutiérrez Segú, O. (2013) la transferencia será un instrumento propio del análisis, un campo a construir donde se irán desplegando el amor y la repetición. Será en el discurso del paciente donde se comenzaran a desplegar las demandas, las frustraciones, las inhibiciones y las diferentes encarnaciones de los personajes de la historia que tiene el sujeto, que por la dinámica propia de la transferencia, el psicólogo va a estar destinado a representar.

En cuanto a la transferencia en los consumos problemáticos de sustancias, muchos de los profesionales consideran que se trata de un vínculo entre el terapeuta y el usuario que posibilita ir construyendo, un lazo con el otro o lo social que muchas veces en esta problemática se encuentra débil o fracturado. Por ello, Laura dice lo siguiente:

Los psicólogos, ya sea en el grupo o la parte más individual, somos los que acompañamos más personal esa construcción de lazo social con otro que le aporte un significado diferente a eso que está roto en la historia personal del paciente, cuando se convierte en un paciente.

Como comenta Laura: “*cuando se convierte en un paciente*”, ya que el que llega a la consulta, no solo no es un sujeto (ya que esta es una categoría que se desplegará durante el análisis) sino que tampoco, en algunos casos, es alguien a quien le gustaría ser un paciente, sobre todo cuando es llevado por otros. Por lo tanto, como nombramos en el apartado anterior, “El elemento esencial que permite anudar una transferencia es sin duda la creación de un síntoma (...)” (Le Poulichet, S. 1990 p. 178).

Será fundamental, en el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias, que los psicólogos hagan un trabajo previo en las entrevistas preliminares, para que el síntoma devenga en síntoma analítico. En lo que respecta a este trabajo previo necesario para el establecimiento transferencial, Miller, J. A. en “Clínica bajo transferencia” expone una secuencia en tres tiempos en relación al síntoma. La primera de ellas, refiere al tiempo en el que el síntoma es desconocido y se identifica con la realidad cotidiana, es decir, se identifica para el sujeto con la vida misma. En el siguiente tiempo hay una rajadura, un encuentro con lo real, un descubrimiento de un goce desconocido por la persona, o bien, el descubrimiento de algo que antes no afectaba o no lo tenía en cuenta pero que ahora sí. Y como tercer y último tiempo, Miller habla de la demanda que se hace al analista. Es un momento donde es posible restituir su estatuto simbólico, es decir su mensaje articulado del Otro. En cuanto a lo expuesto, Miller dice lo siguiente: “El síntoma, en tanto analítico, se constituye por su captura en el discurso del analista, gracias al cual, transformado en demanda, queda enganchado al Otro.” (1985, p. 9). Es así que gracias al cierre del síntoma por parte del analista, va a tener como objetivo poder restituir su sentido, teniendo como consecuencia su apertura al deseo del Otro.

Por ende, será necesario en algunos casos, construir o producir un síntoma para que un análisis pueda llevarse a cabo. Para ello, será esencial que el sujeto tenga una relación de exterioridad con respecto a lo que le pasa, que lo lleve a buscar un saber sobre ello, sobre la causa de su sufrimiento. Según la información producida por los profesionales y en relación al primer tiempo en relación al síntoma propuesto por Miller, a veces sucede que la vida que lleva la persona produce sufrimiento (muchas veces percibido por el entorno) pero que la persona no lo siente así, o lo toma como algo habitual, por lo tanto, no logra interrogarse sobre eso. Será en la medida en que el sujeto logre transformarlo en un enigma, en algo absurdo o carente de sentido para que pueda realizar una pregunta dirigida al Otro que posibilite el establecimiento transferencial y el inicio de un análisis.

Es decir, puede llegar un usuario quién relata presentarse a la consulta por el pedido de algún familiar por su consumo de sustancias. Hasta ese momento, no es un síntoma para el sujeto, sino tal vez, es un síntoma para los demás. A través del trabajo analítico, el usuario puede comenzar a atribuirle una causa que aunque desconocida lo lleve a interrogarse sobre esa acción y sus relaciones

con los otros o sus familiares. Y será en la medida en que se instaure una demanda al analista acerca de un saber (ya sea sobre el sufrimiento, algo de su relación familiar o bien sobre sus acciones o pensamientos) cuando esté construido el síntoma analítico en transferencia. Pero además, será trabajo del psicólogo producir las intervenciones y sobre todo las interpretaciones reconduciendo al pasado aquello olvidado o velado por el sujeto y que por la dinámica propia de la transferencia, el analista va a representar.

Por otro lado, respecto de las representaciones de los profesionales en relación a la transferencia, se pudo observar durante las entrevistas dos discursos contradictorios en sus relatos. Por un lado y haciendo hincapié sobre ello, explicaron que la transferencia en los consumos de sustancias es tan importante como en cualquier otra problemática. Pero por el otro, han explicado algunas características particulares entre consumo y transferencia.

En lo que respecta a la primera perspectiva y mirada, los entrevistados han acentuado que para ellos no hay grandes diferencias en cuanto a la transferencia cuando llega alguien con un consumo, a cuando llegan pacientes con otras demandas. Y además, explicaron que esta problemática puede ser abordada por cualquier profesional de la salud mental. Al respecto Jimena y Julia explican lo siguiente:

Yo no sé si lo pienso diferente a la transferencia con otro paciente. Para mí es lo mismo, si se me presenta un paciente con consumo de sustancia o episodios de pánico, ansiedad, no diferencio allí, en el modo en que veo la transferencia en una situación o en la otra, la transferencia siempre la veo en el mismo modo. Donde el paciente puede poner a jugar algo en ese vínculo conmigo básicamente, sea del orden que sea (...). (Jimena)

La persona viene acá con un padecimiento psíquico, como cualquier otra persona que está por ejemplo con un ataque de ansiedad digamos. Que esa es la riqueza de poder pensarnos en este trabajo sin hacer tantas diferenciaciones o especificidades en esta temática. (Julia)

Este aspecto que explican los entrevistados y por el énfasis que le han puesto a sus relatos, me ha llevado a reflexionar si no será por la historia de las instituciones que abordaron y trabajaron con la problemática de los consumos, lo que hoy produce un discurso en donde los profesionales hacen hincapié en que no se realicen tantas diferenciaciones con respecto a esta problemática de lo que podrían ser otras. Es así que gracias al análisis de las representaciones, nos ha permitido considerar que esto es uno de los modos con los que cuentan los profesionales de querer incluir en la sociedad y en las instituciones esta manera de abordar los consumos, como una problemática más dentro del campo de la salud mental. Como formas de promoción de la salud dirigidas a cambiar, tal vez, algunos determinantes y representaciones sociales que se han venido utilizando durante mucho tiempo.

Pero si bien, los profesionales explican que no hay grandes diferencias en lo que respecta a la transferencia al trabajar con los consumos que con otras problemáticas, algo que han argumentado, tal

vez de una forma más implícita en su relato, es que muchas veces ocurre que al trabajar en este ámbito, los usuarios no logran poner en palabras aquello que les sucede y a menudo aparecen actuares o “manipulaciones”. Gracias al análisis de las representaciones y por el recorrido teórico se pudo concluir que en algunos casos estos actuares ya pueden pertenecer a una elaboración transferencial. Y por otra parte, según los profesionales, estos actos pueden dificultar el maniobrar la transferencia, cuando está ya está constituida. En relación a esto Lucrecia dice lo siguiente:

Hay muchos casos donde la transferencia no se instala, no hay una representación depositada en el profesional, y hay muchos sujetos, personas, usuarios de la institución que intentan romper ese vínculo transferencial con ciertas maniobras. Y ahí es donde se complica maniobrar con la transferencia.

Con respecto a poder maniobrar la transferencia, Freud, S. en “Puntualizaciones sobre el amor de transferencia” relata que todo principiante en el psicoanálisis tema, tal vez al comienzo, las dificultades que le puede deparar las interpretaciones de las ocurrencias del paciente y la tarea de reproducir lo reprimido. “Pero pronto aprenderá a tenerlas en poco y a convencerse, en cambio, de que las únicas realmente serias son aquellas con las que se tropieza en el manejo de la transferencia” (1991, p. 163)

Como nombramos en el apartado anterior, algunos actuares o “manipulaciones” que exhiben los usuarios al comienzo o durante el tratamiento, pueden leerse como maneras de poner a prueba el vínculo con el analista y pertenecer, por lo tanto, a una elaboración de la transferencia en la medida en que pueden constituir una destinación al analista. Pero esta elaboración se puede lograr, si el profesional no deja lugar a ningún enfrentamiento dual, ya que eso implicaría la destrucción del espacio de la palabra. Entonces, para el manejo y la elaboración transferencial es necesario que el profesional no se sitúe en el mismo plano que el usuario, ya que, como explica Lacan, J. en el seminario once, “Es evidente que esta relación se instaura en un plano que no es simétrico ni recíproco” (2015, p. 143).

Por lo tanto, para poder maniobrar y permitir la instauración de la transferencia será fundamental que el analista no responda a las demandas del paciente, entendiendo que estas demandas no están dirigidas a él, sino al objeto que este representa. “A medida que se desarrolla un análisis, el analista tiene que vérselas sucesivamente con todas las articulaciones de la demanda del sujeto. Pero además, (...) no debe responder ante ella sino de la posición de la transferencia.” (Lacan, J., 2009, p. 590). Es por eso que será esencial aprovechar este efecto que la transferencia proporciona, pero como dice Lacan, en la medida en que se lo interprete, ya que si no estaríamos dentro del campo de la sugestión.

Además, será ineludible para el manejo transferencial que el psicólogo, en tanto ocupa el lugar de un Otro que tiene cierto poder, deba prescindir de hacer uso del mismo, en el sentido de dirigir a la persona. Como explica Lacan, J. “El psicoanalista sin duda dirige la cura (...) es que no debe dirigir al

paciente. La dirección de conciencia, en el sentido de guía moral que un fiel del catolicismo puede encontrar, queda aquí radicalmente excluida.” (2009, p. 560). Es decir, el analista tiene que abstenerse de utilizar el poder que la transferencia le otorga. Por lo tanto, la suposición de que el Otro es un sujeto que sabe, es necesario para la cura analítica, en la medida en que el analista lo tome en cuenta.

Según el análisis de la información proporcionada por los entrevistados, para permitir y favorecer que la transferencia se instale será necesario además, la espera y el tiempo. Jimena al respecto dice lo siguiente: *“Yo soy mucho de la idea de que el paciente hay que esperarlo, esperar, bueno ver si algo pasa en algún momento.”*

Freud, S. en “Sobre la iniciación del tratamiento” relata que la primera meta del tratamiento es allegar al usuario a este y a la persona del médico. “Para ello no hace falta más que darle tiempo” (1991, p. 140). Comentando seguidamente que si se le testimonia un serio interés, se pone cuidado en eliminar las resistencias que afloran al comienzo y se evitan ciertos errores, el paciente va a producir por sí solo ese allegamiento e introduce al analista en una de las imágenes de aquellas personas de quienes estuvo acostumbrado a recibir amor. Pero, según el autor, uno puede malgastar este primer tiempo si se sitúa, en un punto de vista moralizante o mandatario de una parte interesada. Y esto último, es algo que los entrevistados han marcado y que es necesario (sobre todo cuando el usuario es acompañado por otros a la institución) de que el profesional, si bien pueda escuchar las diferentes demandas, no tome posición sobre alguna de ellas, por ejemplo, de la pareja del usuario, la familia, la justicia, etc. Con respecto a esto Gustavo comenta lo siguiente:

(...) en relación a la alianza terapéutica, de no tomar partido, porque como los atendemos por separado, yo estoy escuchando al usuario, y del otro lado están escuchando al familiar y no quedarse ni con lo uno, ni con lo otro, sino compartir la información.

Antes de finalizar este apartado, quisiera exponer las palabras de Julia en relación a la posibilidad para el logro transferencial. Según la entrevistada, es esencial lo siguiente: *“Que no haya un posicionamiento de preconceptos, de juicios, sino que pueda ahí la persona desplegarse, sin sentirse mirado y tan estigmatizado como es la problemática (...) y eso me parece que hace al lazo terapéutico.”* Esta cita me lleva a la siguiente interrogación que intentaremos responderla a continuación. Durante el análisis ¿no hay por parte de los psicólogos juicios o preconceptos con relación al usuario?

5.4.a. ¿Transferencia o contratransferencia?

“Nunca dijimos que el analista jamás debe experimentar sentimientos frente a su paciente.

Pero debe saber, no sólo no ceder a ellos, ponerlos en su lugar, sino usarlos adecuadamente en su técnica” (Lacan, J., 1981, p. 57)

Resulta importante mencionar que todos los psicólogos entrevistados han hecho énfasis y explicado durante las entrevistas, las dificultades que no solo tienen los usuarios antes o durante un tratamiento psicológico, sino también sus propias dificultades en la relación con el usuario, con la familia y diversas instituciones que pueden intervenir. Además del lugar de neutralidad y abstinencia, se ha desprendido de estas entrevistas el término de contratransferencia que abordaré durante esta parte del trabajo.

Quisiera exponer una cita de Lacan. J. del seminario “La transferencia” donde aborda algunas cuestiones que nos hemos planteado en el apartado anterior (en relación a las respuestas de los profesionales acerca de la transferencia). El autor, realiza la siguiente interrogación: “Cuando los analistas hablan actualmente de la transferencia, ¿de qué hablan?” (p. 210). Y posteriormente responde: “es la cuestión llamada de la contratransferencia” (2003, p. 210).

Al preguntarle a los entrevistados por el término de transferencia, la mayoría de ellos (además de haber respondido acerca de las dificultades que aparecen en los primeros encuentros) se refirieron sobre lo que les genera a ellos, determinadas circunstancias en relación al usuario o durante el transcurso del tratamiento. Por lo tanto, considero importante exponer una cita del seminario once de Lacan, J. donde dice lo siguiente: “La transferencia es un fenómeno que incluye juntos al sujeto y al psicoanalista. Dividirlo mediante los términos de transferencia y contratransferencia (...) nunca pasa de ser una manera de eludir el meollo del asunto” (1987, p. 239). Bastaría con referirse a los diferentes modos, dice Lacan, en que el analista y el analizante están implicados en la transferencia.

Según la información recabada, muchos de los profesionales consideran que para trabajar con esta problemática es necesario, no solo elegirla para que haya un disfrute en la misma, también recomendaron querer trabajar con otros, en equipo, en red, etc. Además, según ellos, sucede que en esta problemática y al trabajar en la institución, son muchas las demandas de diferentes actores, ya sea de parte de la familia (para pedir información sobre el tratamiento y el trabajo del usuario), o los llamados que realizan desde los hospitales o del juzgado. Como también, aquellos llamados urgentes que realizan las personas para solicitar un turno, con una gran carga de ansiedad y malestar que muchas veces, son los administrativos quienes las reciben y las transmiten a los profesionales. En cuanto a las demandas George, G. dice lo siguiente:

El analista responde siempre de lado a la demanda, la del paciente, la social. Lo cual es equivalente a decir que no responde para nada a ella, deja que se formule para interpretar el deseo. Responde de manera insospechada, sorpresiva. No responde sin interrogar a quien demanda en su responsabilidad. Va contra el deseo de no saber por qué falla, contra el deseo de no saber de la castración, contra la pura y simple demanda de que las cosas funcionen o “vuelvan” a funcionar mecánicamente (...). (2005, p. 2)

Por lo tanto, el lugar y la función que cumpla el analista serán fundamentales en el tratamiento con el usuario y en el establecimiento transferencial, por eso resulta esencial que el psicólogo atienda

su propia salud mental, para que aquellas cuestiones que se ponen en juego durante este proceso no repercutan directamente en él, ni resulten obstáculos en el tratamiento, logrando colocarse en un lugar de neutralidad y abstinencia con respecto a las variadas demandas que pueden llegar a la institución.

Entonces, ante todas estas aristas resulta importante que el psicólogo pueda reflexionar acerca de estas dificultades que se van presentando. En relación a lo explicado Gustavo dice: *“Hay cuestiones que no hay que dejar de escucharse uno, porque si no corremos el riesgo de estar un poco quemados, por cuestiones personales o de la misma rutina institucional (...).”*

Es así que será primordial para el trabajo que realiza un psicólogo, la supervisión en algunos casos y el análisis personal. En lo que respecta a este último, Freud, S. expone una serie de consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. Entre uno de ellos aconseja que el analista tiene que llenar en basta medida una condición psicológica y comenta lo siguiente:

(...) no basta que sea un hombre más o menos normal; es lícito exigirle, más bien, que se haya sometido a una purificación psicoanalítica, y tomando noticias de sus propios complejos que pudieran perturbarlo para aprehender lo que el analizado le ofrece. (1991, p. 115)

Agregando que cualquier represión no solucionada en el médico corresponde a un punto ciego de su percepción analítica. Entonces, si alguien se propone trabajar como psicólogo es recomendable someterse antes o durante a un análisis personal.

En cuanto al trabajo y el propio análisis que deba realizar cada profesional, Lucrecia comenta lo siguiente:

Me parece que la complejidad, por ahí no te lo dije hoy, que yo veo que no sé si es complejidad, sino que un trabajo para reforzar en cada profesional que tiene que ver con la constante revisión del trabajo de uno, porque bueno se da mucho la inasistencia, las manipulaciones de los pacientes o cuando el paciente te posiciona en el lugar del control, en el lugar parental, esto de la transferencia, las mismas mentiras que se dan en la familias o en personas cercanas también se dan en la institución. (...) si uno no revisa eso o no esta advertido a veces termina siendo iatrogénico o termina siendo ubicado y termina quedándose en la misma línea que lo familiar, lo parental y eso obstaculiza.

Resulta importante este relato de Lucrecia, ya que por un lado explica, como nos referimos anteriormente, la importancia de que el analista no se ubique en un enfrentamiento dual (en un mismo plano con respecto al lugar que el usuario lo posiciona) sino que pueda trabajar y percibir la transferencia desde su lado simbólico, posibilitando a su vez, el surgimiento de la palabra “plena”. Al respecto, Lacan explica lo siguiente: “en el análisis de la transferencia, se trata de saber en qué punto de su presencia la palabra es plena”. (1981, p. 353) A diferencia de la palabra vacía, donde la comunicación y la cotidianidad trascurren, donde el sujeto se extravía, según Lacan, en el laberinto de los sistemas de referencia que le ofrece el sistema cultural en el que participa; en el análisis se trata

del surgimiento de la palabra plena. Esta última, es la palabra que hace acto, en tanto su emergencia marca un punto de quiebre y “(...) uno de los sujetos ya no es el que era antes.” (1981, p.168)

Retomando la cita, el otro aspecto que describe la entrevistada es cuando el psicólogo no está en constante revisión de lo transferencial y contratransferencial, llegando a obstaculizar el progreso de la cura psicoanalítica. En este sentido ¿podríamos pensar la contratransferencia en tanto resistencia, en la medida en que resulta una dificultad que obstruye la cura?

Como explica Dylan, E. (1998), aunque las resistencias son inherentes al proceso analítico, el analista no puede, ni debe tratar de superar todas las resistencias, pero si las puede minimizar o por lo menos, no exacerbarlas en la medida que el propio analista reconozca la parte que el mismo desempeña en la resistencia del analizante. Si bien, hay resistencias que van a ser propias de la historia del analizante y que serán en algunos casos despertadas durante el transcurso del tratamiento; otras de las resistencias surgidas durante el análisis serán del propio analista. Por eso, será fundamental según las representaciones de los psicólogos pasar por un análisis personal. Al respecto Lacan, J. en el seminario ocho, dice lo siguiente:

Muy pronto, desde el comienzo de la elaboración de la noción de transferencia, todo lo que en el analista representa su inconsciente en cuanto, diremos nosotros, no analizado, ha sido considerado nocivo para su función y su operar como analista. En la opinión que se suelen forjar, si algo se convierte en la fuente de respuestas no controladas y, sobre todo, respuestas a ciegas, es porque algo ha permanecido en la sombra. Por eso se insiste en la necesidad de un análisis didáctico (...). (2003, p. 210)

Respecto a esta cita haremos un pequeño paréntesis para explicar algunas nociones básicas en cuanto al análisis. Evans, D. (1998) argumenta que la Asociación Internacional de Psicoanálisis (IPA) diferencia un análisis terapéutico de uno dinámico, donde el primero apunta a la remoción de síntomas; en tanto el segundo, el analizante entra exclusivamente con el propósito de formarse como analista. Según lo explicado en el diccionario, para Lacan, es absolutamente necesario pasar por un tratamiento psicoanalítico para llegar a ser analista, pero disiente con la distinción trazada entre ambos análisis. Para Lacan, todos los análisis son didácticos, por lo menos potencialmente y la autorización de un analista solo puede provenir de él mismo. También, hoy en día, muchos analistas prescinden de ambas expresiones y prefieren referirse a “análisis personal” para designar cualquier curso de tratamiento analítico.

En consecuencia, la constante revisión del trabajo, el análisis personal y el deseo del propio analista, posibilitarán posicionarse en ese lugar del Otro que la misma transferencia facilita. Pero no ocupará un lugar de absoluto o de ideal que obture la falta del sujeto, sino que irá más allá de la identificación, posibilitando así, el avance de la cura. Para ello será esencial, como explica Miller, J. A. retomando algunas categorías enunciadas por Lacan, J. que: “(...) el deseo del analista, como tal,

debe constituir una x para el paciente, o sea, debe ofrecerse a la interpretación del paciente” (2006, p. 98).

Según Miller, una verdadera interpretación, es un significante enigmático que se ofrece a la interpretación del paciente. Por eso será importante en algunos casos que el analizante no comprenda en que se basa, ni a donde apunta la interpretación realizada por el analista, sino que aparezca como una incógnita, un enigma. Que la interpretación logre abrir a otras preguntas, como por ejemplo: ¿Qué es lo que quiso decir?, ¿Qué quiere él?, poniendo así en juego la cuestión del deseo. Así, el deseo que se le supone al analista junto con las interpretaciones que este pueda realizar, se convertirá en una fuerza que impulsa el proceso analítico.

Lacan, J. al relatar acerca del significado que tiene interpretar la transferencia, explica lo siguiente: “No otra cosa que llenar con un engaño el vacío de ese punto muerto. Pero este engaño es útil, pues aunque falaz, vuelve a lanzar el proceso”. (2009, p. 219). En consecuencia, podríamos pensar la transferencia como algo que participa en el orden del engaño; pero en relación a la contratransferencia, la dificultad consiste en que no termine siendo el analista el mayor engañado.

Por lo tanto, ¿el deseo del analista está en relación a que el usuario pueda lograr determinados objetivos que el psicólogo supone necesario? Sabemos que el deseo del analista está lejos de suponer el bien del otro o del deseo de curar y si bien algunos relatos de los profesionales apuntan sobre la necesidad de que el profesional esté atento a estos deseos o sentimientos, también se ha observado por el análisis de las representaciones, que el deseo de curar o salvar al otro, sigue estando presente en sus trabajos e intervenciones.

Tenemos que saber en cada instante cuál debe ser nuestra relación efectiva con el deseo de hacer el bien, el deseo de curar. Debemos contar con él como algo por naturaleza proclive a extraviarnos, en muchos casos instantáneamente. Diré aún más- se podrá de manera paradójica, incluso tajante, designar nuestro deseo como un no-deseo de curar. (Lacan, J. 1988, p. 264)

En relación al deseo de hacer el bien o el deseo de curar, según los entrevistados, el trabajo en este ámbito puede resultar frustrante cuando el profesional quiere o desea que el usuario cambie algunas acciones que realiza, dentro de estas, el dejar de consumir. Por ello es que Clara dice lo siguiente:

Y si laburás del lugar donde pensás que el otro tiene que dejar de consumir, por supuesto que sí que hay consumos más riesgosos que otros, yo no soy inocente a esto. Pero entiendo que uno no es quien para sacarle el bastón al otro. Si es eso que el sujeto encontró para elaborar algo, quien soy yo para patear el bastón, más bien, vamos a laburar con eso. No es que me siento y vos consumís, no pasa nada. Por supuesto que eso se labura, pero no de la mirada que el otro tiene que dejar de hacerlo. Así como uno no le dice en el consultorio particular al

otro que se tiene que separar por ejemplo, que es muy común también lamentablemente en las prácticas, ubicarse en este lugar de saber que es lo mejor para el otro. Eso es comerse el supuesto saber. Yo no sé, el otro, si sabe.

Teniendo en cuenta esta cita podríamos pensar que desde la orientación psicoanalítica, el analista no debería intervenir a modo de consejo, respuestas eficaces, “que le permitiría ocupar el lugar del Otro que sí sabría administrar lo que hay que hacer cada vez” (Sinatra. E., 2004, p. 36). Es fundamental como dice, Gutiérrez Segú, O. que en el campo transferencial el analista deje de lado las pasiones de su yo, “Se suspende así el despliegue del imaginario del analista, quien no se encuentra obligado a comprender y, menos aún, a arrogarse al privilegio de ejercer el papel de dirigir al paciente hacia el Soberano Bien” (2013, p. 50). Por lo tanto, será necesario desde la clínica psicoanalítica que el profesional se abstenga de dirigir al paciente y sobretodo que tome en cuenta la función que puede llegar a cumplir la sustancia para cada sujeto.

¿Cuál podría ser una de las causas por la que resulte necesario abstenerse de dirigir al paciente, teniendo en cuenta la función que puede cumplir la sustancia para cada sujeto? En el caso de la cita de Clara, ella explica que el analista no es quien para sacarle al sujeto aquello que encontró para elaborar algo, sino que será cuestión de trabajar con eso. Miller, J.A en “Introducción al método psicoanalítico” explica que el neurótico debe inventar muchas veces una causa para él mismo, una buena causa para defender que pueda obturar el vacío en que el mismo consiste. Y a veces, dice Miller, que en análisis se corre el peligro que se abra de nuevo esa falta en ser que el sujeto ha cerrado por una causa más o menos justa. Por lo tanto, en algunos casos será pertinente no aceptar al sujeto en la experiencia analítica.

Si el sujeto no puede soportar más el orden previo de su mundo, si le hace falta una causa y si, como decía Lacan, no hay en el sujeto un deseo decidido, es mejor no aceptarlo en la experiencia analítica, pues la asociación libre va a disociar al sujeto de lo que se inventó como causa; lo va a llevar a cuestionar sus valores, su razón de ser, las razones inventadas para justificar su propia existencia”. (2006, p. 71)

A veces, la sustancia puede cumplir o funcionar a la manera de una muleta que va al lugar de una ausencia y en la psicosis esa muleta o como denomina la psicóloga entrevistada, ese bastón, podría ser en algunos casos una suplencia, un apoyo para la ausencia del nombre del padre. Por lo tanto, será fundamental como decisión de parte del analista, el aval o no que realice, teniendo en consideración (como decía Freud en relación a las primeras entrevistas) si el sujeto puede soportar o no el dispositivo analítico. Ya que tanto en la psicosis, como en la neurosis, retirar o quitar la sustancia puede provocar que el sujeto quede perdido, sin herramientas.

En consecuencia, será importante entonces que el analista este advertido de estas consideraciones y pueda evaluar que funciones está cumpliendo la sustancia para cada sujeto. Naparstek, F. en relación a la sustancia o el tóxico hace una diferenciación en la psicosis y en la

neurosis, explicando lo siguiente: “En la neurosis se ve bien como el tóxico va al lugar de no querer saber nada del Otro (...) Es un modo de cortocircuitar la pregunta por el deseo del Otro, el pasaje por la castración del Otro”. (2005, pp. 97-98). Y explica que muchas veces en la neurosis, la sustancia se instala o funciona como un punto de certidumbre, en vez de poder preguntarse acerca de ¿qué desea? o ¿qué quiere el Otro?; pero en la psicosis, el uso de drogas, no es un intento de salirse del campo del Otro o confrontarse con la castración del Otro, sino más bien, es un intento de restituir cierto lugar.

Si bien, resulta importante comprender ciertos aspectos en cuanto a las estructuras clínicas en el trabajo con los consumos problemáticos de sustancias, en este trabajo no nos detendremos sobre ellas, más que señalando algunos elementos necesarios a tener en cuenta a la hora de trabajar con esta problemática, sobre todo teniendo en cuenta la importancia del diagnóstico preliminar en las primeras entrevistas. Por eso, retomaremos antes de finalizar con la investigación, algunas consideraciones más acerca de la contratransferencia y las representaciones que tienen los profesionales, en relación a dicho tema.

