

Para comenzar esta charla vale recordar los fundamentos de este curso, escritos por Silvia Quevedo, que a mi entender representan una síntesis necesaria para enmarcar esta conversación, y que describen la problemática con la que nos encontramos en las prácticas:

“El campo de los consumos problemáticos reviste complejidad, efecto del entrecruzamiento que se trama entre dimensiones heterogéneas: contextos - discursos, sujetos y efectos de las sustancias psicoactivas.

En la clínica se localiza dicha complejidad en las diversas modalidades de presentación de los consultantes: predominio del acto sobre la palabra - actingout, pasaje al acto -, errancias, urgencias subjetivas, identificaciones cristalizadas al ser adicto, construcciones discursivas que pontifican a las drogas como causa exclusiva del padecer, descompensaciones, ruptura de lazos, increencia en el valor de verdad de la palabra como dispositivo de cura, demanda convulsiva, desarraigo y desafiliación social.

Estas presentaciones convocan incertidumbres diagnósticas variadas, entre neurosis-psicosis, e interrogan sobre las estrategias de conducción de los tratamientos posibles por la dificultad para el alojamiento en la transferencia.

[...]No coinciden los tiempos de los sujetos con los tiempos institucionales.

[Es necesario ampliar la] oferta de estrategias y dispositivos de tratamiento que incluyan dispositivos intermedios variados que articulen lo singular, particular y universal en cada trayecto subjetivo singular.” Silvia Quevedo

El HDD:

El HDD es un dispositivo ambulatorio de tratamiento integral, intensivo y complejo que conjuga la asistencia clínico-terapéutica con procesos de reconstrucción del lazo social y de inclusión. Así, permite disminuir la incidencia de las internaciones, garantizando la letra de la LNSMA y la atención de los pacientes que requieren de abordajes más complejos que la atención por consultorios externos. El HDD tiene el objetivo de lograr tanto un cambio subjetivo como la modificación de las variables sociales que resulten desfavorables al sujeto. Además de dar lugar al decir singular de cada sujeto, el HDD provee un escenario grupal en donde poder desplegar dramáticamente su conflictiva y sus modos vinculares. Brinda una estructura en la cual el paciente permanece gran parte del día y donde lo grupal toma una importancia central.

El modo de abordaje de nuestro tratamiento considera que los consumos problemáticos se manifiestan en un sujeto singular contextualizado en un tiempo y un espacio, atravesado por

determinantes históricos y socioculturales. Esto es solidario con la valoración de múltiples aspectos al momento de la construcción del diagnóstico, de la estrategia de abordaje y de las metas terapéuticas al tener en cuenta no sólo el tipo y modalidad de consumo, sino también la estructura psicopatológica, los antecedentes personales y familiares, la trama social y vincular en la que se encuentra inscripto, las condicionantes sociales y materiales, la idiosincrasia y grupos de pertenencia, entre otros. En esta manera de conceptualizar al sujeto al que se dirigen nuestras intervenciones subyace la lógica del “caso por caso”. Este abordaje terapéutico es más amplio que aquel cuya meta es la abstinencia y se opone a un tratamiento por igual para todos: se trata de un tratamiento integral del malestar, tratando de favorecer una posible regulación en los distintos ámbitos de la vida, entre ellos, los consumos. Vale decir, que éstos, dejen de ser problemáticos.

Para lograr nuestros objetivos utilizamos dialécticamente las diversas herramientas interdisciplinarias dentro de un marco conceptual conformado por la LNSMA, los DDHH, el psicoanálisis, la psicología, la psiquiatría, el trabajo social, la psicología social, la enfermería, los abordajes comunitarios y las distintas ciencias, artes y oficios que portan los miembros del equipo profesional ampliado (EqHDD). El EqHDD está conformado por psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, operadores sociocomunitarios, enfermeras y profesores de arte, literatura y deportes.

Este enfoque dialéctico configura una antropología que se construye en el devenir de las prácticas. Podemos esbozar dicha antropología como el resultado de la interdisciplina, que teniendo un objeto común, lo aborda en conjunto desde cada perspectiva disciplinar. Ese **objeto** común se construye, no viene dado.

El dispositivo está formado por un entramado discursivo, presencial y práctico, que promueve grandes movimientos afectivos que, a la vez que atiende la singularidad de los sujetos consultantes permite la observación de su despliegue escénico dentro del grupo, favoreciendo los lazos horizontales o mutuales. Cabe destacar que la disposición y localización del edificio en el que se encuentra nuestro HDD forma parte también de la estructura misma del dispositivo, ya que si bien se encuentra dentro del predio del hospital, es excéntrico y es el único dispositivo con salida directa a la calle, lo que resalta su valor de uso como espacio transicional entre la internación y la calle.

Este entramado operativo y operante es el que oficia de encuadre suficiente para la promoción de un lazo social que permite la producción y sostén de la diferencia entre los sujetos consultantes sin segregación, a la vez que cumple con su tarea-objeto. El encuadre (lugar / horario / roles / actividades / tiempo libre / normas) funciona como marco regulador del tiempo y del espacioposibilitando el alojamiento de estos sujetos rechazados, temidos, expulsados de la familia, del trabajo, de la escuela, que oscilan entre paradores y situación de calle, al solicitar un umbral mínimo de exigencia.

El dispositivo permite la asistencia diaria en dos turnos de seis horas, que se superponen en un tercio del tiempo coincidiendo con el horario de almuerzo, durante el cual se encuentran en el HDD todos los pacientes y los profesionales. **Hay un plus que se produce por la presencia allí de**

los cuerpos. Esto señala la **alta exposición personal** tanto de pacientes como de profesionales durante las horas de actividad. **La trama grupal que se juega en la convivencia cotidiana durante seis o más horas promueve nuevos lazos sociales, que sostienen al sujeto en su singularidad.** Esto redundo en el fortalecimiento de algunos apoyos, que suelen estar afectados de manera múltiple en estos sujetos anómicos y desbordados pulsionalmente.

Una característica central del dispositivo es su flexibilidad, que permite calibrar la apuesta clínica acorde a las estrategias singulares para cada consultante. Al recibir al paciente, se realizan una o más entrevistas en las que se toman en cuenta múltiples aspectos: se esboza un mapa del consultante y se realiza un diagnóstico presuntivo de estructura, que sólo se confirmará en transferencia. En acuerdo con el paciente, se decide una planificación inicial de los tiempos de su asistencia al dispositivo según sus horarios laborales o educativos, los tiempos de viaje desde su casa, si requiere viajar acompañado, etc (completar). Los pacientes pueden acudir a un solo turno, a la jornada completa o en días u horarios específicos atendiendo a sus necesidades. Asimismo se decide provisionalmente a qué talleres y grupos concurrirá. Todas nuestras tácticas se revisan permanentemente gracias a la sistemática conversación que se realiza cotidianamente en la trama que configuramos.

La **trama** que construimos, tiene entonces, varios niveles o superficies que se intersectan en múltiples puntos al establecerse series:

- entre todos
- entre los profesionales de cada equipo y de cada disciplina
- entre profesionales y talleristas
- entre los pacientes
- entre profesionales y pacientes
- entre talleristas y pacientes
- entre educadores y pacientes
- entre educadores, profesionales y talleristas
- entre profesionales, talleristas, pacientes y la institución

Ese entramado es ya un marco que sostiene las prácticas

Cada mini equipo interdisciplinario (EPI) está conformado por un trabajador social, un psicólogo y un psiquiatra, que junto a la enfermería trabaja con un paciente. Como cada configuración EPI-paciente es diferente, podemos pensar en la existencia de treinta EPIs por turno. Cada EPI comenta al EqHDD las vicisitudes de cada consultante permanentemente para que las intervenciones confluyan dentro de la misma estrategia.

Entre los **fundamentos** sobre los que tendemos nuestra práctica, podemos citar algunos que resultan relevantes:

- Hacemos uso de la **oferta institucional**, del espacio-tiempo y de los distintos saberes para propiciar la singularidad de los sujetos
- Sin desconocer las diferencias y las asimetrías inherentes al vínculo y roles en juego, sostenemos la consideración para todos de la igualdad como **ciudadanos** de pleno derecho que habitamos un espacio común,
- Entendemos a los **sujetos** de manera integral, sin reduccionismos, sino pensándolos de manera situada, habitando una cultura y una historia
- Nos interesamos por los **pacientes** manteniendo la posición de neutralidad, dejando de lado cualquier entramado discursivo previo, para que así se presenten en su singularidad, lo que nos permite ir trazando una dirección de la cura singular en cada espacio del dispositivo
- Entendemos que la autoridad se construye en el marco del respeto mutuo, no viene dada y está implicada en la construcción, lógicamente previa, de confianza de los consultantes hacia el funcionamiento mismo del dispositivo

La grupalidad es también un factor central en la apuesta clínica para la promoción del lazo social como apoyos faltantes. Además del dispositivo como entramado flexible se ofertan diversas configuraciones vinculares de mayor estabilidad a modo de planos de consistencia: dos grupos terapéuticos por turno, una asamblea quincenal, grupos de reflexión o talleres varios a los que no asisten los mismos pacientes. Hay un taller de movimiento, otro audiovisual, el taller de cerámica, el de literatura, de cine, de radio con dos programas semanales al aire, musicoterapia, carpintería, serigrafía, socioproductivo. Cada tanto se organizan comidas o meriendas en las que un grupo de pacientes cocina junto a algunos profesionales. Se realizan salidas a espacios culturales y otras deportivas cuando el tiempo lo permite. Y el campamento anual.