Aunque Freud, S. creó el término de contratransferencia para referirse a los sentimientos del analista respecto del paciente; Lacan, J, realizará un giro en relación a este término. En un momento de su obra, lo presenta como una resistencia del analista, un obstáculo en el progreso de la cura. Definiendo a la contratransferencia como: “(...) la suma de los prejuicios, de las pasiones, de las dificultades, incluso de la insuficiente información del analista en determinado momento del proceso dialéctico”. (2009, p. 219). Por ende, es acorde con el proceso analítico que el analista pueda experimentar sentimientos respecto de sus pacientes, pero en la medida en que pueda trabajar y reflexionar sobre los mismos, no solo para poder dirigir la cura, sino para no ser un obstáculo en ella. Sobre esto, Clara relata lo siguiente:

No es que somos hermosos, ni maravillosos. O la contraria, cuando el usuario te odia por ejemplo. Yo lo que si hago es tomarme de eso, yo laburo con la transferencia y con la contratransferencia, es decir, que me pasa a mí con lo que el otro me trae. Es una pregunta para mí que esta todo el tiempo, esta como flotando.

¿Qué dicen los entrevistados acerca de la experiencia de la contratransferencia? Según ellos, les ha sucedido que comienzan a percibir cuestiones personales, sentimientos con respecto a determinado usuario o las circunstancias de su vida. En algunos casos, estas cuestiones les producen rechazo, en otras dificultades para sostener la escucha o por el contrario deseos de querer “salvar al otro”. Por lo tanto, ellos consideran que es importante estar atento a estos sentimientos y pensamientos para poder trabajarlos. En el caso de que eso no resulte viable, poder correrse de la situación, hacer una derivación o realizar las intervenciones correspondientes, para que no sea el propio analista un obstáculo en el tratamiento del paciente. En relación a lo explicado, Julia y Clara dicen lo siguiente:

En la experiencia el límite que me ha generado a mí, la no atención de un usuario, la derivación, ha estado ligado a situaciones más violentas de parte de un usuario. La

contratransferencia se juega ahí un poco, el hecho de que me genere cosas personales, donde sienta que es un límite el trabajo ahí con esa persona (...). (Julia)

Y si hay algo de lo propio que se empieza a mezclar, si hay algo de la contratransferencia, yo me doy cuenta que hay algo que está tocando demasiado mi yo, ahí me corro. Yo trabajo con eso. Pero a veces indefectiblemente, hay pacientes donde uno los quisiera salvar, entonces uno tiene que abstenerse de eso, entonces me corro de eso. Me corro, derivo. (Clara)

¿Qué los psicólogos experimenten afectos, sentimientos, juicios en relación a sus pacientes conlleva inevitablemente a la derivación del usuario?, ¿es necesario que el analista se corra de ese lugar o será cuestión de maniobrar, trabajar la transferencia y la contratransferencia?

Podemos suponer, por el relato de los profesionales que no siempre resulta posible continuar con los tratamientos, aunque el profesional esté en conocimiento o trabaje sobre dichos aspectos ligados a la transferencia o la contratransferencia. Según ellos, a veces resulta necesario la derivación para que lo contratransferencial no resulte un obstáculo en el tratamiento del sujeto.

A continuación, detallaré brevemente un fragmento del relato de un profesional acerca de la atención de un usuario, donde se percibe como algunos aspectos en relación a la contratransferencia pueden dificultar u obstaculizar un tratamiento. Cabe aclarar que esta cita, es solo un fragmento, no tenemos la totalidad de lo sucedido en esa situación. Según el relato del entrevistado, se trata de un hombre donde hace 4 años que asiste a los espacios psicológicos, de manera intermitente. Según el relato del profesional, el usuario tenía algunos delirios persecutorios que estaban asociados a la sustancia que consumía y en un momento comete un ilícito con un arma. A continuación, expongo las palabras de Gustavo:

Eventualmente yo le transmití que conmigo se estaba agotando la instancia y que era terapéutico para él que lo tome otro profesional, porque a lo mejor hay algo que yo no estoy viendo o que conmigo no avanzamos. Le ofrecí el espacio de grupo para que no pierda la transf... lo que tenía conmigo, entonces le digo: mira, en grupo hay lugar para vos, para que vengas y también participes. Porque tenía recursos el chico y terminó yendo a grupo y con una colega de acá. Y después él dejó el grupo porque sintió como que lo había abandonado, me lo dijo, me lo dejó saber (...).

En dicha cita se puede observar que el profesional corta su relato cuando va a nombrar la transferencia. Modifica este concepto por “*lo que tenía conmigo*”. Este cambio de palabras ¿será por algo del orden de la contratransferencia que tenía el profesional en ese caso?

Hay varias cuestiones que se podrían analizar de esta cita, por ejemplo: “*conmigo no avanzamos*”. Aquí, podríamos pensar y reflexionar acerca de quién debería avanzar en el tratamiento y que sería un avance en el mismo. Además, el profesional relata que tal vez, hay algo que no estaba “*viendo*” (término que se podría relacionar, a lo que Lacan y Freud nombran como respuestas o puntos

ciegos de la percepción analítica). Y por último, la derivación en ese momento, da como resultado (en conjunto con otras causas que tal vez no se han podido apreciar en el relato) en un abandono del tratamiento por parte del usuario. Por lo tanto, si tenemos en consideración lo nombrado anteriormente, podemos suponer (sin tener la totalidad de la escena o lo sucedido en ese caso) como los preconceptos, los sentimientos, juicios por parte del psicólogo pueden obstaculizar un tratamiento.

Para finalizar esta investigación, consideramos que los alcances que puede tener un análisis, no solo dependerá de los movimientos subjetivos que logre realizar el usuario, sino también, de la posición y las intervenciones del analista. Para ello, será necesario que el profesional desde su lugar y su función, logre realizar una revisión acerca de sus propios supuestos, ideas, juicios o afectos que tenga en relación al usuario y a su vez, en relación a su trabajo.

Capítulo 6. Conclusiones.

En este capítulo desarrollaremos algunas ideas, reflexiones y conclusiones a las que hemos arribado, luego de haber realizado el proceso de investigación. Primeramente, expondremos que este trabajo no ha sido un proceso lineal, sino que consistió en un ida y vuelta por sus diferentes etapas. Se ha realizado un recorrido por numerosos libros, textos y conceptos que (aunque muchos de ellos no aparecen expresados en su totalidad) han posibilitado brindar, junto con el análisis de las representaciones, determinadas ideas e interrogantes que se despliegan durante todo el trabajo. Además, es conveniente explicar que algunos temas y conceptos son tan amplios, aún dentro del campo del psicoanálisis, que sería enorme el tiempo necesario para leer y analizar en profundidad cada uno de ellos; por lo que posiblemente otras investigaciones puedan arrojar otros datos que no hemos considerado o desarrollado, incluyendo a su vez, diferentes maneras de pensar y ahondar en el planteamiento aquí desarrollado.

Por esto, consideramos desde cierta perspectiva a este trabajo como “inacabado”, en tanto no pretende cerrarse en algunas conclusiones, sino por el contrario (a partir del desarrollo expuesto y las vías que han quedado abiertas a lo largo del recorrido) posibilita y produzca enriquecer el proceso de construcción de preguntas y conocimiento; generando nuevas reflexiones en cuanto a los desafíos que presenta la teoría, la práctica y la compleja relación entre ambas.

Cabe destacar que algunas preguntas que surgieron al comienzo y motivaron al proceso de la investigación, fueron transformándose y modificando. Algunas de ellas, se complejizaron, otras desaparecieron y otras se fueron integrando durante el proceso de la investigación. Por lo cual, los primeros interrogantes que originaron y llevaron a la construcción de este trabajo, no son los mismos que los actuales. A continuación, desarrollaremos algunas conclusiones en relación a los interrogantes y objetivos que dirigieron esta investigación.

En el presente Trabajo Integrador Final se pretendió analizar las representaciones que tienen los psicólogos que trabajan en el Centro Huella, de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, acerca de la elaboración de la transferencia en el consumo problemático de sustancias. Para la comprensión acerca de la complejidad y la riqueza de este objetivo general, fue fundamental desarrollar los objetivos específicos explicados durante esta investigación.

Según el análisis de la información recabada en las entrevistas, si bien la transferencia es una herramienta importante y fundamental para el trabajo en los consumos problemáticos de sustancias, también es primordial la elaboración de la misma. En este proceso y tiempo de elaboración que parte desde las primeras entrevistas hasta el establecimiento transferencial, van surgiendo diversos obstáculos o dificultades que son necesarios trabajarlos, como también, sortearlos para el desarrollo de la cura.

Uno de los primeros obstáculos clínicos desarrollados en el trabajo, remite a que muchos de los usuarios que concurren a la institución, lo hacen por el pedido de otros y no por iniciativa propia, lo que provoca diversas dificultades en el inicio del tratamiento. Otros de los obstáculos que los profesionales consideran necesario abordar y trabajar para la elaboración transferencial, son los siguientes: la obligatoriedad con la que concurren en determinados casos, las inasistencias a las consultas y a la institución, las dificultades en poder poner en palabras aquellos que les pasa o cuando el usuario solo habla o se “queja” sobre el consumo. También, la participación de familiares y otras instituciones, si bien pueden resultar esenciales en algunas situaciones, es importante que estos no interfieran o impliquen un obstáculo en los inicios o durante el tratamiento. Por lo que resultará fundamental, pensar y evaluar que función tendrá incorporar otros actores en cada situación particular y con qué fines se implementará, considerando siempre, la singularidad de cada caso.

En consecuencia, que el usuario concorra a algunas entrevistas no significará la entrada a un tratamiento; para ello será necesario realizar un trabajo previo en las entrevistas preliminares donde se puedan ir sorteando y trabajando en estos obstáculos que se van presentando; logrando realizar determinados cambios y movimientos que posibiliten la construcción de una demanda de análisis y la elaboración transferencial. Para ello, será necesario tener en cuenta las intervenciones y el que hacer del profesional.

Gracias al recorrido y desarrollo de la investigación, hemos concluido por el análisis de las representaciones de los psicólogos, de que no hay principios, estrategias e intervenciones estándar que de antemano expondrían lo que hacer en cada situación. Sin embargo, el análisis de la información recolectada ha arrojado algunas características e ideas importantes, que sumado al desarrollo de pequeñas situaciones muy particulares que han compartido los entrevistados en su práctica con los usuarios, nos han permitido reflexionar sobre el accionar y las intervenciones posibles para la elaboración transferencial. Siempre teniendo en cuenta que se trata de “un saber hacer” en cada experiencia y situación en particular. Como explica Rubistein, A., el analista opera desde un lugar vacío que no trata de dar sentido o llenar los huecos, como tampoco, parte de ningún ideal a priori de salud y no tiene fines preestablecidos de curación. “La estrategia no tiene determinación previa, toma forma con el potencial de la situación” (2009, p.4).

Según el análisis de las representaciones de los profesionales, para una posible elaboración transferencial, el encuadre o los marcos que regulan la relación terapéutica, en algunos casos debe flexibilizarse. Ya sea, por las particularidades que pueden existir en esta problemática, por las dificultades que se presentan desde las primeras entrevistas, por trabajar en una institución pública y gratuita en coordinación con otras instituciones, a veces resultará necesario producir determinadas modificaciones o pensar diversas estrategias. Entre ellas, conservar el espacio destinado a la persona aunque esta falte o las llamadas telefónicas pueden ser una herramienta o estrategia significativa para que el usuario primeramente pueda acercarse a la institución, para luego ir conformando un espacio donde resulte propicio la elaboración transferencial.

Por ende, algunas intervenciones o como las denominadas por Pérez, Barboza. H. “maniobras de alojamiento” que se den al comienzo estarán enfocadas a que pase algo que sirva como causa para proseguir con el trabajo iniciado, que permitan que el usuario pueda acercarse a la institución y sostener los encuentros. Esto conllevará también, en algunos casos, que los profesionales puedan acercarse al barrio, a la residencia de la persona, consultar con los centros de salud u hospitales. En otros casos, según los entrevistados, cuando el usuario asiste a las entrevistas realizadas en el dispositivo de Recepción de Demanda y logra entablar algo del orden transferencial con algunos de los profesionales que lo atendió en el momento, estos puedan hacer “un lugar en su agenda” para continuar con él.

Sin embargo, en otras situaciones, el tiempo, el sostén y la espera por parte del profesional, junto con la instauración de marcos que regulen o contengan pueden dar cierto grado de seguridad en un comienzo, necesario para la continuidad y el acercamiento del sujeto al tratamiento.

Si bien los profesionales tienen diversos modos de abordaje, según la corriente psicológica donde se posicionen y por los diversos espacios donde trabajan (espacio psicológico individual, grupal, los talleres) todos han hecho énfasis que lo importante en las intervenciones es que pueda aparecer el sujeto con su particularidad. Como explica Sinatra, E. no hay un sujeto anticipadamente encarnado en el entrevistado. “Cuando nos referimos al sujeto, estamos indicando una operación de suposición que se deberá poner en juego para que haya análisis.” (2004, pp. 16-17) Además como explica el autor, al dar lugar al inconsciente, el que llega sabrá que hay mucho que no sabe de sí, sino que también, hay un saber que opera sin que él lo sepa, y esto se manifestará gracias a los traspiés que da en el habla y que junto con las intervenciones del profesional, podrá permitir el desarrollo y la entrada en análisis.

Por lo tanto, a modo de intervención, la función que cumpla la interrogación será fundamental desde las entrevistas preliminares, en la medida en que el usuario pueda ir implicándose y evidenciando una “sensibilidad” respecto a lo que dice, dirigiendo al analista la suposición del saber necesario para la elaboración transferencial y para dar inicios al análisis. Respecto a la interpretación, será necesario que la transferencia este establecida o por lo menos, haya un espacio cercano a este.

Otra clase de intervenciones posibles, cuando no hay una implicación del sujeto en el tratamiento o no se logra elaborar la transferencia, es derivar al usuario con otro profesional. También esta clase de intervenciones, se produce cuando hay algún aspecto contratransferencial o por la relación de ambos. Por último, otra de las intervenciones que se producen cuando se requieren acciones más contundentes y una respuesta más rápida en la misma, por la complejidad que puede haber en determinadas situaciones, tiene que ver con las internaciones. Estas se producen en casos o situaciones muy particulares, en coordinación y trabajo con otros profesionales, teniendo en cuenta que es un recurso terapéutico de carácter excepcional. A veces puede suceder que la transferencia se

construye durante este proceso, con el profesional que más lo acompaña, antes y durante el tiempo que implicó llevar a cabo la internación.

De acuerdo al objetivo general, hallamos primeramente que para la elaboración transferencial en el consumo problemático de sustancias es necesario tener en consideración algunos factores sociales o ligados a esta problemática en particular que pueden repercutir en el comienzo o el sostenimiento del tratamiento. Conforme con las representaciones de algunos de los psicólogos, uno de estos factores está ligado al consumo, pero no de sustancias, sino al consumo en general que hay en la sociedad actual. Por lo tanto, una de las conclusiones a la que hemos arribado es que este consumo, ya sea de sustancias o un consumo más general, aparece muchas veces como una respuesta ineficaz que tapona el malestar que surge al vivir en sociedad, provocando en algunas personas cierta pérdida en cuanto a la búsqueda acerca del saber sobre ese sufrimiento. Por lo que será necesario a través de un trabajo preliminar, propiciar una pregunta en el sujeto sobre la causa de su sufrimiento, una voluntad de saber, para que esto no quede suprimido a través del consumo.

Además, teniendo en cuenta las representaciones de los entrevistados, hallamos que otro de los factores que influyen en la elaboración transferencial, está en relación con lo problemático del consumo. Por un lado, esto se daría en el momento en que empieza a producirse en el sujeto una ruptura con los lazos, un distanciamiento con el otro y el mundo. Y por otro lado, lo problemático estaría situado según la perspectiva que tiene el usuario acerca del consumo, es decir, si la persona lo siente como un problema en su vida o no. Según el análisis de la información, todas estas particularidades influirán durante las primeras entrevistas y en los comienzos del tratamiento, lo que implicará posibilitar y efectuar, durante estas entrevistas, un cambio en la posición del sujeto, es decir, una rectificación subjetiva. En cuanto a esta rectificación, Recalcati, M. explica lo siguiente: “Desde el punto de vista clínico es la posición del sujeto que se declara inocente respecto al sufrimiento que padece.” (2004, p. 3), explicando que la transformación consistiría en indicar al sujeto la parte que él tiene en la fabricación y preservación de las condiciones de su sufrimiento.

Sin embargo, siguiendo al autor y de acuerdo con las representaciones de algunos profesionales, en determinadas situaciones, en especial cuando no se logra producir una rectificación subjetiva, es necesario primero operar una rectificación del Otro, antes que del sujeto. Es decir, poder encarnar como analista un Otro diferente al que el sujeto se ha encontrado en su historia. Un Otro que no cancela, no rechaza, no obtura; una nueva configuración del Otro que pueda permitir la implicación del sujeto y la creación de un lazo transferencial.

En cuanto a las representaciones acerca del concepto de transferencia se observó que la mayoría de los entrevistados no ha acentuado sus respuestas en torno a este término, sino que han hecho hincapié en los obstáculos y dificultades que pueden llegar a ver en los inicios de un análisis o en aquellos primeros pasos que posibilitaría ir construyendo esta relación con el profesional tratante. Por lo que una de las hipótesis a las que hemos arribado, de porque los profesionales no han acentuado

sus respuestas acerca de este término, tiene que ver como dice Lacan, porque hablar de transferencia implica hablar de la contratransferencia, es decir, de los diferentes modos en que el analista y analizante están implicados en ella.

Además, si bien los psicólogos no se han detenido a explicar específicamente el concepto de transferencia en los consumos problemáticos de sustancias, se pudo observar y analizar dos discursos diferentes o contradictorios en sus relatos. Por un lado, han expuesto con énfasis que la transferencia en los consumos de sustancias, es tan importante como en cualquier otra problemática, acentuando que no hay grandes diferencias cuando alguien llega con una problemática ligada al consumo, a cuando llega con otras demandas. Si bien, consideramos que es importante tener en cuenta dichas representaciones, también hemos arribado al supuesto de que es un modo en que encuentran los profesionales de querer incluir en la sociedad y en las instituciones esta manera de abordar los consumos, es decir, como una problemática más dentro del amplio campo de la salud mental; como diversas manera de promoción de la salud destinadas a poder cambiar algunas representaciones sociales que se han venido utilizando durante mucho tiempo.

Por otro lado, se ha observado de una manera más implícita en los relatos de los entrevistados, en cuanto a la diferencia entre los consumos de sustancias y otras problemáticas, que en los consumos aparecen muchas veces actuares, en conjunto con la imposibilidad o dificultad por parte del usuario de poder poner en palabras aquello que les pasa. Se ha analizado que estos actuares o puesta a prueba del vínculo con el analista, muchas veces pueden pertenecer a una destinación hacia este y por lo tanto, concernir a una elaboración transferencial. Pero para que esto se dé será fundamental que el analista no se sitúe en la misma línea o en un enfrentamiento dual con el usuario, comprendiendo que estos actos no están dirigidos a su persona, sino al objeto que este representa.

En consecuencia, se observó acerca de la elaboración transferencial, que este proceso no solo afecta al usuario, sino también al profesional. Por ende, cuando se les preguntaba a los psicólogos acerca del término de transferencia, aparecía también en sus relatos el término de contratransferencia y lo que a ellos les sucedía respecto del usuario o del tratamiento.

Es así que gracias al análisis de la información y por el recorrido conceptual realizado durante el proceso de investigación, se ha reflexionado acerca de la importancia que tiene para el proceso de elaboración y establecimiento de la transferencia, de que el mismo profesional pueda realizar terapia, es decir, someterse a un análisis personal. Para que aquellas cuestiones que se ponen en juego durante el tratamiento, no repercutan directamente en él o termine, el mismo profesional, siendo un obstáculo en el tratamiento que está llevando a cabo con el usuario. Por lo tanto, que el analista registre la posición que toma durante el tratamiento, teniendo en cuenta la neutralidad y abstinencia; que reconozca sus sentimientos, afectos, prejuicios, ideas y supuestos, que este advertido acerca del deseo de querer hacer el bien o el deseo de curar, realizando una revisión constante de su trabajo, serán fundamentales para la elaboración transferencial y el manejo de la misma.

Es por esto que, en cuanto al supuesto de esta investigación se ha observado que si bien la mayoría de los profesionales consideran las dificultades que se presentan en las primeras entrevistas y en la elaboración transferencial en los consumos problemáticos de sustancias, también resulta importante que puedan tener en cuenta sus propias dificultades o los diferentes modos de estar implicados en el tratamiento. Cuando esto no sucede, sus intervenciones, no solo, no crearán las condiciones de posibilidad para el comienzo y sostenimiento del tratamiento, sino que podrían resultar un obstáculo en el progreso de la cura y la elaboración transferencial. Cabe señalar que este último aspecto, en relación a las dificultades del profesional y lo contratransferencial, no lo hemos tenido en cuenta al momento de realizar el proyecto de investigación, pero ha resultado ser un tema fundamental que se ha desprendido durante el proceso, para poder comprender la elaboración transferencial.

A su vez, considero pertinente mencionar que ante la siguiente pregunta formulada en el trabajo: ¿Es posible, por parte del analista distinguir cuando se establece la transferencia o esto se da en algún momento de la relación analítica sin ser demasiado perceptible para él?, hemos llegado a la conclusión que para la elaboración y constitución transferencial, será fundamental que el analista la pueda percibir, interpretar y ponerla a trabajar. En el caso de que la transferencia y lo que posibilita a la constitución de la misma resulte ser, como dice Freud, un punto ciego en la percepción analítica, dará como resultado que el mismo profesional y sus intervenciones, resulten ser un obstáculo en el transcurso de la cura. Es más, consideramos que uno de los mayores obstáculos clínicos en la elaboración transferencial en los consumos problemáticos de sustancias, serán las resistencias del analista. En tanto, el profesional no cuente con la información suficiente ligada a determinado momento del proceso analítico, sobre todo en lo que respecta a la transferencia y el lugar en que el paciente lo posiciona durante la misma.

También hemos arribado, que aun trabajando sobre estos aspectos nombrados en relación al analista, las dificultades que surgen durante las entrevistas, realizando diversas intervenciones (tanto de manera grupal o individual, por fuera como por dentro de la institución) no siempre garantiza a que el usuario comience un análisis o sostenga el mismo. Por lo que considero pertinente dejar a modo de idea para futuros trabajos o investigaciones, el análisis de los posibles alcances y límites que pueden tener las diversas corrientes psicológicas, en el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias.

Para finalizar, como nombramos recientemente, hay varias líneas de investigación que podrían desprenderse de este trabajo integrador, pero considero pertinente también dejar a modo de propuesta para otras investigaciones un tema de fundamental relevancia en la sociedad actual, después de haber pasado por situaciones que han cambiado los modos de abordaje y las herramientas que utilizan los profesionales. Dicho tema, se ha desprendido de los relatos de algunos psicólogos entrevistados y se refiere a la manera en que los recursos virtuales o aparatos tecnológicos podrían acompañar o dificultar los tratamientos en el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias.

Capítulo 7. Bibliografía.

Abbagnano, N. (1991) *Diccionario de Filosofía*. Fondo de Cultura Económica.

Agüero, A., Herbon, C., Pérez Barboza, H., Zbuczynski, G. (2006). Primeras entrevistas en la clínica con personas con problemas vinculados al uso de drogas en el Centro Carlos Gardel. *Clínica institucional en toxicomanías: una cita con el centro Carlos Gardel*. Letra Viva.

Belaga, G. (Octubre - Noviembre 2009). Respuestas a lo impolítico de las urgencias subjetivas. *Virtulia. Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*, (Año VIII, Número 19), 1-8.

<https://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/HkVro3y3Q2iz2IyfFuRZtmUJiR6qIaM9cAcOzbvW.pdf>

Benedetti, E., (2015) *Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático. Notas político-epistémicas sobre modelos y estrategias de intervención*. Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.

Canal Alicia Stolskiner. (01 de mayo de 2019). *Consumo problemático [Archivo de Vídeo]*. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=5tVlBy9LYJI>

Carew, V (2014). Los tratamientos instituidos frente a la problemática de las adicciones y sus ideales de eficacia. Rol y función del clínico en su intervención. *Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. <https://www.aacademica.org/000-035/594>

Escohotado, A. (1998) *Historia general de las drogas*. Tomo 1. Alianza.

Evans, D. (1998) *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Paidós

Fernández, A. (2007). *Las lógicas colectivas: imaginarios, cuerpos y multiplicidades*. Editorial Biblos.

- Fernández, R. M (2015). Adolescencia, consumo de sustancias y condiciones de presentación de la demanda terapéutica: las derivaciones institucionales. *Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXII Jornadas de Investigación. XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. <https://www.aacademica.org/000-015/748>
- Ferrater Mora, J. (1975). *Diccionario de filosofía*. Tomo II. Editorial Sudamericana.
- Freud, S (1984). Introducción al narcisismo (1914). En *Obras Completas*. Tomo XIV. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1984). Conferencia 27. La transferencia (1916 - 1917). En *Obras Completas*. Tomo XVI. Amorrortu editores
- Freud, S. (1984). Psicología de las masas y análisis del yo (1921). En *Obras Completas*. Tomo XVIII. Amorrortu editores
- Freud, S (1986). El malestar en la cultura (1930 [1929]). En *Obras Completas*. Tomo XXI. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1991). Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias (1894). En *Obras Completas*. Tomo III. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1991). Nuevas puntualizaciones sobre la neuropsicosis de defensa (1896). En *Obras Completas*. Tomo III. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1991). La sexualidad en la etiología de las neurosis. (1898). En *Obras Completas*. Tomo III. Amorrortu editores.
- Freud, S (1991). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico (1912). En *Obras Completas*. Tomo XII. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1991). Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I) (1913). En *Obras Completas*. Tomo XII. Amorrortu editores.

- Freud, S (1991). Recordar, repetir y reelaborar. (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II) (1914). En *Obras Completas*. Tomo XII. Amorrortu editores.
- Freud, S (1991). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III) (1915 [1914]). En *Obras Completas*. Tomo XII. Amorrortu editores.
- Freud, S (1992). Fragmento de análisis de un caso de histeria (1905). En *Obras Completas*. Tomo VII. Amorrortu editores.
- George, G. (Junio - Julio 2005). El deseo del analista. *Virtulia. Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*, (Año IV, Número 13), 1 – 3.
<https://www.revistavirtulia.com/articulos/568/xiv-encuentro-internacional-del-campo-freudiano/el-deseo-del-analista>.
- Gutiérrez Segú, O. (2013) *Adicciones y psicoanálisis*. Letra Viva.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Callado, C., Baptista Lucio, M (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill
- Lacan, J. (1981). *El seminario de Jacques Lacan, libro 1: Los escritos técnicos de Freud*. Paidós.
- Lacan, J. (1987). *El seminario de Jacques Lacan, libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Paidós.
- Lacan, J. (1988). *Intervenciones y textos*. Manantial.
- Lacan, J. (1988). *El seminario de Jacques Lacan, libro 7: La ética del psicoanálisis*. Paidós.
- Lacan, J. (2003). *El seminario de Jacques Lacan, libro 8: La transferencia*. Paidós.
- Lacan, J. (2012). *Hablo a las paredes*. Paidós.
- Lacan, J. (2015). *El seminario de Jacques Lacan, libro 10: La angustia*. Paidós.
- Lacan, J. (2009). Intervención sobre la transferencia (1951). En *Escritos 1. Siglo XXI*
- Lacan, J. (2009). La dirección de la cura y los principios de su poder (1958). En *Escritos 2. Siglo XXI*

- Laplanche, J. y Pontalis, J. B (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós.
- Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y salud mental*. Tres haches.
- Le Poulichet, S. (1990). *Toxicomanía y psicoanálisis*. Amorrortu.
- Ley N°. 26657 (2010). *Derecho a la protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias*. Promulgada el 2 de diciembre del 2010.
- Ley N°. 26934 (2014). *Plan Integral para el abordaje de los Consumos Problemáticos*. Promulgada el 28 de mayo del 2014.
- Levato, M. (2022). *Conceptos fundamentales en la obra de Sigmund Freud*. Letra Viva.
- Llanes, K.S. (2018) *Sobre los tratamientos de las adicciones en la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos: una lectura en relación a la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental y adicciones*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma de Entre Ríos] Biblioteca Central (Celia Ortiz de Montoya)
- Lombardi, G. (2009). Rectificación y destitución del sujeto, *Aun: revista de psicoanálisis, Foro Analítico del Río de la Plata*, Volumen N. ° 1, 27- 42.
- Maxwell, J. (1996). *Qualitative research design. An Interactive Approach*. Sage publications.
- Mazzuca, M. (21 de abril de 2004). *Transferencia e interpretación en psicoanálisis*. Elsigma.com. <http://www.elsigma.com/introduccion-al-psicoanalisis/transferencia-e-interpretacion-en-el-psicoanalisis/4684>.
- Miller, J. A. (1985). *Clínica bajo transferencia. Ocho estudios de clínica lacaniana*. Manantial.
- Miller, J. A. (2006). *Introducción al método psicoanalítico*. Paidós
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Editorial Huemul
- Moya, C (2017). Subjetivación de la Demanda: Condición Preliminar para el Inicio de un Tratamiento Analítico. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*. Vol. 3, N°2. Pág. 375-383. <http://www.revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp>

- Naparstek, F. (2005). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*. Grama Ediciones.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Organización Mundial de la Salud.
- Paes Barreto, F. (2015). La responsabilidad del toxicómano. *Pharmakon Digital*, Volumen N.º 1, 15 - 21. <https://bibliotecadepsicoanalisiselsintomasingular.com/pharmakon-digital-1/>
- Pérez, J. F. (Junio – Julio 2005). La pregunta por la eficacia terapéutica en psicoanálisis. *Virtulia. Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*, (Año IV, Número 13), 1 – 7. <https://www.revistavirtulia.com/articulos/567/xiv-encuentro-internacional-del-campo-freudiano/la-pregunta-por-la-eficacia-terapeutica-en-psicoanalisis>
- Prados, R. M. L (2014). Modos de Intervención desde el Psicoanálisis en un Servicio de Urgencias Hospitalario. *Fides et ratio*. Vol. 8. Pág. 23-39. http://www.scielo.org.bo/pdf/rfer/v8n8/v8n8_a03.pdf
- Real Academia Española. (s.f.). Cultura. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 10 de febrero de 2019, de <https://dle.rae.es/cultura?m=form>
- Recalcati, M. (Julio - Agosto 2004). La cuestión preliminar en la época del Otro que no existe. *Virtulia. Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*, (Año III, Número 10), 1 – 6. <https://www.revistavirtulia.com/storage/articulos/pdf/ScZXwlq43ItDy5cBjXSxjtlpYxXP7VgCjl4cPYFN.pdf>
- Rubinstein, A. (Octubre – Noviembre 2009). El deseo del analista: saber hacer con lo que hay. *Virtulia. Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*, (Año VIII, Número 19), 1 – 7. <https://www.revistavirtulia.com/articulos/414/variedades/el-deseo-del-analista-saber-hacer-con-lo-que-hay>.
- Rutsatz1y Medeiros, K. M. (2016). Desafíos y Cambios en la Escucha Psicoanalítica de la Toxicomanía. *Subjetividad y procesos cognitivos*. Vol. 20. Pág. 216-234. <http://www.scielo.org.ar/pdf/spc/v20n1/v20n1a11.pdf>

- Santos de Faria, M. W. (2016). La especificidad de la toxicomanía. *Pharmakon Digital*, Volumen N.º 2, 54 - 57. <https://bibliotecadepsicoanalisiselsintomasingular.com/pharmakon-digital-2/>
- Sinatra, E. S. (2004). *Las entrevistas preliminares y la entrada en análisis*. Colegio epistemológico experimental.
- Sinatra, E. (2015). Entrevista. *Pharmakon Digital*, Volumen N.º 1, 28 - 33.
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Paidós.
- Trimboli, A. (2017). *Consumo problemático de drogas. Bases para una clínica ambulatoria de inclusión sociosanitaria*. Noveduc.
- Valadez, G. J. A., Oropeza T. R., Salazar G. M, L., Martínez M. K. I., (2018). La voz de los profesionales: componentes y sugerencias para los programas de prevención en adicciones. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. Vol. 21. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/>
- Varela, J. V (2019). El problema del consumo problemático de sustancias en la clínica hospitalaria: Una apuesta desde la ética del psicoanálisis. *Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia*. <https://www.aacademica.org/000-111/523>
- Zamorano, S. (2014). La Ley de Salud Mental: desafío para la clínica de las adicciones. *Estrategias - Psicoanálisis y Salud mental*, Año 1 Numero 2, 43 – 45.

Capítulo 8. Anexos.

La redacción de las entrevistas se presentan de la siguiente manera, ya que se tomó en consideración las recomendaciones que realizan los autores Hernández, Fernández y Baptista (2010), en el libro “Metodología de la investigación”. Por lo que, a la hora de realizar dichas entrevistas se tuvo en cuenta la naturalidad, espontaneidad, generando a su vez un clima de confianza. Cada entrevista fue diferente por lo que resultó esencial producir un proceso de adaptación a cada una de ellas.

En cada tabla encontraremos el relato de un profesional por vez, ya que se ha intentado por las recomendaciones de diversos autores, no brincar en las entrevistas de un tema a otro abruptamente, sino continuar con las ideas que el entrevistado iba relatando, guiándolo hacia otros temas cuando resultaba conveniente. Por eso, las preguntas han cambiado su orden en relación a la guía establecida de antemano. Además hay que tener en cuenta que muchos profesionales comenzaron la entrevista dialogando sin que se le haya realizado pregunta alguna. Por lo que resulta más beneficioso presentar las redacciones de esta manera para que todo aquel que quiera informarse, pueda remitirse a este anexo y comprender el dialogo y las explicaciones de cada profesional en su complejidad.

Si bien la redacción se presenta de la siguiente manera, se tuvo en cuenta los diversos procesos para el análisis de la información, realizado y explicado en la investigación.

PSICÓLOGO LAURA:

	Somos todos los psicólogos diferentes desde nuestra personalidad, hasta la manera de abordar. El perfil profesional lo pone cada uno, así trabajemos todos desde el mismo marco teórico o no. Yo por ejemplo trabajo siempre desde una perspectiva de género en mis abordajes, que tal vez no todos estén de acuerdo en esa forma de abordar. También pienso siempre en la grupalidad, hasta inclusive tengo un perfil de trabajadora social, a donde lo comunitario para mí es muy importante. Hay compañeros que tal vez, tengan la parte más clínica y le pongan más énfasis a eso.
¿Qué entiendes por consumos problemáticos de sustancias?	Ese consumo afecta el proyecto de vida de las personas. Es ese consumo que provoca una ruptura con los lazos saludables, una ruptura con la escolaridad, con la vida laboral, con la familia. Cuando se rompe el proyecto de vida y con las vías saludables. En el consumo hay diferentes niveles. Esta el uso, ese uso esporádico, ocasional que puede tener cualquier persona; después tenemos el abuso donde ingresa una intencionalidad, donde hay una intención, yo consumo para animarme, para divertirme, para dormir. Cuando hay una dependencia, que podemos decir, un consumo problemático, donde

	hay ya justamente una compulsión para obtener eso. Entonces ya es un círculo vicioso donde consumo para obtenerlo y lo vuelvo a hacer y toda mi vida ronda alrededor de ese objetivo, ese fin. Y problemático en realidad puede estar en los tres niveles, porque una persona que se toma una cerveza, se junta en una fiesta, también le puede ocasionar un problema. Porque sale conduce y choca, y le hizo daño a un tercero y así mismo. Una persona que se tomó un clonacepan porque se lo recomendó una compañera de trabajo y bueno capaz pueda ocasionarle un tipo de problema, como no está indicado por un médico, eso termina siendo un consumo problemático también. El abuso también. Donde cada vez que necesito hacer algo, lograr algo mi medio es el consumo de tal cosa también comienza a ocasionar un problema. Ni hablar, la dependencia. Cuando trabajo con los chicos sobre la problematización de los consumos, problemático puede ser en los tres niveles. El tercero que es la dependencia es lo que se llama adicción, porque hay un consumo compulsivo, diario, repetitivo, en donde ya tenemos que pensar en la problematización, empezar a trabajar y hacer un tratamiento para poder restablecer los lazos saludables. Uso y abuso podemos en algún momento todo el mundo hacerlo y no necesitar tratamiento específicamente por eso, porque no rompió con todos esos lazos como en la dependencia. En la dependencia uno depende de algo para vivir. El “adicto” es aquel que depende de esa práctica, de ese consumo, de esa sustancia para poder seguir viviendo. Y así vienen muchos casos, sin trabajo, sin familia, sin lazos saludables. Muchas veces vienen las madres, los familiares, la pareja, viene por la justicia pero porque se quedaron ahí embrollados en todo eso que los aisló de lo saludable y hay que reparar algo de lo que se dañó.
¿Cuáles consideras que son los principales objetivos del tratamiento?	Depende la persona. Yo como psicóloga tratando de tener amplitud en el objetivo de un tratamiento terapéutico, no te voy a hablar de acá específicamente, yo creo que el objetivo tanto del paciente que va a lo privado, como el que viene acá va a tener que ver con la historia que trae, con esa serie de sucesos que hizo que este en un momento en el cual necesita pedir ayuda y acompañamiento para desanudar, nudos que solo no puede, y tampoco con la charla con el amigo o la mama, o con la pareja. Necesita una escucha profesional y objetiva para poder acompañar el tránsito y el recorrido propio de descubrir cuestiones que solo con una escucha no profesional no puede. Entonces el objetivo en un trabajo terapéutico tiene que ver con poder descubrir esa problemática, poder desanudar eso que a él no lo deja construir un proyecto de vida saludable. Porque aquello que realmente le traba o está interrumpido o está cortado, es ese proyecto de vida saludable. El consumo

	en el caso de esta institución, que es el motivo de consulta que traen, realmente les provoca un serio problema para poder desenvolverse en su vida. Porque lo único que piensan en realidad es en consumir. Trabajan, cobran, consumen. Están un rato con su familia, hablan pero están pensando en que se vayan a dormir para consumir, se juntan con amigo o bien para consumir con ellos, suelen ser compañeros de consumo, le dicen amigos pero consumen con ellos, entonces toda su vida está en relación a esto. Entonces el objetivo tiene que ver con poder despegarlos de esa vida que tiene que ver solo con el consumo. Pero que no apunta a trabajar sobre la droga o sobre el consumo puntual sino a hablar, a relatar, a construir algo diferente que vaya por otro lado, diferente a lo que viene pensando a diario. Acá empezamos a trabajar lo que tiene que ver con el sujeto. Su historia, sus relaciones, sus recursos, sus dificultades.
¿Cuáles son los obstáculos con los que te encuentras mayormente en los primeros encuentros al trabajar con esta problemática?	El mayor obstáculo es cuando no hay una demanda, cuando no hay una persona que quiera trabajar sobre su historia y sus obstáculos. Lo que pasa acá, es que un gran porcentaje que consultan no tiene una motivación personal propia. Suelen venir porque están entrampados en una que tiene que ver con, si no haces tratamiento te vas de casa, si no haces tratamiento te vamos a echar de la casa o el trabajo, si no haces tratamiento pedite una licencia a tiempo indeterminado. O la justicia, sino haces tratamiento vas a la cárcel, o proba tratamiento ambulatorio sino vas a comunidad terapéutica, a internación. Otros están muy tristes, angustiados, tiene un montón de cuestiones que ellos se dan cuenta que tienen un problema pero no lo relacionan con el consumo, aun así lo minimizan. Yo me siento así pero yo al consumo lo manejo. ¿Vos consumís? No fumo de vez en cuando. ¿Y estas consumiendo algo más? Si, cocaína. ¿Alcohol? Alcohol a la noche me tomo una cerveza. A veces llego a fumarme un atado por día. Eso también es consumo. Trabajar, deconstruir un montón de cuestiones a nivel personal y social sobre el consumo se da en esas primeras entrevistas. Para que realmente comience el tratamiento lleva mucho tiempo. Muchos no llegan a arrancar ese tratamiento porque, no llegan a construir esa demanda, a trabajar con lo que tiene que ver con la problematización de ese consumo. Antes se decía no había conciencia de enfermedad. Bueno los médicos en una gran cantidad de casos siguen hablando que los pacientes llegan a la institución sin conciencia de enfermedad. Creo que no es tan así, hablamos desde otro lado sobre lo que es la enfermedad. Si bien nos ayuda a pensar como enfermedad para que haya ingresado la nueva Ley de Salud Mental, y que estemos hoy en día bajo la órbita de salud, esta institución y todos los que trabajamos con

	consumos, pensarlo como una enfermedad no nos ayuda ni al paciente, ni a nosotros a cómo abordar la problemática. Tiene que ver con diferentes situaciones que se dan en la salud mental, que son dificultades, que son problemáticas, que en muchos casos son graves pero formar parte de los recursos que han tomado las personas, no saludables que se pueden convertir en otros tipos de recursos. La nueva Ley de Salud Mental habla sobre el paradigma de la reducción de riesgo y daños. Nosotros entonces no nos abocamos a la condición de que tiene que dejar de consumir para arrancar en la institución. Hay dos paradigmas vigentes. El abstencionista y el de reducción de riesgo y daños. Nosotros nos enfocamos en el segundo. Porque acá, no es una institución donde la condición sea dejar de consumir para arrancar tratamiento, como en las comunidades terapéuticas u otras organizaciones que sí. Lo cual es paradójico porque si vienen pidiendo ayuda para que los acompañemos a tratar de alejarse del consumo, le vamos a pedir que deje el consumo. Es paradójico y aun así, en muchas instituciones lo hacen. Posible si cuando están bajo más el régimen hospitalario de la comunidad terapéutica donde están desde que se levantan hasta que se acuestan totalmente controlados. Como cuando uno tiene un hijo chiquito y lo controla todo el tiempo, pero va creciendo el hijo y bueno aparecen las madres acá porque el hijo ya hizo lo que quiso. Acá no tiene que ver con el control sino que construyan sus propias herramientas para vivir de manera saludable. Algunos siguen consumiendo pero tratamos de hablar de la regulación del consumo para que ellos puedan seguir su vida sin tener grandes dificultades. Hasta que el objetivo último pueda llegar a ser, por propia iniciativa, dejar de consumir. El objetivo último si sería dejar de consumir en tanto que eso les causa problemas. Pero el objetivo de tratamiento es que puedan construir un proyecto de vida saludable.
¿Qué piensas en relación a la transferencia al trabajar con los consumos problemáticos de sustancias?	Tiene que ver con la relación que el terapeuta y el paciente, consultante y usuarios, le decimos acá. Usuarios, usuarias, viene a usar el servicio. Esta relación es una construcción, una construcción simbólica. Donde uno trata de establecer un lazo, ese lazo social que ese usuario no ha podido construir de manera saludable. Entonces el psicólogo lo que tiene que tratar de construir muy de a poco a través de la confianza, a través de la construcción de un vínculo de persona a persona, pueda enlazar algo que lo una sujeto a sujeto desde la objetividad. Como te decía hoy no es lo mismo que él hable de sus problemas personales con el amigo, con la mamá, con el jefe, que venga acá a buscar una ayuda, una escucha objetiva, que lo ayude a unirse con lo más íntimo de sí, a través de la propia conversación, de las

	palabras ¿Que hace un psicólogo? Escucha las palabras del consultante y con esas mismas palabras ayuda a construir algo diferente a medida que va descubriendo que es lo que va diciendo. El psicoanálisis mismo digamos vas destrabando cuestiones que van surgiendo en la asociación libre del paciente, entonces es lo que hace un psicólogo cuando se encuentra con un sujeto, más allá de esta institución. Por eso te digo la transferencia, todos los psicólogos van a pensar tal vez con diferentes matices, pero en el fondo nuestra formación hace que podamos construir en un principio un vínculo y después acompañar en ese crecimiento personal que implica una psicoterapia, un psicoanálisis. Desde mi punto de vista es construir un lazo social que está roto. Los psicólogos, ya sea en el grupo o la parte más individual, somos los que acompañamos más personal esa construcción de lazo social con otro que le aporte un significado diferente a eso que está roto en la historia personal del paciente, cuando se convierte en un paciente. Por eso te digo que no es fácil que pueda llegar, va mucho en la transferencia, un montón pero no siempre es eso. Lleva tiempo.
¿Consideras que hay más dificultades en la elaboración de la transferencia al trabajar con los consumos problemáticos de sustancia que con otra problemática? ¿Por qué consideras que es así?	No. Si bien yo he trabajado en lo privado con otras problemáticas, lo que diferencia tal vez a esta institución, es que vienen muchos porque los mandan. Pero cuando hay una real intención, un deseo de trabajar sobre lo que les pasa, se da como con cualquier otra problemática. Te va a suceder que en lo privado va un sujeto que tiene una problemática puntual puede ser de violencia, en su trabajo, con su pareja, y a veces engancha la transferencia y muchas veces no, no era ese el momento, no era con ese psicólogo, era con otro tal vez y no tenía que ver puntualmente con la problemática. Acá lo que sucede es que tal vez si la transferencia pueda complejizarse porque hay que ahondar y trabajar bastante con respecto a que haya un descubrimiento, que hay una problemática de consumo, porque esto de minimizar y subestimar el consumo es un trabajo que se va dando la transferencia y contratransferencia, en cuanto que desde la parte amorosa que se va dando en esa construcción del vínculo, podemos ir de apoco ayudándolo a que devele, descubra aquello que lo venía trabando y hacia que no vea que estaba evadiendo un montón de problemáticas mediante el consumo. El consumo es un medio para evadir, tapar, cubrir otras cuestiones muy dolorosas que mientras seguimos consumiendo compulsivamente no se pueden, no se ven, dejamos bajo la alfombra eso que nos duele mucho y con el consumo podemos lograr que se anestesie el dolor. Entonces esa anestesia si bien trae un montón de problemas, es más fácil que bancarse lo que hay debajo de la alfombra, desde ese punto es un mecanismo que le sirve al sujeto que viene acá. Hay que

	trabajar mucho en como correr esa alfombra y que se hagan cargo. Muchas veces ese hacerse cargo depende mucho de la transferencia que tenga con el psicólogo, de cómo va construyendo esa relación de a poco para bancarse lo que hay debajo y no salir corriendo. Muchos salen corriendo, otros se la siguen bancando, muchas veces sostenidos por esta relación terapéutica.
¿Cómo es el encuadre analítico que utilizas en esta problemática en particular?, ¿Consideras que debe ser más flexible que al trabajar con otras situaciones?	Enfocarlo desde el psicoanálisis puramente es difícil, se tiene que adaptar. Vas a ver que las primeras psicólogas que consultes, que entrevistes no son psicoanalistas entonces no te van a hablar en esos términos, específicamente yo tampoco. Si o si, acá tenes que integrar otras formas para poder flexibilizar el encuadre. Porque el encuadre acá, si o si se tiene que flexibilizar, en términos de que trabajas con el paciente, con la madre cuando viene a pedir una entrevista, cuando te llaman quejándose, cuando te piden información de la justicia, cuando a la vez tenes que hablar con los coordinadores de grupos a ver como siguen, como acompañan, como no. Los encuadres tienen que ser necesariamente más flexibles para poder seguir sosteniendo estas personas que suelen faltar. Faltan bastante. En muchos casos con avisos, en muchos casos sin aviso. Entonces en un encuadre psicoanalítico más ortodoxo no se toleraría ese tipo de irregularidades, acá sí. Acá hay que hacerlo porque también trabajamos en el sistema público de salud y además la población que asiste acá tiene esa forma de vida irregular, donde su trabajo suele ser informal, entonces no tiene horarios a veces, en muchos casos tienen horarios pero le sale una changa y priorizar hacer la changa que venir acá, entonces te cancelan, no vienen o no te avisan. A veces el turno es a las 9 horas, pero llegaron 9.30, algunos compañeros pueden decirle “reprográmaselo” y en otros casos bueno entra, volvemos a hablar sobre el encuadre, a qué hora es, como hay que llegar, etc. También muchos vienen habiendo consumido antes, se fuman un faso en la puerta, vienen medios dopados por alguna pastilla o algún tipo de consumo que hayan tenido, entonces se trabaja sobre esto, de que vengan sin haber consumido, en un horario, que se tiene que respetar porque a las 10 horas hay otro paciente, se lo atiende un rato pero a las 10 ingresa otro. Se le explica. Muchas veces hay que volver a explicar el encuadre, muchas veces hay que pedir que avisen cuando van a faltar porque entonces ese espacio se le da a otra persona. A veces ese espacio lo tomo otro paciente pero a la semana siguiente apareció ese que faltaba tanto, “hola quiero un turno con tal profesional” se le explica tu espacio fue. Es difícil por estas cuestiones tan irregulares, pero hay cuestiones que tiene que ser adaptadas al sistema público de salud. Tiene que ver con la forma de trabajo de cada psicólogo. Porque todos tenemos criterios

	diferentes. Si bien hay criterios institucionales, que es un poco lo que yo te hable de criterios más generales. Hay colegas que deben ser más estrictos y otros que no. A veces te piden una semana de tarde y otra de mañana. Hay colegas que no. Todos los martes a las 9 horas. Y otros que no, bueno nos vemos cada 15 días, cuando vos puedas, y ese encuadre le va poniendo la impronta profesional aunque haya criterios institucionales, que va teniendo que ver con la condiciones que se van estableciendo en la transferencia, con el respeto, con la confianza, que van teniendo que ver no solo con el profesional sino también con la institución.
¿Cuáles son las intervenciones clínicas que más utilizas?	Y son las intervenciones que todos los psicólogos pueden hacer. Lo que debemos es lo que nos transmiten en la formación, lo que podemos tiene que ver con lo que trae cada paciente a la institución, lo que se puede hacer con ese paciente en particular. Parte de la escucha siempre y después las intervenciones van a tener que ver con el trabajo interdisciplinario. Siempre desde el minuto uno, es trabajar de manera interdisciplinaria. Es decir, cuando vienen los pacientes, vienen los que consultan, se escucha de manera interdisciplinaria. Siempre en los equipos de recepción hay un equipo interdisciplinario, desde ese punto siempre intentamos abarcar la problemática de manera integral. Pensamos la problemática, muchas veces ingresan y no es que ya va a un psicólogo, siempre transita por el espacio de clínica médica, como primera instancia. En algunos casos hay una interconsulta con el psiquiatra, en muchos casos hay que llamar al Hospital Escuela, al Hospital San Martín o desde donde fue derivado. Se lleva a reunión de equipo para compartir, supervisar, para destrabar cuestiones que a veces desde admisión, no sabemos por ejemplo como sería la mejor manera de arrancar, por eso consultamos siempre en reunión de equipo; entonces las intervenciones van partiendo desde lo que trae el paciente y su contexto para poder ir viendo con quien, a veces tiene que ver con las intervenciones de la trabajadora social, para intervenir e investigar el contexto y en muchos casos clínica médica y el psicólogo para ir viendo cómo vamos abriendo un poco el panorama y a ver si engancha. Muchas veces esto nos suena raro, hay ruido en ese motivo de consulta y arrancamos por ahí para trabajar sobre la historia personal, lo que trae y lo que quiere ir abriendo, y muchas veces no arrancan, tienen una entrevistas o dos y bueno. Puede haber todo un equipo, de todas las disciplinas que puedan existir, sin embargo cuando no hay una real demanda, esto se cae y el paciente desaparece. Muchas veces los llamamos. Yo tengo un espacio con una chica que está embarazada y consume, como ya te dije cada paciente es un mundo diferente. Hay algunas que tenemos más

	paciencia que con otras, en términos de seguir guardándole el espacio, seguir llamando a ver qué les pasa, a veces ni siquiera tenemos el número de la que consulta, entonces es más complicado. A veces tenemos el número de la suegra, entonces llamar a la suegra, que haya intermediarios, que le llegue el mensaje, toda esta cuestión donde bueno es más dificultoso, pero que todas estas intervenciones directas o indirectas tratamos que vayan repercutiendo en el tratamiento para que vuelvan, para que sostengan, para que no pierdan el contacto con el sistema de salud. Yo trabajo mucho, por ejemplo, con la médica clínica, entonces ella habla con el centro de salud donde ella se estaba haciendo los controles, siempre se arma red, porque mientras más compleja sea el caso más red tenemos que armar. La medica clínica se conecta con la obstetra, a su vez me pregunta a mi como viene siguiendo, cuando falta conmigo, cuando no falta, muchas veces pedimos a la trabajadora social. En este caso que estoy teniendo, viene muy de a poco, sería lo ideal que venga más seguido. No dejo de venir, pero llama y dice estoy engripada no puedo ir, como ella tiene asma, bueno que le vamos a decir, la verdad que no hacemos consultorio domiciliario, tal vez en algún momento cuando este más avanzado el embarazo pensar otro tipo de estrategias con ella. La invitamos al grupo de mujeres pero bueno no viene. Viene a duras penas dos veces con la médica clínica, tres veces conmigo. A la casa dependiendo el caso asistimos, no es lo que más sucede, eso es pensado en cada caso particular, en este caso si podría ser. Lo charlamos en reunión de equipo. Porque puede ser una posibilidad. La pareja de ella también viene acá, más que ella. Tenemos un contacto, sabemos de ella, más por la pareja que por ella. Es más, viene él para traerla a ella. Vino él, en admisión lo recibimos a los dos, lo recibimos a él primero, que fue clara la demanda, que venía por ella. Entonces le dijimos, bueno dale un turno el viernes que viene que venga con nosotros, de paso nosotras coordinamos el grupo de mujeres y tratamos de traerla. La realidad es que nunca arranco en el grupo de mujeres, pero si por lo menos conmigo que estaba yo justo en esa primera entrevista y no la derive con otro psicólogo. Yo ya la recibí, la escuche, que siga conmigo. En este caso, es más, hice una excepción porque yo no tenía espacio en ese momento, pero le hice un espacio. Hay pacientes que realmente hay que agarrarlas fuerte, hay que sostenerlas y ver que si ya armo algo con los primeros que la escucharon continúe ahí. Uno con la experiencia se va dando cuenta, en quien es importante que uno active más rápido, que le dé un turno enseguida y quien puede esperar o tener el tránsito por los médicos primero hasta que se desocupe un espacio de psicología. Si bien somos varios psicólogos, hay
--	---

	momentos que estamos bastante colapsados con los turnos pero siempre se puede hacer una excepción, en mi caso como yo abordo las situaciones, a ella se la hice, porque yo trabajo y veo que es necesario a veces priorizar en la agenda. Entonces desde ese punto las intervenciones van siendo las que se van pudiendo. ¿Qué hubiera sido ideal? creo que es una chica que le hubiera ido bien en el grupo, pero no viene. Tiene una personalidad donde puede intercambiar, donde le haría muy bien poder sostener lazos, construir, compartir, escuchar experiencias de otras compañeras que le aporten, ella aportar, tiene una diversidad de recursos muy interesantes para compartir, por lo cual estaría indicada para el grupo, pero por su condición de estar embarazada bueno ella no llega. No llega al grupo. Dice que por eso no llega, tal vez sea una excusa, tal vez no. No llegue a conocerla, no se estableció todavía ese vínculo, porque la vi tres veces, así distanciado. Bueno ahí le voy sosteniendo el espacio, la llamo a veces, trato de llamarla, porque no tiene teléfono, la pareja le estampillo dos teléfonos contra la pared, entonces no me puedo comunicar con ella, hablo con la suegra. Con la suegra tiene una relación difícil, que tampoco vive con ella. Es complicado. Por eso te digo que es muy artesanal. Las intervenciones que se van dando son sumamente diferentes depende el caso. Cuando son mujeres es súper complejo, cuando hay embarazos, hay hijos, cuando interviene el Copnaf, cuando nos piden informe. Cuando llaman del Copnaf, cuando llaman de la justicia. Cuando son mujeres en algunos casos son más complejos en términos de actores que intervienen, por eso las intervenciones son muy artesanales, siempre interdisciplinaria, siempre de la escucha. En muchos casos se piensa ir hasta domicilio, en muchos casos trabajando en red con otros profesionales de otras instituciones, de otros organismos para poder bueno pensar y construir en equipo, de manera interdisciplinaria, interinstitucional, cual es la mejor estrategia en ese momento y que es lo que se tiene que ir rediseñando todo el tiempo, para sostener en el sistema de salud, eso es lo que nos interesa que no pierdan conexión con el sistema de salud. Con esta institución puntualmente, es lo específico de esta problemática, pero cuando dejo de consumir y ya construyó un lazo con los profesionales también puede seguir viniendo. Así como cuando uno va a terapia, no es de consumo le doy el alta. Desde la psicología, el psicoanálisis se trabaja de otra manera, se construye desde otra manera. No es le doy el alta ya está bien. No hay muchas cosas por seguir trabajando. En la historia de una paciente si deja de consumir buenísimo, pero se sigue trabajando siempre.
Si hubiera	Cuesta que sostengan, cuesta la asistencia en general. Si bien hay

determinadas situaciones dentro del tratamiento donde te genera mayor dificultad como psicólogo al trabajar con esta problemática ¿Cuáles serían?	pacientes que tengo hace años, nunca dejan de venir, sé que van a volver, vuelven. Digo faltan dos o tres encuentros por ejemplo, pero sé que vuelven. Nos acostumbramos, para mí no es un problema. Yo elijo esta problemática en la diversidad de modalidades de abordaje, entonces trabajar acá es muy tranquilo, trabajar con lo que tiene que ver con los pacientes. Hay otras dificultades tal vez que tengan que ver con conexiones o cuestiones que tiene que ver más que nada con lo burocrático, con cuestiones del sistema social en sí. Con dificultades que tengan que ver con, no sé, le pedís que vaya a una consulta con el neurólogo, que se vaya a sacar sangre y en el hospital no le dan turno, tiene que ir a las 5 de la mañana y a las 6 horas tiene que entrar a trabajar. Cuestiones que a veces se pierden en el camino porque a veces no hay, no está bien armada la red. Pero que tiene que ver con lo social, no con el tránsito en la institución. Una vez que sabes el perfil de los usuarios que vienen acá, no hay dificultades que te incomode como profesional, no en mi caso. Dificultades trae a veces personas que vienen a demandar o pedir información sobre tu paciente, que bueno hay que pararlos, frenarlos, otorgarle un espacio para que vengan. Muchas veces llaman, llaman, le das turno, veinte turnos y no llegan. El papá por ejemplo de un usuario. Siempre llama para pedir información de su hija. “No señor, no damos información, usted quiere tener un espacio, venga”. Le otorgas el espacio no para darle información sino para que venga a descargar lo que quiera descargar y no viene. O vienen para decir cosas de él mismo. Entonces tal vez ellos, otros actores sociales que dificultan a veces con lo que tiene que ver con el tratamiento particular del usuario. Pero no si entiendo bien la pregunta, yo no encuentro dificultades entre el paciente y yo. No. Es lo que uno elige. Creo que en mi caso particular es mi vocación y es lo que elijo. Y cuando el profesional empieza a cansarse digamos es cuando se toma su licencia y viene recargado para seguir afrontando esos obstáculos que nuestra profesión tiene. Trabajar en salud mental es cansador, te quema, por eso los códigos de salud mental contemplan esto de que el profesional que trabaja en salud mental se quema más rápido, que el que trabaja en otro ámbito. Pero en la medida en que el profesional pueda, cuida su propia salud, su propia salud mental, por eso las recomendaciones propias de hacer terapias, psicoanálisis propio para tener ciertas cosas ordenadas, estar tranquilo desde nuestro punto de vista, desde nuestra postura para que las posturas ajenas que están más turbias no nos hagan mal. Pero si estamos bien, no debería suceder. Asique, no te sé decir algo así puntual, dificultades propias de transitar el sistema público de salud tal vez.
--	---