En otras ocasiones se crean talleres a medida de alguna necesidad emergente: por ejemplo, sobre salud nutricional y cocina, sobre salud ginecológica, sobre violencias, sobre psiquiatría, el taller de campamento anual, etc. Se trabajan situaciones emergentes que pudieran darse, en el mismo momento en el que han sucedido, interrumpiendo todas las actividades para realizar una asamblea ad hoc. De esta manera suelen resolverse las situaciones conflictivas o transgresivas a partir de ese corte que insta una modificación del ritmo habitual señalando lo intempestivo para su elaboración grupal y singular. Luego también suelen trabajarse las resonancias en cada espacio terapéutico.

A las prestaciones habituales que realizan los equipos interdisciplinarios para los tratamientos individuales, el HDD agrega ese plus de la observación, seguimiento y promoción del lazo social:

cómo los sujetos sostienen y son sostenidos en el lazo con otros. Por esto cobran especial relevancia los espacios, los tiempos y las actividades en común, tanto las regladas como las que no lo son. Son permanentes las intervenciones del equipo en los lugares públicos (patios, pasillos, SUM, jardín, sala de música).

A los grupos de apertura y cierre de actividades y a los terapéuticos, se suman otras actividades grupales: comidas, juegos, grupos sobre la proyección de los tiempos libres de los pacientes (fin de semana, campamento), salidas, grupos con proyección de tareas (radio, comunicación, musicoterapia).

Los talleres de artes conjugan la promoción de habilidades motrices y expresivas individuales con otros trabajos de conjunto, e incluye la observación clínica del paciente en detalles indiciales tanto sobre la cuestión estética singular como respecto de enunciaciones u otros signos que puedan ofrecer material significativo que conciernen a la singularidad de cada sujeto y así permita abrochar con precisión posibles anudamientos.

En síntesis, el HDD se caracteriza por ser un dispositivo que permite la disminución en la incidencia de las internaciones en Salud Mental y Adicciones. Cuenta con una complejidad que permite sostener la tarea objeto (diagnóstico y tratamiento de pacientes afectados en su salud mental con consumo problemático de sustancias) a la vez que ofrece un plus por la presencia allí de los cuerpos que permite observar y promover nuevos lazos sociales a través de una trama dramática interdisciplinaria.

BIBLIOGRAFIA

- Agamben, G. (2007) Qué es un dispositivo? En línea, recuperado el 18/02/19 de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732011000200010#notas. Traducción de Robert J. Fuentes Rionda
- Benadiba, y Maula, A (2015) "Avatares en la construcción del equipo interdisciplinario" en *Nuevas políticas en salud mental: desafíos para la intervención interdisciplinaria*. AAVV. Buenos Aires: Ed. Lic. Laura Bonaparte.
- Deleuze, G. (1989). "Qué es un dispositivo", en *Michel Foucault, filósofo*. Madrid: Gedisa,
- Iribarren, M. (2018) "Introducción al Hospital de Día". Inédito. Ponencia en Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (APBA) - Curso de Consumos problemáticos
- Le Poulichet, Sylvie [1987] (2012). *Toxicomanías y psicoanálisis. Las narcosis del deseo*. 2° edición. Buenos Aires. Amorrortu editores.

- Ley 26657
- Maula, A. (2016) Ateneo de HDD. Inédito
- Maula, A. (2018) “El Hospital de Día del Hospital Nacional en Red Lic Bonaparte”. Ponencia en APBA- Curso de Consumos problemáticos. Inédito
- Quevedo, S. (2010) “Acerca de las drogas” en *Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral* / Hugo Antonio Arroyo ... [et.al.] ; Diana Pasqualini y Alfredo Llorens. comp 1a ed. - Buenos Aires : Organización Panamericana de la Salud - Recuperado de <http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/nacion/SaludBienestarAdolescente.pdf>
- Quevedo, S. (2019) “Fundamentos”. En Curso de Clínica institucional de los consumos problemáticos. Estrategias y Dispositivos de intervención. En línea, recuperado el 25/8/2019 de <https://www.argentina.gob.ar/salud/hospitalbonaparte/formacion/clinica-consumos>
- Recalcati, M. (2004). “La cuestión preliminar en la época del Otro que no existe”, en Revista Virtualia, N°10. Recuperado de <http://www.revistavirtualia.com/ediciones/10>
-
- Rovaletti, M.L. (2012) “Transdisciplinariedad y psiquiatría. Reflexiones en torno a la epistemología de una ciencia teórica y práctica”. En Vaschetto, E. (comp) *Epistemología y Psiquiatría. Relaciones peligrosas*. Buenos Aires: Ed. Polemos
-
- Sauvagnat, F (2004) “El precio de una errancia”, en *Revista Registros, Tomo Verde, Año 5*. En línea, recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/275831>
-
- Stevens, A. (2002) “La errancia del toxicómano” *Quarto N° 74, Revue de psychanalyse, École de la Cause Freudienne*. Traducido al castellano por Esmeralda Miras
-
- Stagnaro, J.C. (2012) “Hospital de Día: historia y conceptualización”. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*. Vol XXIII- N°102. En línea, recuperado de <http://www.polemos.com.ar/vertex102.php>
-
- Winnicott, D. (2007) [1971] *Realidad y juego*. Buenos Aires: Gedisa