¿Tuviste algún caso donde el sujeto te posiciono en determinado lugar complejo y decidiste derivarlo o terminar con el tratamiento? ¿Cuáles consideras que pueden ser los argumentos para ello?	No. Ha sucedido que ha habido pacientes que comienzan, dejan y a la cuarta vez que vuelven piden con el mismo profesional. Entonces lo que hablamos en reunión de equipo, es tal vez sea bueno que haya un cambio de profesional, porque si no funciona anteriormente puede tener que ver con esto, de que no se instaló, instauró, construyo una buena transferencia, un vínculo que le sirva al paciente. Pero la mayoría de los casos no tiene que ver con eso, sino con la problemática propia de ese usuario. Que no se convirtió del todo en un paciente, sino que es un usuario que va y viene, que utiliza el sistema de salud, que le sirve en el momento, pero se cansa y se va, porque no lo puede sostener. El tema de sostener el tratamiento es la mayor dificultad que te vas a encontrar y lo que los profesionales te vamos a decir, porque no sostienen, es difícil que puedan sostener, que tengan cierta regularidad en la asistencia, que cumplan con las pequeñas tareas que les mandamos, para que sostengan su vida cotidiana, sus rutinas, construyan en pos de su salud. Bueno anda a pedir el turno acá, bueno que te parece si vas a la escuela, vas a averiguar a la escuela para inscribirte, que te parece si hablas con el psicólogo de tu nene o nena, anda a averiguar a desarrollo social para esto, determinadas cuestiones que tratamos de acompañar a veces en muchos casos y en muchos casos no lo hacen. Entonces siempre lo que se complica es esto, que ellos cumplan. En cuanto a tu pregunta nunca me paso a mí, que haya tenido que derivar, tal vez alguna otra compañera te puedan comentar de algunas otras experiencias de pacientes que se tornan complicados, densos, en términos de que no se puede establecer la escucha con ellos, ellos no escuchan solo vienen a descargar, son pura descarga y no hay un ida y vuelta o intercambio. Que si bien a ellos le puede servir, si, depende como pensemos lo terapéutico. Ellos vienen y descargan, pero bueno, vos le estas dando el lugar para que descarguen pero tal vez si lo hacen con la vecina tal vez le sirva, no más que esa vecina no le da ese momento, entonces hasta qué punto hay que evaluar con quienes vamos cambiando y transformando el espacio, los espacios, y a veces los profesionales. O tenga que ver con cambiar los profesionales también. Eso sí, algunos psicólogos hemos pedido cuando vuelven, si no le parece mejor seguir con alguien más, eso si eso si he pedido yo. Para ver si algo cambia. Suele pasar que no, que vuelve a pasar lo mismo. Entonces no es el problema con el profesional. En algunos casos, si me ha pasado que he tomado pacientes de otros colegas y conmigo ha resultado por otro formato, encuadre, por otra forma de abordar, bueno pero eso sucede siempre en lo público, en lo privado, funciona con algunos y otros no. Como con un médico que a uno no le gusta y va con otro. Con el psicólogo lo
---	--

	mismo, es más todavía, porque hay más tiempo compartido, mas intercambio, hay una conexión distinta. La profundidad se abre, entonces ahí, realmente la transferencia, tu trabajo, es clave que se pueda dar para sostener y esa dificultad que justamente encontramos en sostener. Bueno mientras mejor se pueda instalar, construir, más probabilidades va a haber que sea un tratamiento, no me animaría decir exitoso, pero que se convierta en un tratamiento, que sea terapéutico. Bueno hay muchas más posibilidades en exitosos en términos de que sigan viniendo, de que se sostengan en el sistema de salud y que confíen en el sistema de salud y en los profesionales que trabajamos acá y que estamos dispuesto a acompañar para que restablezca su salud, no solo su salud mental, somos un centro de salud mental y todo lo que tiene que ver con la salud integral. Para eso estamos.
En relación a las primeras entrevistas ¿Qué opinas acerca de que el sujeto pueda contar con algún apoyo especial, ya sea del círculo familiar o alguna otra institución?	Me parece fundamental que pueda contar con una red de contención, sobre todo cuando los usuarios, posibles usuarios del servicio de la institución, no están totalmente decididos. Es decir, cuando vienen por insistencia, cuando vienen persuadidos por algún familiar o cuando los mandan del trabajo o un tercero que está ahí insistiendo para que vengán a la institución. En esos casos es fundamental, sobre todo, no solo para que estén para empujarlos, para que se acerquen, sino para que puedan acompañarlos durante el proceso que implica el tratamiento. Si este usuario logra enganchar, buenísimo. En algunos casos sucede en otros no, por lo cual me parece muy importante que haya alguien ahí acompañando, sosteniendo. Y cuando haya algunas inasistencias podamos contar con ese referente afectivo, que nosotros siempre preguntamos, que nosotros siempre consultamos para que haya alguno, en muchos casos no lo hay, pero para que nosotros en ese momento en el cual, o bien lo necesite por su estado de salud o porque no está viniendo, podamos tomar un contacto. Y en el caso de cuando el usuario viene por voluntad propia, cuando tiene ganas de comenzar un tratamiento y está decidido, también es importante, entendiendo que los consumos problemáticos afectan la salud física, emocional, psicológica y social. Todo lo que tiene que ver con la ruptura de los vínculos sociales es fundamental en esta problemática. Desde ese punto, el hecho de que puedan reconectarse o que haya algún referente acompañando, es muy importante, para por lo menos pueda enganchar, que pueda consolidarse el vínculo con la institución. Y a la vez ese vínculo, en ese tratamiento ayuda a que su vínculo social pueda también mejorar.
Para cerrar esta entrevista ¿Hay	No. Lo importante te lo he dicho, al trabajar en esta problemática hay que elegirla, sino, no hay forma de que lo disfrutes. Cuando uno se recibe de

algo más que quieras aportar o compartir?	psicólogo una elige donde trabajar, en muchos casos prueba diferentes lugares, experiencias, personas, equipos, puedes trabajar individual, grupal, con otras personas. Si o si para trabajar en esta problemática, te tiene que gustar trabajar con otros, te tiene que gustar trabajar en equipo, en red y tolerar la frustración. La tolerancia a la frustración es algo que se trabaja constantemente, por eso es importante tener clara ciertas posturas para poder ayudar a los demás.
---	--

PSICÓLOGO JULIA:

¿Qué entiendes por consumos problemáticos de sustancias?	Partamos desde que el consumo problemático lo entendemos desde nuestra institución como uno de los tantos problemas de salud mental. Consumo problemático la palabra lo dice, en el cambio de la Ley, también nos invita a pensar que no todo consumo se transforma en un problema para una persona, por eso nos corremos un poco de esa mirada del abstencionismo y las adicciones, para pensar el consumo como algo que puede transformarse en problemático y que en la base siempre hay alguna necesidad psíquica desatendida. Lo hago corto porque tengo poco tiempo. En 15 minutos me tengo que ir.
¿Cuáles consideras que son los principales objetivos del tratamiento?	Los objetivos del tratamiento los pone el paciente, es de acuerdo a la demanda. Puede ser desde una reducción del daño, en tanto mejore eso la calidad de vida del usuario. Asumo que el objetivo en sí lo trae el usuario en tanto viene a buscar algo con una demanda específica que esta puesto en mejorar su calidad de vida. Nosotros no ponemos eso a priori digamos, en cuanto a profesionales desde este lado. Sino que escuchamos y construimos a través de la demanda. Vamos construyendo ahí un proceso. Cada uno entiende su mejoría y su calidad de vida muy subjetiva. Por eso el objetivo desde la mirada de las adicciones sería la abstinencia del usuario, es decir, que deje de consumir. Muchas veces eso no sucede, eso no pasa, la persona no deja de consumir. Por eso nuestro posicionamiento institucional, pensar en la reducción de riesgo y daño como un apunte donde la persona pueda tener algún lazo y empezar a construir desde otro lugar.
¿Cuáles son los obstáculos con los que te encuentras mayormente en los primeros	En general a la hora de trabajar esta problemática es las inasistencias, la no adherencia a un posible tratamiento, por ende la falta de demanda, la obligatoriedad con la que a veces acuden en casos judiciales. A veces cuando vienen para tratar de evadir alguna cuestión judicial por ejemplo, eso obstaculiza la forma de pensar en un tratamiento, porque ya vienen con otra idea. Ya sea zafar de la cárcel, zafar del barrio, por ahí hay que poner una

encuentros al trabajar con esta problemática?	escucha más fina, para ver si podemos sacar y construir una posibilidad de tratamiento. A veces también como la intencionalidad que nosotros ponemos y después se cae porque el usuario deja de venir, entonces ahí también es tolerar un poco las frustraciones nuestras de no proyectar tanto a largo plazo.
¿Qué piensas en relación a la transferencia al trabajar con los consumo problemáticos de sustancias?	La transferencia pensada en esa relación del paciente hacia el terapeuta, entiendo que es sumamente importante poder hacer que el otro se sienta alojado, escuchado, empatizado. Que no haya un posicionamiento de preconcepciones, de juicios, sino que pueda ahí la persona desplegarse, sin sentirse mirado y tan estigmatizado como es la problemática. Generalmente vienen con toda una idea donde la sociedad le ha puesto etiquetas, donde dejan de llamarse por su nombre y pasan a calificarse como drogadictos, el chorro, todas como características peyorativas y nosotros acá lo llamamos por su nombre, lo miramos a la cara, escuchamos algo de lo que acontece detrás de la sustancia y eso me parece que hace al lazo terapéutico. A una alianza terapéutica necesaria para poder adherir a cualquier espacio, sobre todo a un espacio clínico terapéutico individual. También pasa en los espacios grupales donde la transferencia es necesaria y todos están mirando al coordinador y es un poco más pesado para un coordinador grupal pensarse donde las miradas son mucho más numerosas que en un espacio individual. Yo estuve coordinando grupo. El primer grupo terapéutico que apareció en la institución y se sostuvo lo generamos, bueno yo estuve ahí en la creación de ese espacio alrededor de 8 o 9 años trabajando. Ahora ya hace algunos años me corrí y estoy en otras áreas. Pero tuve esa experiencia y tuve esa experiencia de lo que implica también manejar múltiples miradas y múltiples demandas, porque así como quiere hablar uno, quiere hablar el otro, quiere escuchar uno y quiere escuchar el otro. Entonces a veces ahí la dinámica se complejiza y uno tiene que estar atento a que mientras uno está hablando tiene que estar mirando al otro para poder hacer ahí una intervención puntual específica, no olvidarse del resto. Porque a veces el otro no se está sintiendo bien justamente con lo que el compañero este hablando. Hay que tratar a veces de ser habilidoso a la hora de intervenir en el momento preciso. Ahí aparecen otras demandas que son interesantes y que todo terapeuta, está bueno, que puedan experimentarlas. No a todos les gusta obviamente, pero al menos esta institución te da la posibilidad de tener esa experiencia.
¿Cómo es el encuadre analítico que utilizas en esta	Al ser una institución nosotros adaptamos nuestro trabajo a las normativas institucionales y lo vamos también construyendo en equipo, eso también se va hablando. Si bien el caso a caso es lo que hace a la diferencia, pero también vamos entendiendo que en las intervenciones hay cuestiones de

problemática en particular?, ¿Consideras que debe ser más flexible que al trabajar con otras situaciones?	base que para sostener una entrevista es importante que la persona venga lucida. Una entrevista bajo efectos de sustancias probablemente no sea productiva ni para el usuario, ni para la lectura que nosotros podamos hacer de este lado. Así que hay algunas cuestiones en término de encuadre pero que ya están institucionalizadas, no depende tanto del profesional, es como trabajamos acá después de muchos años. Trabajamos con una turnera, ósea, se respeta esa turnera. Eso institucionalmente es así, ya se sabe que el profesional tiene que estar ordenado un poco con eso, con los horarios, con los horarios de turno, tratamos de que en principio el profesional lo respete, si hay un turno a las 10 horas atenderte en un horario prudente. En mi caso en particular en otros espacios que también formo parte como en recepciones de demandas, si el usuario llega extremadamente más tarde, por ejemplo tenía turno a las 10 y llego 10.45 horas, con cuarenta y cinco minutos de retraso, aun así se le hace un espacio para escucharlo. Si bien no se sostiene una entrevista, con todo el tiempo necesario pero al menos se escucha el motivo de su demora, ya que llego creo que siempre es importante. Aun así, hay que prestar atención a esa demora. A veces está justificada, a veces es importante que se haya escuchado en ese momento porque después no vuelve sino. Entonces en mi caso, en mi criterio y en los dispositivos que llevo adelante, siempre escucho, aunque no se mantenga el encuadre de horarios por ejemplo. Si en algunos casos me ha tocado llevar adelante alguna entrevista con algún efecto de drogas, siempre se lo marca, no se lo deja pasar, también se devuelve la importancia de este lugar elegido por él. Que es un espacio de rescate. La idea es que en este rato, él pueda rescatar algo de la palabra, que la sustancia te quita. Eso es básicamente, pero después es más las normas institucionales. Las inasistencias acá se marcan en cuanto a si hay reiteradas inasistencias y el usuario no se contacta con la institución y uno tal vez hace un primer contacto pero no hay respuestas se da de baja. Manejamos entre 2 o 3, 3 o 4 ausencias, pautamos entre todo el equipo a que eso sea más o menos en la mayoría cuando no se justifican las inasistencias y se da cuenta que el usuario está usando ese turno pero no lo está ocupando. El profesional, debido a la demanda que tenemos, puede hacer uso con otra persona, eso sería más o menos.
¿Cuáles son las intervenciones clínicas que más utilizas?	Yo trabajo desde la terapia cognitiva conductual, esa es mi orientación de trabajo hace 15 años. Estoy formada desde ahí, ósea que trabajo posicionándome desde una lectura de la conciencia. Por lo general trabajamos principalmente las creencias centrales que trae el usuario que generalmente están distorsionadas, como para que de alguna manera poder ir

	transformando y estableciendo mejores estilos de afrontamiento. Se trabaja mucho en base a la detección y el manejo, la autorregulación de sus emociones, que la persona pueda identificarlas, que pueda identificar cuáles son las creencias y pensamientos automáticos que generan esas emociones y así poder llegar a mejorar las conductas desacertivas que hacen a su cotidianidad. Entre ellas está el consumo, como un modo paliativo, una conducta paliativa ante mociones displacenteras, entonces desde ese lugar me posiciono en todo sentido.
Si hubiera determinadas situaciones dentro del tratamiento donde te genera mayor dificultad como psicólogo al trabajar con esta problemática ¿Cuáles serían?	En la experiencia el límite que me ha generado a mí, la no atención de un usuario, la derivación, estado ligado a situaciones más violentas de parte de un usuario. La contratransferencia se juega ahí un poco, el hecho de que me genere cosas personales, donde sienta que es un límite el trabajo ahí con esa persona. No me ha pasado muchas veces, pero me ha pasado que he dicho no. No quiero seguir atendiéndolo porque, el trato, la persona viene, se violenta. Nosotros a veces como mujeres hay usuarios, hay hombres que tienen una diferenciación a la hora de tratarnos a diferencia tal vez de con un hombre y nos pasa a veces que eso tratamos de cuidarlo. Entonces la derivación a veces la hacemos, vemos que un usuario va a andar preferentemente mejor encuadrado con un hombre terapeuta que con una mujer, pero en algunos casos nos pasa que aparece ahí el límite, por la incomodidad, por la incomodidad a veces de la historia de ese usuario. No tengo muchos ejemplos, no me ha pasado muchas veces, si a veces nos pasa que no hay nada que se mueva ahí en el otro para decirlo en términos de mejoría, entonces aparece la frustración y bueno che no sé qué más hacer con este usuario, con este paciente. Si hay otro que da luz y puede intervenir desde otro lugar más productivo. El límite, sentir que uno no está siendo muy funcional para el tratamiento de esa persona, es como la humildad de saber correrse y decir hasta acá llego porque no sé qué más hacer y le doy paso a otro terapeuta o inclusive a otras disciplinas, no solo desde la psicología, sino pensar en otras disciplinas para abrir el juego y ver si desde el otro lugar se pueden empezar a mover otras cosas. Eso nos puede pasar, nos pasa, pero bueno hay que estar atento ahí para hacer la intervención correspondiente y correrse.
¿Tuviste algún caso donde el sujeto te posiciono en determinado	Bueno un ejemplo que recién te daba era eso, una experiencia con un usuario que bueno no sostuvo el encuadre. Venía en todas las sesiones alcoholizado, se violentaba, me trataba de par, nunca encontró ahí una distancia optima en cuanto a lo terapéutico, bueno venia y tal vez se autorreferenciaba todo el tiempo. Si uno le decía algo, lo tomaba como un

lugar complejo y decidiste derivarlo o terminar con el tratamiento? ¿Cuáles consideras que pueden ser los argumentos para ello?	señalamiento personal y en esa situación lo planteo en el equipo completo, la estrategia fue que en la siguiente entrevista, me acompañe un compañero varón para ver si en la dinámica y en la entrevista se presentaba de la misma manera, inclusive se lo re encuadro y se le propuso un cambio terapéutico, un cambio de terapeuta en el cual no adhirió y termino dejando el tratamiento. Después en los dispositivos de grupos nos ha sucedido bastante, nos ha pasado que venga y que bueno traigan situación, secuencias, cosas, historias que no han sido propias o funcionales para un espacio grupal y se lo ha tenido que derivar o sacar, o levantar y uno se queda, por eso son dos coordinadores. Uno se queda en la coordinación de grupo y otro lo saca afuera, porque se han violentado, porque han dicho cosas que no corresponden y ahí es donde se hace un viraje del tratamiento y nos reconocemos en la falta de haber hecho una mala derivación por ejemplo, no era un paciente para este espacio, asique en ese sentido se han hecho, no son los más, en mi caso es más la experiencia positiva que la negativa, no he hecho tanto virajes de tratamiento, pero bueno no estamos exentos que pase.
¿Consideras que hay más dificultades en la elaboración de la transferencia al trabajar con los consumos problemáticos de sustancia que con otra problemática? ¿Por qué consideras que es así?	No. Tomo esto como una problemática más de salud mental, al menos desde ese lugar, desde esa concepción, no lo veo como algo diferente a como si vendría un desorden anímico o una cuestión de ansiedad. El usuario viene con una historia y la sustancia ahí mientras se pueda hacer justamente una pausa, un rescate. La persona viene acá con un padecimiento psíquico, como cualquier otra persona que está por ejemplo con un ataque de ansiedad digamos. Que esa es la riqueza de poder pensarnos en este trabajo sin hacer tantas diferenciaciones o especificidades en esta temática. A veces los colegas, toman a esta problemática como algo tan distinto que no lo quieren atender, “no yo sobre drogas no trabajo” y desde la ley uno puede pensar que el consumo de drogas, el consumo problemático no deja de ser un problema más de salud mental que puede ser alojado por cualquier profesional de salud mental. Entonces hacer una diferenciación ahí sería como diferenciar esta problemática de otras, si bien tiene obviamente sus características específicas o son usuarios que están más vulnerados en algunas situaciones y que hacen a la diferencia sobre todo en lo público, pero creo que no, que puede haber una cuestión más defensiva en parte a su historia, capaz viene más cargado con un atravesamiento social y ahí puede ser un poco más lento el hecho de que se sientan confiados para empezar a desplegarse, eso sí puede ser. Pero no es lo más, creo que acá vienen y establecen una buena ida y vuelta. Yo tengo esa experiencia y mis pacientes individuales adhieren y se han quedado y venimos trabajando de una manera bastante provechosa, al menos en este

	tiempo, asique me quedo con esa experiencia.
En relación a las primeras entrevistas ¿Qué opinas acerca de que el sujeto pueda contar con algún apoyo especial, ya sea del círculo familiar o alguna otra institución?	De esto no se sale solo, asique cuanto más funcional, más saludable, sea su red, siempre es re importante. Trabajar con otros, que la persona cuente con otros, ya sea digamos lo que respecta a sus referentes afectivos que no necesariamente tiene que ser la familia, como también otras actividades que enlacen a cosas más productivas, más saludables y ahí forma parte las instituciones, el barrio, el deporte. Obvio eso es sumamente importante y de hecho tratamos de que eso vaya aconteciendo en la vida de esa persona que viene tan despojada de todo digamos, tan afuera del sistema. Es re importante.
Para cerrar esta entrevista ¿Hay algo más que quieras aportar o compartir?	Creo que no, que intente resumir, porque creo que estuviste un montón con mi compañera, asique creo que vas a tener un montón para hacer. Nada ojala, que si te interesa esta temática justamente apeles a eso. Nosotros ahora, tratamos de fomentar el abordaje en esto que te decía hoy al principio, porque uno piensa en objetivos y el objetivo ya se deja de lado desde un lugar institucional. El abordaje desde el modelo de reducción de riesgo y daños quita un poco esa mirada más estructurada. Pensar en la palabra objetivo digamos, se piensa más en cómo hacer para que la otra persona mejore algo de esa calidad de vida, despojándonos nosotros de un prejuicio de que la forma de mejora de esa persona tiene que ser la abstinencia, eso históricamente en las instituciones que trabajaron en adicciones, era el principal objetivo, la persona deje de consumir y pasar a animarnos a pensar de que eso puede no pasar, me parece que es un gran desafío para todos los profesionales de salud mental y seguir laburando pensando en que eso puede no pasar, la persona puede no dejar pero aun así encontrarse con salud mental y creo que eso está un poco todavía medio lento para los que trabajamos en esta temática.

PSICÓLOGO PATRICIA:

¿Qué entiendes por consumos problemáticos de sustancias?	Primero y principal, yo no lo tomo como una enfermedad. Para mi todas las personas consumimos todo el tiempo, el tema es que cuando llegan acá, son personas que ya este consumo empieza a ser un problema en su vida, empieza a traer problemas a nivel afectivo, con pareja, con familia, laborales, económicos. Muchas veces llegan pacientes con problemas de consumo pero
--	--

	lo trae la familia, lo trae la madre, lo trae la pareja y si para el paciente no es realmente un problema, para mí no es considerado un consumo problemático, por más que para el resto sí. Tiene que empezar a ser problemático para el paciente, como para que pueda empezar a hacer un movimiento ahí.
¿Cuáles consideras que son los principales objetivos del tratamiento?	Yo nunca pongo el consumo como objetivo, ojalas que el objetivo final sea que deje de consumir y que se pueda llegar a eso pero me parece que yo el consumo lo tomo como la puntita del iceberg y nos está diciendo que en la profundidad hay mucho más, muchas más cosas para ir trabajando. Entonces, el objetivo pueden ser muchos. Poder empezar a trabajar, terminar la escuela, que pueda tener una pareja estable si es lo que él desea. Los objetivos también los va planteando el paciente de acuerdo a las necesidades que va surgiendo en el momento. Capaz para algún paciente el objetivo sea terminar la escuela, para otros poder recuperar su familia y bueno se va trabajando a las particularidades del paciente. Yo lo trabajo desde ese lugar y el consumo va como haciendo efecto domino de todo lo otro que se va trabajando con el paciente. De acuerdo a las particularidades. Como te digo puede ser a nivel familia, establecer lazos, empezar a poder hacer algún movimiento corriéndose del consumo y empezar a tener proyectos en su vida.
¿Cuáles son los obstáculos con los que te encuentras mayormente en los primeros encuentros al trabajar con esta problemática?	A veces son los vínculos, yo trabajo mucho con los vínculos por eso. A veces son los vínculos los primeros obstáculos, terminan siendo más complejos las relaciones de pareja, de familia, algunas veces es mejor correr algunas y otras trabajar con ellas. Algunas terminan siendo un obstáculo en el tratamiento porque hay gente que se siente beneficiada con el consumo de esta persona x y no colaboran en el tratamiento, porque el bienestar de esa persona los perjudica a ellos. Después hay veces que algunos vienen con el tema del consumo, el no poder frenar con el consumo, para ellos algunas veces es un obstáculo, para mí no. Intento para ir para otro lado. Pero si lo más difícil es que empiecen a poner en palabras toda su situación. No es casualidad el consumo que viene a acallar un montón de cosas, entonces, después el empezar a poder poner en palabras las situaciones en la que están atravesando o situaciones que han atravesado en su niñez o a lo largo de su historia es lo más difícil. En este caso bueno vos lo llamas transferencia, desde la transferencia uno va trabajando estas cuestiones y el paciente se va pudiendo abrir un poco más y empieza a trabajar y ahí empieza a poner en palabras. No es lo más fácil venir, poder venir y contarle a un psicólogo todo lo que pasa. Por eso es lo que más cuesta en las primeras sesiones hasta que se establece una transferencia.
¿Qué piensas en	Es re importante establecer el vínculo con el paciente, es sumamente

relación a la transferencia al trabajar con los consumo problemáticos de sustancias?	importante. No solamente con el consumo sino con cualquier problemática me parece. Si vos vas al psicólogo y no se establece un vínculo terapéutico, no se establece una transferencia. Es muy difícil que se pueda lograr hacer ahí cambios, movimientos, si no está ese vínculo. Es la llave maestra de la terapia me parece. Es lo que hace a la terapia. Si el paciente no logra establecer un vínculo terapéutico no va a hablar, no va a poder empezar a poner en palabras su malestar, o va a hablar en forma muy superficial, por arriba y nos pasa a todos. Cuando uno va como paciente a un psicólogo también pasa, si no está esa relación ahí, es muy difícil.
¿Consideras que hay más dificultades en la elaboración de la transferencia al trabajar con los consumos problemáticos de sustancia que con otra problemática? ¿Por qué consideras que es así?	No. A veces depende del paciente. Depende como lleguen acá. Si llegan realmente con deseos de hacer algo por sí mismo, de decir quiero estar mejor, quiero cambiar, quiero modificar todas estas cosas, es lo mismo. Para mí el consumo, si bien la institución es una que aborda los consumos problemáticos, yo cuando trabajo con el paciente no hago hincapié. Hay sesiones enteras que no hablamos de consumo, venimos hablando de otras situaciones a resolver y el consumo es algo más. Y si es un paciente que viene con causas judiciales, para zafar de la justicia y ahí si a veces no se da esto, porque realmente no quieren hacer nada con esto. Entonces vienen a decir lo que necesitan decir, entonces no se establece una transferencia ahí pero porque ellos ponen estos límites ahí de que no se puede. A veces logras correr esto y establecer un tratamiento, pero hay veces que no. Pero para mí no es más difícil que con otros, no. Si a la persona que consume le cuesta hablar, no ha todas obviamente, pero muchas. Hay gente que viene y tiene un consumo hace 20 años y larga todo. No yo no creo que sea un obstáculo en el tratamiento o que sea más difícil establecer una transferencia con la persona que consume. Me parece que es la manera en que llega el paciente, es ahí más que nada. Sea con consumo o no sea con consumo, si es traído a una terapia acá o en otro lugar, me parece que se juega mucho más desde ese lugar, de cómo llega ese paciente. Si llega por deseos propios o lo manda la justicia, o lo manda la mujer. “O empiezas terapia o nos separamos”, cosas así que llegan. Entonces cuando no está el deseo de hacer realmente una terapia, de modificar algo, de trabajar algo. Si no está ese deseo ahí es donde no se puede establecer pero que no tiene que ver con el consumo en sí, sino con el deseo del paciente.
En relación a las primeras entrevistas ¿Qué	Es fundamental, nosotros trabajamos mucho con las familias acá. Intentamos que haya un familiar acompañando o un apoyo emocional, ya sea un amigo o una persona que acompañe, alguien significativamente emocional

opinas acerca de que el sujeto pueda contar con algún apoyo especial, ya sea del círculo familiar o alguna otra institución?	porque como te dije al principio a veces son familiares donde uno prefiere correrlos de la situación y que no acompañen porque no ayudan, pero en el caso de que se pueda y sea necesario. A veces hay algunos pacientes que vienen y te dicen esto es algo mío, no quiero que me acompañe nadie, lo quiero hacer solo, y se lo respeta. A mí en lo particular, me gusta mucho, yo soy terapeuta de pareja y de familia, tengo mi especialización en esto y me gusta mucho trabajar e ir trayendo a las sesiones, sobre todo cuando hay situaciones de pareja o son más chicos, con los padres. Ir trabajando algunas cuestiones, porque a veces tienen algunos mitos los familiares y hay que trabajarlos, porque no manejas plata, no podes salir, no podes esto o lo otro, bueno a ver vamos trabajando en conjunto. Ver lo que el paciente desea y en base a eso ir armando un tratamiento en conjunto. Hay veces tengo entrevista solo con los padres o las parejas, a veces con ambas partes y después tratamos, viendo la necesidades de la familia, si se deriva al grupo familiar si no ha empezado, sino a veces se trabaja en conjunto con el grupo familia. Pero si es fundamental el apoyo en este tipo de tratamiento. Estar solo no ayuda mucho.
¿Cómo es el encuadre analítico que utilizas en esta problemática en particular?, ¿Consideras que debe ser más flexible que al trabajar con otras situaciones?	Volvemos a lo mismo, para mí el consumo es un problema más que puede tener la persona, como puede tener ansiedad, ataques de pánico, depresión, yo lo trabajo desde el mismo lugar con las particularidades del caso. No es que por el consumo yo sea más flexible o no. El encuadre por lo general lo tenemos bastante claros todos acá, que a lo largo de los años lo venimos estableciendo. Antes como que se toleraba más las ausencias pero por la demanda institucional que hay no se puede esperar que el paciente hace dos meses que no viene y no se hace nada. Por lo general se va encuadrando al paciente cuando no viene. Pero el encuadre para mí es exactamente lo mismo con consumo o sin consumo. Respetar el horario que por favor avise si no pueden venir, entonces cuando los pacientes avisan se tiene un poco más de tolerancia porque vos sabes que no pudo venir. Si vos le das al paciente 3 o 4 turnos, no avisa, no viene y le volvés a dar un turno, eso antes se hacía y hace un tiempo que decidimos entre todos los profesionales no tener esa amplitud porque hay mucha gente en lista de espera que si está deseando un tratamiento y hay pacientes que no vienen. A veces vuelven y entonces en el equipo tratante tenemos una entrevista con el paciente, encuadramos la situación nuevamente y vemos como continuamos pero el encuadre es prácticamente el mismo.
¿Cuáles son las intervenciones	Es depende como llegue el paciente. Hay pacientes que cuesta un montón que comience a hablar entonces en las primeras entrevistas uno

clínicas que más utilizas?	habla, pregunta. Tenés que activar. Y ya cuando hay una confianza con el paciente yo les digo, yo hoy no pregunto. A ver que surge. Por lo general al principio es más activa por el hecho de que no hablan, hasta que van agarrando cierta confianza, se empieza a establecer cierta relación terapéutica y ahí se juega mucho la transferencia. Yo soy un poco más activa, de intervenir, de preguntar. Esto posibilita a que vaya conformándose la transferencia, porque si el paciente viene se queda callado y vos te quedas callada no colaboras mucho, el paciente no va a volver, o puede que sí. Yo he tenido por suerte en ese sentido. Me ha pasado no establecer relación terapéutica, transferencia y cuando no se establece vienen muy poquito o no vienen pero tiene que ver con esto de cómo llegan, si no llegan por deseos propios ellos también bloquean ahí la posibilidad de una transferencia o poder trabajar. Uno intenta llama, intenta dar turnos, y volvés a intentarlo y a veces no vienen, no vuelven. Mi manera de trabajar es mucho más activa lo que te da, desde mi punto de vista, más resultado. Cuando están muy cerrados es muy complejo poder, obviamente hay momentos de silencio donde vos permitís esos silencios que también son importantes y se incomodan muchísimo. El tema es el caso a caso, me cuesta generalizar o tratar a todos por igual, es caso a caso. Hay pacientes que terminas callándote porque tienen todas las ganas de hablar, y viene te hacen la sesión solo, intervenís haces una repregunta ahí en el momento pero hay pacientes que hablaron los 45 minutos, vos hiciste pocas intervenciones y eso también está buenísimo, que se preguntan, se repreguntan, se contestan, se analizan.
Si hubiera determinadas situaciones dentro del tratamiento donde te genera mayor dificultad como psicólogo al trabajar con esta problemática ¿Cuáles serían?	Estoy pensando que puede ser. Bueno vuelvo a lo mismo, esto de que si el paciente no quiere hacer tratamiento, es muy dificultoso intentar hacer algo, es dificultoso el poder hablar, porque vos preguntas, por más que le hagas preguntas amplias es “sí”, “no”, “bien”, “mal”. No quieren hablar, entonces ahí se juega mucho si es que vienen mandado, desde donde. Si es desde la justicia tienen mucho miedo a hablar, a que pase algo, a que nosotros podamos informar. Bueno eso también tiene que ver con el encuadre, yo trabajo mucho de que esta el secreto profesional, de que tengan confianza de que esto se respeta, que no es que lo que se habla se le informa al juez, porque hay muchas cuestiones, que vos empiezas trabajando en el consumo y hay narcotráfico, esto y lo otro. Entonces esto es una dificultad cuando hay estas situaciones de narcotráfico, ahí es compleja. Creo esa es una situación compleja. También es cuando el paciente es muy psicopata e intenta boicotear todo el tiempo el tratamiento o el profesional o sobre todo en grupo,

	cuando están en grupo y bueno nos ha pasado, de tener situaciones así, de tener personas que después nos enteramos que venden o que son narcos y estuvo en un grupo y vos decís, bueno lo denunció la madre de una paciente porque la paciente va al grupo entonces estas dificultades aparecen y creo que ahí es difícil cuando están estas cuestiones en juego y hay otros pacientes en juego. Porque los profesionales podemos ir manejando, a veces nos ha pasado de sentirnos incómodos con algún paciente, nos pasó a muchos y tratamos de hablarlo a nivel de equipo, a veces uno se corre de la situación y lo toma otro. Sobre todo cuando hay personalidades muy perversas también, no que amenazan pero sí que te imponen o generan cierto miedo. Entonces ahí tenemos la suerte de trabajarlo en grupo, en equipo. Entonces cuando aparecen estas dificultades que pueden aparecer lo trabajamos en equipo y lo vamos resolviendo. Si no lo podemos resolver vamos interviniendo, acompañando al otro. Eso es la suerte de tener un lindo equipo de trabajo, donde nos hemos podido ir ayudando. Una compañera dice me siento mal con este paciente porque me ha gritado o a otra compañera que el paciente le puso la mano y no la dejaba salir del consultorio, ha pasado estas cosas y ahí vemos la manera en que podemos resolverlo entre todos. Dificultades siempre va a ver, pero no solamente por el consumo, te puedes encontrar en el consultorio o en otro lado también. Pero yo a nivel consumo lo más riesgoso me parece que es estas situaciones que vienen por narcotráfico, vos ves que vienen acá pero no vienen a hacer tratamiento entonces ahí se ponen en juego los otros pacientes.
¿Tuviste algún caso donde el sujeto te posiciono en determinado lugar complejo y decidiste derivarlo o terminar con el tratamiento? ¿Cuáles consideras que pueden ser los argumentos para ello?	No, a mí no me ha pasado. Si me ha pasado no establecer transferencia, me paso con uno o dos pacientes en 10 o 12 años donde no hay vínculo, donde es muy difícil, termina siendo tedioso trabajar con ese paciente entonces prefiero no ser yo un obstáculo para el paciente y entonces correrme y que otro psicólogo lo pueda llegar a tomar y tal vez establece una transferencia bárbara con el paciente y correrme yo desde ese lugar. Pero situaciones difíciles no, le ha pasado a compañeras o alguna entrevista de admisión algún paciente que se pone un poco intenso, estoy pensando. En familia me paso con un paciente pero estábamos con otro compañero, haciendo terapia de pareja y se enojó y se fue muy enojado, lo pudimos trabajar con él, y después siguió trabajando normalmente. Fue una intervención que le hicimos, que no le gusto, pero era muy obvia y la teníamos que marcar. ¿Te lo puedo contar? Él hablaba de la nena, la nena, y la nena tenía 50 años, cuando marcamos eso se enojó mucho. La tenían durmiendo en la misma habitación con un ropero de por medio y la nena no

	podía hacer ningún movimiento ahí, cuando intento irse sola volvió de vuelta, con unos padres digo, el padre era alcohólico, entonces en estas intervenciones así este hombre se enoja y se enoja feo, pero bueno después lo pudimos seguir trabajando y resolver. La mujer entendió la situación y no se enojó, pero él sí. Después no he tenido problemas, las chicas si han tenido, la médica tuvo esto de que no la dejaba salir del consultorio, a otra le ha gritado un paciente que impartía esto de una presencia masculina, marcando yo soy acá y bueno ella se pudo correr. Tener un equipo atrás es buenísimo. Muchas veces se tiene el miedo al consumo problemático, a veces lo derivan de un centro de salud, “no si es consumo te vas para allá”, tienen mucho miedo al consumo y si empiezas a escuchar es un recurso más que tiene la persona, lamentablemente no es el mejor recurso que tiene para correrse de las situaciones. Y empiezas a escuchar al paciente y a veces el consumo termina siendo nada, un problemita chiquito en comparación con todas las situaciones que tiene, entonces ahí te das cuenta que el consumo no es tan monstruo como muchos se lo imaginan. De los centros de salud le tienen pánico, le dicen consumo y tienen miedo. Y son personas que realmente necesitan ayuda y poder empezar a trabajar otras cosas y que el consumo se vaya corriendo solo, obviamente con esfuerzo y voluntad del paciente, porque también el poder ir reduciendo ese consumo. A veces lo hacen de un momento para el otro, a veces le lleva un montón de tiempo, hay otros que vienen y dicen hace 15 días que no consumo y no lo voy a hacer y vos vas trabajando en eso pero lo importante es trabajar la relación que establecen con el consumo, nosotros por lo general no trabajamos del lado abstencionista, nos han llegado informes de otro lado que si el paciente no deja de consumir marihuana no se lo atiende más. Vos decís ¿Cómo? A veces hay que ver qué papel está jugando la marihuana, que relación está estableciendo el paciente. Muchas veces algunos paciente te dicen no pero lo uso para bajar porque estoy muy ansioso, o algunas psicosis que llegan lo que hace la marihuana es que viene a estabilizar un poco estas voces, estas cosas que aparecen, entonces la marihuana viene muchas veces a eso, entonces bueno armamos un tratamiento entre psicólogo, psiquiatra, vemos de qué manera podemos trabajar. No es que le sacamos la marihuana y se soluciona el problema. No, porque hay otros problemas de fondo, situaciones violencia, abusos y que muchas veces el consumo viene a tapar esto, de poder sacar la cabeza afuera, no está bueno. Hay que entender desde donde está el consumo, porque está el consumo, para que esta el consumo, qué papel juega ahí, entonces en base a eso poder ir trabajando y lo otro como efecto domino va ir
--	---

	cediendo. A veces están las recaídas y las recaídas también vienen a decirnos un montón de cosas. No es que se nos viene el tratamiento abajo. No, y se trabaja mucho con los pacientes esto de que en la recaídas, porque en las recaídas pasa que muchos pacientes se alejan, y dicen no voy más. No, ahí volvemos al encuadre de cuando están las recaídas es cuando más hay que venir porque por algo está pasando y se empieza a trabajar con el paciente desde otro lugar para ver qué es lo que le estaba sucediendo a él o a ella. Las recaídas nos vienen a contar un montón de cosas, el tema es empezar a escuchar esas cosas, no tapar. Las familias le tienen pánico a las recaídas, es lo peor que les puedes decir o tuvieron una recaída y piensan “se vino todo abajo”, “no sirve de nada el tratamiento”, entonces vienen con esto de que hay que internarlo al paciente. Y no coincido, no estoy de acuerdo con las internaciones, tal vez alguna persona le hace bien la internación, yo creo que en algunas situaciones muy complejas donde hay situaciones de calle, un consumo excesivo, no hay una familia que apoye, donde está muy solo el paciente, a veces las internaciones son necesarias para poder tomar un envío, que se corre todo el consumo de encima y trabajar otras cosas, pero no me parece que es para todos los casos. A veces es un consumo grande pero en la vida del paciente vos decís no es nada en relación a todo lo que le está pasando.
Para cerrar esta entrevista ¿Hay algo más que quieras aportar o compartir?	El trabajo en equipo me parece fundamental. La interdisciplina es fundamental. Yo que llevo 11 o 12 años acá y no me veo trabajando sola en este sentido, me parece que esto de la problemática lleva a esto de la interdisciplina, por eso depende el paciente, a veces llega y vos decís ¿Que estás haciendo de tu vida? No, nada quiero terminar la secundaria, pero no estoy haciendo nada, entonces bueno ahí se convoca a una TO y se comienza a trabajar en conjunto. Y esto de empezar a ponerle varias miradas ayuda a que el otro nos vaya marcando algunas cuestiones. La interdisciplina es fundamental pero en muchas problemáticas. Pero como te digo no es el consumo en si lo único que esta de trasfondo. Para llegar a un consumo, no todos llegamos a un consumo digo cuando tenemos problemas, cuando pasamos por determinadas historias no todos terminamos con el recurso de ir a consumir. Yo siempre les digo a los pacientes, nos trabajamos acá en la puerta y bueno vamos a tener diferentes maneras de intentar salir y a veces los recursos que utilizamos no son los mismos, vos, yo, el administrativo, vamos a utilizar todos diferentes estrategias y a veces algunas no están buenas y a veces el consumo empieza a jugar ahí, intento tapar y empezar a despejar esto y empezar a hacerse cargo de lo que nos pasa, la relación que

	establecemos con el consumo.
--	------------------------------

PSICÓLOGO FRANCISCO:

¿Qué entiendes por consumos problemáticos de sustancias?	Nosotros acá trabajamos más en relación a problemática del consumo que el consumo problemático. Más que nada lo problemático sería básicamente la perspectiva que tiene el usuario en su relación con el consumo. Que quiero decir con esto, que el consumo de sustancias particularmente para algunas personas no es problemático, una situación tal vez circunstancial. Eventualmente lo problemático ahí aparece si para esa persona es problemático el consumo. Lo que no significa que no haya problema en la vida de la persona asociado a ese consumo, problemas judicial por ejemplo o hay problemáticas barriales digamos ligados a ese consumo o dentro de la familia pero que la persona en si no la siente propia.
¿Cuáles consideras que son los principales objetivos del tratamiento?	Ahí es difícil porque cada usuario viene con su propia demanda. Uno podría pensar que es la abstinencia a priori pero no necesariamente es lo que ocurre. A veces te diría que ni el nudo de la conversación gira en torno a las drogas sino digamos a problemáticas que subyacen al consumo.
¿Cuáles son los obstáculos con los que te encuentras mayormente en los primeros encuentros al trabajar con esta problemática?	Acá en general llega una población que ya ha tenido algún transito institucional, no solo a instituciones de salud, sino a todo tipo de instituciones públicas o privadas. O vienen de una comunidad terapéutica o derivados de algún juzgado o han hecho múltiples abordajes previos. Si bien hay algunas personas que vienen por primera vez, y es el primer contacto que tienen con el sistema de salud hay una parte importante de la población que viene acá es más o menos como te decía al principio. Y vienen tal vez con experiencias muy negativas con relación al abordaje de sus problemáticas, entonces por ahí el principal obstáculo que nos encontramos por ahí es ese, superar esa barrera, esa desconfianza que se ha ido conformando respecto a la autoridad profesional, en todo ese espacio, en toda esa historia previa del abordaje, eso me parece que es el principal obstáculo que yo vi. Después si hay cuestiones del orden de las resistencias digamos que van apareciendo de forma singular.
¿Qué piensas en relación a la transferencia al trabajar con los consumo	Como todo tratamiento es importantísimo trabajar a partir de ahí.

problemáticos de sustancias?	
¿Consideras que hay más dificultades en la elaboración de la transferencia al trabajar con los consumos problemáticos de sustancia que con otra problemática? ¿Por qué consideras que es así?	No, no creo. No es una cuestión que vaya por ahí.
En relación a las primeras entrevistas ¿Qué opinas acerca de que el sujeto pueda contar con algún apoyo especial, ya sea del círculo familiar o alguna otra institución?	Depende. El tema del acompañamiento familiar particularmente suele ser complicado en alguna medida digamos porque muchas veces más que acompañamiento, es el familiar quien lo trae al tratamiento al usuario, producto de circunstancia de muchísima tensión. Ahí, a veces, hay que trabajar eso primero. A veces, es una participación más bien intrusiva, más cuidado que otras cosas, siempre hay que evaluar bien la participación de un familiar, hay que hacer un buen diagnóstico previo para que cuando uno confeccione el dispositivo, eso por lo general lo hacemos en la reunión de equipo técnico, poder afinar la puntería y no terminar construyendo un dispositivo ineficaz. A veces, bueno justamente, estamos con un caso de esto que te estoy diciendo, padre que buscar interiorizarse de que es lo que se trabaja en la psicoterapia individual de los usuarios. Hay que poder explicarle los alcances del espacio, el secreto profesional. Se nos plantea esas situaciones de poder despejar cual va a hacer la participación del acompañante en el tratamiento. En muchas circunstancias es indispensable que alguien acompañe, que en el caso que no exista, en su momento tuvimos, acompañantes terapéuticos, o profesionales más o menos de ese orden. Y en muchas circunstancias, cuando el acompañamiento es positivo sirve por ahora con un buen pronóstico, pero digamos que hay que poder definirlo con criterio.
¿Cómo es el	Sí. Particularmente tiene que ser, creo que es una condición tal vez

encuadre analítico que utilizas en esta problemática en particular?, ¿Consideras que debe ser más flexible que al trabajar con otras situaciones?	general en la flexibilidad, el dinamismo, adecuándolo no solo a cada usuario, sino a cada momento del proceso terapéutico. Hay que poder ir teniendo esa flexibilidad.
¿Consideras que el cambio de ritmo y horarios de las sesiones, al igual que las llamadas telefónicas más constantes son una herramienta para trabajar con esta problemática?, ¿Por qué?	Sí. Pero hay que ver como se hace también. Si interpreto bien tu pregunta hay pacientes que si se le modifica demasiado los horarios de atención se terminan desordenando y se desligan del tratamiento. Depende de cada sujeto, hay que ver bien como, a quien. También hay que pensar que la mayor parte de la gente acá son trabajadores informales, están en un estado de precarización laboral y si consiguen un espacio para venir, modificar mucho puedo impedir las actividades que realicen. Uno puede extenderle un certificado pero los echan igual. A veces es la única fuente de ingreso que tienen y que ya es poco, hay que tratar de ser considerado en eso. Sin comer uno no puede pensar. Hay algunas cuestiones que hay que asegurarse para que el tratamiento funcione.
¿Cuáles son las intervenciones clínicas que más utilizas?	Depende cada paciente, no hay una que haya en particular que yo tenga preferencia por usar. Yo trato de ir acompañando la posibilidad de expresarse que tiene el paciente pero también digamos en concurrencia con la demanda que se plantea. A veces no es un planteamiento expresado claramente pero si tácitamente. Me estoy acordando de un caso particularmente. El chico no necesitaba ni siquiera que lo escuche sino que este, que haya otro ahí, estuvimos casi 6 meses sin hablar. “Hola”, “chau”. Las sesiones no eran más cortas. Necesitaba que hubiera una presencia no amenazante con él en un espacio de tratamiento. En un momento pudimos empezar a conversar digamos muy rudimentariamente y ahí si fundamentalmente escucharlo. Cada caso plantea un encuadre diferente. Hay algunos pacientes que si vos te sentás a escuchar lo que dicen se desordenan, se angustian. Demandan alguna participación más consistente digamos.
Si hubiera	A estas alturas tengo que hacer memoria. Porque uno va agarrando

determinadas situaciones dentro del tratamiento donde te genera mayor dificultad como psicólogo al trabajar con esta problemática ¿Cuáles serían?	cierta experiencia. Por ahí lo difícil para mí en este momento particular es el acompañamiento de la persona en un proceso de internación. Empezamos a participar de manera más circunstancial hasta que termina su proceso de internación, no lo hacemos acá. Generalmente se hace en una comunidad terapéutica o en un hospital. Y ahí, yo particularmente, no comulgo con la idea pasa que por ahí es necesario que se realicen intervenciones de esa clase. Con franqueza en algún momento se me hace difícil por ahí encuadrarlo dentro de nuestra práctica. Pensá que nosotros acá trabajamos en caso de graves a severos desde el inicio, hay cuestiones con las que nos hemos formado profesionalmente que son de esa intensidad. El tema de las internaciones es que es un último recurso, no hay otra intervención posible.
¿Tuviste algún caso donde el sujeto te posiciono en determinado lugar complejo y decidiste derivarlo o terminar con el tratamiento? ¿Cuáles consideras que pueden ser los argumentos para ello?	No. No acá.
Para cerrar esta entrevista ¿Hay algo más que quieras aportar o compartir?	No. Me pareció completo el cuestionario, no sé si había más preguntas o alguna que te haya quedado a vos con ganas de plantear.

PSICÓLOGO GUSTAVO:

	Se observa un antes y un después de la pandemia en cuanto al sostenimiento de los tratamientos. Hay una demanda de atención. La demanda es precisa, es real, llaman, se ha incrementado, eso es por época también. Baja o no pero sigue estando la demanda de tratamiento, pero en el sostenimiento
--	---

cuesta. Nosotros nos hemos preguntado para adentro en las reuniones de equipo con que tiene que ver. Yo trabajo con grupos terapéuticos y el grupo está pensando lo mismo. Yo hace 11 años que estoy acá, y te puedo decir que hubo temporadas donde se logra una cohesión interna en lo grupal, se sostiene, hay mutua representación interna, se instala lo terapéutico en el grupo y se empieza a trabajar. Ese es el estilo que se mantuvo durante mucho tiempo. Lo he visto en otras instituciones, estuve en otros lugares donde también esa era la dinámica. Por más que acá, sea ambulatorio y por ahí instalar que el grupo sea propiamente terapéutico necesitas la cohesión interna. Para eso los integrantes tienen que ser siempre los mismos y no estar entrando gente nueva, y al ser ambulatorio eso cuesta. Pero nos hemos entendido con los coordinadores, hemos agarrado cierta dinámica y todos estos años bien pero después de la pandemia hasta en los grupos cuesta sostenerlo, se van.

Uno puede hacer hipótesis. El celular, así como es un recurso invaluable que se instaló mucho en la pandemia, ya es una herramienta de trabajo, pero también veo que sirve como mecanismo de defensa, es decir, el usuario tiene ahora el Whatsapp y dice, no voy, cancelo por acá. Como que es más rápido cancelar. No sé si tendrá algo que ver también. Nosotros también habíamos optado por la modalidad telefónica, en algunos casos prendieron y otros casos quedaron ahí, y en cuanto a lo trasfereencial que tal vez tenga que ver con lo tuyo, yo también tuve la oportunidad de trabajar telefónicamente y la mayoría prefiere lo presencial, en mi caso, también. Tengo colegas que prefieren lo telefónico, lo virtual, el zoom. Yo tampoco prefiero el zoom, prefiero lo personal. Eran situaciones que eran nuevas para mí también. Durante muchos años estaba instalada cierta dinámica en mí y de golpe veo la tecnología, la pandemia, cosas que, no sé si esto tendrá que ver con la calidad de la atención, calidad de servicio. Yo particularmente no soy de estar corriendo atrás de la demanda. No es que no viniste y te llamo: “tenés que venir” yo espero que se instale el compromiso y que sea la propia persona quien lo sostenga. Igual le reservo el espacio. Si está faltando al tiempo indago porque no vienen, si es por laburo le sigo manteniendo el espacio, pero eso lo arreglo yo, es mi estilo digamos. Veo a quien tengo sentado ahí y evaluo si realmente uno le preserva el espacio porque tarde o temprano se va a acomodar y va a seguir haciendo el tratamiento o si es alguien que no. Que realmente viene obligado o está simulando acá. Acá se ve clarísimo que el sostenimiento es lo que bajo, no la demanda. La demanda sigue siendo la misma año tras año, pero en cuanto a sostener el tratamiento, no sostienen los usuarios. Puede ser también por la situación económica, por lo laboral. Algunos están buscando

	laburo y cuando consiguen ya no vienen.
¿Qué entiendes por consumos problemáticos de sustancias?	Partamos de la base de que estamos en una sociedad de consumo, todos consumimos, estamos inmersos y somos parte de la problemática. Yo veo el consumo como un síntoma a trabajar, que puede estar o no en el lugar de otra cosa. Y creo que es problemático cuando ya empieza a hacer un obstáculo en la rutina diaria, cuando empieza a afectar la salud, o los vínculos, claramente ahí estamos hablando de un consumo problemático. Cuando la persona tampoco puede dejar de consumir, cuando no hay conciencia de lo que le está pasando. Antes se llamaba conciencia de enfermedad, pero si estoy diciendo que es un síntoma, eso cuando no se identifica, cuando ya está siendo un problema de salud o para la familia, para el vínculo familiar o laboral y ahí es problemático. Pero estamos en una sociedad de consumo y hoy en día se consume hasta lo vincular, cada vez hay más intercambio, menos don y más intercambio en la sociedad.
¿Cuáles consideras que son los principales objetivos del tratamiento?	Mejorar la calidad de vida. Hay personas que vienen por el consumo de cocaína o alcohol y son tabaquistas o al revés y caen en cuenta que el tabaco es mortal. Entonces dicen “quiero dejar el cigarrillo” bueno vamos por ahí. También a tener en cuenta esto de que si vos acorralas de golpe el síntoma va a salir por otro lado. Siempre les repito, esto es un proceso para transitar por la vereda de la salud y vamos de a poco, porque este proceso implica cambios hasta en el nivel familiar, donde yo he sido testigo. Acá nos corremos un poco del psicoanálisis y nos vamos hacia lo sistémico y vos ves como una persona empieza a sostener la abstinencia y automáticamente su yo se ve fortalecido, su palabra tiene más peso, empieza a poner en palabras lo que le gusta y lo que no le gusta, cuál es su deseo, que es lo que le molesta en la familia, y ahí empiezan los problemas. Empiezan a tener más problemas que antes. Entonces después tenés la mujer, la pareja, los padres, los hijos, o los hermanos que empiezan a decir ahora discutimos más y aparece el boicot familiar, aparece de una manera impresionante. Lo vas viendo bien en la medida en que la persona empieza a empoderarse, a fortalecerse, a sostener una abstinencia, automáticamente en esa medida, va emergiendo otra cosa en la familia, un malestar. Entonces empiezan las acusaciones, los señalamientos, a decirle vos seguís consumiendo, cuando la persona ya no lo está haciendo y eso puede implicar una recaída. Porque vuelven a ocupar el lugar de chivo expiatorio en la familia, la oveja negra, el señalado, el que tiene el problema, por eso es muy importante trabajar con el familiar, porque el familiar en vez de acompañar el proceso, te lo obtura y te tira todo abajo. Trabajar con la familia y trabajar con el usuario, y decírselo, puede pasar esto, tal vez no, pero puede pasar. Como

	para que se vayan preparando y que eso no sea una excusa para dejar el tratamiento y recaer. Y en la medida que recaigan, quieran dejar el tratamiento. Yo siempre les aclaro, nosotros trabajamos con la recaída, no te exime, es una excusa, tenés que seguir viniendo.
En relación a las primeras entrevistas ¿Qué opinas acerca de que el sujeto pueda contar con algún apoyo especial, ya sea del círculo familiar o alguna otra institución?	Si es fundamental la familia. Hay que tener buen ojo de ver si el familiar obstaculiza o habilita, porque muchas veces llegan y son los que producen que la persona este consumiendo. Quieren estar y no escuchan razones, no escuchan y vos se lo explicas una y mil veces y hacen lo que el familiar le parece. Ellos quieren controlar la situación y no es así. Nosotros acá trabajamos de manera interdisciplinaria y cuando mejor resulta el abordaje de la situación es cuando más implicados hay, profesionales en este caso y cuando haces participar a la familia te aclara más el panorama. Muchas veces esto está bueno saberlo y recordarlo, no es garantía de que la persona va a evolucionar favorablemente. Yo particularmente acompaño procesos, en este caso, la salud. Muchas veces, te encontrás con una pared, un techo y no se puede hacer más, así involucres a profesionales de años o gente de distintas instituciones y no se puede. Te encontrás con un obstáculo. Ya es parte de la estructura de la persona o que viene con un entorno social muy desfavorable y bueno alcanzamos hasta acá y tratamos de hacer lo mejor que podemos. Con respecto a las internaciones, ahí ves que la interdisciplina te alivia, te vas tranquilo que tu tarea está hecha, que cada uno hizo su parte y te alivia un montón. Después yo calculo que debe pasar en todos lados lo mismo, hay veces que entre nosotros no nos encontramos en las reuniones de equipo, o podemos consensuar algo en el abordaje de algún caso, a veces nos empantanamos en tonterías que tienen fácil resolución o más pragmática, suele suceder.
¿Cuáles son los obstáculos con los que te encuentras mayormente en los primeros encuentros al trabajar con esta problemática?	Estoy intentando recordar. A habido sobre intervenciones que eso te jode por ahí, hace mucho que no me pasa, pero por ahí vos venís trabajando en el caso, te tomaste una licencia volviste y alguien ya lo tomo porque no sé. O te deriven alguien que no. Yo coordino grupos terapéuticos, mínimamente tiene que tener los que van a entrar al dispositivo, ciertas cuestión, que puedan sostener el diálogo, tolerancia a la escucha, espera de su momento para hablar, igual es muy dinámico. Yo creo que es para todos el grupo, pero hay algunos casos que no son para grupo, y por ahí desde la admisión me lo manden sin decirme o explicarte, por ahí te detonan el grupo. Ha pasado. Una vez llego un muchacho, lo derivaron al grupo y nosotros tuvimos que salir a afuera a decir que hay que sacarlo ya, porque los estaba movilizandando a los demás, un caso muy complicado. Tenía una estructura psicótica y empezó con un discurso medio delirante, va no sé si medio delirante, en realidad él estaba contando lo

	que hacía. Había matado muchos cachorros, perros, y lo hacía para no matar bebés decía ahí. Entonces que los otros estén escuchando eso, no están preparados para escuchar eso los otros usuarios, entonces ahí se desarma el grupo. Tuvimos que salir afuera, explicarle. Y ahí, él que lo derivo al dispositivo grupal tenía que haber prestado atención a eso. Y obstáculos con los familiares por ahí, información cruzada, esto me paso una vez, en relación a la alianza terapéutica, de no tomar partido, porque como los atendemos por separado, yo estoy escuchando al usuario, y del otro lado están escuchando al familiar y no quedarse ni con lo uno, ni con lo otro, sino compartir la información, y vamos viendo y no correr detrás de algo, estás haciendo una alianza terapéutica. ¿Me explico? Yo lo vi clarísimo a eso. Lo otro, es que acá se ha resistido mucho el espacio multifamiliar, tuve una experiencia muy interesante en la Selca, con un amigo que es psicólogo social, y nosotros ahí coordinamos grupo, y resulta que en enero se habían dado turno para grupo de usuarios y grupo de padres el mismo día, mismo horario y se encontraron ahí usuarios, sin los padres, con los padres o los padres sin los hijos que no quieren ir. Entonces la experiencia fue impresionante, mucha catarsis, muy movilizante, pero bien. Ahí me despejo todos los temores que a veces uno puede llegar a tener al implementar un dispositivo que puede estar muy cargado o no pero fue fantástico, lo coordinamos un mes y medio y nos pedían más. Y bueno, acá lo presente pero nunca se instaló, hicimos algunas veces pero no, los colegas como que no, porque era algo que no estaba aprobado. Pero son fantasías, temores del psicólogo. Está más dentro del plano de la fantasía que de la realidad, de que se vaya a brotar alguien o que vaya a pasar algo pero no. De hecho puede suceder acá en la puerta, con los usuarios que se cruzan entre ellos, que se conocen. Como obstáculo bueno eso, por ahí a mí me gusta eso en la oportunidad, yo me centro en eso y las cosas que si han funcionado y que se dejan de implementar, pero nosotros hemos hecho admisión con el abogado y fue fantástico porque te resolvía cosas que tiene que ver con lo judicial. Yo digo porque no lo ponemos en admisión si es una persona idónea. La otra mirada déjala para el psicólogo o psiquiatra y bueno, hay una tendencia yo creo en todos lados, al espacio psicológico por un lado, al espacio de psiquiatría o familia y queda como muy compartimentado y yo creo que ahí empieza la información a perderse, a diluirse o malinterpretarse. Eso es una mirada mía. Yo porque a mí me gusta trabajar así, con todos, de hecho pase por todos lados.
¿Qué piensas en relación a la	Para entablar el vínculo, lo trasfereencial, es fundamental. Me ha pasado de tener la transferencia negativa digamos, uno la puede usar a favor o bien te

transferencia al trabajar con los consumo problemáticos de sustancias?	puede estar pasando a vos, que ves que con este paciente no y yo lo supe ver, y dije con este, no. Yo no puedo. Me paso con una padraastro de un muchacho que yo lo veía en otro espacio y después lo tuve acá como paciente al chico, y después lo atendí también al padraastro y vi que no podía con él, tuve que llamar a un compañero que me cubra ahí, porque yo me sentía mal, incomodo, enojado. Después me ha pasado también en grupo, que el usuario tenia denuncia por abuso, y ya veníamos viendo ciertas actitudes, ciertas cuestiones que sí. Yo dije este no, no puedo seguir más. Entonces se lo invito a pasar a otra instancia y después terminó dejando, porque él, se vio como acorralado de todos lados y no sé si se fue al campo a vivir o donde. Y lo trasferencial, estaba pensando a mayor empatía, aumenta la capacidad de insight y se instala una trasferencia buena digamos. Cuando uno también empatiza mas con lo que le está pasando al usuario, tal vez ayuda al sostenimiento del cual estábamos hablando al principio, para mi tiene que ver con eso, con lo que uno le pone. Porque también la pregunta esta si no seremos nosotros que venimos tantos años y que no hay un mayor compromiso de nuestra parte para trasmitirle eso al usuario y que se sienta contenido, porque a lo mejor las admisiones tal vez no se están sintiendo muy escuchados y por eso quizás después no sostienen el tratamiento, quizás, no sé, es una pregunta. Es algo a trabajarse cada uno. Porque si, yo he notado en la misma admisión ya se instala un vínculo ahí, me han preguntado, usted que me va a ver, yo le digo, no, nosotros de la admisión te derivamos a un espacio, puedo ser yo, o puede ser otro. A veces se instala de entrada esta cuestión transferencial, es diferente.
¿Consideras que hay más dificultades en la elaboración de la transferencia al trabajar con los consumos problemáticos de sustancia que con otra problemática? ¿Por qué consideras que	No. Eso varía de caso a caso. De persona en persona. Puede ser que algún profesional no quiera trabajar en adicciones pero por una cuestión propia, pero yo he escuchado de profesionales de otra área, trabajar en adicciones que feo, no a mí me encanta. Y después, como yo tomo, a las adicciones como un síntoma, el consumo como un síntoma, es como trabajar un ataque de pánico, me centro en la persona, no me centro en cuanto consumió, ni en la sustancia, me centro en el vínculo que se generó con el usuario y la sustancia.

es así?	
¿Cómo es el encuadre analítico que utilizas en esta problemática en particular?, ¿Consideras que debe ser más flexible que al trabajar con otras situaciones?	Yo lo encuadro respecto a la persona. Trato de ver que recursos, que dificultades tiene el usuario para fortalecer en algunas áreas, si le falta algo bueno mándalo a un taller porque está necesitando interactuar con más gente, la huerta o cocina, un taller que hasta eso puede ser terapéutico, ahora están por abrir un espacio de literatura y digo que bueno porque hoy más que nunca se necesita y justamente tenemos un muchacho que hace poesía, un espacio de taller que eso sería muy terapéutico. Y en cuanto a la flexibilidad yo creo que somos lo suficientemente, al contar con un equipo interdisciplinario, hay más matices, más personas escuchando de distintas área. Tenemos el abogado como te decía hoy, a mí me gusta hacer participar a la mayoría de los compañeros, porque te da una mejor mirada, se amplía la mirada. Ves con más matices. En cambio sí dos o tres psicólogos están interviniendo en el mismo caso, tal vez estamos mirando, tenemos la mirada psicológica y está faltando otra cosa. Siempre se puede hacer algo más o implementando por ejemplo lo que te decía de multifamiliar. A mí me encantaría que se instale acá o en cualquier otro lado que trabaje con adicciones lo multifamiliar. La familia, con el usuario. Es más cansador, acá somos muchos profesionales, con que tengas dos o tres. Dos coordinadores y un escriba, sería lo ideal, y trabajas con varias familias. Se movilizan cosas y yo he sido testigo. Usuarios que no pueden contar con presencia de un familiar ya sea porque no están vivos o no viven más con ese familiar y sienten esa pérdida y reencontrarse en un espacio multifamiliar con alguien que cumple ese rol y que le diga es muy valioso lo que estás haciendo, por el tratamiento, vos ves cómo se movilizan. Se abrazan, se mueven cosas que son muy sanadoras. Siempre y cuando estén encuadradas, hay que estar observando eso y ver hasta donde sí y hasta donde no. Y desmitificar los temores que hay de trabajar de esa manera, porque hay mucho prejuicio y mucho temor. Y en lo grupal, yo he dado más altas encubiertas, porque acá siempre nos planteamos si firmamos, hemos firmado un consentimiento porque se quieren ir con algo registrado y capaz después a los 5 años los tenés de vuelta, esto es así. Siempre las altas son como encubiertas acá, o lo decimos y nos felicitamos porque es difícil acá, y en el grupo les funciona. Es terapéutico el grupo y bueno ahí sirve para reducir la lista de espera, para allanar el camino de que no se queden con un solo espacio, el psicológico. Yo implementaría mas eso, más lo grupal, los talleres, lo que tiene que ver con adicciones.
¿Cuáles son las intervenciones clínicas que	Acá y en lo privado, me centro desde el psicoanálisis, de ver quien tengo sentado en frente, escuchar, arranco así y después voy echando mano a otros recursos que tiene que ver con otras corrientes teóricas. Soy en ese caso

más utilizas?	más un cruzado, para un psicoanalista sería un hereje, para un sistémico sería alguien que complementa desde otro lado. A mí me gusta Jung o Pichon Riviere para lo grupal, en donde veo que en vez de chocarse, se complementan muy bien, en esto que te decía hoy hablando desde la fortaleza yoica, yo apunto a eso. Poniendo un ejemplo, el usuario viene sosteniendo un abstinencia, viene mejorando, empezó o recuperó el estudio, le va mejor en el trabajo o con los hijos, con los padres y de golpe aparece algo que lo quiere boicotear y es otro familiar, y ahí tenés que trabajar si o si el sistema familiar. Acá hemos tenido de todo y por ahí algún que sea más Freud, lacan y de golpe se encuentran con cosas que lo van a boicotear y tiene que atenderlo si o si desde lo familiar. El compañero que está trabajando de otra manera, habilitarlo. Yo y todos los que estamos acá queremos saber quién está sentado, si hay un policonsumo, que estructura, de donde viene derivado, si viene derivado de algún lado por justicia o el Hospital Escuela o si es alguien que viene espontáneo. También, a mí me gusta saber de entrada, si viene obligado, ya sea del padre que le dice te echo de la casa si vos no dejás de consumir, eso también te da un indicador si va a sostener o no. Si se ven obligado a ver o la están dibujando pasaron la admisión, vinieron o no en el espacio y no vienen más. Y si porque están obligados. Entonces la escucha primero y después con los años me di cuenta que soy bastante dinámico, pero al coordinar grupo hace que uno por ahí sea más de hablar, bueno también, el tipo de terapia que uno ha hecho más allá de la formación. Mi terapeuta era más humanista, entonces se te instala y aprendes otras cosas.
Si hubiera determinadas situaciones dentro del tratamiento donde te genera mayor dificultad como psicólogo al trabajar con esta problemática ¿Cuáles serían?	Ciertas características que a veces son indescifrables, cuando hay estructuras que no le podemos dar, ninguno de los profesionales, a veces te generan como te contaba hoy cierto rechazo, está bueno sentirlo para decir, hay algo no estoy pudiendo sostener la escucha. Esta bueno decirlo, porque vos lo decís y viene automáticamente. Te cubrís con los compañeros. O como pasaba con este que tenía una denuncia de abuso, cuando se corrobora que venía todo así, que fue inclusive cuando estábamos ,con lo de la vacuna, de a poquito empezamos con la intervención personal, veníamos dos veces por semana y en una de esas dos a mí me tocaba grupo y en el grupo estaba este muchacho y yo lo hable con algunos compañeros y les dije mira yo a este le sugerí que busque en el otro lado porque yo no lo podía seguir, me generaba mucho rechazo y acá no había personal como para seguirlo porque también había pasado con una colega, lo atendió por video llamada y paso una situación donde la puso muy incómoda, y medio que acá ya había agotado la instancia. Nos quema los papeles. O cuando se ven desenmascarados ya solo dejan de venir.

¿Tuviste algún caso donde el sujeto te posiciono en determinado lugar complejo y decidiste derivarlo o terminar con el tratamiento? ¿Cuáles consideras que pueden ser los argumentos para ello?	Después también no deja de ser una intervención. Derivarlo con otro colega es una intervención. Yo tuve 4 años con un muchacho con sus altibajos, con recursos pero cuestiones familiares complicadas. Comete un ilícito con un arma. En realidad empezó así. El muchacho tiene una recaída, que también fue en el contexto de pandemia, con cocaína fumada, el nevado. Le genera y a muchos les pasa, un estado paranoide, de la paranoia mal, entonces se sentía perseguido que lo buscaban para matarlo. Consigue un arma de la abuela, andaba armado, se escondía detrás de los árboles, se le escapa un tipo porque pensó que lo estaban corriendo, y el provoco realmente una situación confusa, terminan corriéndolo y el saca y tira, la policía lo corre y él no quería soltar el arma, podía haber terminado mal, ya lo veníamos trabajando con él y la familia. Y diciéndole a él, cuando sucede esto estuvo a punto de caer en el penal, entonces yo le dije mira tenemos todo hecho para la internación, ¿qué vas a hacer? y si me voy a internar dice, porque ya era un riesgo para sí y para terceros. Y veníamos trabajando con él en lo posible porque con esos delirios persecutorios a veces venía a veces no, se complejizaba. Eventualmente yo le transmití que conmigo se estaba agotando la instancia y que era terapéutico para el que lo tome otro profesional, porque a lo mejor hay algo que yo no estoy viendo o que conmigo no avanzamos. Le ofrecí el espacio de grupo para que no pierda la trans... lo que tenía conmigo, entonces le digo mira en grupo hay lugar para vos para que vengas y también participes, porque tenía recursos el chico, y termino yendo a grupo y con una colega de acá. Y después el dejo el grupo porque sintió como que lo había abandonado, me lo dijo, me lo dejo saber, pero todo bien igual, una especie de como que me tiene afecto y de hecho nosotros también, lo podemos identificar como alguien de la casa, un usuario de la casa, hablando de lo transferencial de lo que se presenta por ahí que moviliza, nunca cayendo en lo que te decía hoy, implicarse demasiado. Y le explico, yo le decía como intervención, que lo más indicado era que vayas con otro profesional. Muchos de estos usuarios pasa que hacen un impasse y vuelven. Es frecuente. Eso puede generar en nosotros que laburamos un desgaste. Que vienen, que no vienen, que dejan, que llaman. Donde estarán, que pasa.
Para cerrar esta entrevista ¿Hay algo más que quieras aportar o compartir?	Que esta bueno tú plateo para el trabajo de investigación, que eso seguramente lo vas a ir experimentando vos. Y yo resaltaría esto que también me lo estoy diciendo a mí. Que hay cuestiones que no hay que dejar de escucharse uno, porque si no corremos el riesgo de estar un poco quemados, por cuestiones personales o de la misma rutina institucional, que vaya al espacio psicológico, que vaya al psiquiatra, y los psiquiatras no vienen

	diciendo que no lo manden por cualquier cosa, se aguanten un poco la abstinencia, no es algo que sea prioritario. Yo también soy de ahí, de no correr detrás, vamos a ver hasta donde la persona puede, y a veces caemos en el vicio de la inmediatez. A veces llaman acá y los administrativos vuelcan la ansiedad, se la transmiten a alguno de acá y si enganchaste con eso, y después ves que no es tan así. Por ahí, atendés la llamada y le decís a la señora para usted el grupo de familia los lunes, ¿va a venir o no? porque no está viniendo, y ahí aparece la resistencia, se quejan por teléfono y no hacen acto de presencia acá. También lo de escucharse como viene uno porque calculo que muchos ya no se escuchan y ya están. Esto de sentirse, que tiene que ver con la transferencia, algunas veces me pasa que cuando empiezo a hablar sin que me hayan preguntado algo le pregunto esto te resuena, porque estaré yo diciendo esto, le digo al paciente. Sea de la problemática que sea y me dicen vos sabes que esto me paso de lo que me estás diciendo. Claro porque mi inconsciente estaba leyendo algo y por algo estaba diciendo eso. Porque yo me estoy sintiendo y yo sé que eso no es mío. Aplica para cualquier vínculo. Yo estoy sintiendo esta angustia, me estoy sintiendo solo y esto no es mío, por poner un ejemplo. Entonces ahí se lo devuelvo, le hago un reflejo y le pregunto. Y en cuanto a lo trasferencial me ha pasado gente muy sola, que más que cualquier otra cosa necesita un abrazo, hablar con alguien para arrancar, la contención.
--	---

PSICÓLOGO LUCRECIA:

¿Qué entiendes por consumos problemáticos de sustancias?	Los consumos por ahí uno se basa en lo que es la teoría y las definiciones con las que trabajamos, cualquier tipo de consumo, ya sea de sustancias psicoactivas, tecnología, que genera un efecto negativo ya sea a nivel psicológico, social, económico, físico en una persona digamos. No solo lo acotamos a la droga como por ahí se piensa socialmente.
¿Cuáles son los obstáculos con los que te encuentras mayormente en los primeros encuentros al trabajar con esta problemática?	Por ahí algo que se reitera, no sé si es propiamente un obstáculo, es la llegada de las personas por orden o pedido de otras personas, familiares, pareja, justicia. Cuando falta la demanda del sujeto que concurre por ahí suele ser una complicación, porque esos tratamientos después tienden a caerse sino hay un cambio, un movimiento en esos primeros encuentros, es una demanda que suele caerse.
¿Qué piensas en relación a la	Eso va variando de sujeto a sujeto. No es algo preestablecido. Hay muchos casos donde la transferencia no se instala, no hay una representación

transferencia al trabajar con los consumidores problemáticos de sustancias?	depositada en el profesional, y hay muchos sujetos, personas, usuarios de la institución que intentan romper ese vínculo transferencial con ciertas maniobras. Y ahí es donde se complica maniobrar con la transferencia. Siempre teniendo en cuenta que es una herramienta que nos permite esos movimientos o maniobras dentro del espacio.
¿Consideras que hay más dificultades en la elaboración de la transferencia al trabajar con los consumidores problemáticos de sustancia que con otra problemática? ¿Por qué consideras que es así?	No sé si es que hay más dificultades en la elaboración, son si casos a veces más complejos. A ver yo entiendo que hay tres estructuras psíquicas, neurosis, psicosis y perversión. El consumo problemático no es otra estructura. Va a depender también dentro de que estructura este posicionado ese sujeto que consume. Es como una característica de ese sujeto dentro de una estructura y desde ese punto no sé si es más complicada la transferencia. A veces si hay que poder leerla y a veces uno se entrapa y ahí bueno es necesaria la supervisión, el análisis personal para poder analizarla.
En los casos en donde el usuario llega por una derivación de alguna institución o por el pedido de un familiar ¿De qué manera puede establecerse la transferencia en estos casos?	Eso como te decía depende mucho el caso por caso. Una cosa es que lo derive un profesional de la salud, o sea en una institución de salud, otra cosa es que lo derive la justicia, otra porque la familia le dio un ultimátum, lleva a veces unas sesiones más para que la persona pueda desplegar algo. Hay personas con la que eso no ocurre y viene una o dos veces a recepción de demanda y después ya no viene más y hay otras que pueden hacer un movimiento. Y bueno lo fundamental por ahí es que esa demanda que viene desde otro sujeto o institución puede empezar a aparecer como propia, que esa persona que llega a la institución pueda empezar a responsabilizarse y a ver que tiene que ver con eso que está pasando, que los otros están marcando y no se está pudiendo ver. Ese es el trabajo que atraviesa cualquier análisis que uno pueda responsabilizarse a lo que le pasa.
¿Qué herramientas o intervenciones crees necesaria	Siempre la palabra, la escucha activa respetuosa del otro. No es lo mismo que vos estés hablando y yo este con el celular, este mirando el techo, me parece que darle ese tiempo y ese espacio a la persona que está sufriendo, porque si no, uno no llega a la consulta, bueno me parece que eso es

utilizar para promover el lazo transferencial?	fundamental y es lo principal. Después se verá en el avance del tratamiento si son necesarias utilizar otras cosas, otras herramientas, articular con familia, amigos, instituciones. Pero me parece que lo principal y con lo que contamos, es bueno con eso, con la escucha atenta, el alojar digamos al otro en esa primera llegada.
¿Consideras que la transferencia se va construyendo en el espacio compartido con el profesional o algunos usuarios ya llegan con una transferencia construida?	Hay usuarios que llegan si transferenciados con la institución o con un profesional anterior, entonces por ahí es muy difícil hacer el pasaje de esa transferencia o que el paciente se transfiera de manera positiva con uno. Porque a ver la transferencia puede haber desde dos lugares, positiva o negativa pero bueno con las dos uno puede trabajar, maniobrar. Lo importante es que la persona llegue a la institución. La transferencia va a estar siempre, capaz que viene a sesión con vos y te habla de lo bueno que era el profesional anterior digamos, y ahí uno lee que hay algo que quedo con ese profesional, después uno tiene que trabajar en tratar de poder construir algo en conjunto con ese paciente.
En relación a las primeras entrevistas ¿Qué opinas acerca de que el sujeto pueda contar con algún apoyo especial, ya sea del círculo familiar o alguna otra institución?	Me parece fundamental el apoyo de vínculos, ya sea, de familiares, amigos. Hay situaciones que por ahí son más complejas por el nivel de consumo, por el compromiso que tiene la persona con la patología, que es necesario que haya un apoyo familia, porque por ahí las personas solas no pueden, entonces en ese punto sí. A veces se necesita de otra institución en el caso de una desintoxicación, o de que la persona esté tan tomada por el consumo que haya que si o si hacer un corte, con una supervisión constante y bueno ahí, se necesita más que el apoyo familiar o de amigos y ahí es necesaria la intervención de otra institución.
¿Cómo es el encuadre que utilizas en esta problemática en particular?, ¿Consideras que debe ser más flexible que al	No. Yo generalmente no flexibilizo por la problemática. Si podemos flexibilizar un encuadre teniendo en cuenta las particularidades de cada sujeto, de nuevo, viste es como el caso por caso. No todas las personas que consumen son iguales, ni tiene los mismos problemas y responsabilidades, entonces bueno me parece que en caso de hacer alguna flexibilización tiene que ver con las características particulares del usuario y no de la problemática en sí.

trabajar con otras situaciones?	
Si hubiera determinadas situaciones dentro del tratamiento donde te genera mayor dificultad como psicólogo al trabajar con esta problemática ¿Cuáles serían?	Bueno me parece que la mayor problemática es la no problematización del sujeto que concurre a la consulta, porque bueno no puede problematizar nada, entonces bueno le preguntas ¿Por qué venís? Porque me mandan. Siempre es una cosa del otro. No de uno. Entonces ahí se hace difícil. Porque bueno, no te da herramientas para empezar a mover algo ahí, cuestionar algo. Si el sujeto no nos habla es muy complicado. Voy probando, suelo hablar mucho en las sesiones, a veces bueno cuando hay que soportar el silencio, hay que soportarlo también a ver que eso incomode al sujeto ¿Para que vengo? Porque estoy acá.
¿Tuviste algún caso donde el sujeto te posiciono en determinado lugar complejo y decidiste derivarlo o terminar con el tratamiento? ¿Cuáles consideras que pueden ser los argumentos para ello?	No. Los casos donde he cerrado, nosotros como es una institución pública y siempre hay demanda, ante determinadas inasistencias de la persona el espacio se cierra y después si quieren retomar tienen que volver a pasar por el espacio de admisión. Las situaciones que he cerrado o derivado tienen que ver con eso, más que con un lugar complejo que me hayan posicionado.
Podrías ejemplificarme alguna maniobra o intervención que realizaste y facilitó a que el usuario se	Por ahí cuando son personas que por ahí uno lee en las primeras entrevistas, que están sufriendo y que hay realmente una demanda por parte de ellos y de golpe dejan de venir, bueno por ahí revisar que paso que hizo que dejen de venir. Y después en convocarlos y decirles que bueno que acá hay un espacio donde se los está esperando, eso también me parece que ayuda al retorno del sujeto y saber que hay otro que bueno, que está esperando que llegue, que cuenta con su presencia, porque a veces lo que pasa en el consumo es que el gran Otro aparece como difuso, no hay como algo que sostenga ahí y

implique en el tratamiento.	me parece que el tratamiento, la institución, como un espacio de sostén al menos ayuda.
Para cerrar esta entrevista ¿Hay algo más que quieras aportar o compartir?	Me parece que la complejidad, por ahí no te lo dije hoy, que yo veo que no sé si es complejidad, sino que un trabajo para reforzar en cada profesional que tiene que ver con la constante revisión del trabajo de uno, porque bueno se da mucho la inasistencia, la manipulaciones de los pacientes o cuando el paciente te posiciona en el lugar del control, en el lugar parental, esto de la transferencia, las mismas mentiras que se dan en la familias o en personas cercanas también se dan en la institución. Entonces por ahí estar en constante revisión es eso, me parece que por ahí eso es, no sé si es una complicación, pero si hace más complejo el trabajo, porque si uno no revisa eso o no esta advertido a veces termina siendo iatrogénico o termina siendo ubicado y termina quedándose en la misma línea que lo familiar, lo parental y eso obstaculiza.

PSICÓLOGO JIMENA:

¿Qué entiendes por consumos problemáticos de sustancias?	El modo en que yo entiendo los consumos, tiene que ver con una lógica donde el consumo no es ni una enfermedad, ni patología, sino que es como una presentación subjetiva que tiene el paciente como puede ser otra, y que hay que tratar de correr el foco de esa sustancia, que está siendo un objeto concreto, en el cual se está vinculando el paciente de una manera diferente, para que aparezca algo del sujeto. Que pueda hablar algo de su padecimiento, de lo que le pasa, de lo que hay detrás, como si la sustancia fuese un velo a correr para que allí aparezca el sujeto con su padecimiento.
¿Cuáles son los obstáculos con los que te encuentras mayormente en los primeros encuentros al trabajar con esta problemática?	Depende en que dispositivo me paro para responder esa pregunta. Si yo me paro, por ejemplo en el dispositivo de admisión, la dificultad es que hay pacientes que vienen desde un lugar de obligatoriedad y desde ahí es muy poco lo que se pone en juego, de la responsabilidad subjetiva o desde lo que les pasa con respecto al consumo. Lo manda la justicia, la mujer, la hermana. Caen medio obligados y bueno hay como una gran resistencia ahí. Otra resistencia que puedo pensar inclusive en los espacios individuales donde también puede estar esta resistencia, llegó a la admisión, se lo derivó, todo, pero en realidad viene porque la justicia lo obliga a hacer tratamiento y es una dificultad sobre todo para que algo del lazo transferencial se ponga en juego. Pero otra dificultad muchas veces es hablar solo del consumo o venir a rendirte cuenta del consumo. Yo siempre trato de hacer una historización de ese consumo. Está bien, me parece, para conocer que pasó, cuando empezó,

	que sustancias ha consumido, cuales consume, porque consume alcohol y no otra cosa, porque consume el juego y no cocaína, no deja de ser un objeto de consumo, insisto un velo que hay que correr para que se presente otra cosa, a veces eso pasa otras veces no. No es tan sencillo. Yo trato todo el tiempo de correrme un poco de ese lugar, de que el paciente venga a rendir cuentas si consumió o no, de cuantas veces, sino empezar a trabajar otras cosas, hacer hincapié no en la historia del consumo. Sí, tenerla presentes. Sí, en la historia del sujeto, en las marcas psíquicas que ha tenido el sujeto que llega y se presenta, lo que lo moviliza presentarse acá es el consumo.
¿Qué piensas en relación a la transferencia al trabajar con los consumos problemáticos de sustancias?	Yo no sé si lo pienso diferente a la transferencia con otro paciente. Para mi es lo mismo, si se me presenta un paciente con consumo de sustancia o episodios de pánico, ansiedad, no diferencio allí, en el modo en que veo la transferencia en una situación o en la otra, la transferencia siempre la veo en el mismo modo. Donde el paciente puede poner a jugar algo en ese vínculo conmigo básicamente, sea del orden que sea. De repetir escenas anteriores, agarrárselas conmigo por algo y yo sea el depositario de eso. Eso es lo que hay que ir maniobrando de alguna manera. Es una pregunta que quizás no he reflexionado pero así rápidamente podría decir que no. Es como algo del orden del vínculo con el paciente, no lo he visto diferente. El lado trasferencial va por otro lado me parece.
¿Consideras que hay más dificultades en la elaboración de la transferencia al trabajar con los consumos problemáticos de sustancia que con otra problemática? ¿Por qué consideras que es así?	No.
En los casos en donde el usuario llega	Re difícil. Ahí está lo que yo te digo. Lo de la obligatoriedad hace que, aparte no le importa estar ahí, y si no le importa ya arrancamos mal, no digo que no sea posible establecer con el tiempo un vínculo terapéutico, una

por una derivación de alguna institución o por el pedido de un familiar ¿De qué manera puede establecerse la transferencia en estos casos?	situación transferencial ahí. Son los casos más complicados en ese sentido, porque el paciente no le interesa, no le importa, responde para cumplir. Otros que no, arrancas así pero con el tiempo se dan cuenta que el espacio le sirve. Yo soy mucho de la idea de que el paciente hay que esperarlo, esperar, bueno ver si algo pasa en algún momento. Por ahí esperas, esperas, por ahí no pasa nada y por ahí si en algún momento empieza a pasar algo, no si es tan notable eso de cuándo, pero en algún momento la cosa puede cambiar, puede revertir, por más que lo que lo haya traído acá sea la obligatoriedad, en algún momento eso se puede modificar.
¿Utilizas herramientas o intervenciones específicas en estos casos cuando vienen con esta obligación?	Mira se me viene justo a la cabeza una paciente que hace muchos años que hace terapia, obligada. Obligada por la familia, ella consume pastillas, ese es su objeto de consumo, alplazolac específicamente. Ella viene, cumple, deja tranquila o feliz a la familia y demás. Y esa respuesta es el caso por caso. Vienen tres pacientes obligados y no es lo mismo en cada uno las herramientas que tenga para poder revertir algo de esa obligatoriedad y empezar a transformar cierta responsabilidad subjetiva con su sufrimiento. Pero pienso en esta paciente y pienso en herramientas, yo he llegado hasta preguntarle ¿vos te sentís obligada a venir?, ¿A vos te sirve el algo estar viniendo? Esas preguntas bien concretas, ¿Te suma en algo hablar con nosotras? ¿Hablar conmigo?, ¿Solamente venís para que (...)? Con esta paciente me sirvió porque ella también se sinceró, y vos sabes que me rompe las pelotas a mi estar hablando, estar hablando de mí y bueno entonces si venís obligada. No quiere decir que eso se solucionó pero yo apele a esa herramienta bien concreta de confrontarla en buenos términos. Yo veo que venís, cumplís y te vas, no pones nada en vos. No sé si despertó “bueno ahora si voy a hablar de mí”, “voy a tener responsabilidad con mi sufrimiento”. No, eso no. Sería lo ideal. Pero si creo que sumo al lazo trasferencial en ese sentido, de sincerarme y decirle yo sé que estas acá obligada, bueno yo te voy a seguir atendiendo, no te voy a negar la atención. Porque vos me decís, vengo obligada y yo entonces, no te atiendo, pero saquemos de esto lo mejor que se pueda de esta situación o circunstancia.
¿Consideras que la transferencia se va construyendo en el espacio	Creo que hay de los dos casos. No es que llega con una transferencia construida pero llegan con ciertas características que quizás allano un poco ese lazo transferencial, lo diría en esos término. Hay veces que no, que se construye y rema para que algo de eso aparezca de la transferencia, de ese vínculo. Hay otras veces que un paciente va a ser derivado a un profesional

compartido con el profesional o algunos usuarios ya llegan con una transferencia construida?	que ya se le hablo quién es el profesional y al revés lo mismo, al profesional se lo habló “mira esta paciente, o este paciente, tiene estas características, yo ya le dije que va a ir con vos”. Quizás hay algo ahí que se empieza a allanar, diferente que si yo estoy acá y aparece una persona que nadie me dijo quién es y la empiezo a escuchar por primera vez sin saber nada. Hay algo ahí que puede funcionar, a veces si, a veces no, para allanar ese camino. Pero no sé si ya viene construida esa transferencia cuando el paciente entra no, diría que no. Que en algunas situaciones puede estar algo de ese camino, de ese proceso allanado con algunas cosillas que ayuden.
En relación a las primeras entrevistas ¿Qué opinas acerca de que el sujeto pueda contar con algún apoyo especial, ya sea del círculo familiar o alguna otra institución?	Me parece fundamental. Por ejemplo si yo me pongo a pensar en el recepción de demanda, nosotros, con mi compañera, nos apoyamos mucho en el referente familiar, afectivo que ese paciente trae, por muchas cuestiones. Primero porque si hay cosas del paciente que en la primera entrevista no te cierran, en el espacio individual también es necesario tener otro discurso digamos, pero si no te cierra, no logras para decidir un posible tratamiento después. De la recepción de demanda vos decidís si va a un psicólogo, un psiquiatra, un espacio grupal, etc. siempre está bueno tener ese discurso o relato del familiar, no porque para ver si el paciente miente o no, o si no te dijo, sino porque muchas veces hay cosas que no te cierran, cabos sueltos y puede ayudar. Otras veces te das cuenta que el familiar no ayuda, que el familiar está más chapa que el paciente entonces no ayuda para nada, pero nosotras optamos mucho por tener esa herramienta, después vemos si nos sirve o no, si lo tomamos o dejamos, es una instancia posterior pero en un principio yo creo que sí que es totalmente necesario.
¿Cómo es el encuadre que utilizas en esta problemática en particular?, ¿Consideras que debe ser más flexible que al trabajar con otras situaciones?	Yo te vuelvo a decir, no. Yo creo que vuelvo al concepto de consumo problemático, porque pareciera que los que consumen están como en esta bolsa, como si todo va a ser diferente, lo transferencial y no. Es mismas condiciones que cualquier otro paciente teniendo en cuenta el caso por caso. Yo te diría que la flexibilidad o no en cuanto al encuadre, yo he trabajado en otras instituciones públicas, en centros de salud, y acá estoy en este centro y no es que hay algo acá del consumo que hacen que lleguen tarde o que no lleguen, los pacientes del Hospital Escuela tampoco llegaban y no era por consumo. Me pasa en el privado, que no llegan, no te avisan, no sé si hay una particularidad con la problemática. La particularidad es el caso por caso. Con este paciente puedo, no es lo ideal flexibilizar el encuadre, porque es lo que ordena el encuentro, pero bueno tengo un paciente que dos por tres me pide que hagamos la entrevista virtual, está bien, porque le voy a negar la escucha. Yo sé que igual puede tomarse el colectivo, vive en la otra punta de la ciudad,

	pero si hay algo del lazo transferencial que ya está instalado, ya hace muchos años con ese paciente, por ahí las entrevistas se hacen con más distancia en el tiempo y si puedo flexibilizar y lo hacemos de manera telefónica o virtual digamos. Otros pacientes yo estratégicamente les tengo que poner ese límite por x motivo, por eso caso por caso, más que por el consumo problemático tiene que ser flexible el encuadre. Es el Caso por caso, hay pacientes que estratégicamente esta paciente tiene que venir, porque tiene que salir de la casa, porque está muy encerrada, porque es necesario que se mueva, que coordine, gestione todo lo que implica trasladarse de un lugar a otro. Vos decís toda esa estrategia no es un capricho de que cumpla el encuadre, sino que hay toda una estrategia terapéutica pensada para ella en particular.
¿Tuviste algún caso donde el sujeto te posiciono en determinado lugar complejo y decidiste derivarlo o terminar con el tratamiento? ¿Cuáles consideras que pueden ser los argumentos para ello?	Sí. No me paso acá, me paso en el Hospital Escuela, donde un paciente refiere que se había enamorado, que Freud ya lo decía en sus textos de amor de transferencia, que si un paciente te transmite algo de sus sentimientos hay que saber ahí derivar y eso fue, derivarlo, explicarle. Yo en su momento estaba empezando, no es que ahora tenga la experiencia pero hoy tengo 10 años de experiencia y yo en ese momento recién empezaba. Lo hable, lo supervise y la decisión que se tomó fue de derivar ese paciente, está bien, era otra estructura clínica pero si fue un obstáculo en el lazo trasferencial, en las entrevistas se hacían muy densas, y bueno se derivó pero el paciente lo tomó bien. Y acá estoy pensando, en otro orden halla pasado, seguramente hay, no me viene ahora, si se me llegan a venir en los próximos minutos te la vuelco. Pero seguramente ha habido situaciones o dificultades en la transferencia, me acuerdo de esa puntualmente porque además me llevo al texto de Freud, del amor de transferencia, donde él dice estas dificultades de enamoramiento digamos.
Podrías ejemplificarme alguna maniobra o intervención que realizaste y facilitó a que el usuario se implique en el tratamiento.	No se me viene ahora ejemplos concretos pero uno está todo el tiempo lidiando con la transferencia. Con la transferencia, con flexibilizar o no la cosa. Con pensar estrategias terapéuticas. Con otra paciente me paso también que la transferencia era tan masiva conmigo que necesite correrme del lugar de terapeuta que tenía con ella y derivarla al espacio grupal. Entonces en el espacio grupal éramos tres las coordinadoras, entonces ya se disipa un poco la cosa y generó también en esa cosa que era solo conmigo. Yo tenía que responder por todo, si el hermano llamaba, si el marido llamaba, yo resolver todo, entonces o llamaba la psiquiatra y era todo yo, estaba medio entorpeciendo el tratamiento entonces esa estrategia sirvió. Ahora somos tres,

	vos tenés una crisis, esta ella y ella, también. Y funcionó para las dos partes, para mi obviamente porque yo ya me estaba sintiendo sofocada en esa cosa ahí con ella, y para ella también porque implicó que tuviera que ponerse al frente con otra persona, que responder ante otras personas que todavía no conocían toda su historia y padecimiento, tratar de relatar algo de su sufrimiento también. Se estaba tornando bastante masiva la cosa conmigo, y no estamos hablando de una psicosis. Y en ese espacio no era solo yo, éramos tres, entonces los caminos ahí se dividen, la energía libidinal si se quiere se deposita en varios lugares y no masivamente en uno solo.
Si hubiera determinadas situaciones dentro del tratamiento donde te genera mayor dificultad como psicólogo al trabajar con esta problemática ¿Cuáles serían?	Pensando un poco que situaciones harían de dificultades o de obstáculos en el proceso del tratamiento, pensaba que muchas veces en esta problemática, quizás en otras también, pero la he visto mucho más en este tipo de problemáticas que tiene que ver con el consumo, es que cuando el paciente anda mal, entre comillas el andar mal, ahí podríamos decir recayó, volvió a consumir, algo que tenga que ver con una recaída o el estar mal, deja de venir. En los momentos que quizás más necesita un sostén o un soporte, deja de venir. Desaparece de la institución. Nos pasaba justamente hoy lo hablábamos, por eso tu pregunta me hizo recordar eso, hoy en el grupo de mujeres, que trabajo con otras colegas, nos pasa que una chica que anda mal. Está en un momento malo respecto al consumo, porque está volviendo a consumir, porque anda con cuestiones medias depresivas y sin muchas ganas de nada y abandona el tratamiento. Dejo de ir al grupo, dejo de ir con su psicóloga. Entonces, yo creo que un poco respondiendo tu pregunta una de las dificultades que yo he visto en esta problemática que cuando el paciente anda mal, y eso generalmente está relacionado directamente con volver a consumir o tener un consumo excesivo en ese momento, deja de ir a la institución, deja de acudir a las consultas, a las entrevistas.
Para cerrar esta entrevista ¿Hay algo más que quieras aportar o compartir?	No. Yo creo que concluyendo un poco, teniendo en cuenta tu objeto de estudio. Si bien una tesis tiene que ser bien específica yo entiendo la transferencia no diferente, no hay aspecto específicos que se ponen en juego en los consumos problemáticos y en otras presentaciones subjetivas no. Eso es singular en el caso por caso, en general en salud mental. No hay algo que yo diga en los consumos se da así, y en los que tiene, no sé, una enfermedad psicósomática se da así. Lo veo así rápidamente, lo que te podría decir es eso. Hay algo del caso por caso, donde uno tiene que lidiar con esa transferencia con cada paciente en particular. No es que si el que consume y no consume es diferente. Es diferente el uno a uno.

Los usuarios que llegan al espacio de recepción de demanda, pasadas algunas entrevistas, ¿piden	Yo soy de la idea de que no tiene mucho sentido el cambio del nombre, si en la práctica hacemos lo mismo. Por supuesto que tiene sus consecuencias que nombremos las cosas de manera diferente, es distinto decir una admisión, de una recepción de demanda, pero si en el dispositivo una hace lo mismo, lo que me refiero con esto, lo que importa realmente es la práctica. Yo llegue tarde al cambio de nominación. Antes era admisión, donde yo admito al otro que llega. Donde se juega sin duda algo del poder, esto lo estoy pensando ahora con vos digamos, la recepción de demanda cambia el eje en pensar que es lo que trae el otro. Cuál es la demanda que trae el otro, si es que uno puede hablar de demanda en una primera entrevista. Yo creo que nada de eso se despliega en una primera entrevista. Hay algo que dice que uno debería hacer el proceso en una o dos entrevistas. Para nosotras no son ni una, ni dos sino tres. A veces si está muy claro que viene un usuario y te dice, yo necesito trabajar esto, o necesito un espacio individual o un espacio grupal, entonces ahí si se cierra la entrevista. Pero por lo general, nos lleva dos o tres. Más tres que dos. Entrevistamos algún referente familiar. Ese es nuestro modo. Yo hace un tiempo que vengo pensando que en la institución que es lo que pasa que generalmente se sostiene el espacio de recepción de demanda y después cuando llegan a los dispositivos hay algo que se cae. Entonces yo le doy mucha importancia al proceso de recepción de demanda, porque muchas veces ese proceso ya es de por si parte del tratamiento. Tal vez la persona se va y no vuelve y uno se queda pensando que paso, y cuando retomamos contacto decís no en esas tres entrevistas yo pude movilizar algo de lo que iba a trabajar. Entonces implica mucho trabajar con el imaginario, yo creo que de la facu salimos muy formateados, entonces venimos con lo que tiene que ser y no pasa eso. El paciente llega como puede y sostiene como puede y uno no es quien para decirle al otro que es lo que tiene que hacer sino le estamos errando al modo. A veces pasa. Pero cuando hay algo que toca, bueno ahí ya nos metemos en la transferencia o en la contratransferencia, a veces pasa que con mi compañera empezamos a conversar y decimos a donde lo podemos derivar, cual es el profesional que reúne algo de todo esto que el paciente demanda o a veces somos alguna de nosotras. Bueno listo, yo me lo auto derivo digamos, que es una práctica que está habilitada acá, por supuesto que no todo, pero en algunos casos. A mí me ha pasado, no muchos pero varios de los pacientes de los que yo sostengo acá, les he dado las primeras
--	---

continuar trabajando con algunas de ustedes que estuvieron en ese espacio?	entrevistas y hay algo que se movió de la transferencia que bueno yo los tomo y continúo con el proceso, está bueno. Yo laburo así, yo laburo desde lo trasferencial, más bien de lo contratransferencial, yo escucho mucho eso, le presto mucho atención a eso, que se me mueve ahí, justamente para poder laburar con eso.
¿Qué entiendes por consumos problemáticos de sustancias?	Teóricamente del consumo, hoy en día, no te voy a decir nada novedoso, vivimos en una sociedad de consumo. Estamos totalmente atravesados por el consumo, entonces a veces, ese consumo se vuelve problemático en algunas personas, eso se vuelve parte de una sintomatología. El consumo en si no tiene nada de problemático, salvo cuando empieza a tocar algunas esferas. Consumir, consumimos todos, todo el tiempo. El tema es que por supuesto algunos consumos son más peligrosos para decirlo de alguna manera o problemáticos que otros. Pero bueno vivimos en una sociedad de consumo, donde lo que se propone es, todo el tiempo. Y eso algunos usuarios o personas, llámalo como quieras, les cae como anillo al dedo por decirlo de alguna manera, entonces hay personas por ejemplo que tapan algo, de algún agujero que haya por ahí con el consumo. Así como hay un montón de otras cosas dando vuelta. Como que el sujeto se agarra de ahí, pero bueno yo tengo del consumo una mirada, de que hay detrás de eso. Nosotros cuando laburamos con los usuarios no apunto solamente al consumo, bueno si, X consume, pero ¿Quién es él? ¿Qué consume? ¿Qué hay detrás de ese consumo? ¿Que está diciendo con ese síntoma entre comillas? ¿Es un síntoma para él, o está diciendo otra cosa?
¿Cuáles son los obstáculos con los que te encuentras mayormente en los primeros encuentros al trabajar con esta problemática?	A mí hay algo que me llama mucho la atención por ejemplo y esto trabajando con algunos colegas por fuera de la institución, que muchos me llaman y me dicen, che tengo un paciente en el privado que consume, te lo derivo. Yo digo, cual es la representación que hay detrás del consumo para esos profesionales que lo derivan al consultorio privado mío o dicen che a ver si en Huella le pueden dar un espacio. Yo digo si viene Juancito con síntomas de ansiedad, yo lo escucho; si viene atravesado por un duelo, lo escucho; viene porque consume y se le volvió un problema para él o para la familia o para quien sea, yo lo escucho; ósea obstáculos yo no encuentro ninguno desde este lugar, desde como yo lo laburo. Pero bueno me paso una experiencia hace muy poquito tiempo y esto bueno por supuesto queda en el marco de esta entrevista, una colega que me dice fulanita consume. Bueno consume y ¿Qué más? bueno hace esto y lo otro, tiene laburo, tiene pareja. A bueno y ¿Qué pasa con eso? No bueno, pero consume. Y había todo un

	movimiento de querer internar a la piba. Llego hasta acá decía esta colega, no puedo sostener más. Como si hubiese algo más para hacer. Tenés que estar ahí. Por supuesto que hay un montón de cosas, de historias personales que hacen que elija este tipo de problemática para trabajar. Y trabajarlas desde este lugar. Yo te digo para mí llega un paciente si viene con síntomas de ansiedad o un duelo, problemas vinculares, lo escucho desde ahí, no es la ansiedad, no es el problema vincular, ni el duelo, no es eso. Sino ¿Que hay ahí? ¿Quién es ese otro?
¿Qué piensas en relación a la transferencia al trabajar con los consumidores problemáticos de sustancias?	Primero que la transferencia es un trabajo del usuario, es laburo que el otro tiene que hacer, uno ocupa ese lugar, por supuesto que uno no es inocente digamos, que eso se pone en juego, que no es uno, sino todo aquello que el usuario deposita en nosotros. No es que somos hermosos, ni maravillosos. O la contraria, cuando el usuario te odia por ejemplo. Yo lo que si hago es tomarme de eso, yo laburo con la transferencia y con la contratransferencia, es decir, que me pasa a mí con lo que el otro me trae. Es una pregunta para mí que esta todo el tiempo, esta como flotando.
¿Consideras que hay más dificultades en la elaboración de la transferencia al trabajar con los consumidores problemáticos de sustancia que con otra problemática? ¿Por qué consideras que es así?	No. Para mí no hay diferencia, si por supuesto diferencia en el sentido del alcance y esto es también es hasta un problema de prejuicio. Vuelvo a las charlas con algunos colegas yo no podría trabajar con consumo, bueno porque tiene una mirada de que el otro tiene que dejar de consumir, entonces dicen como que, no me sale la palabra en este momento pero, muy frustrante. Y si laburas del lugar donde pensás que el otro tiene que dejar de consumir, por supuesto que sí que hay consumos más riesgosos que otros, yo no soy inocente a esto. Pero entiendo que uno no es quien para sacarle el bastón al otro. Si es eso que el sujeto encontró para elaborar algo, quien soy yo para patearle el bastón, más bien, vamos a laburar con eso. No es que me siento y vos consumís, no pasa nada. Por supuesto que eso se labura, pero no de la mirada que el otro tiene que dejar de hacerlo. Así como uno no le dice en el consultorio particular al otro que se tiene que separar por ejemplo, que es muy común también lamentablemente en las prácticas, ubicarse en este lugar de saber que es lo mejor para el otro. Eso es comerse el supuesto saber. Yo no sé, el otro, si sabe. Bueno que es lo que el otro tiene para decir a través de ese consumo. Es un laburo de espera, acompañamiento, suspenso en tanto y en cuanto, todo el imaginario que si o si, porque yo también soy parte de la sociedad de consumo, entonces cuando viene un paciente y me dice me revente el sueldo en no sé qué cosa, bueno a mí también internamente se me mueve.
En los casos en	Y siempre desde la particularidad del caso digamos. Pasa que muchas

donde el usuario llega por una derivación de alguna institución o por el pedido de un familiar ¿De qué manera puede establecerse la transferencia en estos casos? ¿Ahí, vos crees que ayude algunas herramientas o intervenciones para que el sujeto se implique en eso?	veces llegan derivados y el usuario no quiere estar acá, no hay una demanda ahí, por supuesto que eso se construye, podemos hablar teóricamente un montón. Pero qué se yo, vienen derivados del Hospital porque tuvieron una sobredosis. Y ese otro quiere hacer algo con eso o ni siquiera lo ve en el horizonte como un problema para él, porque esto también es muy común que venga la familia por ejemplo y diga bueno acá hay un problema y el usuario no quiere estar acá. Ahí si hay un límite nuestro, si uno puede ofrecer un abordaje familiar, al familiar que lo solicito digamos y el usuario llega después o no llega. A veces las entrevistas de recepción de demanda sirven para eso y a veces no. Es como cualquier inicio de un proceso terapéutico, si no hay algo ahí, si no hay algo de angustia y eso que yo no creo que la angustia sea un buen lugar para quedarse pero a veces, si moviliza a que el otro llegue por lo menos.
¿Qué herramientas o intervenciones crees necesaria utilizar para promover el lazo transferencial?	En este momento estoy en espacio individual, pero estamos abriendo un espacio con una compañera que es trabajadora social, vamos a armar de espacio verdes. Trabajar afuera de la institución. Porque todo el mundo nos dice huerta. No, no es huerta, vamos a ver que surge ahí, dejar abierto. Yo en más de una oportunidad llego y si faltan los usuarios, salgo y miro a ver que se puede hacer. También se puede atender afuera, ahora no porque hace mucho frío. En primavera a veces atiendo afuera. Yo me permito esas licencias. A mí me hace la diferencia entonces yo soy otra. El aire, estar en contacto con la tierra, por eso yo estoy muy atenta de que me pasa a mí cuando atiendo a otros. A esto me refiero cuando digo que uno sale formateado de la facultad. Salimos con la idea del consultorio individual, que está buenísimo igual el consultorio, esta cosa media protocolar y dura, yo no voy por ahí digamos. Tengo que estar muy atenta con lo que me pasa a mí, tengo que estar cómoda, de poder respirar bien en el lugar para poder disponerme en escuchar al otro.

¿Consideras que la transferencia se va construyendo en el espacio compartido con el profesional o algunos usuarios ya llegan con algo de esta transferencia?	Yo insisto que es un trabajo del otro. Y de la contratransferencia, es un laburo personal también. Pero sí. A veces llegan, yo quiero venir con vos, porque me dijeron que vos trabajas de esta manera y ahí por supuesto que sí, que hay algo que se juega del vínculo que hay con los otros digamos, como ese otro llegó. Pero a ver los usuarios no son tontos, saben dónde hay escucha, donde no la hay. Y se agarran de ahí. Claramente, pueden distinguir alguien que pueda alojar algo de esta escucha y donde no. Eso facilita mucho también. También es mucho más desgastante poner el cuerpo y la oreja.
En relación a las primeras entrevistas ¿Qué opinas acerca de que el sujeto pueda contar con algún apoyo especial, ya sea del círculo familiar o alguna otra institución?	Y hace a la diferencia, no es lo mismo cuando alguien llega solo que cuando llega acompañado. Depende que tipo de compañía, porque también hay familiares que ya viene detonados, enojados. Porque por supuesto, esto que digo yo, que hay que acompañar este movimiento del sujeto, no es lo mismo para mí, que el que convive con ese otro. Más de una vez se enojan conmigo los familiares, y preguntan cuándo va a dejar de consumir. Es re complejo, entonces cuando el otro puede comprender que es un movimiento que tiene que hacer ese padre, ese hermano, esa pareja, poder sostener ahí. A ver te voy a contar un caso de acá. De un usuario que tiene 70 y pico de años. Dos hijas mujeres, un hijo varón. Consumo de alcohol más que nada. Y él, del minuto cero transferenció con el espacio digamos, más que nada conmigo, que estábamos con una colega. Pero lo tomo yo. Y era un paciente que viene todos los jueves, no falta nunca, se viene en colectivo. ¿Dejo de consumir? No. Si, redujo. Pero él, acá trabaja un montón de cosas, trabaja los duelos, el vínculo con sus hijas, con su ex pareja. El vino muy atravesado por un duelo, muy angustiado. Entonces para mí el consumo paso a un segundo plano. ¿Qué era lo que a mí me movilizaba del caso? Era la depresión o la angustia con la que él venía. El problema no era el consumo, era la tristeza. Esa tristeza en la que él estaba sumido digamos. ¿El dejo de consumir? No. Si redujo, ha hecho algunas modificaciones, pero ha trabajado otras cosas. El foco no es el consumo.
¿Cómo es el encuadre que utilizas en esta problemática en particular?,	No. Sostengo que no hay diferencias. El encuadre acá es el mismo que en otro tipo de problemáticas. Si el trabajo contratransferencial es otro, pero en el encuadre en si no hay diferencias. El encuadre es el mismo, yo doy un horario, un día, una fecha yo trabajo con eso. Si el usuario no llega, bueno ¿Por qué no llega?, para mi es material clínico, pero como en otra

¿Consideras que debe ser más flexible que al trabajar con otras situaciones?	problemática, lo laburo clínicamente. Si, por supuesto a veces hay flexibilidad en el sentido de que no voy a dar un turno el lunes a las 8 horas de la mañana a alguien que sé que consume durante todo el fin de semana, porque sé que no va a venir. Entonces bueno ahí si flexibilizo. Acompaño hasta que veo quien está del otro lado. Yo soy bastante flexible, porque vuelvo sobre la idea de que la clínica, es la clínica del caso a caso, lo cual se complica bastante en una institución pública, porque si el paciente no viene un día, yo lo vuelvo a convocar y no viene, al tercero acá me dicen bueno no, dalo de baja y no yo sé por dónde anda. Insisto con esto, me comunico hasta ver qué hay del otro lado, que paso, porque no vino. No con esto paternal al otro pero si ver que paso, porque no llego, no cerrar el espacio de una, hasta no cerciorarme. A veces si el otro no quiere mover nada, entonces no va a llegar por más que yo le ofrezca un horario flexible pero laburo con eso, me doy el tiempo y le doy el tiempo al otro.
Si hubiera determinadas situaciones dentro del tratamiento donde te genera mayor dificultad como psicólogo al trabajar con esta problemática ¿Cuáles serían?	Y si hay algo de lo propio que se empieza a mezclar, si hay algo de la contratransferencia, yo me doy cuenta que hay algo que está tocando demasiado mi yo, ahí me corro. Yo trabajo con eso. Pero a veces indefectiblemente, hay pacientes donde uno los quisiera salvar, entonces uno tiene que abstenerse de eso, entonces me corro de eso. Me corro, derivo. Tengo un paciente con el que bueno abrí la transferencia, no solo que venga a mi espacio sino que tenga su espacio. Conmigo seguro, el de psiquiatría, que vaya a grupo también y que no sea solo conmigo para diversificar la transferencia. Hay pacientes que indefectiblemente se les mueve algo de eso, eso existe también en los procesos personales propios. Yo a este pibe lo quería salvar, yo me di cuenta que eso no podía ser. Estuvo diez años adentro de la cárcel, había salido, complicado enserio digamos. Es también respetar el destino del otro, si es que existe un destino. O las elecciones del otro, por eso abrí y te confieso que no se si lo hice tanto para él, como para mí. Para que lo mío no haga obstáculo ahí.
¿Tuviste algún caso donde el sujeto te posiciono en determinado lugar complejo y decidiste derivarlo o	Por ahí uno no está escuchando lo que tiene que escuchar, entonces ahí es donde decido derivar, no soltarle la mano al otro, pero si diversificar la transferencia. El otro prueba siempre hasta donde puede correr el límite, por eso digo es un laburo del paciente, y contra transferencialmente es un lugar nuestro de no creer lo que el otro nos deposita por decirlo de alguna manera, no sé si soy clara. Si yo me creo que se todo y que se lo que necesita el usuario. Yo discuto mucho cuando acá dicen este paciente necesita terapia

terminar con el tratamiento? ¿Cuáles consideras que pueden ser los argumentos para ello?	individual, ¿le preguntaron?, ¿quiere?, ¿no quiere?, ¿está dispuesto? Hay mucho imaginario, que para profundizar, es necesario el trabajo individual, ¿Dónde está escrito?
Podrías ejemplificarme alguna maniobra o intervención que realizaste y facilitó a que el usuario se implique en el tratamiento.	La conexión con el otro. Me trabo en los modos de nominar. Cuando el otro, el paciente o usuario, pone le la palabra que quieras, se encuentra con otro que está abierto a la escucha eso hace a la diferencia. Yo trabajo mucho con eso con la conexión con el otro. No en el cómo sí. Yo enserio me conecto. Tiene también sus consecuencias, en el sentido de que es un laburo muy intenso, pero yo conecto con el otro y desconecto. Hay usuarios con los que yo no puedo trabajar, porque no puedo conectar digamos, ni el otro conecta conmigo, ni yo con el otro. Y en esta problemática es necesario.
Para cerrar esta entrevista ¿Hay algo más que quieras aportar o compartir?	Yo aprendí mucho más de esta problemática laburando afuera de los espacios académicos. En los espacios académicos hay mucho de imaginario, hay mucho de cómo sí. Entonces bueno eso, agujerear un poquito la academia, no te creas todo. Entrar acá habiéndome formado en otros espacios, a mí me hizo la diferencia, no solo lo académico, sino militar en el barrio. Me acuerdo que con una persona que trabajaba acá, íbamos al volcadero, entonces bueno los pibes me decían, acá viene la gente de afuera pensando que saben más que nosotros. Eso lo aprendí mucho acá también. Yo venía con esta idea del abandono del consumo, yo me he formateado también, uno llega con una idea. Un día le digo a un pibe ¿y vos porque consumís?, porque me saca el hambre. Yo ahí dije hacia adentro, cállate no digas más nada. El otro consumía porque no tenía para comer. Bueno esto yo he aprendido mucho de la problemática pero por estar en otros espacios no académicos. Por supuesto que la academia, la lectura, la formación, la diferencia entre las sustancias, que produce una, que produce la otra me ha ayudado por supuesto. Entonces bueno de ese lugar laburo yo cuando me dicen los pacientes no llegan, y no llegan y a veces uno tiene que ir a donde están. Si eso me paso hace poquito, un caso derivado de la villa, que lo laburamos muchísimo. Un consumo realmente problemático y riesgoso, donde la chica iba y buscaba la comida de una institución, las hijas estaban desparramadas. Y ella con un consumo problemático. Y decíamos ¿cómo va a

	llegar a huella? no iba a llegar. Entonces ¿Cuál fue la estrategia? Primero gestionaron una internación, que obviamente iba a ser involuntaria pero hay casos donde es necesario cortar con el consumo, porque se va a morir. Internación, yo dije esto va a ser un quilombo. La internan, queda estabilizada entre comillas y ahí dice que ella tiene una problemática con consumo, que la quiere trabajar y que quiere venir a Huella. Yo dije si del Hospital Escuela le dan un turno para que venga en dos semanas a Huella, en dos semanas, es mucho tiempo. Hay una psicoanalista que se llama Françoise Davoine, que yo te recomiendo el libro. Se llama “Historia y trauma”, pero ella labura toda la primera parte es más bien histórica y la segunda te tira de como laburar en estas situaciones. En este tipo de situaciones donde el consumo es tan desparramado por decirlo de alguna manera, el momento es ahora, es ya, cuando el otro llega, cuando te pidió un turno. Si vos llegaste con una bala en la pata y vos le decís hay una lista de espera, vení dentro de un mes, lo perdés. Ahí si hay una diferencia. Uno en la clínica con algún síntoma de ansiedad puede conectar con el otro, postergar, acá no, estas o no estas, y eso hace a la diferencia. Eso lo aprendí con este libro y ella habla de la inmediatez, de la confianza, confiar en que el otro puede, que tiene sus herramientas. Resumiendo si le dan un turno acá no va a llegar, entonces dicen estaría bueno que alguien de Huella vaya a hacerle una entrevista al Hospital Escuela. Fui yo al hospital, le hago la entrevista, me presento, le dije que yo trabajaba en Huella, le doy un espacio en recepción de demanda, la atendemos con una colega, la derivamos. Tampoco llego con el espacio que le dimos acá. Pero después del centro de salud con el que estamos trabajando con este caso, muy codo a codo, ella dice quiere ir a Huella pero con alguna de ustedes dos y bueno a veces hay casos donde es por ahí, y si no viene uno lo va a buscar, no con todos los casos, no es que uno sale a buscar a todos los pacientes, todos los usuarios, pero hay algunos que sí. ¿Che fulanita porque no viniste?, ¿qué paso?, ¿en dónde andas? ¿En qué andas? No es como uno se imagina y cree, es como el otro puede llegar también. Entonces bueno es estar dispuesto a ese tipo de movimientos, a salir, a ir a la villa, a buscarlos. Si no, es esperar. Lo mismo que hago en el consultorio particular. Hay una entrevista que la autora del libro dice, “como yo no voy a creer que el otro puede”, y el otro está en el medio del agujero y vos firme, pensando que el otro puede. A veces los casos son un quilombo, yo me pongo el casco, le pongo el casco al otro y vamos, vamos.
--	---

PSICÓLOGO FERNANDO:

¿Qué entiendes por consumos problemáticos de sustancias?	Entiendo que es un tipo de consumo, que fuera de los consumos que están reglados, los consumos que están legalizados, se empieza a volver un impedimento para el desarrollo del proyecto de vida de la persona. Si bien como te mencionaba, hay consumos que son autorizados, que son legales estos mismos se pueden volver problemáticos, sin ir más lejos, el alcohol, el cigarrillo. El alcohol el número uno, en tanto problemático para uno y para otro, accidentes, casos de violencia, uno lo asocia a la famosa puerta de entrada que si bien eso es falso lo que es real que suele estar asociado. En mi experiencia las personas que consumen alcohol si empiezan con alcohol para pasar luego a otra cosa. El alcohol un poco baja el umbral de contención que ellos tienen para realizar otras acciones y ahí pasan a la cocaína, etc. no es necesario igual, hay gente que consume y no toma una gota de alcohol, pero bueno sería un poco eso. Consumo que se ha tornado un impedimento para el desarrollo del proyecto de vida de la persona, se han cercenado vínculos, la persona pone el eje el consumo y el resto empieza a perder valor. Por supuesto que después hay que analizar porque se torna un eje.
¿Cuáles son los obstáculos con los que te encuentras mayormente en los primeros encuentros al trabajar con esta problemática?	Vamos a hacer una distinción por un lado, obstáculos relativo a lo externo, familiares, el ámbito, el contexto. Un obstáculo para el tratamiento en sí, para todo. Tenés los dos polos. Acá veo casos en donde hay un sobreprotección, invasiva, rectora de parte de la parentalidad del usuario, donde se lo anula completamente y se lo pone en un lugar infantil, entonces esa persona desvalida de sus herramientas y luego no puede trabajar, canalizar de otra forma saludable y se terminan volcando al consumo, son esos padres donde están extremadamente presentes y con un miedo permanente de que le pase algo. Y el otro polo es la ausencia total de algún tipo de relación afectuosa con los padres, ningún interés, contención. En realidad los dos terminan invalidando cuestiones de la persona. Eso es uno de los factores común a veces. No solo la familia, sino las mismas parejas. Acá existe el espacio de familia por una razón, no es solamente para evacuar las inquietudes de la familia, del contexto socio familiar o los vínculos significativos de la persona, sino que estemos en la misma página del tratamiento, de que esas cuestiones que tienen que ver con miedos, imaginarios, temores, con prejuicios de parte de la familia, sean evacuados en esos espacios para que luego no repercutan en el tratamiento. Uno de las cosas que trabajamos con la familia es, hay que acompañar, no controlar, ese es uno de los factores. Después otro factor de los más evidentes es tiene que ver con la negación, en tanto resistencia. Ya sea darle el lugar que corresponde a ese consumo, a esa acción de consumir o el opuesto de darle el

	lugar del centro de la vida, o negando un poco la raíz o posible causa que lleva a eso. Hay usuarios que vienen con el chip, que también es comprensible, de que yo soy un drogadicto, un enfermo, vengo a internarme, uno luego hace un trabajo de tratar de desmenuzar eso y desmitificar algunas cosas y bueno trabajarlo. Que es lo que a vos te refiere denominarte de esa forma. Y luego hay otro factor que tiene que ver con la inconsistencia, y que es importantísimo. Yo lo veo muy característico de esta problemática, producto de lo que se denomina recaídas. Las mismas resistencia que impiden cierto avance, una problemática que se trabaja sabiendo a sabiendas de que va a ver un ida y vuelta, un momento en los cuales hay cierto avance pero que se puede caer y justamente lo que se intentaba trabajar con el usuario es que esa recaída no es el fin, hasta un punto es esperable, eso no significa que este todo bien, sino que hay que trabajar ahí, pero hay que continuar. Luego pasa que hay usuarios que empiezan a venir acá están un par de meses se sienten bien y chau, se fueron porque se sienten y creen que está todo bien, recaen, están a veces meses o años y vuelven. Bueno un poco eso es lo que se puede observar cómo general de algunas cuestiones que son como impedimentos se podría decir, pero bueno impedimento tienen todas las problemáticas.
¿Qué piensas en relación a la transferencia al trabajar con los consumidores problemáticos de sustancias?	Como te mencionaba hoy no sé si estabas gravando. Esta problemática cuando uno lo empieza a abordar, si bien tiene sus características por una forma de tratar de darle una características que luego te permitan trabajar y saber que hay cosas que probablemente pasen, no significa luego que sean tan distintas de otras problemáticas de salud mental o patologías. La neurosis siempre está presente, a veces vienen algunos usuarios con un cuadro de psicosis. Y es un debate abierto. Porque hay un cierto límite. Lo que trabajamos nosotros, lo que trabajo yo, al menos voy a tomarlo así, no es necesario que la persona necesariamente deje de consumir, sino que pueda formar un proyecto de vida y que el consumo o la abstinencia sea un medio para. A lo que uno aspira es que en la medida en que ese proyecto de vida se va fortaleciendo. El usuario en la medida en que se empieza a preguntar un montón de cosas, empieza a reevaluar las decisiones que está tomando, donde se encuentra y donde le gustaría ir, eso es lo que luego sostiene una abstinencia. En el transcurso de su vida la persona empieza a evaluar tal vez esto es un problema, cuando lo identifica y lo problematiza es cuando empieza el trabajo. Uno trabaja no buscando no que la persona deje de consumir, sino reducir. En una perspectiva de la reducción de daños ese es un cuadro mucho más saludable, por lo menos yo no soy abstencionista. Y con respecto al vínculo, no es entrañable de que pase, de que hay usuarios

	que si te ponen en ciertos lugares a veces representando justamente un figura parental y otras veces representando otras figuras que tienen más que ver con ese lugar de sapiencia, de saber y de venerancia de los que uno dice, pero si ese lugar existe después uno tiene que ver ahí hasta qué punto el usuario no está reproduciendo o repitiendo ciertas conductas, ciertos modos que luego tiene con la misma familia. Hay a veces eso de poner a prueba al mismo terapeuta, por sus demandas. Hay usuarios que son muy demandantes, que necesitan, que quieren ya. Y después están los otros que no logran establecer una transferencia significativa, que tienen muy poco apego a lo que es el tratamiento. Yo les explico a los usuarios de no tomar esto como una dieta, es como vos venís acá para bajar de peso y después tenés un permitido el fin de semana, no hay una cuestión de permitidos acá, trabajar acá, por lo menos desde mi perspectiva, es un cambio en el enfoque de la vida, parece medio ambicioso pero en el fondo es eso, porque tiene que ver como uno está posicionado, y que es lo que uno está buscando y como queremos posicionarnos luego, por algo estamos acá. Llegamos a este lugar buscando ayuda.
¿Consideras que hay más dificultades en la elaboración de la transferencia al trabajar con los consumos problemáticos de sustancia que con otra problemática? ¿Por qué consideras que es así?	No. Yo creo que eso un poco ya te lo respondí con lo anterior, yo creo que no. Pasa que hay usuarios donde la relación transferencial no se establece del todo pero yo creo que eso puede pasar con cualquier problemática, que por h o por b, no se pueden establecer ese vínculo con el terapeuta y sabemos que tiene que ver con un montón de cuestiones. Que no tiene que ver con la formación del terapeuta. A veces hasta cuestiones subconscientes, no me gusto la cara del terapeuta. Me dijo algo que no me gusto. Me acuerdo de un usuario que se fue de acá porque hablábamos de la droga, ¿Pero de que pensaste que íbamos a hablar acá? Venía el padre al grupo de familia y el usuario a un grupo terapéutico, yo coordinaba los dos con otros profesionales. Y el pibe le referenció al padre de que acá hablábamos de la droga y pero si ¿De qué vamos a hablar? Entonces sí, yo creo que en el fondo que en esta problemática como en otras, hasta qué punto está problematizando su situación. Porque acá hablamos de consumo problemático, pero cualquier persona que asiste a una consulta psicológica es porque está problematizando algo que le está pasando, lo que sea, un vínculo, algo que tenga que ver con su proyecto de vida. Luego que esa persona se pueda comprometer a realizar un tratamiento es otra cosa.
En los casos en donde el usuario llega	Si, generalmente, lo mismo que pasa en cualquier problemática, si a vos te llevan, cuando la demanda no es tuya, es de otro, sea familiar, la pareja, la justicia, obviamente que esa demanda le corresponde al otro. No le

por una derivación de alguna institución o por el pedido de un familiar ¿De qué manera puede ir entablando algo de la transferencia en estos casos?	corresponde al usuario. Entonces si no se puede construir ahí una demanda de parte del usuario generalmente se cae eso, deja de ir. “No, yo lo hago por mi familia, por mi mujer, porque me estoy peleando con mi mujer” a veces eso. Luego puede, si la persona sostiene más o menos, algunos vienen por miedo a una consecuencia mayor, me voy a separar si no vengo, me van a meter en cana, me van a internar, entonces sostengo, pero digamos, concurrencia no significa adherencia. Puede haber pacientes que no te faltan un día y no avanzaste nada con esos pacientes. Vienen un año sin faltar y avanzo muy poco, porque las resistencias son muy fuertes. Esa persona simplemente viene a cumplir, no viene a otra cosa. Luego pone en juego los mecanismos de defensa para evitar que se pueda indagar.
¿Vos crees que tus intervenciones o maniobras que puedas realizar, van a ayudar a esta adherencia o a que el sujeto se implique en el tratamiento?	Por supuesto que sí. Yo creo que inclusive los que vienen con demanda propia luego pueden tener dificultades y se le pueden despertar grandes resistencias cuando abordan ciertas cuestiones personales de su historia o actual. Lo que se trabaja justamente es tratando de saltar esas resistencias y abordar lo que de algún modo está ahí latente, y que sostiene ese consumo. Puede ser de una persona haya venido por otro y luego se construye esta demanda propia. Puede ser que uno haya venido con una demanda propia y se caiga igual, cuando se encuentra con la amenaza de la angustia, salga despavorido. Pero si en teoría sí, no me quiero meter en lo cuantitativo pero el porcentaje de pacientes que luego continúan con el tratamiento es relativo, no sé cuál es el porcentaje. Pero hay un recambio bastante regular de los pacientes. Hay algunos que sostienen un tiempo y mejoran un montón y otros que vienen un tiempito y dejan, es muy común el abandono en esta problemática, aun siendo una institución pública. Uno espera de que las intervenciones puedan ayudar a que esa persona construya una demanda personal propia, de la problematización, porque a veces no problematizan y luego pronto tiene en claro de que no puede andar infundiéndole demanda a otro, y que en definitiva es el otro el que tiene que abogar por su propio tratamiento.
¿Consideras que la transferencia se va construyendo en el espacio compartido con el profesional o	Las dos, hay usuarios que han tenido experiencias previas en otra instituciones o que han pasado inclusive acá en otro momento, o que han ido a un particular y ya vienen con una cuestión trasfereencial ahí. Y hay otros que no, que es la primera vez y que bueno lo construyen acá.

algunos usuarios ya llegan con algo transferencial, ya sea de otras instituciones o de otro lugar?	
En relación a las primeras entrevistas ¿Qué opinas acerca de que el sujeto pueda contar con algún apoyo especial, ya sea del círculo familiar o alguna otra institución?	Y en los casos donde eso se da es muy positivo, entendiendo como apoyo un acompañamiento, un interés de parte del espacio familiar para acompañar y de otras instituciones, interés porque esa persona sea derivada como corresponde y se busque la mejoría de su situación. Luego están los casos donde el interés que hay por esa mejoría, tanto institucional, como de esa familia tiran para el lado del descarte, de sácamelo de encima. En general en ese sentido el acompañamiento es positivo, ahora en caso en donde venimos acá para que se interne o de patearlo de algunos lugares y si ahí como mínimo no aporta nada.
¿Cómo es el encuadre que utilizas en esta problemática en particular?, ¿Consideras que debe ser más flexible que al trabajar con otras situaciones?	No. Eso depende del terapeuta. Del enfoque y posicionamiento del terapeuta. Puede ser que haya algunos terapeutas que tengan una postura más abstencionista, más rígida, con demandas más concretas para el tratamiento. Pero no, para mí es contraproducente, enfocarlos desde ese lugar. Eso no significa que uno tenga que tener una flexibilidad de correr detrás de la demanda del paciente, eso también es un error. No puedo este horario. Tampoco puedo este horario. No, vas a tener que hacerte un espacio, se puede flexibilizar hasta cierto punto. Hay pacientes que, no puedo porque estoy trabajando, luego no porque se enfermó mi hijo, no porque justo tuve que. Bueno no. Se te cierra el espacio porque ahí obviamente están obrando tus resistencias, cuando vos sientas, yo lo suelo llamar, una incomodidad. Cuando se de esta incomodidad en tu vida, cuando realmente sientas una molestia de que te lleve nuevamente a buscar a hacer algo, bueno ahí pedí un turno pero no, yo creo que no. Si le pedís al usuario que no consuma, ya perdiste. Casi ninguno no va a consumir, prácticamente todos tiene episodios de recaída, vienen a veces habiendo consumido. Justamente se trabaja y se lo insta a que si consumieron vengán igual. Muchas veces no viene en ese momento. Pero que no dejen de venir. A veces dicen no porque me dio

	vergüenza o me puse mal porque todo lo que venía logrando se cayó y perdí todo. No, no perdiste todo, tuviste un episodio o recaída y lo que vos trabajaste no se fue, sigamos trabajando sobre eso. Después hay un montón de condiciones, situaciones de calle que no podes esperar que venga aseado, de punta en blanco, hay que tener flexibilidad, es elemental para esta problemática pero luego yo creo que no se si otras problemáticas requieren más rigidez, no sé. Tal vez algunas, pero yo acá trato de tener cierta flexibilidad.
Si hubiera determinadas situaciones dentro del tratamiento donde te genera mayor dificultad como psicólogo al trabajar con esta problemática ¿Cuáles serían?	La situación que a mí se me ocurre como recurrente es el tema de la inasistencia. Cuando hay grandes resistencias, cuando se vuelve muy aleatoria la asistencia. Vengo un día, faltó dos. No se pueda dar continuidad a lo que se venía trabajando. Luego lo que te mencione en cuanto a los espacios familiares. A veces también hay situaciones socioeconómicas, que están en situaciones de mucha vulnerabilidad, también eso se dificulta cuando vas a trabajar sobre el consumo cuando alguien no tiene para comer, que se acerca acá a buscar algún tratamiento pero luego está la situación de calle. Una de las situaciones que veo como más recurrente, el resto no lo veo tan distinto de otras problemáticas, pero acá puntualmente hay mucho de eso, el tema de conflicto familiares o dificultades en cuanto al ámbito donde esa persona se encuentra habitando, ya sea la familia, la pareja, casos de boicot por así decirlo. Por eso está el grupo de familia. Las resistencias para sostener algo, que tiene que ver con la no problematización del consumo, pasa mucho cuando es traído, o cuando hay una simulación. “No, yo vengo porque quiero cambiar”, discurso totalmente estereotipado que no se sostiene, y la situación económica que también es una realidad, sobre todo en una institución pública, hay muchas situaciones, lo económico produce mucha angustia y paradójicamente, en esa misma falta de recursos económico se termina gastando lo poco que tienen en consumir.
Podrías ejemplificarme alguna maniobra o intervención que realizaste y facilitó a que el usuario se implique en el tratamiento.	Te puedo dar algún ejemplo medio general, tiene que ver a veces con una especie de interpelación al usuario, de sacarlo de ese lugar. Por ejemplo en el grupo, yo me reincorpore al espacio grupal y trabajamos varias cuestiones con el grupo, donde se hizo un ejercicio de personificación de la sustancia que propuso mi compañero que estaba coordinando, en el cual bueno hasta pusieron el perchero y cada uno definía la sustancia como le parecía a ellos. Prácticamente todos lo identificaron con una mujer, porque eran todos varones. El ejercicio, es un ejercicio proyectivo, y la idea es darle como una entidad a esa sustancia. Pusieron un perchero, al comienzo era una silla, y le hablaban. Les permitió volcar algunas cuestiones por ejemplo, de lo

	que ellos refieren de la sustancia, todos los relacionaron con una mujer. Algunas decían una mujer hermosa, otro una mujer que me va a llevar a la perdición y bueno otro que estaba enojado, que le parecía una vieja bruja y que lo tenía agarrado hace años. Pero luego de ese ejercicio, una intervención, por así decirlo que yo realice, que me pareció que era pertinente era el volver, porque una cosa es proyectar, pero luego hacerle referencia que a veces esa proyección no es más que un espejo, de que no existe, que quede en claro de que es un ejercicio y que en realidad lo que se está haciendo es poner afuera lo que en realidad estamos nosotros llevando y que lo que hay que trabajar es eso. La intervención sería más por el lado de lo que, no te diría necesariamente un empoderamiento, pero va en esa vía. De que la persona entienda de que tiene un lugar ahí, que ocupar, de que hay un límite. Hasta qué punto se puede volcar alguna cuestión que tenga que ver con la causalidad, o la raíz del consumo en el afuera, en los padres, porque son todos adultos, en algún punto hay que volver ahí, lo que yo te mencione al principio, de esos lugares infantilizados. Un paciente que acá referenciaba de que no puede hacer nada si no lo están vigilando, porque si no ya consume, un espacio que también termina siendo cómodo para él. Para el resto, a veces termina siendo una pesadilla. La intervención va ahí en el lugar de qué lugar ocupas vos ahí, como podes vos empezar a articular estrategias para que no sea necesario que haya gente controlándote etc.
Para cerrar esta entrevista ¿Hay algo más que quieras aportar o compartir?	No. Bueno eso, simplemente volver a marcar de que si bien esta problemática se la discrimina en sentido de que se la distingue de otra, inclusive a nivel en cuanto a institución. La adicción si bien esta en cierto punto en desuso, se habla mucho lo que es el consumo problemático ahora, porque adicción a veces se refería a otro paradigma en el cual se consideraba que había sustancias que generaban una adicción. Y hablar del consumo problemático, primero entender que puede haber un consumo no problemático. Si bien es un debate que inclusive lo tuvimos hace poco con los compañeros de trabajo, que consumos se puede considerar problemático por ejemplo, el más conocido es el tema del alcohol, mucha gente toma por ejemplo ocasionalmente los fin de semanas y no por eso se vuelven alcoholistas y queda ahí. Estamos hablando de un consumo en una sociedad de consumo, sin hablar de sustancias, si uno estuviera pegado la cara al celular las 24 horas del día, también estaríamos frente a un consumo problemático o de compra compulsiva. Acá hay casos muy puntuales donde vienen con problemáticas de adicción al juego, pero prácticamente la totalidad es relacionado a lo que es consumo de cocaína, algunos con

	consumo de alcohol, de tabaco prácticamente ninguno y marihuana muy pocos. Pero básicamente el aporte que te podría decir al final, reiterando un poco lo que te vengo diciendo, es que esta problemática no es distinta, si bien se quiere poner el foco en adicciones como para darle cierta relevancia, es una problemática más de salud mental y cuando uno saca el mote de consumo o adicciones, lo que se trabaja es exactamente, lo que trata es lo mismo que se trata en cualquier consulta psicológica. Angustia, duelo, problemáticas vinculares, económicas, construcción de hábitos, proyectos de vida, vacío existencial que luego se traducen en consumos problemáticos, otros se vuelven tal vez adictos al trabajo, otros están totalmente apáticos, depresión. Los usuarios que asisten acá, de algún modo, en algún punto de su vida, decidieron digámoslo entre comilla, elegir esta vía para intentar procesar su malestar, o una vía de escape, o callarlo, sofocarlo, no pensar. Un usuario, en el espacio de grupo ahora que no está consumiendo, se empezó a acordar un montón de cosas, se acordaba de hasta cuando jugaba al beisbol y se fue del país, cosas que decía que se había olvidado, como inclusive había ayudado a criar una niña con una pareja que tenía y se había olvidado completamente de eso. Ahí se manifiesta el consumo problemático, como obtura y anula todo.
--	---